



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

MANUAL DE PROCESOS

Versión 1 diciembre 2020





PRESENTACIÓN

El presente Manual de Procesos de Fosalud tiene como propósito contar con una guía clara y específica, que garantice la óptima operación y desarrollo de las actividades de la Institución y con ello servir de base para el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad que garantice mejores servicios para la población.

Es importante señalar que este documento está sujeto a actualización y mejora, en la medida que se identifiquen desviaciones y/o nuevos requerimientos por parte de nuestros usuarios .

Ponemos pues en manos de nuestros colaboradores este instrumento de gestión y mejora de la calidad, el cual ha sido elaborado con una amplia participación de gerentes, jefaturas y personal técnico y operativo, esperando que la mejora continua sea una filosofía de trabajo para toda la gran familia de Fosalud.



Dra. Nathalie Larreinaga Ulloa
Directora Ejecutiva



- 1. Objetivo** El Manual de procesos de Fosalud, tiene como objetivo ser un instrumento de dirección para el aseguramiento de la calidad de los servicios ofrecidos a nuestros usuarios (atenciones, procedimientos, sesiones, campañas, por ejemplo) buscando alcanzar la satisfacción de los clientes internos y externos de la Institución.
- 2. Alcance** El Manual de procesos de Fosalud, cubre todos los procesos y procedimientos que actualmente se ejecutan en la Institución, para dar cumplimiento a su Misión institucional, abarcando procesos de tipo estratégico o de dirección, misionales y de apoyo.

3. Definiciones: Para efectos de este Manual se entenderá como:

Alta Dirección:	Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel de una organización en el nivel operativo; es decir, la Dirección Ejecutiva, el equipo gerencial y el coordinador del sistema de calidad.
Acción Correctiva:	Acción tomada para eliminar la causa de una No conformidad detectada u otra situación indeseable.
Acción Preventiva:	Acción tomada para eliminar la causa de una No conformidad potencial u otra situación indeseable.
Auditoría:	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en la que se cumplen los criterios de auditoría.
Comité de la Calidad:	Grupo de servidores, con las competencias necesarias y seleccionado por el Consejo Directivo para realizar el seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.

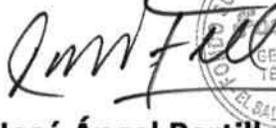
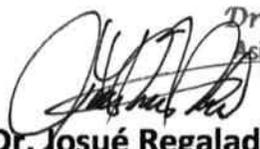


No conformidad:	Incumplimiento de un requisito del sistema de gestión de calidad de Fosalud.
Mejora continua:	Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.
Objetivo de Calidad:	Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.
Política de Calidad	Intenciones globales de Fosalud relativas a la calidad como se expresan formalmente por la Alta Dirección.
Proceso:	Conjunto de actividades que se encuentran relacionadas o interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en los resultados.
Representante de la Dirección:	Integrante de la alta dirección al que se le asigna la responsabilidad y autoridad para establecer, implementar y mantener de manera integral el Sistema de Gestión de Calidad.
Sistema de Gestión de la Calidad:	Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para dirigir y controlar una organización con respecto de la calidad.

4. Control del Manual de Procesos	<p>El administrador del Sistema de Gestión de la Calidad –SGC- de Fosalud es la Unidad de Planificación y es el responsable del control de cambios que se necesite realizar al Manual.</p> <p>Así mismo, este administrador será el responsable de liderar las acciones que garanticen la eficiente y efectiva proyección, divulgación, sensibilización, entrenamiento y capacitación en los temas relacionados con la actualización y mantenimiento del SGC.</p>
--	---



Responsables del SGC

  <p>Dra. Nathalie Larreinaga Ulloa Directora Ejecutiva</p>	  <p>Dr. José Ángel Portillo Gerente Técnico</p>
  <p>Lic. Carlos Escobar Gerente Financiero</p>	  <p>Lic. Napoleón Ramírez Gerente de Talento Humano</p>
  <p>Ing. Ulices Cardona Gerente Administrativo</p>	  <p>Licda. Marcela Martí Gerente Legal</p>
 <p><i>Dr. Josué David Regalado</i> Asistente Técnico de Dirección Ejecutiva</p>  <p>Dr. Josué Regalado Asistente Técnico de la Dirección Ejecutiva</p>	  <p>Lic. Wilfredo Argueta Jefe de Planificación</p>



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

NUESTRA MISIÓN

Somos parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, con quienes trabajamos coordinadamente para brindar servicios de salud integrales en horarios extendidos en áreas priorizadas, desarrollando e implementando programas que mejoren la calidad de vida de la población.

MAPA DE
DDOCCOC



U P
UNIDAD DE
PLANIFICACIÓN



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

NUESTRA VISIÓN

Ser reconocidos como una institución eficiente,
efectiva e innovadora para la atención de las
necesidades más urgentes de salud de la población,
así como para la prevención de enfermedades.

MAPA DE
PROCESOS



U P
UNIDAD DE
PLANIFICACIÓN

Valores

01

Profesionalismo

Actuar siempre de acuerdo con los valores de nuestras profesiones, poniendo al servicio de la población la mejor atención y la mejor evidencia científica, velando por la calidad de los servicios y la seguridad de las personas.

02

Transparencia

Velar por una gestión basada en la transparencia, teniendo en cuenta los aspectos éticos de nuestras decisiones

03

Innovación

Crear y aplicar nuevas formas de hacer que impulsen la mejora continua.

04

Respeto

Ofrecer un trato humano y empático a las personas, respetando sus derechos individuales y colectivos, su autonomía y su diversidad.

05

Humanización

Personalizar la atención, sabiendo que detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y tiene que incorporarlo en su vida



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fecha de Actualización: Octubre 2020

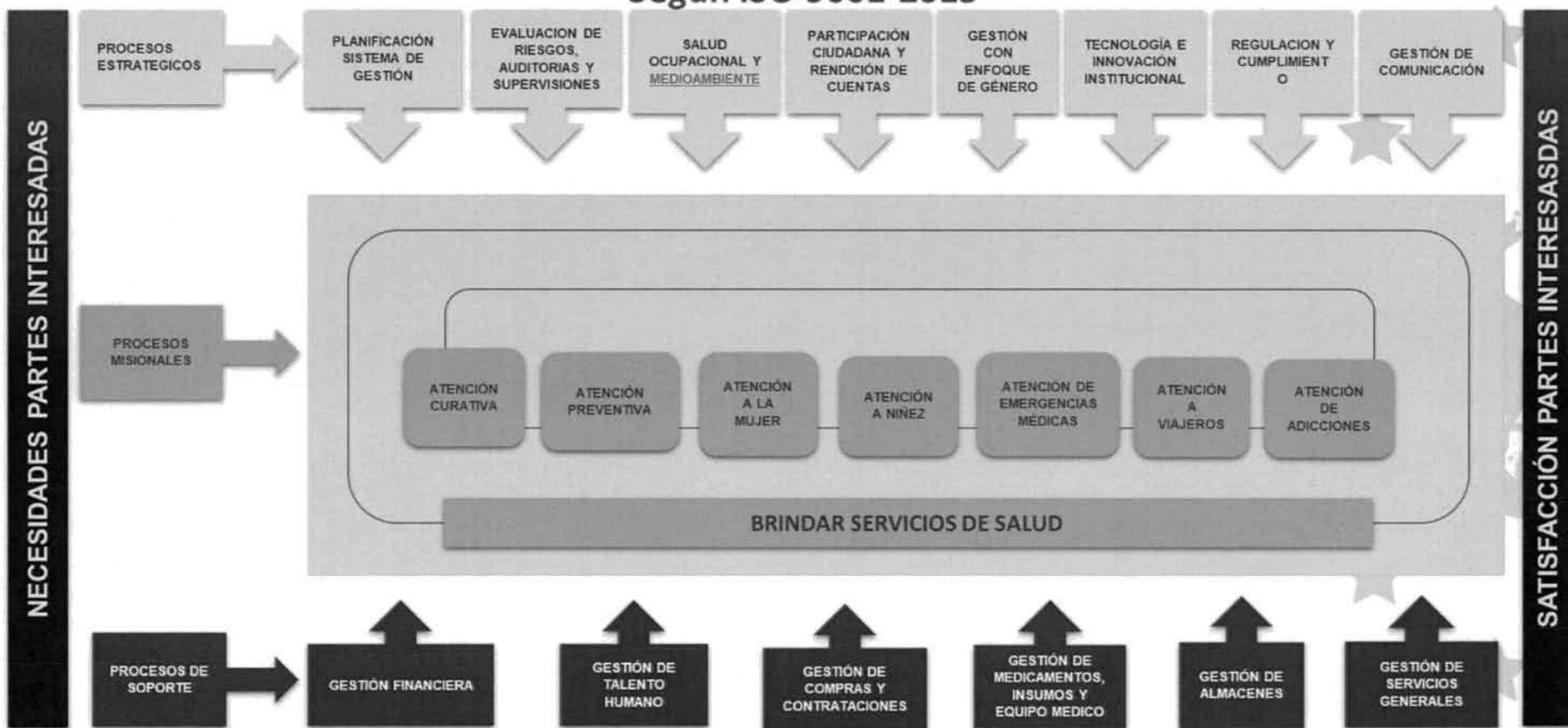




FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

MAPA DE PROCESOS

Según ISO 9001-2015



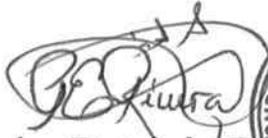


MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE PROCESOS

Según ISO 9001-2015

Entradas	Salidas	Producto	Procesos Estratégicos									Procesos Misionales							Procesos de apoyo					
			Sistema de Planificación	Evaluación de Riesgos	Auditorías y supervisiones	SSO	Satisfacción del Usuario, participación ciudadana y rendición de cuentas	Gestión con enfoque de género	Innovación Institucional	Gestión ambiental	Gestión de comunicaciones	Atención curativa	Atención preventiva	Atención a la mujer	Atención a la niñez	Atención de emergencias	Atención a viajeros	Atención de adicciones	Gestión financiera	Gestión del Talento Humano	Gestión de Compras y contrataciones	Gestión de medicamentos, insumos y equipo médico	Gestión de Almacenes	Gestión de Servicios Generales
Procesos Estratégicos	Sistema de Planificación	Planes (Estratégico y Operativo)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Evaluación de Riesgos	Plan de Gestión de Riesgos. Política de riesgos, recomendaciones	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Auditorías y supervisiones	Informes, recomendaciones, hallazgos	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	SSO	Lineamientos y recomendaciones	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Satisfacción del Usuario, participación ciudadana y rendición de cuentas	Información, informes, evaluaciones	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gestión con enfoque de género	Política, asesoría	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Innovación Institucional	Búsqueda de nuevas maneras de hacer las actividades, recomendaciones	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gestión ambiental	Política, eventos y campañas	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gestión de comunicaciones	Presentaciones, campañas, coberturas, asesorías	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Procesos Misionales	Atención curativa	Atenciones en salud curativa	X	X	X	X	X	X	X	X									X	X	X	X	X	X
	Atención preventiva	Atenciones en salud preventiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
	Atención a la mujer	Atenciones en salud a la mujer	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
	Atención a la niñez	Atenciones en salud a la niñez	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
	Atención de emergencias	Atenciones de emergencias en salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
	Atención a viajeros	Atenciones en salud a viajeros	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
	Atención de adicciones	Atenciones de adicciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X	X	X	X	X
Procesos de apoyo	Gestión financiera	Presupuestos, pagos, registros contables, informes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Gestión del Talento Humano	Selección de personal, pagos, capacitaciones y controles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	Gestión de Compras y contrataciones	Procesos de compras, informes, contrataciones	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
	Gestión de medicamentos, insumos y equipo médico	Abastecimiento de medicamentos e insumos médicos a los diferentes establecimientos, gestión de equipo médico, gestión de vencimientos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	Gestión de Almacenes	Custodia de los bienes adquiridos y su desgasto, inventarios, informes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Gestión de Servicios Generales	Mantenimiento de infraestructura, gestión de TIC's, transporte, archivos, insumos de oficina y de limpieza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

Cubo Misional

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Auditoría Interna</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Auditoría Interna”</p>		
<p>Alcance: Aplica a la fase de Planificación, fase de Ejecución de auditorías financieras, operativas, de seguimiento y especiales y fase de Informe según Normas de Auditoría Interna Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República.</p>		
<p>Responsable: Jefe de Auditoría Interna.</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Licda. Patricia Rivera Jefa de Auditoría Interna</p>	<p>Aprobado:</p> <p>Consejo Directivo FOSALUD</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Auditoría Interna</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/19</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>El presente Manual presenta las principales fases a desarrollar en el proceso de auditoría interna basados en Norma de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ley de la Corte de Cuentas. 2. Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental. 3. Normas y reglamentos emitidos por la Corte de Cuentas. 4. Manual de Auditoría Interna del Sector Gubernamental. 5. Manual de Auditoría Interna Institucional de FOSALUD. 6. Ley Especial de Creación del FOSALUD y su Reglamento. 7. Normas Técnicas de Control Interno Específicas. 8. Políticas y Procedimientos de Servicios Generales. 9. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento. 10. Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento. 11. Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado. 12. Disposiciones Generales de Presupuesto. 13. 13. Ley de Procedimiento Administrativos. 		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Gestión de Auditoría Interna</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p><i>Unidad de Auditoría Interna</i></p>	<p><i>Revisión</i> <i>Fecha: Diciembre 2020</i> <i>Pág. N° 03/19</i></p>
<p>PROCESO 1: GESTIÓN DE AUDITORÍA INTERNA</p>		
<p>OBJETIVO: Realizar auditorías a la institución, verificando el cumplimiento de las Normativas, presentando informes finales de manera oportuna.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica para los procedimientos en las fases de la auditoría: Planificación, Ejecución e Informe. Inicia con la determinación del Antecedente de la Auditoría Finaliza con el cierre de los Papeles de Trabajo de la Auditoría.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Auditoría Interna y Asistente de Auditoría Interna</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ley de la Corte de Cuentas.2. Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.3. Normas y reglamentos emitidos por la Corte de Cuentas.4. Manual de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.5. Manual de Auditoría Interna Institucional de FOSALUD.6. Ley Especial de Creación del FOSALUD y su Reglamento.7. Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Especificas.8. Políticas y Procedimientos de Servicios Generales.9. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento.10. Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y su Reglamento.11. Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado.		

12. Disposiciones Generales de Presupuesto
13. Ley de Procedimiento Administrativos.

DEFINICIONES

- a) **Auditoría Interna:** Actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de la entidad.
- b) **Audidores Internos Gubernamentales:** Profesionales que realizan las actividades propias de auditoría interna de las entidades del sector gubernamental, para contribuir a lograr los objetivos y metas institucionales.
- c) **Auditoría Gubernamental:** Es el examen objetivo, independiente, imparcial, sistemático y profesional de las actividades financieras, administrativas y operativas ejecutadas por las entidades y organismos del sector público, o por las entidades, organismos y personas, que reciben asignaciones, privilegios o participaciones ocasionales de recursos públicos.
- d) **Examen Especial de aspectos Operacionales o de Gestión:** Es el examen y evaluación de la gestión realizada por la entidad, para determinar la transparencia, eficacia, excelencia, eficiencia, efectividad, equidad y economía, sobre el uso de los recursos públicos.
- e) **Examen Especial:** Es el examen que comprende uno o más componentes de los estados financieros o aspectos de gestión, con un alcance específico o puntual, por lo que no es posible emitir una opinión sobre las cifras de los estados financieros; o el examen que abarca uno o más elementos de la gestión, así como el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables y las auditorías por requerimientos.
- f) **Plan de muestreo:** Desarrollado que comprende el método y técnica de muestreo definido en la estrategia de auditoría.
- g) **Evidencia de auditoría:** Es la información obtenida por el auditor, que sustenta los hallazgos y sus conclusiones; es un elemento clave en la auditoría, razón por la cual, el auditor le debe prestar especial atención a la obtención de esa evidencia y tratamiento.
- h) **Ejecución de procedimientos de auditoría:** Se refiere al desarrollo de los procedimientos definidos en el programa de auditoría, el plan de muestreo, la obtención

de evidencias y evidencia de que la auditoría se llevó a cabo de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental.

- i) **Comunicación de resultados preliminares:** Consiste en la comunicación con los servidores del área organizativa que está sujeta a examen, dándoles la oportunidad para que presenten pruebas documentadas, así como información pertinente respecto de los asuntos comunicados durante la ejecución de los procedimientos de auditoría.
- j) **Análisis de comentarios de la Administración:** Es el análisis de los comentarios y documentación presentada por la Administración, sobre la comunicación de resultados preliminares de la auditoría realizada.
- k) **Hallazgos de auditoría:** Son las observaciones encontradas luego de realizar la confirmación y el cual debe cumplir con una estructura que comprenda el título, condición, criterio, causa, efecto, comentario de la administración, comentario del auditor y la recomendación.
- l) **Borrador de Informe de Auditoría:** Es el informe que se elabora para presentar por medio de sus componentes los resultados de la auditoría, y dar a conocer de forma preliminar a los funcionarios actuantes, con el que se pueda realizar una lectura de los resultados.
- m) **Lectura de Borrador de Informe:** Es la lectura en el cual se presentan comentarios y documentación por parte de la parte auditada, para luego analizarlos y determinar si las observaciones persisten o son superadas.
- n) **Informe de Auditoría:** Es el informe que presenta por medio de sus componentes, los resultados de la información, estudios, investigación y análisis efectuados por los auditores durante la realización de la auditoría, que de forma sistematizada presentan sus observaciones, expresan conclusiones sobre el área o actividad auditada en relación con los objetivos fijados y formulan recomendaciones pertinentes para eliminar las causas de tales deficiencias y establecer las medidas correctivas adecuadas.
- o) **Resumen ejecutivo:** Es un resumen en el cual se presentan los elementos, unidad organizativa auditada, periodo auditado y títulos de los hallazgos.
- p) **Distribución de Informe Final:** Se refiere a notificar a la Máxima Autoridad y a los funcionarios y/o empleados relacionados (solamente los hallazgos que les correspondan). Además, se remite una copia del Informe a la Corte de Cuentas de la República, en un

plazo no mayor de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de la última notificación.

DESARROLLO:

**PROCESO No. 1:
GESTIÓN DE AUDITORIA INTERNA**

<i>RESPONSABLE</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN</i>
FASE DE PLANIFICACIÓN		
Asistente de Auditoría Interna	1	<p>La Determinación de antecedentes de la auditoría. Se inicia desde la emisión de la Orden de Trabajo o Asignación de auditoría por parte del Responsable de Auditoría Interna. Algunas de los motivos para realizar la auditoría son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cumplimiento Plan Anual de Trabajo de Auditoría Interna; b. A solicitud de Titular de la entidad; c. Investigación de una denuncia en actividades de la Entidad; d. Requerida por Organismos Cooperantes, según documento suscrito. <p>También puede describirse resumen o características del área, actividad, proceso o asunto a examinar.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna es encargado de asignar la Orden de Trabajo y mantener una supervisión.</p>
Asistente de Auditoría Interna	2	<p>Conocimiento y comprensión del área, proceso o aspecto a examinar. Se obtiene información básica para adquirir entendimiento de los aspectos a ser auditado. Se puede obtener de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manual de Organización; b. Manual de Funciones y Descriptor de puestos; c. Manual de procesos; d. Normativa Técnica y Legal;

		<p>e. Plan Anual Operativo; f. Plan Estratégico; g. Presupuestos aprobados y sus modificaciones; h. Convenios de Cooperación; i. Informe de labores; j. Informes emitidos por Corte de Cuentas de la Republica o Firmas Privadas de Auditoría, k. Otros.</p> <p>Para conocer el área en detalle el área, proceso o aspecto a examinar, se desarrolla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos unidad organizativa o actividad; 2. Entrevista con personal; 3. Análisis de elementos operativos y estratégicos (Aplica para auditoría de aspectos operacionales o de gestión) 4. Análisis de información financiera y de presupuesto; 5. Disposiciones legales y técnicas aplicables; 6. Análisis y actualización del archivo permanente; 7. Diagnóstico del área, proceso o aspecto a examinar. <p>El Jefe de Auditoría Interna dirige, instruye y da lineamientos sobre información inicial y antecedentes sobre la auditoría a desarrollar.</p>
Asistente de Auditoría Interna	3	<p>Estudio y evaluación del Sistema de Control Interno. Es el análisis de los componentes del Sistema de Control Interno con el fin de determinar el nivel de confianza el cual depende de los resultados obtenidos y permite al auditor concluir si el sistema implementado es suficiente y adecuado.</p>

	<p>Los componentes que evaluar son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de Control; • Valoración de Riesgos; • Actividades de Control; • Información y Comunicación; • Monitoreo y Supervisión. <p>Se pueden utilizar los siguientes métodos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Método de cuestionario o preguntas; 2. Método de narrativa; 3. Método de Flujograma. <p>El Jefe de Auditoría Interna mantiene la supervisión de los avances en esta etapa.</p>
Asistente de Auditoría Interna	<p>Identificación de Riesgos Significativos. Se debe evaluar el riesgo en términos de Impacto y Probabilidad. En esta actividad se valoran los riesgos identificando y analizando los riesgos relevantes al logro de los objetivos, formando una base para la determinación de cómo se administran los riesgos.</p> <p>El auditor verifica la existencia de una Matriz de Riesgos para comprender la adecuación y eficacia de los procesos de gestión del riesgo y control de calidad</p> <p>4 El auditor considera los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar objetivos de Plan Estratégico y Operativo; • Describir actividades clave relacionadas con objetivos del área; • Clasificar el riesgo de acuerdo con: Riesgo estratégico, riesgo operacional, riesgo político, riesgo legal, riesgo reputacional, riesgo tecnológico, riesgo de personal, riesgo de organización, riesgo de procedimiento y

	<p>procesamiento de transacciones, riesgo de planeación, administración y coordinación.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna dirige, instruye y da lineamientos sobre la etapa desarrollada.</p>
<p>Asistente de Auditoría Interna</p>	<p>Determinación de la estrategia de auditoría.</p> <p>Consiste en direccionamiento que se le dará al proceso de auditoría, definiendo el alcance y como se desarrolla el trabajo el cual queda establecido en el Memorando de Planificación. Se debe definir los objetivos generales y específicos que permitan identificar cuáles son los resultados que se persiguen obtener, además le sirven para diseñar la estrategia de la auditoría que se aplicará en la fase de ejecución.</p> <p>La determinación del alcance de la auditoría se señalan los límites de la auditoría, tipo, área, proceso o aspecto a examinar, período y cuándo se evalúa el aspecto financiero, los rubros, cuentas o subcuentas objeto de examen. Se profundiza y se hace énfasis en los procedimientos a aplicar a efecto de alcanzar el objetivo de la auditoría. Además se indica que la auditoría se ha efectuado de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la Republica</p> <p>5</p> <p>En la determinación de los riesgos de auditoría se deben determinar el Riesgo de Auditoría, Riesgo Inherente, Riesgo de Control, Riesgo de Detección, Estimación de Riesgo de Auditoría.</p> <p>Con respecto a la determinación de indicadores de gestión a evaluar son los parámetros cualitativos y</p>

		<p>cuantitativos que detallan la medida en la cual un determinado objetivo ha sido logrado.</p> <p>Los principales indicadores que evaluar son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Eficacia. b. Eficiencia. c. Economía. d. Equidad. e. Excelencia. <p>La identificación de áreas, actividades a examinar, el auditor debe considerar los resultados obtenidos en los aspectos evaluados en la fase de planificación.</p> <p>El enfoque de auditoría permite definir la naturaleza y alcance de los procedimientos de auditoría a desarrollar en fase de ejecución.</p> <p>El enfoque de muestreo lo empleará para obtener la evidencia real y una base razonable para formular las conclusiones sobre una población de la cual se extrae una muestra. Utilizará los métodos y técnicas de muestreo apropiadas para los propósitos de las muestras.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna dirige, instruye y da lineamientos sobre el desarrollo de esta actividad.</p>
Asistente de Auditoría Interna	6	<p>Memorando de Planificación. El documento de soporte que se elabora sobre las principales decisiones adoptadas, con respecto a los objetivos, alcance y metodología a utilizar en la fase de ejecución de la auditoría. Toda la información y las decisiones contenidas en el Memorando de Planificación deben estar respaldadas en documentos de auditoría.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna dirige, instruye y da lineamientos sobre este documento.</p>

Asistente de Auditoría Interna	7	<p>Programa de Auditoría. Debe elaborar un esquema detallado del trabajo a realizar y los procedimientos a emplearse durante la fase de ejecución, se determina el alcance y oportunidad de su aplicación, así como los documentos de auditoría que se elaboran.</p> <p>El Auditor elabora programa de auditoría por cada área a examinar. (Cuestionario de Control Interno, Programa de Planificación y Programa de Auditoría que son revisados por el Jefe de Auditoría Interna)</p>
Jefe de Auditoría Interna	8	<p>Autoriza el programa de ejecución. El Jefe de Auditoría Interna firma y sella el programa revisado.</p>
FASE DE EJECUCIÓN		
Asistente de Auditoría Interna	9	<p>Programa de Ejecución. Se detalla y prepara al finalizar la fase de planificación utilizando información, análisis y evaluación que se hace del área, proceso o aspecto a examinar.</p>
Asistente de Auditoría Interna	10	<p>Evidencia de auditoría. Es la información obtenida por el auditor, que sustenta los hallazgos y sus conclusiones, es un elemento clave en la auditoría, razón por la cual el auditor debe prestar especial atención de la evidencia.</p> <p>El auditor cumple normativa a la hora de valorar los hechos y las evidencias antes de emitir un informe que es la base para la toma de decisiones.</p> <p>Los atributos de las evidencias a cumplir son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Suficiente; b. Competente; c. Relevante; d. Pertinente. <p>Se deben utilizar técnicas para recopilar evidencias, las cuales pueden ser:</p>

		<p>Ocular, Oral, Escrita, Documental y Física.</p> <p>El Jefe de Auditoría comprueba y verifica que se tenga respaldos de las evidencias de auditoría.</p>
Asistente de Auditoría Interna	11	<p>Ejecución de procedimientos de auditoría. El auditor ejecuta los procedimientos definidos en el programa de auditoría, que comprende, entre otros, el desarrollo del plan de muestreo y la obtención de evidencia.</p> <p>El desarrollo de los procedimientos de auditoría, debe plasmarse en documentos de auditoría, los cuales constituyen el registro del trabajo realizado por el auditor; describen las pruebas realizadas, evidencian el fundamento de los hallazgos y los resultados en los que se basa el auditor para emitir su conclusión en el Informe de Auditoría.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna revisa cédulas de trabajo con su Documentación de soporte.</p>
Asistente de Auditoría Interna	12	<p>Comunicación de resultados preliminares. El Responsable de Auditoría Interna o quien este asigne, mantendrá constante comunicación con los servidores del área organizativa que está sujeta a examen, dándoles la oportunidad para que presenten pruebas documentadas, así como información pertinente respecto de los asuntos comunicados durante la ejecución de los procedimientos de auditoría.</p> <p>La comunicación de resultados preliminares debe contar con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condición u observación • Criterio o normativa incumplida <p>Un aspecto que el Responsable de Auditoría Interna</p>

		<p>debe tener en cuenta en la nota de comunicación de resultados preliminares, es incluir el plazo que se le otorga al funcionario o empleado relacionado con las observaciones para que presente sus comentarios y documentación, a fin de que sean analizados para desvirtuar, modificar o confirmar la condición comunicada.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna revisa al final de la actividad la Documentación de soporte.</p>
Asistente de Auditoría Interna	13	<p>Análisis de comentarios de la Administración. El auditor debe analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración, sobre la comunicación de resultados preliminares de la auditoría realizada y determinará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si las observaciones fueron superadas. b. Si las observaciones constituyen asuntos menores, deberán ser comunicadas en Carta a la Gerencia al titular de la entidad o al responsable de la unidad organizativa auditada; esta se emitirá en forma simultánea con el Informe de Auditoría. c. Si las observaciones constituyen hallazgos, deberán ser incluidas en el Borrador de Informe de Auditoría. <p>En caso que la Administración no emita respuesta a las observaciones comunicadas, el auditor desarrollará el hallazgo para ser incorporado en el Borrador de Informe de Auditoría.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna revisa al final de la actividad la Documentación de soporte.</p>
Asistente de Auditoría Interna	14	<p>Hallazgos de la auditoría. El auditor deberá elaborar los hallazgos cuando haya confirmado la observación, y deberá contener lo siguiente:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Título; b. Condición u observación; c. Criterio o normativa incumplida; d. Causa; e. Efecto; f. Comentario de la administración; g. Comentario de los auditores; h. Recomendación de los auditores. <p>El Jefe de Auditoría Interna revisa el soporte de documentación de cada uno de los hallazgos entregado.</p>
Asistente de Auditoría Interna	15	Elabora Borrador de Informe de Auditoría y entrega al Jefe de Auditoría Interna para su revisión inicial. Se elabora y comunica de forma profesional el Borrador de Informe de Auditoría, que presenta el resultado de la auditoría realizada de acuerdo a Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, y se basa en juicios fundamentados en el análisis de la evidencia obtenida en la fase de ejecución.
Jefe de Auditoría Interna	16	Autoriza el Borrador de Informe de Auditoría. Se firma y sella el Borrador de Informe de Auditoría.
FASE DE INFORME		
Asistente de Auditoría Interna	17	<p>Borrador de Informe de Auditoría. El Borrador de Informe de Auditoría debe contener los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Portada; b. Destinatario; c. Párrafo introductorio; d. Objetivos de auditoría; e. Alcance de la auditoría;

		<ul style="list-style-type: none"> f. Resumen de procedimientos de auditoría aplicados; g. Principales realizaciones y logros; h. Resultados de la auditoría; i. Seguimiento a las recomendaciones de auditoría anteriores; j. Recomendaciones; k. Conclusiones; l. Párrafo aclaratorio; m. Lugar y fecha; n. Leyenda; o. Nombre y cargo del responsable de auditoría. <p>El Jefe de Auditoría Interna verifica que se tengan completos cada uno de los requisitos en el Borrador de Informe de Auditoría.</p>
Asistente de Auditoría Interna	18	<p>Realiza lectura de Borrador de Informe de Auditoría. Los auditores convocaran al responsable de la unidad auditada y a las personas vinculadas con las observaciones para efectuar la lectura del Borrador de Informe.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna participa en el desarrollo de la lectura de Borrador de Informe de Auditoría.</p>
Asistente de Auditoría Interna	19	<p>Realiza análisis de los comentarios de la Administración. El auditor recibirá los comentarios y documentación que presenten los funcionarios y empleados convocados a la lectura del Borrador de Informe para posteriormente analizarlos y determinar si las observaciones persisten o son superadas.</p> <p>El auditor debe analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración posterior a la lectura del Borrador de Informe y</p>

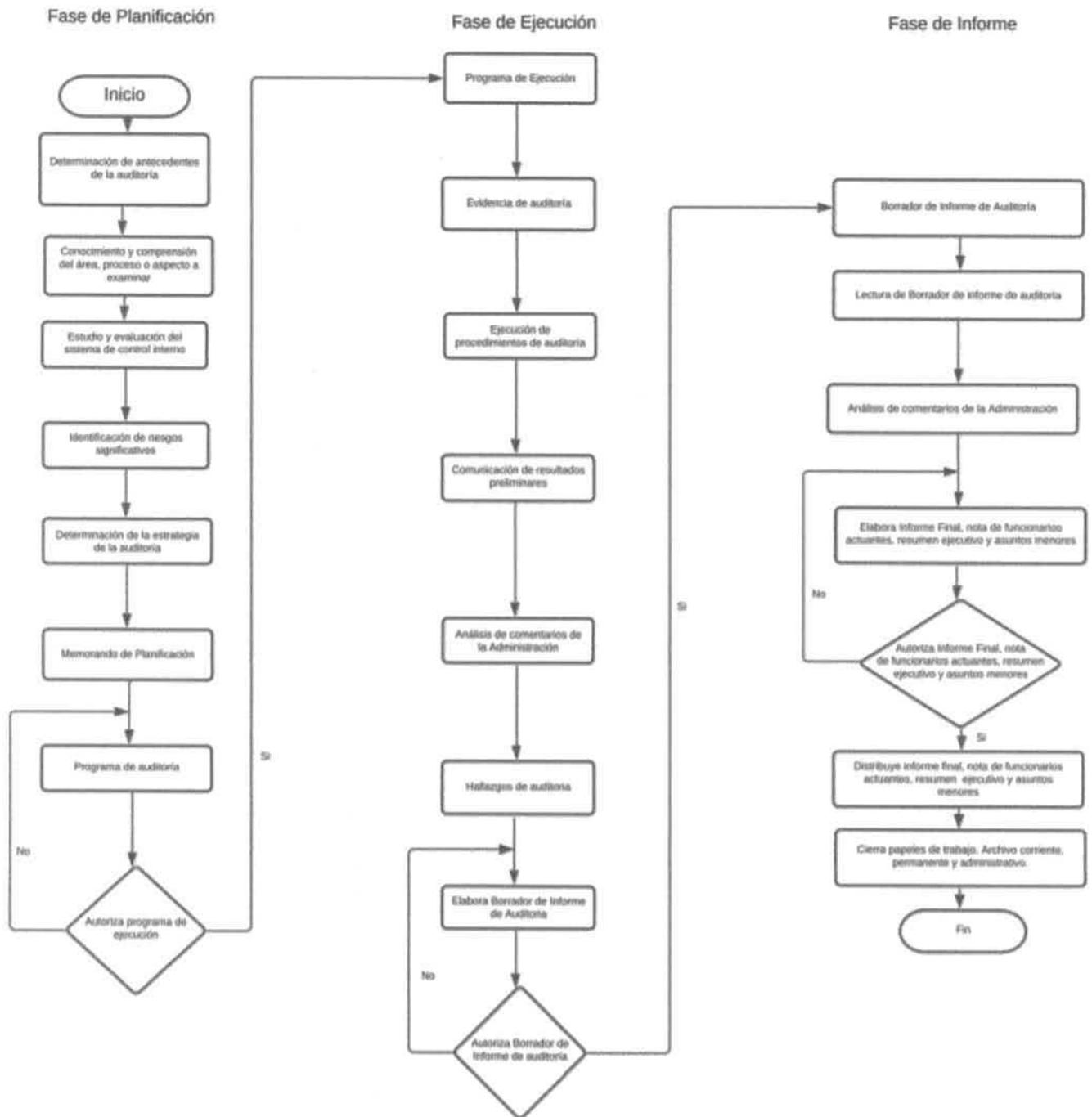
	<p>determinará lo siguiente:</p> <p>a. Si las observaciones fueron superadas.</p> <p>b. Si las observaciones constituyen asuntos menores, las cuales deberán ser comunicadas al titular de la entidad y al servidor relacionado en Carta a la Gerencia, la cual se entregará de manera separada al emitirse el Informe de Auditoría.</p> <p>c. Si las observaciones constituyen hallazgos, las cuales deberán ser incluidas en el Informe Final de Auditoría. En caso que la administración no emita respuesta a las observaciones comunicadas, el Responsable de Auditoría Interna incluirá la observación en el Informe de Auditoría.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna supervisa y orienta en la interpretación de los comentarios de la Administración.</p>
Asistente de Auditoría Interna	<p>20</p> <p>Elabora el Informe Final, nota de Funcionarios Actuales, Resumen Ejecutivo y Asuntos Menores. Como producto final se emitirá un Informe de Auditoría que es el resultado de la información, estudios, investigación y análisis efectuados por los auditores durante la realización de la auditoría, que de forma sistematizada presentan sus observaciones, expresan conclusiones sobre el área o actividad auditada en relación con los objetivos fijados y formulan recomendaciones pertinentes para eliminar las causas de tales deficiencias y establecer las medidas correctivas adecuadas.</p> <p>El Informe de Auditoría será firmado por el Responsable de Auditoría Interna quien deberá</p>

		<p>notificar a la Máxima Autoridad y a los funcionarios y/o empleados relacionados (solamente los hallazgos que les correspondan). Una vez notificado el Informe, el Responsable de Auditoría Interna deberá remitir una copia de dicho Informe a la Corte de Cuentas de la República, en un plazo no mayor de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de la última notificación.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna verifica que el Informe y otros documentos de esta actividad estén elaborados correctamente.</p>
Jefe de Auditoría Interna	21	<p>Autoriza el Informe Final, nota de Funcionarios Actuantes, Resumen Ejecutivo y Asuntos Menores. El Responsable de Auditoría Interna deberá emitir un resumen ejecutivo del Informe de Auditoría, el cual contendrá al menos los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Unidad organizativa auditada. b. Período auditado. c. Título de los hallazgos. <p>Se firma y sella la documentación.</p>
Asistente de Auditoría Interna	22	<p>Distribuye Informe Final, Nota de Funcionarios Actuantes, Resumen Ejecutivo y Asuntos Menores. El Jefe de Auditoría Interna ejerce el control de calidad</p>
Asistente de Auditoría Interna	23	<p>Cierre de Papeles de Trabajo, Archivo Corriente, Permanente y Administrativo.</p> <p>El Jefe de Auditoría Interna solicita los Papeles de Trabajo para la revisión final y para asegurarse de la calidad del trabajo desarrollado por el Equipo de Auditores.</p>
<p>METAS: 100% de Auditorías realizadas en el tiempo establecido (\leq 60 días hábiles),</p>		

cumpliendo con la normativa

<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (No. Auditorías Desarrolladas / No. De Auditorías Programadas) *100</p> <p>Tiempo promedio de realización de auditorías = Sumatoria de días de duración de cada proceso / No. De procesos realizados</p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral</p>
--	--

FLUJOGRAMA PROCESO 1



 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Comunicaciones	Revisión: Fecha: Diciembre 2020
“Manual de Procesos de la Unidad de Comunicaciones”.		
Alcance: Los procesos a describirse parten del Plan Operativo Anual de la Unidad de Comunicaciones, así como de las diferentes necesidades de comunicación institucional que surgen con las coyunturas, hasta conseguir productos comunicacionales de calidad para su respectiva divulgación o uso en los canales de comunicación utilizados por la institución, tanto internos como externos.		
Responsable: Jefe Unidad de la Unidad de Comunicaciones		
Elaborado:   Licda. Ena Rivas Jefe de Comunicaciones	Aprobado:   Dra. Nathalie Larreinaga Dirección Ejecutiva	



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Unidad de
Comunicaciones**

**Revisión
Fecha: Diciembre 2020
Pág. N° 02/11.**

CONTENIDO

Introducción

La Unidad de Comunicaciones se encarga de organizar, planificar, coordinar, asesorar y asistir las actividades públicas e internas en las que participen los titulares de la Institución, autoridades u otro personal. Esta unidad busca promover, a través de su quehacer, la imagen institucional y por ende del Gobierno Central.

Se encarga de dirigir las funciones de comunicación institucional mediante la creación y ejecución de acciones orientadas a mantener informada a la población sobre los diferentes servicios y las formas de acceder a ellos, de acuerdo con las estrategias de comunicación internas y las orientaciones del Ejecutivo para impulsar las intervenciones de información y educación a la ciudadanía.

El presente documento presenta la descripción de los principales procesos realizados dentro de la Unidad, así como los objetivos, alcance y responsabilidad de cada uno de ellos.

Marco jurídico:

Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud
Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Anual
Política Pública de Comunicación Gubernamental
Guía emblemática gubernamental

Procesos: Los principales procesos de la Unidad de Comunicaciones están centrados en la producción de material y campañas de comunicación, mediante los cuales se impulsan todas las estrategias que fortalecen la imagen institucional.

Procesos 1: Producción de material y contenidos para medios digitales y otros canales de comunicación internos y externos.

Procesos 2: Diseño de campañas para informar, educar y comunicar sobre los riesgos y daños a la salud que conllevan el uso o consumo de sustancias psicoactivas.

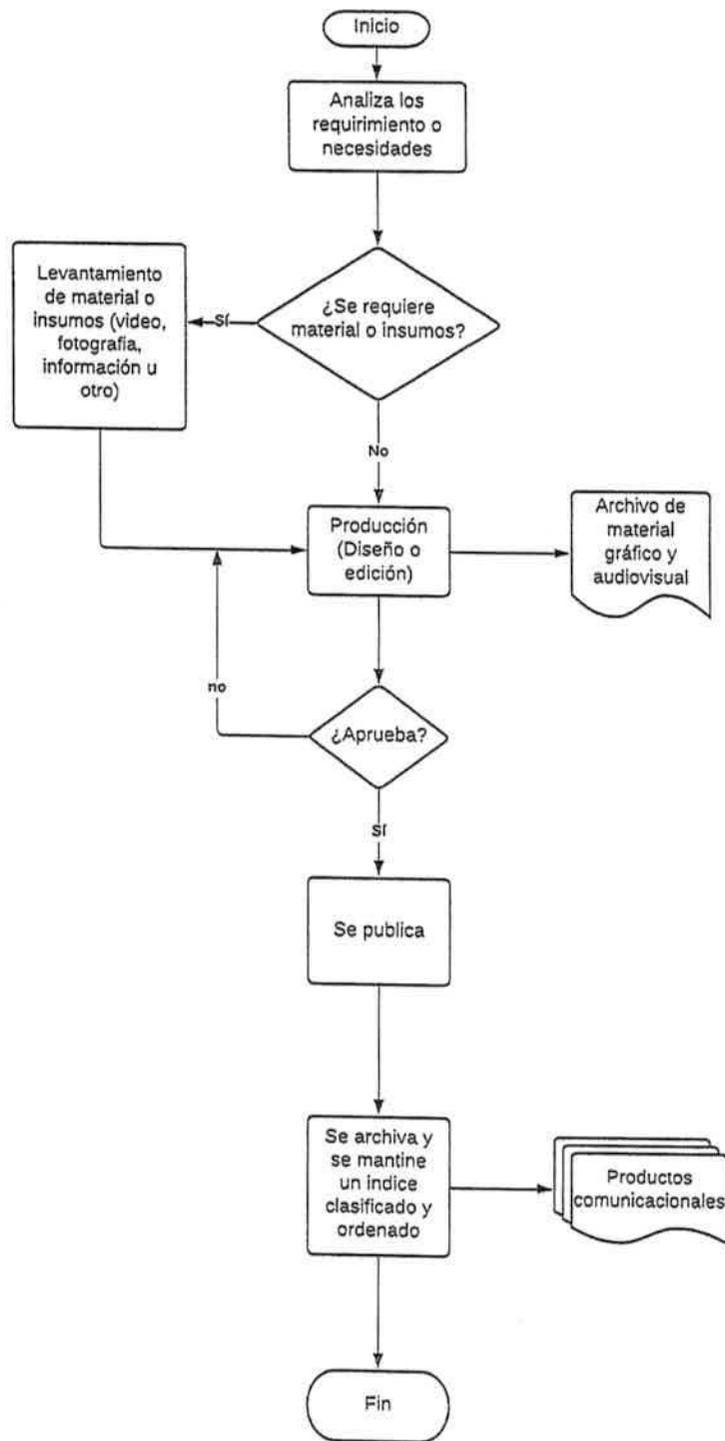
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Comunicaciones</p>	<p>Revisión Fecha: Noviembre 2020 Pág. N° 03/11</p>
<p>PROCESO 1: PRODUCCIÓN DE MATERIAL Y CONTENIDOS PARA MEDIOS DIGITALES Y OTROS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNOS Y EXTERNOS.</p>		
<p>OBJETIVO: Producir material y contenido que responda a las necesidades y estrategias de comunicación institucionales, para la alimentación medios digitales y otros canales de comunicación tanto internos como externos.</p>		
<p>ALCANCE: El proceso inicia con las metas planteadas en el POA; estrategias de comunicación que responden a necesidades institucionales por coyunturas específicas; y otros requerimientos a la Unidad de Comunicaciones por parte de Dirección Ejecutiva, otras dependencias u otros agentes externos que guían la política de comunicación gubernamental, comprende el diseño de todos y cada uno de los productos dirigidos a informar, educar en salud o generar una imagen positiva de la institución. Finalizando con la aprobación y publicación de los productos en los medios de comunicación pertinentes. No aplica para la creación de campañas de publicidad el cual es desarrollado como un proceso diferente.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de la Unidad de Comunicaciones</p>		
<p>REFERENCIA: Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud Plan Estratégico Integral Plan Operativo Anual Política Pública de Comunicación Gubernamental</p>		

Guía emblemática gubernamental		
DEFINICIONES		
<p>POA : Plan Operativo Anual</p> <p>Etalonaje: todo el proceso de posproducción que hace referencia a la corrección de color y a conseguir la apariencia adecuada de cada secuencia en función de la narrativa de la misma.</p> <p>Factuales: Que tiene relación con los hechos.</p>		
DESARROLLO:		
PROCESO No. 1:		
PRODUCCIÓN DE MATERIAL Y CONTENIDOS PARA MEDIOS DIGITALES Y OTROS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNOS Y EXTERNOS.		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Jefatura de Comunicaciones	1	La Jefatura de la Unidad analiza las necesidades de productos comunicacionales a partir de las estrategias o coyunturas y/o atiende y evalúa requerimientos de otras unidades. Si requiere otros requerimientos sigue paso 2 , si no avanza a paso 3
Jefatura de Comunicaciones	2	Si los requerimientos o necesidades para la creación de productos comunicacionales demandan sostener reuniones con el solicitante, levantamiento de material u otros insumos como video, fotografía, audio (locución o musicalización), información adicional (para el caso de productos tales como comunicados de prensa, notas informativas, post para redes sociales, etc.) u otro tipo de insumos que permitan completar una producción.
Jefatura, Coordinador, Asistente, Web máster, Diseñador, Digital manager, Fotógrafo	3	Se genera material según requerimiento, consistente en grabación de video, audio, toma de fotografía, entrevistas, así como el levantamiento de información con fuentes institucionales, documentales o factuales. Este trabajo se desarrolla

		mayormente en campo. Se realiza el diseño de material gráfico (efectuando además adaptaciones, correcciones, montajes, maquetación); producción de textos (redacción de guiones, comunicados, notas de prensa, discursos, contenido breve para comunicación digital, entre otros); y se hace edición de material audiovisual , (aplicando todo tipo de recursos como musicalización, animaciones, colorización, etalonaje, corrección de color, retoque).
Jefatura de Comunicaciones/ parte solicitante	4	Verifica que producto cumpla con todos los requerimientos y se adapte a las políticas de comunicación. Si se aprueba, sigue paso 5 , si no se aprueba regresa a paso 3
Asistente, Web máster, Digital manager	5	Los productos comunicacionales son colocados/utilizados en los canales/medios pertinentes.
Jefatura, Coordinador, Asistente, Web máster, Diseñador, Digital manager, Fotógrafo	6	Se elabora un informe trimestral con el detalle de cada uno de los productos comunicacionales producidos, y se archiva un índice clasificado y ordenado de los mismos.
METAS: 100% de material y contenido producido, que responda a las necesidades y estrategias de comunicación institucionales.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de productos terminados aprobados (número de productos aprobados / número de productos programados * 100)		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 1



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Comunicaciones	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 07/11
PROCESO 2: DISEÑO DE CAMPAÑAS PARA INFORMAR, EDUCAR Y COMUNICAR SOBRE LOS RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD QUE CONLLEVA EL USO O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.		
OBJETIVO: Crear campañas publicitarias que impacten, eduquen e informen a la población sobre los daños a la salud que producen sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol; así como campañas que posicionen la imagen de Fosalud.		
ALCANCE: El proceso inicia con los objetivos trazados en el POA o necesidades emergentes, definiendo una estrategia dirigida al contrarrestar un problema concreto de salud pública, continuando con la construcción de un Brief, el diseño y aprobación de la campaña por la Dirección Ejecutiva, finalizando con la puesta en marcha de la campaña en diferentes medios de comunicación de alcance nacional; televisivos, impresos, radiales, de exteriores o digitales, según los públicos a los que sea dirigido el mensaje.		
RESPONSABLE: Jefe de la Unidad de Comunicaciones		
REFERENCIA: Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud Plan Estratégico Institucional Política Pública de Comunicación Gubernamental Guía emblemática gubernamental		
DEFINICIONES Brief: es un documento que sirve como herramienta para conocer e identificar diferentes aspectos relacionados con la institución y sus usuarios, con el fin de construir una		

campaña que se ajuste de la mejor manera a necesidades específicas y que esté en consonancia con los objetivos institucionales

DESARROLLO:

PROCESO No. 2:

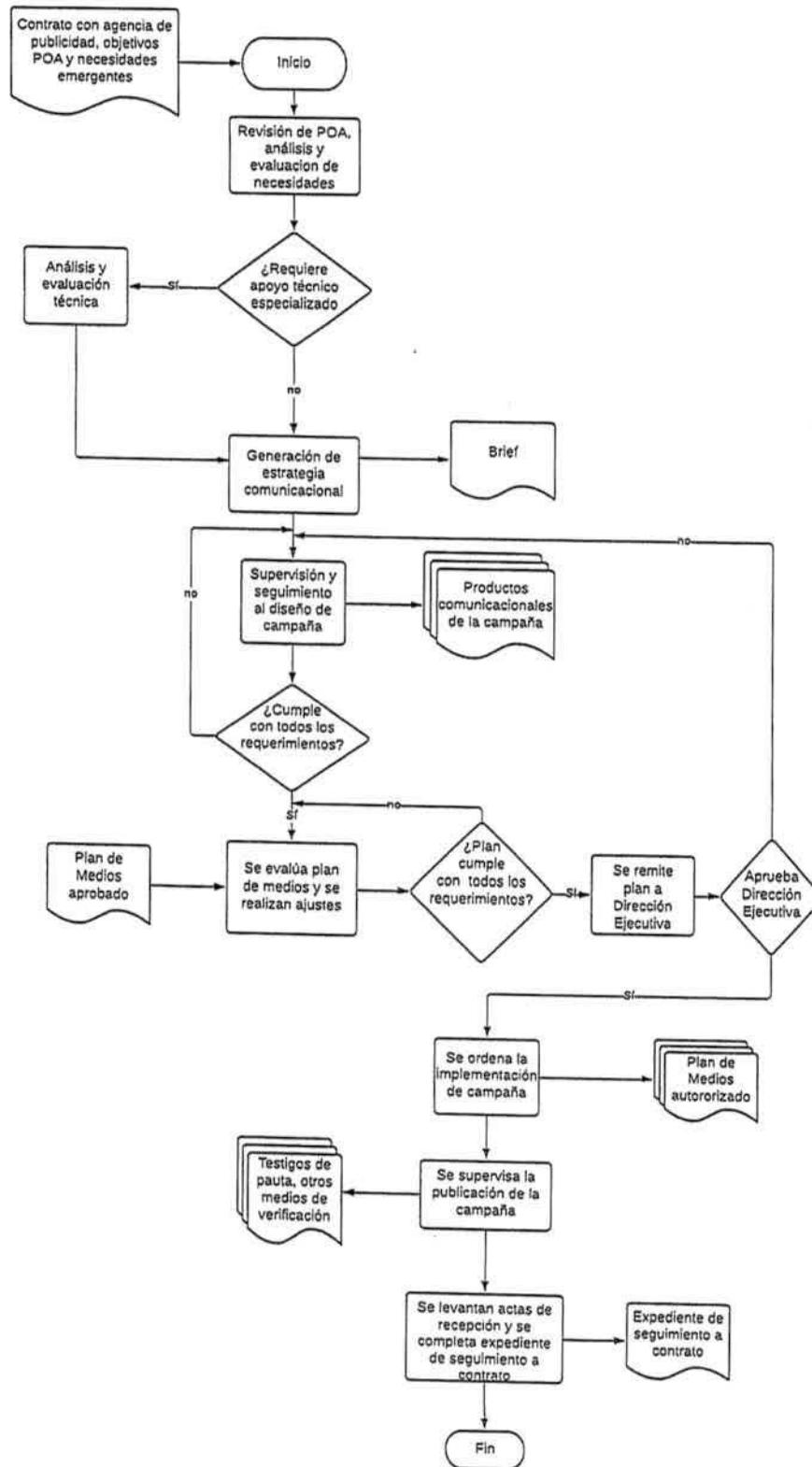
DISEÑO DE CAMPAÑAS PARA INFORMAR, EDUCAR Y COMUNICAR SOBRE LOS RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD QUE CONLLEVA E L USO O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Jefatura de Comunicaciones	1	La Jefatura de la Unidad analiza el POA y las necesidades a cubrir mediante campañas publicitarias.
Jefatura de Comunicaciones	2	Jefatura de la Unidad de Comunicaciones determina si es necesario solicitar apoyo técnico que permita obtener la suficiente información para la formulación de la estrategia comunicacional de las campañas. Si requiere apoyo sigue paso 3 , si no avanza a paso 4 .
Jefatura Coordinador Colaboradora	3	Se realiza un análisis y evaluación técnica del fenómeno, problemática o coyuntura que se quiere abordar mediante la campaña, junto a técnicos especialistas de la institución u otros invitados externos, consiguiendo obtener los insumos necesarios para la toma de decisiones durante la elaboración de la estrategia comunicacional.
Jefatura Coordinador Colaboradora	4	Con base al requerimiento u otra información, se elabora una estrategia comunicacional para la campaña, definiendo objetivos, público, alcance, ideas clave, tono, entre otros detalles que determinan las características de la campaña.
Jefatura Coordinador	5	Se supervisa y da seguimiento al diseño de cada uno de los componentes de la campaña, verificando que

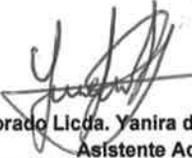
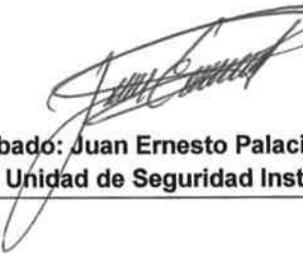
Colaboradora		la misma cumpla con todo lo planteado en la estrategia comunicacional. Si cumplen los requerimientos sigue el paso 6 , si no, regresa al paso 4
Jefatura de Comunicaciones	6	La jefatura de Comunicaciones hace una evaluación final de la campaña y determina si cumple o no con todos los requerimientos solicitados y si se acoge a las políticas gubernamentales de comunicación., si cumple avanza a paso 7 , si no cumple vuelve a evaluar el Plan de Medios y se realizan todos los ajustes necesarios en concordancia con el presupuesto asignado a la campaña y los objetivos planteados.
Jefatura de Comunicaciones	7	Remite plan a Dirección Ejecutiva, si lo aprueba, sigue paso 8 , si no lo aprueba regresa a paso 5
Coordinador Colaboradora	8	Se remite Plan de Medios autorizado para su puesta en marcha
Colaboradora	9	Se supervisa que cada una de las publicaciones contratadas se realizan conforme a lo establecido en el Plan de Medios.
Coordinador Colaboradora	10	Se levantan actas de recepción del servicio y se completa el expediente de seguimiento y administración del contrato, incluyendo facturas de los servicios.
METAS:		
100% de campañas publicitarias creadas para la prevención de daños a la salud y que posicionen la imagen de Fosalud.		

INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (número de campañas aprobadas / número de campañas diseñadas * 100)	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral
---	--

FLUJOGRAMA PROCESO 2



CARATULA

	UNIDAD DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL	Revisión: N° Fecha: Diciembre 2020
“Manual de Procesos de la Unidad de Seguridad Institucional”.		
Alcance: Establecer límites. Ejemplo: aplica a todas las actividades de la Unidad de Planificación, tales como: POA y PEI, entre otros.		
Responsable: Juan Ernesto Palacios Cañas Jefe Unidad de Seguridad Institucional		
 Elaborado Licda. Yanira del Carmen Fuentes Calles Asistente Administrativa	 Aprobado: Juan Ernesto Palacios Cañas Jefe Unidad de Seguridad Institucional	





Nombre de la Unidad Organizativa: Seguridad Institucional

Revisión N^a (0)
Fecha: Diciembre 2020

Pág. N^o x/xx.

CONTENIDO

Introducción :

El presente Manual de Procedimientos tiene como propósito contar con una guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo de los diferentes procesos de la Unidad de Seguridad Institucional del FOSALUD, de igual manera ser un instrumento de apoyo y mejora de la unidad. Donde se plasman de forma ordenada y detallada de los procesos a seguir para cada una de las actividades que se realizan, promoviendo el buen desarrollo administrativo y operativo de la unidad, el cual enlista los procedimientos a seguir con sus respectivos diagramas de flujo.

Es importante señalar, que este documento está sujeto a actualización en la medida que se presenten variaciones en la ejecución de los procedimientos, o bien en algún otro aspecto que influya en la operatividad del mismo.

Marco jurídico:

LACAP

Procesos :

Procesos 1: Adquisición de Servicios de Seguridad Privada para FOSALUD.

Procesos 2: Contratación de Servicios de Monitoreo a través del sistema de Posicionamiento Global para la flota vehicular de FOSALUD.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : Seguridad Institucional	REVISIÓN (0) FECHA Diciembre 2020 PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)
TITULO DEL PROCESO: Adquisición de Servicios de Seguridad Privada para FOSALUD		

OBJETIVO:

Garantizar la calidad de los servicios de seguridad física, electrónica de las diferentes dependencias del FOSALUD, brindando resguardo y protección a recurso humano, usuarios/@ y bienes institucionales.

ALCANCE:

Todas los establecimientos del FOSALUD, donde Fosalud tiene seguridad
Iniciando con el diagnostico de necesidades de servicios de seguridad privada para el FOSALUD:

Finalizando con la realización de informes de seguimientos de contrato.

RESPONSABLE:

Jefe de Unidad de Seguridad Institucional.

REFERENCIA

- LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
- LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

DEFINICIONES:

DESARROLLO:

PROCESO N° 1: Adquisición de Servicios de Seguridad Privada para FOSALUD

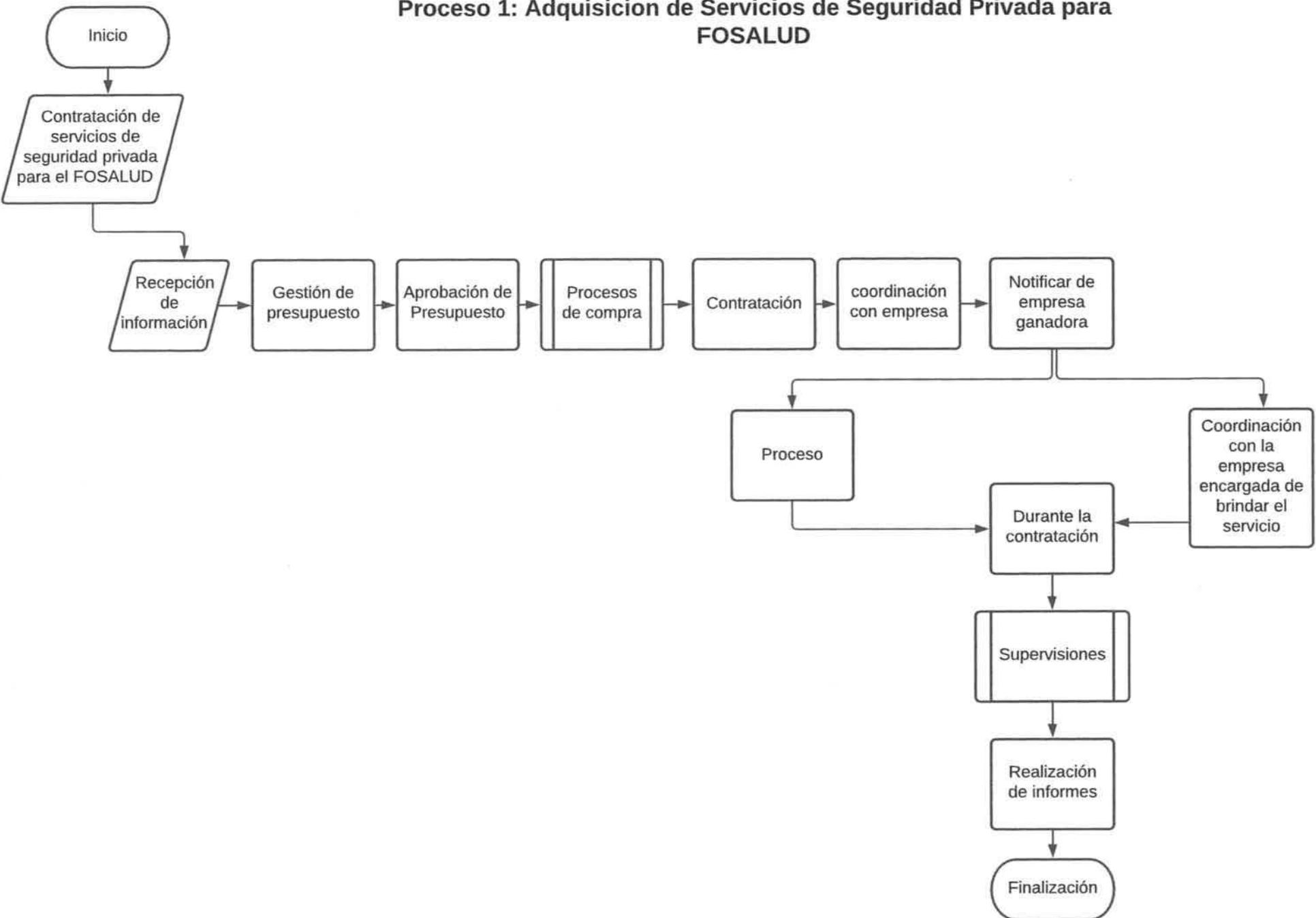
RESPONSABLE Asistente Administrativa	1	Contratación de servicios de seguridad privada para el FOSALUD: 1. Se identifica la necesidad de contratar agentes de seguridad priva para todas las dependencias del FOSALUD.
Asistente Administrativa	2	Recepción de Información: 1. Solicitar las necesidades existentes en las diferentes dependencias del FOSALUD, mediante memorándum a gerencias encargadas. 2. Elaborar cuadros incluyendo todos los datos requeridos para la prestación del servicio por departamentos y zonas: Lugar donde se prestara el servicio(UCSF, SEDE ADMINISTRATIVA, PLANTEL, MATAZANO Y PALMAS, HOGARES DE ESPERA MATERNA, SIAMIN), dirección, horario, cantidad de agentes, costo por agente, cantidad de meses en que se brindara el servicio, conto total del servicio por establecimiento. 3. Realizar sondeos de mercado y estudios de procesos anteriores para recolectar información en cuanto a precios y perfiles de agentes. 4. Recibir cotizaciones de empresas que brindan este tipo de servicios 5. Consolidación de la información, para presentar propuesta a Dirección Ejecutiva.
Jefe de Unidad de Seguridad y Asistente Administrativa	3	Aprobación: 1. Con toda la información recolectada de las

		necesidades existentes se envía memorando a Directora Ejecutiva para que brinde su visto bueno.
Jefe de Unidad de Seguridad y Asistente Administrativa	4	<p>Gestión de presupuesto:</p> <p>1. Cuando ya se tiene el visto Bueno de Directora Ejecutiva se solicita a Gerente financiero presupuesto, exponiendo todas las necesidades existentes.</p>
Asistente Administrativa	5	<p>Aprobación de presupuesto solicitado:</p> <p>1. Se recibe respuesta de gerencia Financiera.</p>
Asistente Administrativa	6	<p>Ernesto Palacios y Licda. Yanira Calles</p> <p>Proceso de compra:</p> <p>1. Después de recibir aprobación de presupuesto, se solicita incorporar proceso a UACI.</p> <p>2. Cuando UACI da su aprobación. Se procede a realizar solicitud de compra incluyendo todos los requerimientos técnicos y económicos del servicio solicitado.</p> <p>3. Se envía solicitud a UACI, para su revisión y aprobación.</p> <p>4. Cuando ya se realizó revisión UACI se encarga de hacer proceso de compra para presentación de ofertas.</p> <p>5. Una vez presentadas las ofertas se realiza evaluación de ofertas en conjunto con UACI y Unidad Jurídica, se determina quién es la empresa ganadora, según los criterios establecidos.</p>

Asistente Administrativa	7	<p>Contratación:</p> <p>1. Se firma contrato en UACI</p>
Asistente Administrativa	8	<p>Coordinación con empresa:</p> <p>1. Programación de reunión con empresa contratada.</p> <p>2. Elaboración de consignas, por cada puesto donde se desempeñara cada uno de los agentes de Seguridad.</p> <p>3. Realización de reunión programada para establecer como se llevara a cabo el proceso de instalación de los agentes en cada una de las dependencias del FOSALUD, se entregan de consignas, medidas estratégicas y acuerdos, fecha y hora de instalación.</p>
Asistente Administrativa	9	<p>Notificar de empresa ganadora:</p> <p>1. Se notifica a Gerencia Técnica cual ha sido la empresa ganadora y el periodo de contratación, para que estén informados de los cambios a realizar.</p>
Asistente Administrativa	10	<p>Asignación de agentes:</p> <p>1. Mediante acta de instalación en cada uno de los establecimientos de salud se asignan los agentes que prestaran el servicio por el periodo establecido.</p>
Asistente Administrativa	11	<p>Coordinación con la empresa encargada de brindar el servicio:</p> <p>1. En el proceso de instalación se debe tener una coordinación continua al momento que se estén realizando los cambios en cada una de las dependencias del FOSALUD.</p>

Asistente Administrativa	12	<p>Durante la contratación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de libros de novedades y asistencia. 2. Revisión de facturas. 3. Realización de Actas.
Asistente Administrativa/ Jefe de Seguridad Institucional	13	<p>Supervisiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizan supervisiones mensuales para verificar que la empresa contratada cumpla con todas los requerimientos establecidos. 2. Realización de informes de supervisión. 3. Informar a las jefaturas de zonas de la empresa de seguridad las fayas encontradas, para que estas sean subsanadas.
Asistente Administrativa	14	<p>Realización de informes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al finalizar la contratación del servicio se debe hacer una evaluación de la empresa, realizando encuesta de satisfacción en cada una de las dependencias del FOSALUD. 2. Evaluación de empresa de seguridad. 3. Realización de informes de seguimiento de contrato.
<p>METAS: 100% de dependencias y/o establecimientos priorizados que cuentan con vigilancia.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Porcentaje de dependencias y/o establecimientos priorizados que cuentan con vigilancia.</p> <p><small>= $\frac{\text{No. De dependencias y/o establecimientos que cuentan con vigilancia}}{\text{No. De dependencias programadas para contratar vigilancia}} \times 100\%$</small></p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>MENSUAL</p>	

Proceso 1: Adquisición de Servicios de Seguridad Privada para FOSALUD



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : Seguridad Institucional	REVISIÓN (0) FECHA Diciembre 2020 PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)
TITULO DEL PROCESO: Adquisición de Servicios de Seguridad Privada para FOSALUD		

OBJETIVO:

Garantizar la calidad de los servicios de seguridad física, electrónica de las diferentes dependencias del FOSALUD, brindando resguardo y protección a recurso humano, usuarios/@ y bienes institucionales.

ALCANCE:

Todos los vehículos, camiones ambulancias, motocicletas con que cuenta el FOSALUD.

Iniciando con la contratación de servicios de monitoreo de vehículos del FOSALUD:

Finalizando con la realización de informes de seguimientos de contrato.

RESPONSABLE:

Jefe de Unidad de Seguridad Institucional.

REFERENCIA

- LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
- LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
- NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS

DEFINICIONES:

DESARROLLO:

PROCESO N° 1: Contratación de Servicios de Monitoreo a través del sistema de

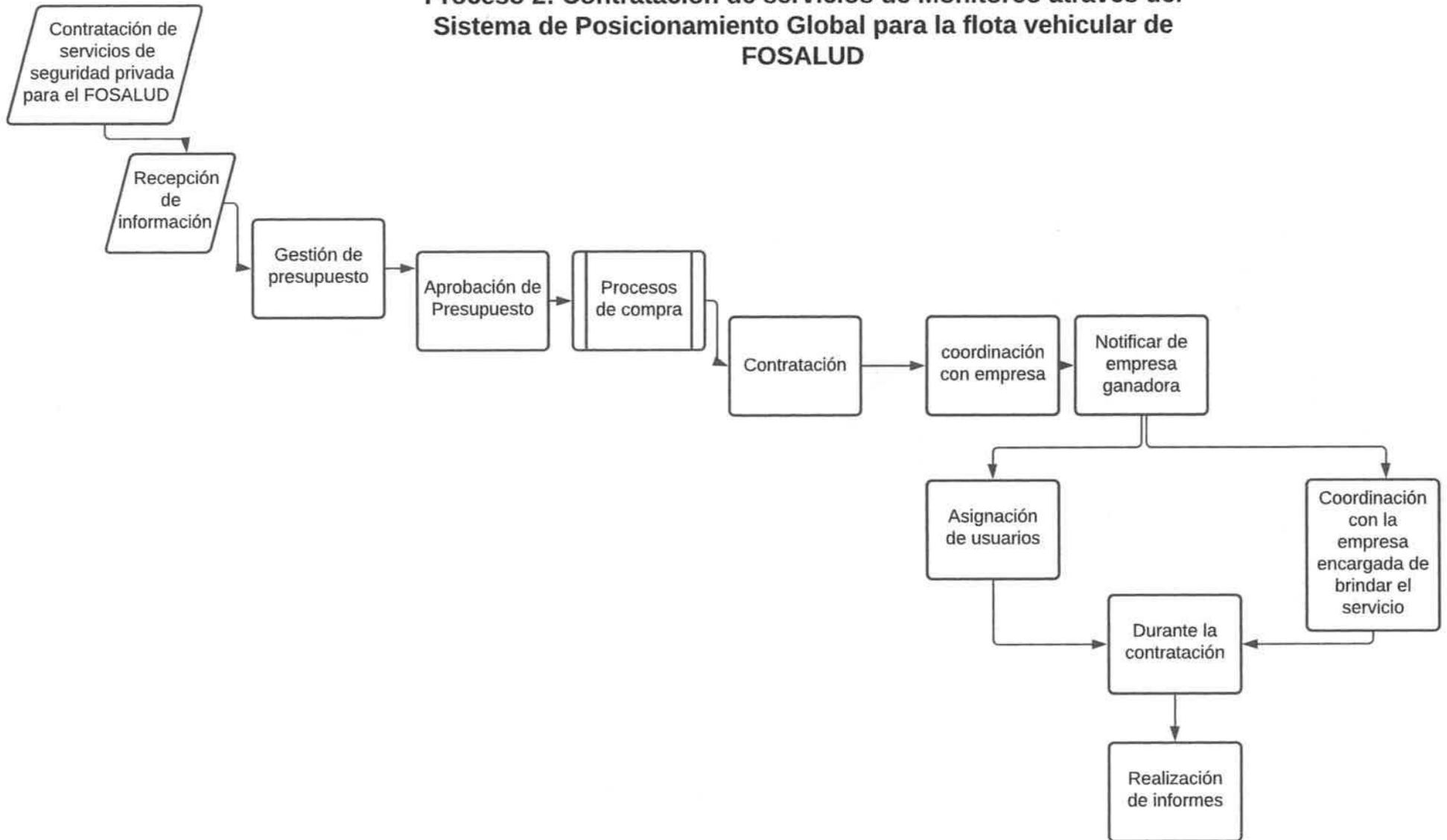
Posicionamiento Global para la flota vehicular de FOSALUD.		
RESPONSABLE Asistente Administrativa	1	Contratación de Servicios de Monitoreo a través del sistema de Posicionamiento Global para la flota vehicular de FOSALUD. 1. Se identifica la necesidad existente de monitorear la flota vehicular del FOSALUD.
Asistente Administrativa	2	Recepción de Información: 1. Solitar a Gerencia Admirativa la base de datos de la flota vehicular del FOSALUD, mediante memorando. 2. Identificar las necesidades para poder definir qué tipo de servicio necesitamos. 3. Elaborar cuadros incluyendo todos los datos requeridos para la prestación del servicio por departamentos, cantidad de vehículos, lugares de ubicación por zona. 4. Realizar sondeos de mercado y estudios de procesos anteriores para recolectar información en cuanto a precios y tipos de servicios que se necesitan. 5. Recibir cotizaciones de empresas que brindan este tipo de servicios. 6. Consolidación de la información, para presentar propuesta a Dirección Ejecutiva.
Jefe de Unidad de Seguridad y Asistente Administrativa	3	Aprobación: 2. Con toda la información recolectada de las necesidades existentes se envía memorando a

		Directora Ejecutiva para que brinde su visto bueno.
Jefe de Unidad de Seguridad y Asistente Administrativa	4	<p>Gestión de presupuesto:</p> <p>2.</p> <p>Cuando ya se tiene el visto Bueno de Directora Ejecutiva se solicita a Gerente financiero presupuesto, exponiendo todas las necesidades existentes.</p>
Asistente Administrativa	5	<p>Aprobación de presupuesto solicitado:</p> <p>2.</p> <p>Se recibe respuesta de gerencia Financiera.</p>
Asistente Administrativa	6	<p>Proceso de compra:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Después de recibir aprobación de presupuesto, se solicita incorporar proceso a UACI. 2. Cuando UACI da su aprobación, se procede a realizar solicitud de compra incluyendo todos los requerimientos técnicos y económicos del servicio solicitado. 3. Se envía solicitud a UACI, para su revisión y aprobación. 4. Cuando ya se realizó revisión UACI se encarga de hacer proceso de compra para presentación de ofertas. 5. Una vez presentadas las ofertas se realiza evaluación de ofertas en conjunto con UACI y Unidad Jurídica, se determina quién es la empresa ganadora, según los criterios establecidos.
Asistente Administrativa	7	<p>Contratación:</p> <p>1.</p> <p>Se firma contrato en UACI</p>

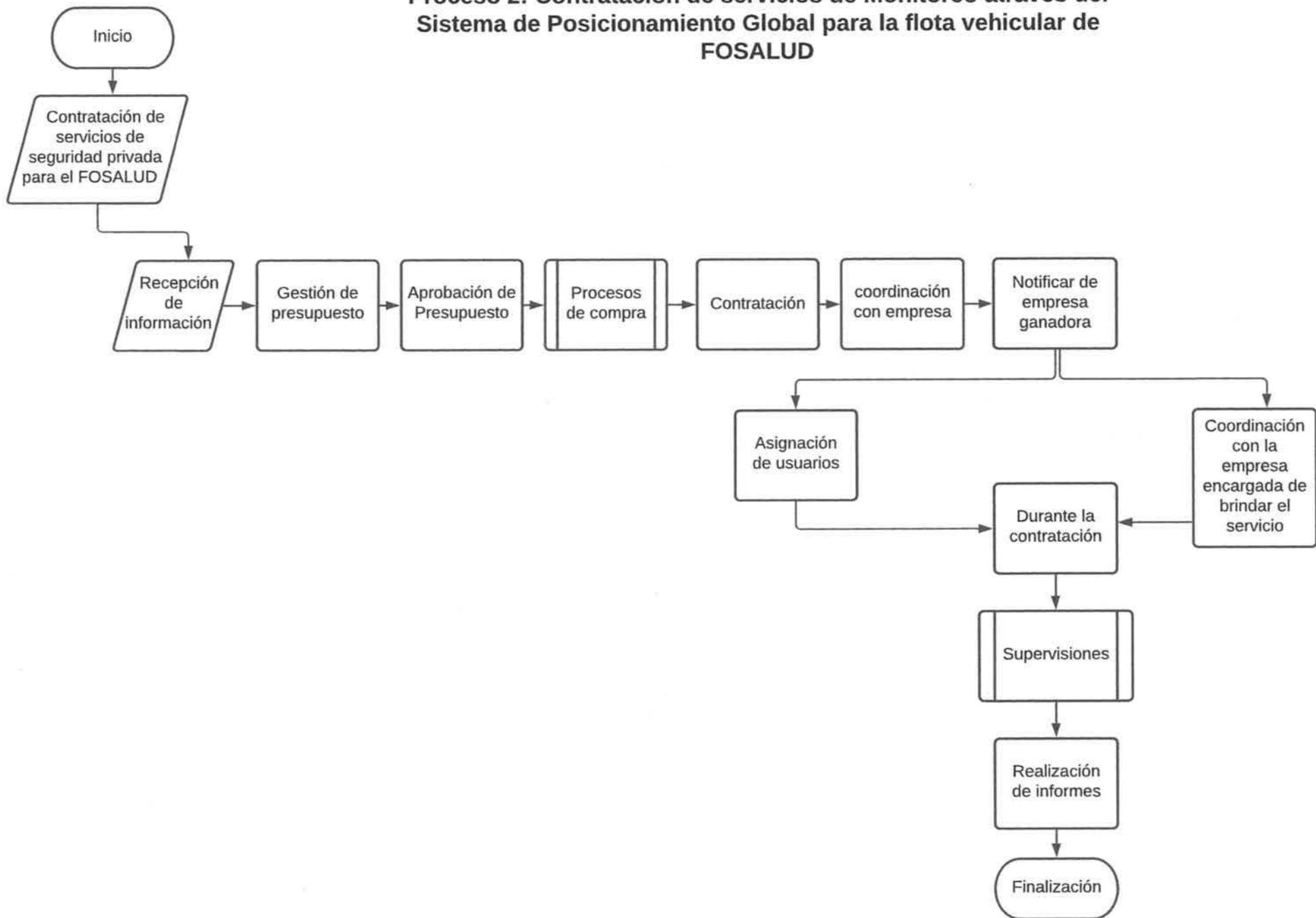
Asistente Administrativa	8	<p>Coordinación con empresa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programación de reunión con empresa contratada. 2. Realización de reunión programada para establecer como se llevara a cabo el proceso de instalación de GPS a toda la flota vehicular del FOSALUD. 3. Realizar programaciones para instalación de los dispositivos por zonas, en coordinación con el área de transporte del FOSALUD. 4. Se envían las programaciones a empresa contratada estableciendo: lugares, fechas y horario para cada uno de los vehículos del FOSALUD.
Asistente Administrativa	9	<p>Notificar de empresa ganadora:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Se notifica a Gerencia Administrativa cual ha sido la empresa ganadora y el periodo de contratación, para que estén informados de los cambios a realizar.
Asistente Administrativa	10	<p>Asignación de usuarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza capacitación de usuarios para el uso de la plataforma.
Asistente Administrativa	11	<p>Coordinación con la empresa encargada de brindar el servicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se coordina la instalación del GPS 2. En el proceso de instalación se debe tener una coordinación continua al momento que se estén realizando los cambios en cada una de los vehículos del FOSALUD.
Asistente Administrativa	12	<p>Durante la contratación:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Revisión de Plataforma de monitoreo 5. Revisión de reportes de excesos de velocidad. 6. Revisión de facturas. 7. Realización de Actas.
Asistente Administrativa	14	<p>Realización de informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Al finalizar la contratación del servicio se debe hacer una evaluación de la empresa, realizando encuesta de satisfacción en cada una de las dependencias del FOSALUD. 5. Evaluación de empresa de la empresa que brinda el servicio de monitoreo. 6. Realización de informes de seguimiento de contrato.
METAS: 100% de vehículos cubiertos con seguridad electrónica.		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Porcentaje de cobertura de seguridad de vehículos electrónica.</p> <p>$= \frac{\text{Número de vehículos cubiertos con seguridad electrónica}}{\text{Total de vehículos programados}} \times 100\%$</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>MENSUAL</p>

Proceso 2: Contratación de servicios de Monitoreo a través del Sistema de Posicionamiento Global para la flota vehicular de FOSALUD



Proceso 2: Contratación de servicios de Monitoreo a través del Sistema de Posicionamiento Global para la flota vehicular de FOSALUD



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Planificación – Área de Costos</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Costos”</p>		
<p>Alcance: Aplica a todas las actividades desarrolladas por la Unidad de Costos incluyendo a los establecimientos de Salud y las unidades Administrativas de la Institución, en relación a la información que éstos proporcionan para el cumplimiento de los objetivos.</p>		
<p>Responsable: Encargada de Costos</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Gloria Zaldaña Encargada de Costos</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Lic. Wilfredo Argueta Jefe Unidad de Planificación</p>	

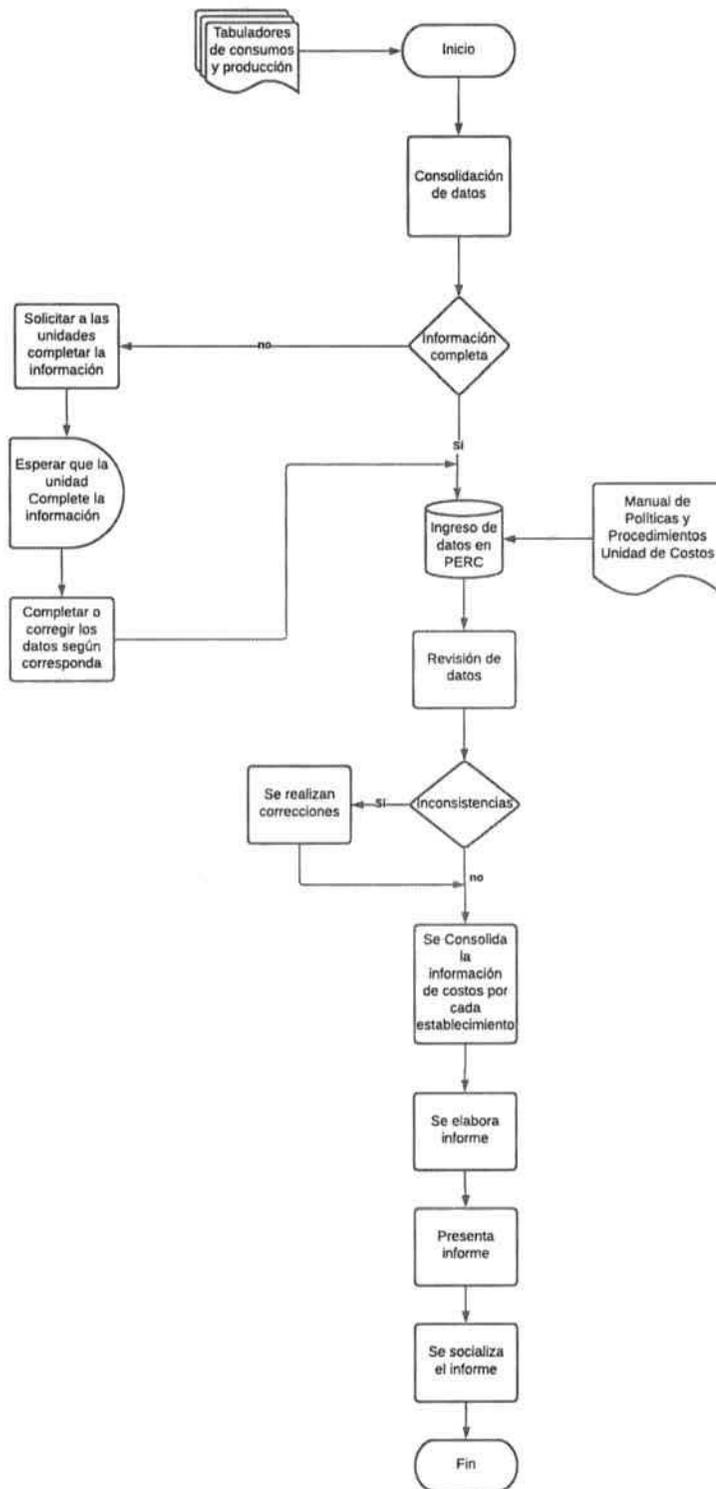
 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Costos</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/05.</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>En las instituciones se hace cada día más necesario tener información que permita establecer estrategias adecuadas y tomar decisiones basadas en evidencias. En esta unidad se sintetiza y se registra la información referente al costo de producción, así como de los costos unitarios para efectos de evaluar cada uno de los servicios que Fosalud brinda a la población salvadoreña. Finalmente se generan informes de la inversión en cada programa, establecimiento y servicio, para contribuir al fortalecimiento de los mecanismos de coordinación, apoyo entre las unidades, para el logro de los objetivos de la institución.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Plan Cuscatlán, apartado de Salud Ley de Creación de Fosalud y su Reglamento Normas Técnicas de Control Interno Específica Ley de la Corte de Cuentas.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Gestión del Sistema de Costos</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Auditoría Interna	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/05
PROCESO 1: GESTIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS		
OBJETIVO: Generar información de costos completa y de manera oportuna a la Dirección Ejecutiva para una mejor toma de decisiones		
ALCANCE: Aplica para el desarrollo de las actividades de la Unidad de Costos, así como la Institución en General Inicia con la recepción de información de los establecimientos y unidades organizativas Finaliza con la presentación de informes de Costos.		
RESPONSABLE: Jefe de Auditoría Interna y Asistente de Auditoría Interna		
REFERENCIA: Plan Cuscatlán, apartado de Salud Ley de Creación de Fosalud y su Reglamento Manual de Políticas y Procedimientos de Costos		
DESARROLLO: PROCESO No. 1: GESTIÓN DEL SISTEMA DE COSTOS		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Encargada de costos, Digitadores	1	Al recibir los tabuladores de consumos, gastos y producción se realiza la consolidación de los datos, si la información está completa sigue a paso 4 , si no está completa sigue paso 2

Encargada de Costos	2	Solicita a la Unidad correspondiente la información que está incompleta. Mientras la proporcionan se genera una demora para proceder al ingreso de datos en el sistema PERC
Unidad Organizativa	3	Completa o corrige la información según corresponda
Encargada de costos, Digitadores	4	Ingresan los datos en el sistema PERC
Encargada de costos, Digitadores	5	Revisa los datos ingresados en el sistema, si hay inconsistencias sigue paso 6 , si no avanza a paso 7
Encargada de costos, Digitadores	6	Realizan correcciones
Encargada de Costos	7	Consolida la información de los costos por cada establecimiento
Encargada de Costos	8	Elabora Informe
Encargada de Costos	9	Socializa informe
METAS:		
100% información ingresada en el sistema PERC		
100% de informes de costos presentados en el periodo establecido		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
(No. de establecimientos con información completa / total de Establecimientos configurados en el sistema) *100		Trimestral
(No. de informes presentados / Total de Informes programados) * 100		
Fecha de presentación de informe		

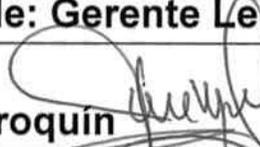
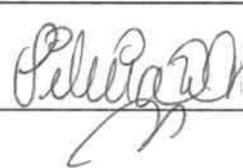
FLUJOGRAMA PROCESO 1





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

CARATULA

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Nombre de la unidad organizativa: GERENCIA LEGAL	Fecha: Diciembre /2020
Título del documento “Manual de Procesos de Sesiones del Consejo Directivo”.		
Alcance: Establecer todas las actividades que realiza la Gerencia Legal para la legalidad de las sesiones de Consejo Directivo.		
Responsable: Gerente Legal		
Elaborado Nelson Marroquin 	Aprobado: Marcela Martí 	





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la Unidad Organizativa:</p> <p>Gerencia Legal</p>	<p>Fecha: Diciembre/2020</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción: El presente proceso procura establecer todas actividades que se desarrollan, para garantizar la legalidad de las sesiones del Consejo Directivo y el asentamiento de las actas respectivas.</p>		
<p>Marco jurídico: Ley de creación y Reglamento del Fondo Solidario para la Salud</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Sesiones del Consejo Directivo</p>		





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : Gerencia Legal	FECHA: Diciembre /2020
TITULO DEL PROCESO: Sesiones del Consejo Directivo		

OBJETIVO: Garantizar la legalidad de las sesiones del Consejo Directivo, del Fondo Solidario para la Salud.
ALCANCE: establece los límites de aplicación del proceso, incluyendo el inicio y el final. <u>El inicio:</u> <ul style="list-style-type: none">• Solicitud de puntos de acta a las diferentes instancias, para incorporarlos en la agenda y luego se realiza la convocatoria a los miembros del Consejo Directivo.• El día de la sesión, se inicia con la verificación del Cuórum indispensable para la validez de la toma de decisiones. <u>La finalización:</u> <ul style="list-style-type: none">• Luego de la sesión, se elabora el acta, para que sea revisada por la Dirección Ejecutiva y los miembros del Consejo Directivo.• Una vez el acta de la sesión es aprobada, se tramitan las firmas de los miembros, se certifican los puntos aprobados a cada instancia que los planteó y se envía a la encargada de la Oficina de Información y Respuesta, a fin de que se suban al portal de transparencia.
RESPONSABLE: El área responsable de la legalidad de las sesiones del Consejo Directivo es la Gerencia Legal.
REFERENCIA En el acta del Consejo Directivo se incluyen todos los puntos solicitados por las diferentes instancias, ejemplo: Adquisiciones y Contrataciones



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

institucionales de bienes y servicios, Contrataciones de Personal, creaciones de plazas, Misiones Oficiales, etc.

DEFINICIONES:

Punto de acta: Se refiere a la solicitud enviada por cada una de las instancias para que sean aprobados por el Consejo Directivo, ejemplo: Resolución emitida por la Comisión Evaluadora de Ofertas mediante la cual recomienda al Consejo Directivo adjudicar una compra de bienes o servicios.

Consejo Directivo: Es el máximo ente de administración y dirección del Fondo Solidario para la Salud.

DESARROLLO:

PROCESO N° 1:

RESPONSABLE	1	Descripción
Gerente Legal		Memorando, solicitando a las diferentes Gerencias los puntos de acta
Colaborador Jurídico	2	Revisión y adaptación de los puntos de acta propuestos, para incorporarlos en la agenda, de existir observaciones, se remiten a los solicitantes para subsanar observaciones.
Dirección Ejecutiva y Gerente Legal	3	Realizan la convocatoria a los miembros del Consejo Directivo, se programa la sesión dependiendo de las agendas de cada uno.
Dirección Ejecutiva y Gerente Legal	4	Realización de la reunión del Consejo Directivo, en el lugar, día y hora indicada, se procede a establecer el Cuórum necesario para realizar la sesión y tomar acuerdos válidos. En este punto, puede suceder que el Cuórum no esté completo y no se desarrolle la reunión o que la misma, no obstante haber sido convocada, sea suspendida por caso fortuito o fuerza mayor.
Dirección Ejecutiva, Gerente Legal y área solicitante	5	Cada encargado del área solicitante comparece ante el Consejo Directivo a presentar y argumentar los puntos propuestos. En esta etapa, puede suceder que los miembros aprueban, deniegan u observan los puntos propuestos.

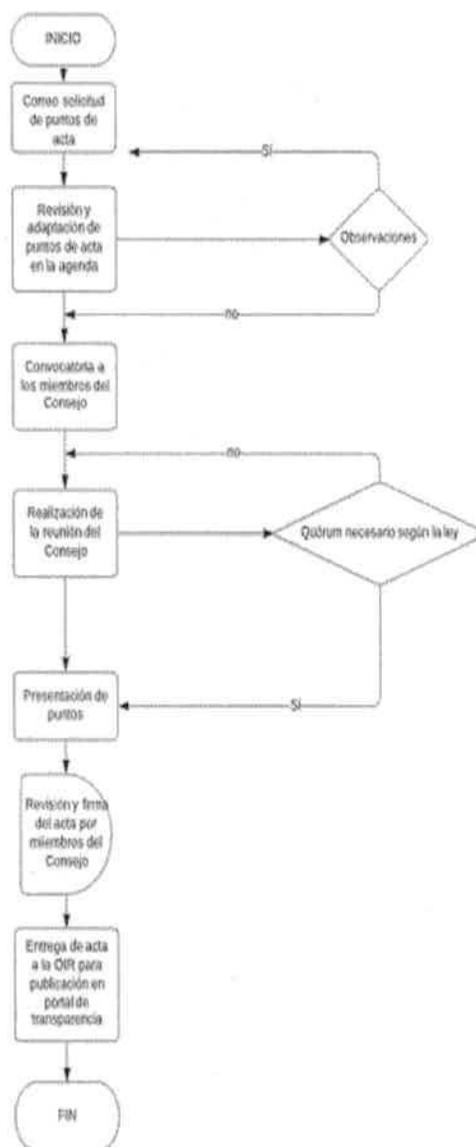


FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Miembros del Consejo Directivo	6	La Gerente Legal, envía el acta de la reunión a los miembros del Consejo Directivo, para su respectiva revisión y posteriormente se procede a firmarla.
Gerente Legal	7	La Gerente Legal, una vez el acta ha sido firmada por todos los miembros del Consejo Directivo, remite copia del acta a la encargada de la Oficina de Información y Respuesta, para que ésta se encargue de publicarla en el portal de transparencia.
META: Asistir sesiones programadas		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Garantizada la legalidad de cada una de las sesiones del Consejo Directivo=Número de Sesiones programadas/ Número de Sesiones asistidas*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL



FLUJOGRAMAS



fosalud



**UNIDAD DE
ALCOHOL Y
TABACO**

Fecha: diciembre 2020

MANUAL DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO.

Alcance: El presente Manual de Procesos de la Unidad de Alcohol y Tabaco, detalla las diferentes actividades que la UDAT desarrolla, las cuales son: **Registro, Autorizaciones, Inspecciones y Procesos Sancionatorios;** explicando el desarrollo de cada una de ellas.

Responsable: Gerente Legal- FOSALUD

Elaborado:

Licenciada Marcela Martí



Aprobado:



  GOBIERNO DE EL SALVADOR	UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO	Fecha: diciembre 2020
CONTENIDO		
<p>Introducción: La Unidad de Alcohol y Tabaco, en adelante UDAT, se encuentra conformada por un equipo multidisciplinario compuesto por Colaboradores Jurídicos e Inspectores de Salud; distribuidos en las diferentes dependencias del Ministerio de Salud, Dirección de Salud Ambiental, cinco Regiones de Salud, SIBASI y Unidades Comunitarias de Salud Familiar; todo lo anterior, para la ejecución de las diferentes actividades en cuanto a Registro, Autorizaciones, Inspecciones y Procesos Sancionatorios en materia de Alcohol y Tabaco, esto con el objeto de dar cumplimiento a la “Ley para el Control del Tabaco” y “Ley Reguladora de la Producción y Comercialización de los Alcoholes y de las Bebidas Alcohólicas”.</p>		
<p>Marco jurídico: Constitución de la Republica, Código de Salud, Convenio Marco Para el Control del Tabaco, Ley Para el Control del Tabaco, Reglamento de la Ley Para el Control del Tabaco, Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas, Ley de Procedimientos Administrativos, Código Procesal Civil y Mercantil.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Registro de usuarios de Alcoholes</p>		
<p>Procesos 2: Registro de actividades de Tabaco</p>		

Procesos 3: Autorizaciones de actividades de Tabaco

Procesos 4 : Inspecciones

Procesos 5: Procesos Sancionatorios

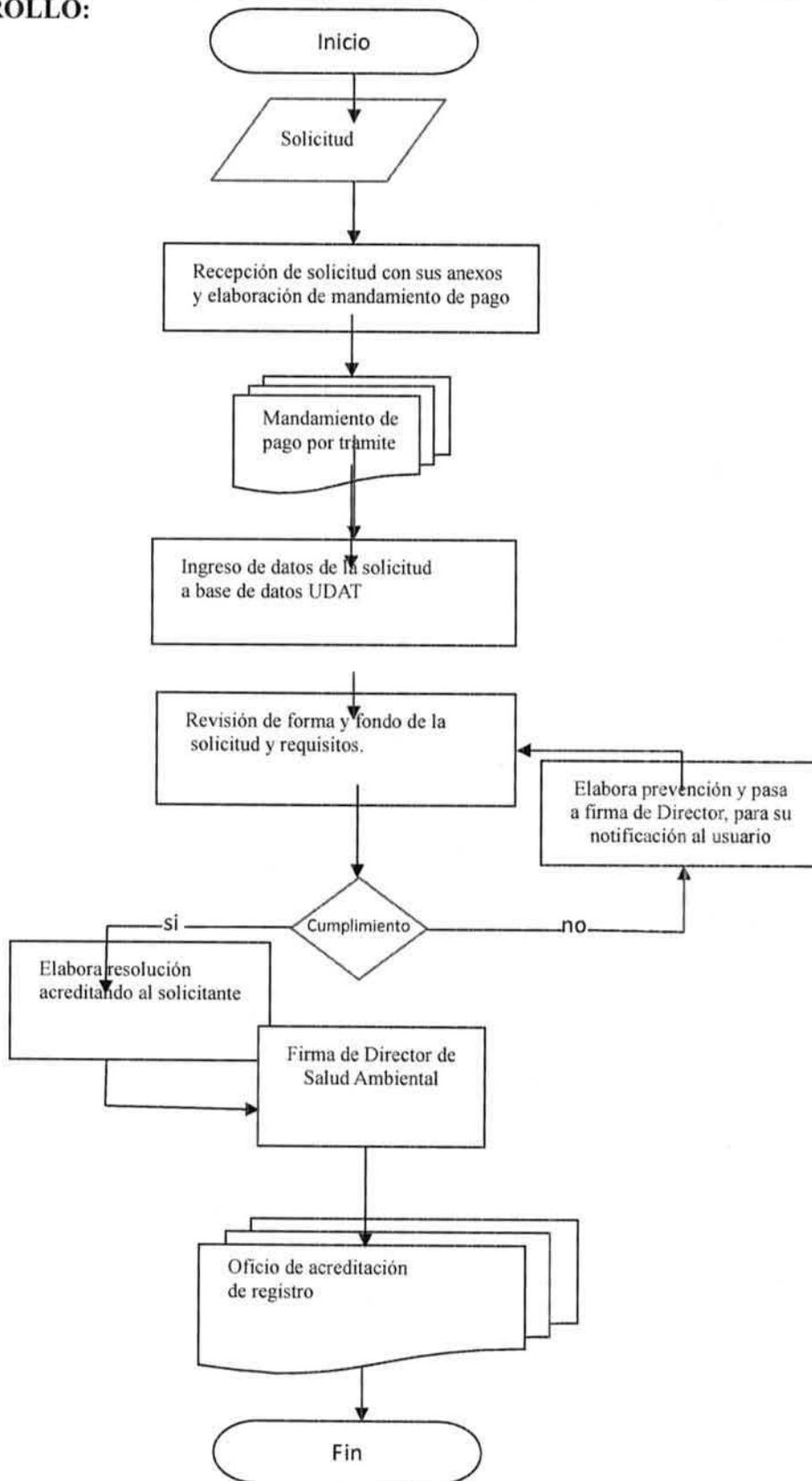
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>Fosalud GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p align="center"><u>REGISTRO DE USUARIOS DE ALCOHOLES</u></p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Regular las actividades que las personas naturales y jurídicas realizan en materia de Alcoholes, por medio de un registro nacional que es actualizado anualmente.</p>
<p>ALCANCE:</p> <p>El inicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta actividad da inicio con una solicitud emitida con persona natural o persona jurídica, a la cual se le anexa los requisitos pertinentes. • El técnico UDAT-DISAM revisa documentación de conformidad a los requisitos oficializados por el Director de Salud Ambiental. En caso de tener observaciones se notifica al solicitante para que subsane, (un máximo de tres ocasiones), de acuerdo a periodo consensuado con el usuario, caso contrario se da de baja a la solicitud. <p>La finalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el solicitante cumple con todos los requisitos, se elabora oficio de resolución, el cual es firmado por el Director de Salud Ambiental, acreditándolo como registrado ante el MINSAL para el año en curso.
<p>RESPONSABLE: Técnicos UDAT-DISAM</p>
<p>REFERENCIA: Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas.</p>
<p>DEFINICIONES:</p> <p>*Usuario de Alcohol: Toda persona natural y jurídica, que importa, produce, comercializa o usa alcoholes como materia prima.</p> <p>*UDAT: Unidad de Alcohol y Tabaco.</p>

*DISAM: Dirección de Salud Ambiental.

DESARROLLO:



PROCESO N° 1:

RESPONSABLE		Descripción
Técnico UDAT-DISAM	1	<p>Verifica la solicitud presentada por la persona natural o jurídica, la cual debe estar firmada y sellada por el Propietario o Representante Legal del establecimiento, verificando que junto a la solicitud se presenten los requisitos oficializados por el Director de Salud Ambiental.</p> <p>En caso la solicitud no cumpla con lo requerido o haga falta algún documento anexos, se devolverá al interesado, previniéndole para que subsane las inconformidades encontradas, lo cual deberá realizarlo en un máximo de tres ocasiones, de acuerdo a periodo consensuado con el usuario, caso contrario se dará de baja la solicitud.</p>
	2	<p>Se elabora mandamiento de pago, con los datos generales del solicitante, para que este, pueda realizar el pago en colectoría del Fondo de Actividades Especiales de la Dirección de Salud Ambiental.</p>
	3	<p>Ingresa los datos del usuario a Base de datos de la UDAT y se asigna código de identificación al expediente.</p>
	4	<p>Se revisan uno a uno los requisitos presentados como documentos anexos, para verificar que cumpla con las vigencias y demás requerimientos legales.</p> <p>En el caso que algún documento no cumpla con lo requerido, se previene al interesado para que subsane las inconformidades encontradas, de acuerdo a periodo consensuado con el usuario, caso contrario se dará de baja la solicitud.</p>
	5	<p>Se elabora resolución de denegatoria o aprobación del registro solicitado, y se remite</p>

		vía memorándum al Director de Salud Ambiental para su visto bueno y firma.
Director de Salud Ambiental	6	Revisa documentación remitida junto con resolución elaborada por los técnicos UDAT-DISAM, y posterior a firma, se remite para su notificación.
Técnico UDAT-DISAM	7	Notifica al solicitante.
METAS: 100% de registros		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Registrar Regular por medio de registros las actividades relacionadas en materia de alcohol. #de solicitudes / # de inspecciones * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Anualmente

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>fosalud GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p align="center"><u>REGISTRO DE ACTIVIDADES DE TABACO</u></p>		

OBJETIVO:

Registrar a las personas naturales y jurídicas que realizan actividades económicas en materia de importación, fabricación, exportación, comercialización y distribución de productos de tabaco, por medio de un registro nacional solicitado en las Regiones de Salud correspondientes.

ALCANCE:

El inicio:

- Esta actividad da inicio a través de solicitud, emitida por persona natural o persona jurídica, a la cual se anexa los requisitos pertinentes.
- El Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL, revisa documentación de conformidad a los requisitos plasmados en el Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco. Este proceso puede ser simultaneo o antes de realizar la solicitud de autorizaciones.

La finalización:

- Si el solicitante cumple con los requisitos, se elabora oficio de resolución, el cual es firmado por el Director Regional de Salud.

RESPONSABLE: Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL

REFERENCIA: Artículo 4 del Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.

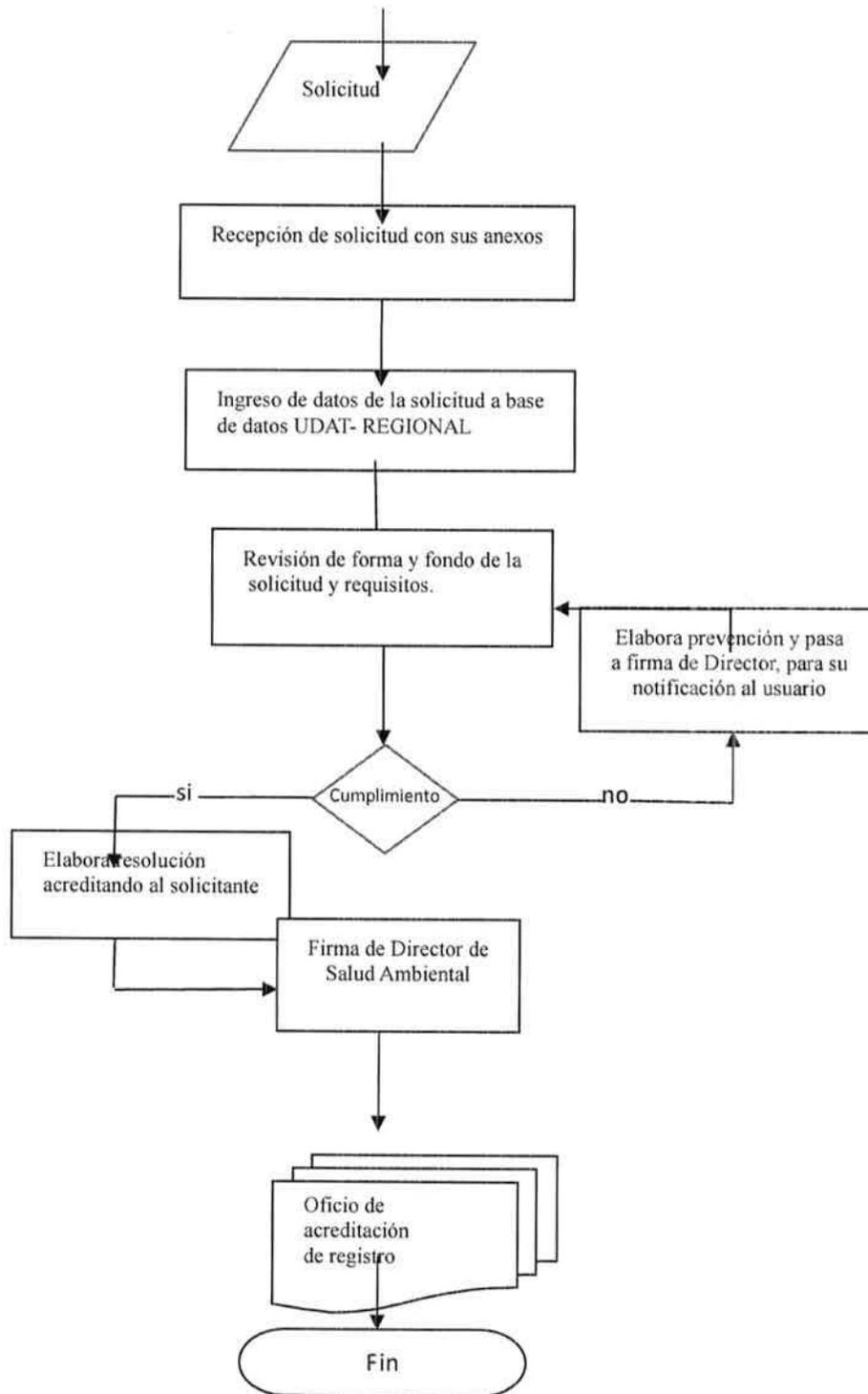
DEFINICIONES:

***Productos de Tabaco:** Son todos aquellos productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima, hojas de tabaco y destinados a ser fumados o masticados.

***UDAT:** Unidad de Alcohol y Tabaco.

***DISAM: Dirección de Salud Ambiental.**

DESARROLLO:



PROCESO N° 2:		
RESPONSABLE		Descripción
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	1	<p>Verifica la solicitud presentada por la persona natural o jurídica, la cual debe estar firmada y sellada por el propietario o representante legal del establecimiento, verificando que junto a la solicitud se presenten los requisitos que se detallan en el artículo 4 del Reglamento de la Ley para el Control del tabaco.</p> <p>En el caso que la solicitud no cumpla con lo requerido o hagan falta algún documento anexos, se le devolverá previniéndole al interesado para que subsane las observaciones identificadas.</p>
	2	Ingresar los datos del usuario a Base de datos de la UDAT-REGIONAL y se asigna código de identificación al expediente.
	3	Se elabora resolución donde se asigna el registro solicitado y se remite vía memorándum al Director Regional de Salud.
Director de Salud Ambiental	4	Revisa documentación remitida junto con resolución elaborada por los técnicos, firma y se remite para su notificación.
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	7	Notifica al solicitante.
METAS: 100 % de solicitudes atendidas		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
<p>Registrar</p> <p>Regular por medio de registros las actividades relacionadas en materia de Tabaco.</p> <p>#de solicitudes / # de</p>		<p>Anualmente</p>

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

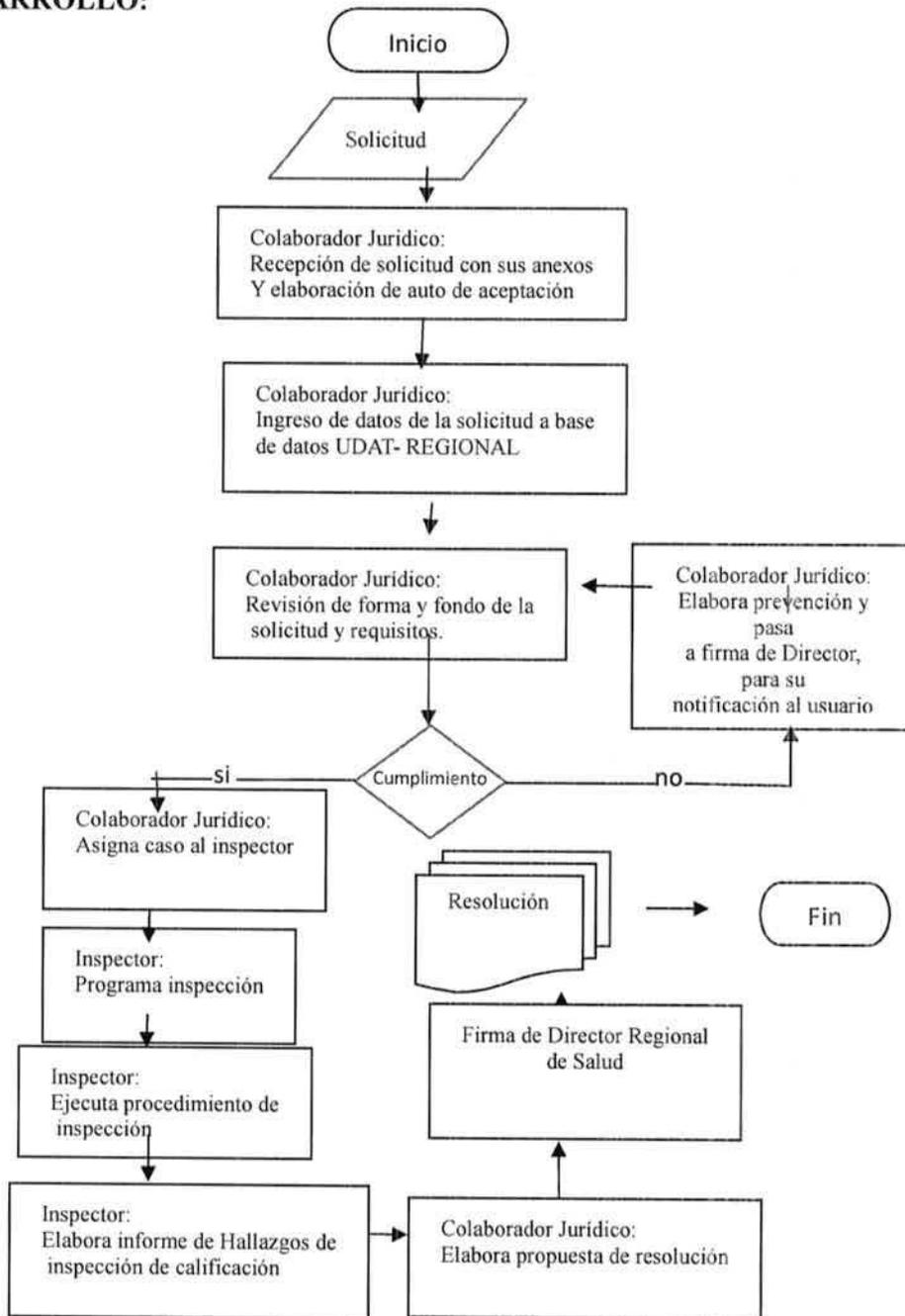
	<p>UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p align="center"><u>AUTORIZACIONES DE ACTIVIDADES DE TABACO</u></p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Controlar las actividades económicas con productos de tabaco, que realizan las personas naturales y jurídicas, con el objeto de regularizar y dar cumplimiento a la normativa de tabaco a nivel nacional.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>El inicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta actividad da inicio a través de una solicitud, que presenta la persona natural o jurídica, que importa, fabrica, distribuye o comercializa productos de tabaco. • El Colaborador Jurídico, procede a revisar que la documentación adjunta a la solicitud se encuentre completa, de conformidad a los requisitos solicitados en la normativa, para posteriormente ejecutar el proceso de Inspección por calificación. <p>La finalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el visto bueno del Colaborador Jurídico, y aprobado el proceso de Inspección, se da trámite al proceso de firma, por parte del Director Regional de Salud, quien autoriza al solicitante por un periodo de un año. 		
<p>RESPONSABLE: Colaborador Jurídico UDAT.</p>		
<p>REFERENCIA: Ley para el Control del Tabaco y Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.</p>		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>*Inspección de Calificación: Es la inspección que deriva de una solicitud de autorización, presentada por una persona natural o jurídica, en relación a la importación, distribución mayorista y comercialización de productos de tabaco y sus derivados.</p> <p>* Inspección de Control: Es aquella que tiene como objetivo, verificar el</p>		

cumplimiento de la normativa relativa a tabaco, pero no tiene como fin la sanción.

***Inspección por denuncia:** Es aquella que deriva de una denuncia interpuesta por una persona natural o Jurídica, quien a su juicio considera, se le está violentando su derecho a la salud.

***UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

DESARROLLO:



PROCESO N°3:		
RESPONSABLE		Descripción
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	1	Recibe solicitud y documentos que se adjuntan a la misma, para la verificación y revisión de los mismos, de conformidad con las disposiciones de la normativa de tabaco.
	2	Elabora auto de aceptación, siempre y cuando se dé cumplimiento a los requisitos de Ley. En caso de reunir las formalidades, se elabora escrito, para subsanar las observaciones encontradas, otorgando un plazo de entrega consensuado con el solicitante. Se envía escrito a firma del Director, por medio de memorándum.
Director de Salud Ambiental	3	Revisa escrito y procede a la firma del mismo, para que este pueda ser notificado.
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	4	Notifica auto de aceptación del Documento.
	5	Revisa que la solicitud y los requisitos adjuntos a la misma, se encuentren completos y correctos, en cuanto a requisitos de forma y fondo. De cumplir los requerimientos, se procede a programar el proceso de inspección de calificación. Caso contrario se pide por escrito subsanar observaciones al solicitante.
Inspector UDAT-REGIONAL	6	Programa la Inspección, solicita el transporte para la misma y ejecuta procedimiento de inspección. En caso de identificar deficiencias, son consignadas en acta de inspección y se programa una re-inspección, para verificar la subsanación de la mismas.
	7	Elabora y remite al Colaborador Jurídico, informe de los hallazgos de la inspección de

		calificación.
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	8	Anexa informe de inspector a expediente del solicitante, y procede a elaborar Mandamiento de Pago, para que el solicitante cancele los derechos del trámite en colectoría del Fondo de Actividades Especiales.
	9	Recibe, el comprobante de pago por parte de usuario y anexa a expediente. Elabora documento de resolución, para ser remitido por memorándum al Director Regional.
Director de Salud Ambiental	10	Firma documento y remite para su notificación.
Colaborador Jurídico UDAT-REGIONAL	11	Notifica al solicitante.
METAS: 100% Resoluciones de solicitudes de autorización.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Resolución a todas las solicitudes recibidas para autorizaciones de comercialización del producto. # solicitudes recibidas / # de solicitudes atendidas * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>Fosalud GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>UNIDAD DE ALCOHOL Y TABACO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p><u>PROCESO DE INSPECCIONES</u></p>		

OBJETIVO:

Controlar y monitorear (la oferta y demanda de los productos de tabaco y sus derivados), verificar que las personas naturales y jurídicas según su caso cumplan con la normativa vigente relativa a los productos de tabaco y alcohol.

ALCANCE: Establece los límites de aplicación del proceso, incluyendo el inicio y el final.

El inicio:

- Esta actividad da inicio por medio de 3 vías:
Primera: Por denuncia. Segunda: A solicitud del ciudadano, en relación a los procesos de autorización que contempla la Ley Para el Control del tabaco. Tercera: Control. Posteriormente, se trabaja una programación o calendarización de inspecciones mensual, estableciendo fechas y tipo de inspección.
- El Inspector se hace presente al lugar a Inspeccionar, se elabora un acta de Inspección con el resumen de la observado, emitiendo observaciones y recomendaciones, las cuales plasma en el Acta de inspección, con el fin de que el responsable del establecimiento inspeccionado, pueda subsanar las infracciones constatadas, en un plazo no superior a 15 días hábiles, de conformidad a lo previsto en el Artículo 34, del Reglamento de la Ley Para el Control del Tabaco.
- En caso de emitir plazo para subsanación de las infracciones, se procederá a programar la ejecución de una segunda inspección o re-inspección, de conformidad con lo previsto en el Artículo 35 del Reglamento de la Ley Para el Control del Tabaco. De las actuaciones antes mencionadas, se deberá dejar copia al propietario, Representante Legal o Encargado etc.

La finalización:

- Si la inspección es de control se debe de archivar en ampo de inspecciones de control, Si la inspección es de calificación, se elabora un informe de la Inspección realizada por el Inspector el cual forma parte del expediente administrativo correspondiente al proceso de autorización y si la inspección es por denuncia de crea un expediente por denuncia.

RESPONSABLE: Inspectores locales, e Inspectores UDAT.

REFERENCIA: Ley para el control de Tabaco y Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.

DEFINICIONES:

***Inspección de Calificación:** Inspección que deriva de una solicitud de autorización, presentada por una persona natural o jurídica, en relación a la importación, distribución mayorista y comercialización de productos de tabaco y sus derivados.

***Inspección de Control:** Es aquella que tiene como objetivo verificar el cumplimiento de la normativa relativa a tabaco, pero no tiene como fin la imposición de sanción.

***Inspección por denuncia:** Es aquella que deriva de una denuncia interpuesta por una persona natural o Jurídica, la cual a su juicio considera, se le está violentando su derecho a la salud.

***UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integrado

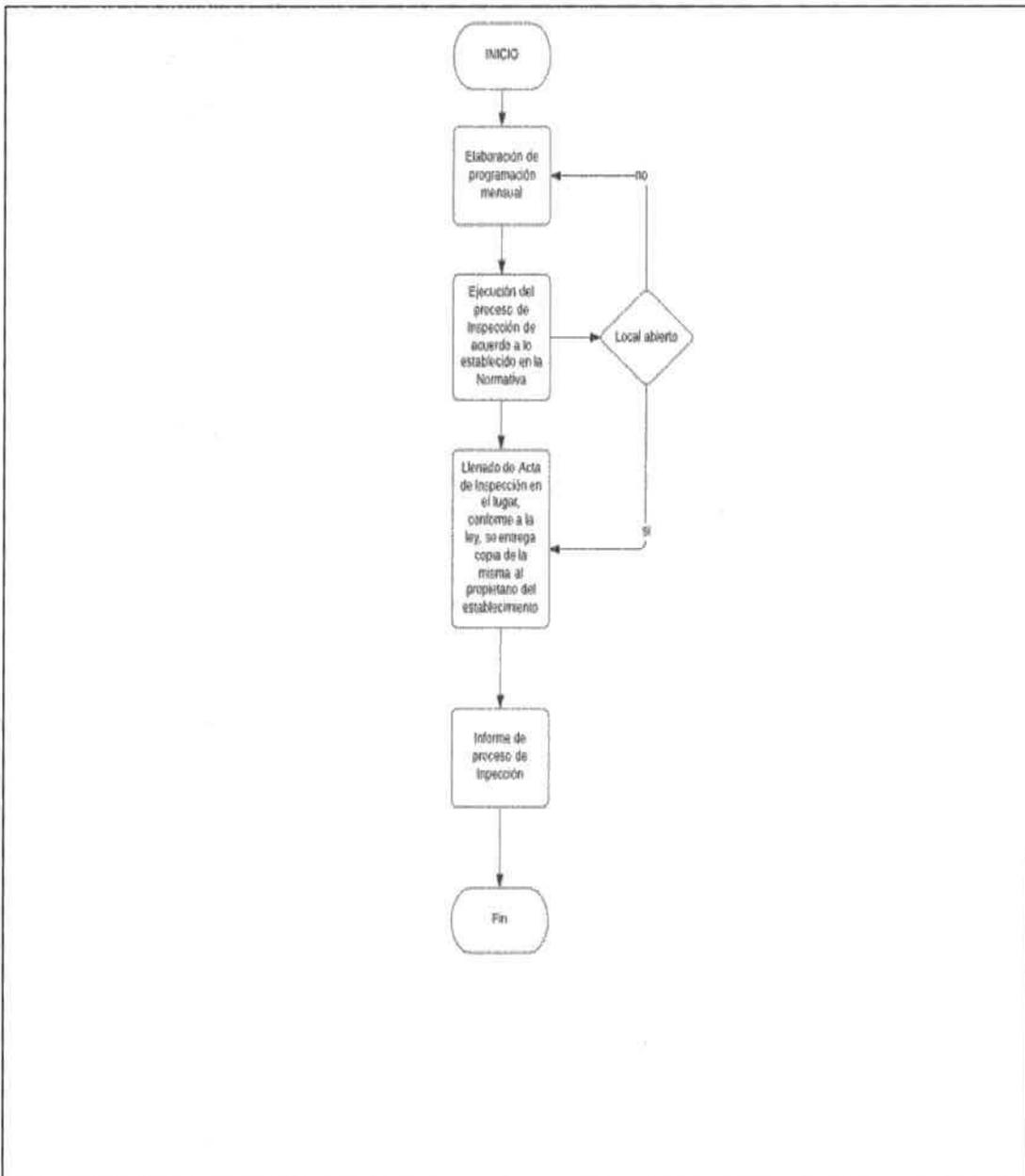
UDAT: Unidad de Alcohol y Tabaco.

DISAM: Dirección de Salud Ambiental.

LPCT: Ley Para el Control del Tabaco.

CMPT: Convenio Marco Para el Control del Tabaco.

DESARROLLO:



PROCESO N° 4:

RESPONSABLE		Descripción
Inspector UDAT	1	1. laboración de programación mensual de jornadas de Inspección. 2. jecución de Proceso de Inspección, de

		<p>conformidad a lo previsto en los Artículos 34 y 35 de Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.</p> <p>3. Levantamiento de Acta de Inspección y/o re- inspección, (siempre y cuando no se dé tramite a procesos sancionatorio), la cual deberá realizarse, de conformidad a los requisitos previstos en los artículos antes relacionados</p> <p>4. Informe de proceso de Inspección.</p>
Inspector UCSF	2	<p>1. laboración de programación mensual de jornadas de re- inspección, y jornadas de inspección especiales, previa coordinación con UDAT regional.</p> <p>2. Ejecución de Proceso de Inspección, de conformidad a lo previsto en los Artículos 34 y 35 de Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.</p> <p>3. Levantamiento de Acta de Acta de Inspección o re- inspección, la cual deberá realizarse, de conformidad a los requisitos previstos en los artículos antes relacionados.</p> <p>4. Levantamiento de Acta de re- inspección, para dar trámite a inicio de proceso sancionatorio.</p> <p>5. Informe de proceso de Inspección.</p>
<p>METAS:</p> <p>100 % de inspecciones</p>		

- Posterior a las diligencias de inicio de proceso sancionatorio derivado de una re-inspección, el Inspector de UCSF, redactará un informe por medio de memorándum, dirigido al Director de la UCSF, el cual, en una resolución razonada, instruirá el proceso. Todo lo anterior deberá ser remitido a la Dirección Regional de Salud competente, para que sea esta instancia, la encargada de tramitar y resolver el proceso sancionatorio. Para remitir dichas actuaciones, el Director de UCSF, contara con 2 días hábiles, desde el inicio del proceso, para remitir las actuaciones y productos de tabaco decomisados si los hubieren; por medio de memorándum dirigido al Director Regional de Salud Competente.
- Una vez recibidas las diligencias de inicio de proceso administrativo sancionatorio e instrucción de los mismos, el Director Regional de Salud competente, en una misma providencia citara, emplazara, y notificara al presunto infractor, para que este dentro del plazo de 3 días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación, haga uso del derecho de defensa que las Leyes le otorgan, o bien puede aceptar los hechos según como el mismo lo estime conveniente.
- Si el presunto infractor no contesta el emplazamiento, en cualquiera de los sentidos, se declara rebelde y el proceso continuara a su siguiente etapa.
- Al emplazar al presunto infractor es importante poner a disposición de este, todas las diligencias que resulten del inicio e instrucción del respectivo proceso sancionador, para que este emita los alegatos que estime conveniente, conozca por que se inició el proceso y porque se instruyó.
- El encargado de elaborar la providencia será el colaborador jurídico UDAT.
- El responsable de notificar, emplazar y citar será el Inspector UDAT Regional
- Si el presunto infractor hiciere oposición al manifestar su defensa, en el término de Ley o fuere declarado rebelde, se abrirá el proceso a

prueba por el plazo de (8días LPCT) (8-20 días LPA). Durante este periodo de prueba, se deberán poner a disposición del presunto infractor, las actuaciones que consten dentro del expediente, para que emita los alegatos que estime pertinentes, en un periodo no inferior a 10 días ni superior a 15 días hábiles. El encargado de elaborar la propuesta de resolución será el colaborador jurídico UDAT.

- El responsable de notificar, será el Inspector UDAT Regional

La finalización:

- El presente proceso finaliza con la Resolución Definitiva; para dictar dicha resolución, se tomarán en cuenta los elementos probatorios ofrecidos dentro del proceso. Esta se dictará dentro de los siguientes 3 días hábiles de haber finalizado la etapa probatoria.
- La resolución deberá ser razonada y fundamentada independientemente del sentido en que se resolvió.
- El encargado de elaborar la propuesta de resolución, será el colaborador jurídico UDAT.
- El responsable de notificar, será el Inspector UDAT Regional.
- Si el presunto infractor no interpone ningún recurso, dentro de los términos de Ley, se declara en firme y ejecutoriada la sentencia.
- Posterior a ello el infractor deberá cancelar la multa en el Ministerio de Hacienda, dentro del plazo de 3 días hábiles, posteriores a la declaratoria de ejecutoriedad, para lo cual deberá entregar en la UDAT correspondiente, comprobante de pago de la multa.

RESPONSABLE: Inspectores UDAT- Inspectores de UCSF, Director de UCSF, Jurídicos UDAT, Director Regional de Salud.

REFERENCIA: Ley para el control de Tabaco y Reglamento de la Ley para el Control del Tabaco.

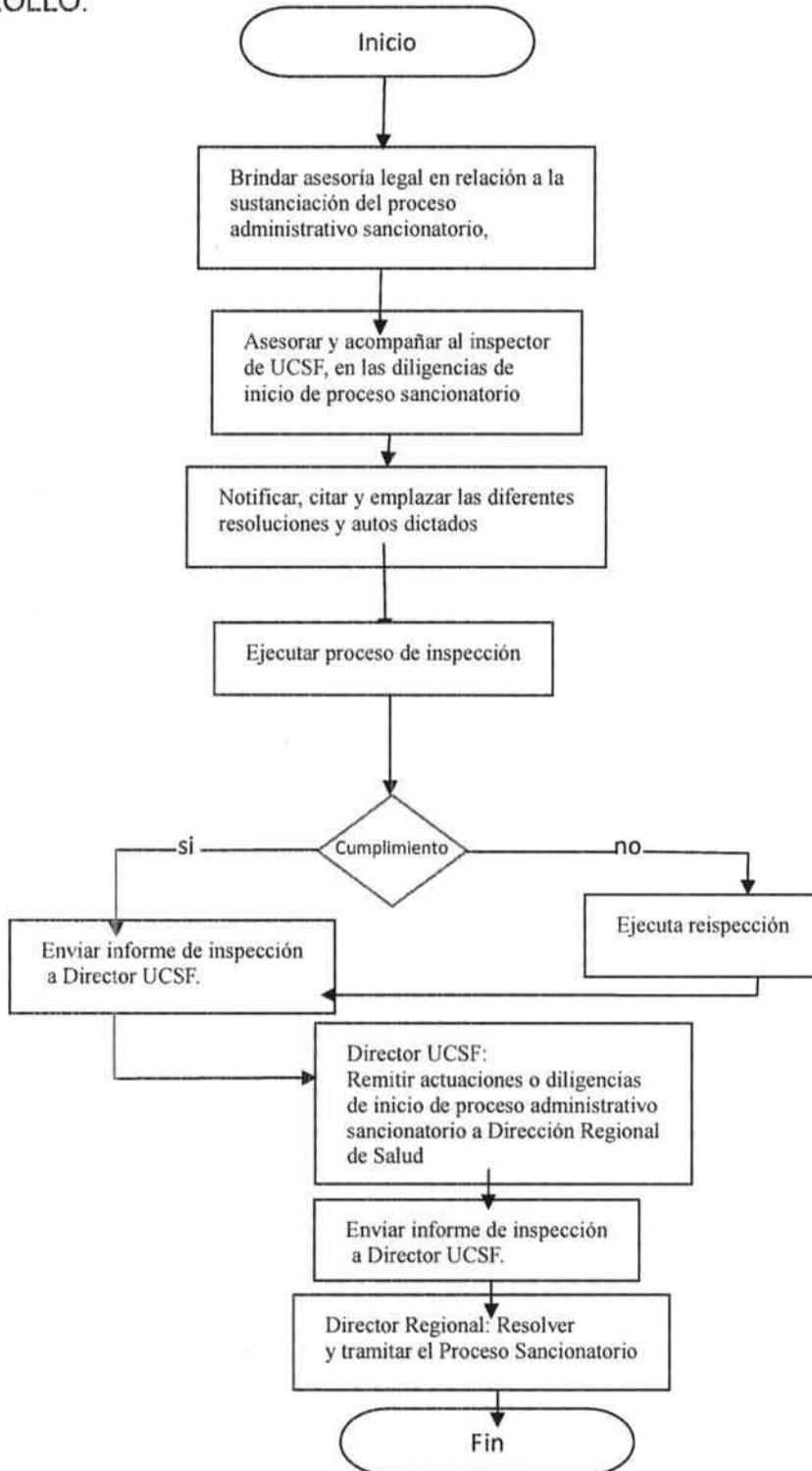
DEFINICIONES

***Inspección:** Diligencia por medio de la cual, se verifican hechos concretos en

cumplimiento de las disposiciones contenidas en un cuerpo normativo.

***Re-inspección:** Inspección que deriva de una primera inspección en un mismo proceso.

DESARROLLO:



PROCESO N° 5:

RESPONSABLE: Colaborador Jurídico UDAT	1	Descripción Brindar asesoría legal en relación a la sustanciación del proceso administrativo sancionatorio, elaborar las propuestas de autos y resoluciones que se dicten dentro del proceso. Asesorar y acompañar al inspector de UCSF, en las diligencias de inicio de proceso sancionatorio.
Inspector de Salud UDAT	2	Notificar, citar y emplazar las diferentes resoluciones y autos dictados en el proceso, coordinar con el Inspector UCSF las inspecciones especiales y re-inspecciones en materia de tabaco. Realizar Informe de Inspección.
Inspector de Salud UCSF	3	Realizar una primera inspección, si amerita programara una re-inspección, para el inicio del proceso sancionador correspondiente, enviar informe de inspección a Director UCSF.
Director UCSF	4	Instruir el proceso sancionador correspondiente, remitir actuaciones o diligencias de inicio de proceso administrativo sancionatorio a Dirección Regional de Salud, correspondiente, de igual forma remitir productos de tabaco decomisados etc.
Director Regional De Salud	5	Resolver y tramitar el proceso sancionador, valoración de la prueba ofrecida etc.
METAS: 100% de procesos sancionatorios iniciados.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Tramitar y resolver los procesos sancionatorios		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral.

según la demanda existente.		
# de solicitudes programadas / # de solicitudes realizadas *		
100		



<p>UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS (UGP)</p>	<p>Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Gestión de Proyectos”</p>	
<p>El alcance del manual es contar una herramienta de verificación para la planificación y ejecución de los procesos de la unidad de Gestión de Proyectos</p>	
<p>Responsable: Asesor de Gestión de programas</p>	
<p>Elaborado por: Unidad de Gestión de Proyectos</p>	<p>Aprobado:</p>  



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

	<p>Nombre de la Unidad Organizativa:</p> <p>UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS (UGP)</p>	<p>Revisión N^a (0)</p> <p>Fecha: diciembre 2020</p> <p>Pág. N^o 1-18</p>
--	--	--

Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN	1
MARCO JURÍDICO	2
PROCESOS	2
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 1	3
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2	6
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3	8
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 4	10
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 5	12
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 6	14
REFERENCIAS:	17



Introducción

Desde su creación, el FOSALUD ha propiciado la creación de programas especiales para ampliar la cobertura de los servicios de salud, así como, la formulación y ejecución de programas integrales para atender las necesidades básicas de salud, con énfasis en las poblaciones más vulnerables de El Salvador y, en consecuencia, contribuir a mejorar la salud de los salvadoreños¹.

De acuerdo al organigrama de la institución, actualizado en el año 2020, el Fosalud está constituido a la cabeza por el consejo directivo, seguido de la dirección ejecutiva y de 5 unidades principales que le dan vida a la institución; dentro de las cuales, se encuentran las Unidades Staff, en donde se encuentra la Unidad de Gestión de Proyectos, la cual, tiene el propósito de impulsar la promoción de iniciativas que permitan ampliar y maximizar los recursos institucionales, mediante la gestión de alianzas con actores multisectoriales y organismos nacionales e internacionales.

La Unidad de Gestión de Proyectos, conocida anteriormente como Unidad de Movilización de Recursos, ha trabajado en los últimos años impulsando el fortalecimiento de las políticas públicas que protegen a la población de los efectos nocivos del consumo de tabaco, lo cual, se ha ratificado con la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, que ha llevado al país a convertirse en un referente mundial en la lucha contra el tabaquismo².

Debido a ello, el Fosalud ha sido objeto de una serie de reconocimientos nacionales e internacionales por sus contribuciones a la salud pública. En el tema de control de tabaco, se recibió el premio al control mundial del tabaco de Bloomberg Philanthropies y el premio internacional por el abordaje y control del tabaquismo otorgado por la Fundación Interamericana del Corazón².

En este sentido, Fosalud ha jugado un rol fundamental como miembro del Sistema Nacional de Salud, en su fortalecimiento e integración. La institución ha sido un aliado estratégico en la puesta en marcha de la Reforma de Salud y de La Política Nacional de Salud, la cual, ha impactado enormemente en la cobertura y acceso universal a la salud. Fosalud ha sido un actor clave para el abordaje integral de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, y la reducción de la mortalidad materno e infantil, la reducción de los embarazos en adolescentes².

Por lo tanto, es necesario la elaboración de un manual de procesos de la unidad, la cual permitirá tener una herramienta de verificación para la planificación y ejecución de los procesos de la unidad, a través del cual se podrá monitorear la ejecución de actividades y verificación de los indicadores, para el cumplimiento de los objetivos.



Marco jurídico

La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, en el decreto N°. 538; establece la creación del Fondo Solidario para la Salud como una entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, de duración indefinida y con personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, el cual estará adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social³.

El FOSALUD según el artículo 3; tendrá como responsabilidad administrar eficientemente los recursos que le corresponden, dándole estricto cumplimiento a lo que Ley señala en su artículo 1; sin perjuicio de la responsabilidad de dar cuenta pública de sus acciones al menos una vez al año³.

En general la estructura organizativa del FOSALUD deberá regirse a dar cumplimiento de los objetivos institucionales según el artículo 4 de la ley, los cuales son:

- a) Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia institucional;
- b) Propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud para la atención al usuario y de los habitantes en general; y en particular de aquellas que aún no tienen acceso a los servicios básicos de salud, buscando ampliar la cobertura a mujeres, niños y discapacitados;
- c) Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país; en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, priorizando la atención en aquellas locaciones geográficas estratégicas, en donde se encuentren asentamientos que se vieren amenazados o pudieren ser objeto de catástrofes provenientes de la acción de la naturaleza o de la acción del hombre;
- d) Fomentar campañas de educación de salud, a fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas; y,
- e) Cualquier otra acción que sea necesaria para el cumplimiento de los objetivos anteriormente señalados.

Procesos:

La unidad de Gestión de Proyectos, en su estructura de ejecución, esta constituida por seis procesos, en los cuales se describe los objetivos, actividades, indicadores, para el cumplimiento de metas alineadas al cumplimiento de los objetivos del FOSALUD.

Procesos 1:

Identificación, evaluación y desarrollo de propuesta de intervenciones para el cumplimiento de los objetivos del FOSALUD



<p>Procesos 2:</p> <p>Gestión de cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos que fortalezcan a la institución</p>
<p>Procesos 3:</p> <p>Seguimiento de la implementación de las intervenciones priorizadas.</p>
<p>Procesos 4:</p> <p>Desarrollo de propuestas de intervenciones para el fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas</p>
<p>Procesos 5:</p> <p>Gestión de cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos de fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas</p>
<p>Procesos 6:</p> <p>Coordinación interinstitucional para el fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.</p>

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 1

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS</p>	<p>FECHA: Diciembre 2020 Página: 3-5</p>
<p>TITULO DEL PROCESO 1:</p> <p>Identificación, evaluación y desarrollo de propuesta de intervenciones para el cumplimiento de los objetivos del FOSALUD.</p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Elaborar propuestas de intervenciones estratégicas que contribuyan al cumplimiento de metas del FOSALUD.</p>



ALCANCE:

El inicio:

- Elaboración de propuestas de intervenciones estratégicas de las diferentes unidades gerenciales y/o técnicas del FOSALUD.

La finalización:

- Propuestas estratégicas finalizadas, encaminadas a la implementación por parte de la unidad gerencial y/o técnica del FOSALUD a la que se apoya.

Este proceso es aplicable a todas las gerencias y unidades que se les pueda brindar asesoría y asistencia técnica, con la elaboración de propuestas dirigidas al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de las metas establecidas por estas, así como también, a la elaboración de propuestas de acuerdo con los objetivos institucionales del FOSALUD.

RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas

REFERENCIA: Ley especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud. diciembre de 2004.

DEFINICIÓN: La estrategia de planeación y actuación, permite a los interesados, tomar el control de su propia práctica profesional, mediante un proceso de indagación, planeación, y, posibles intervenciones a problemas encontrados.

RESPONSABLE:

Unidad de gestión de proyectos

1

Revisión de los planes operativos en conjunto con las unidades del FOSALUD

Unidad de gestión de proyectos

2

Identificación de necesidades por áreas estratégicas de los diferentes programas del FOSALUD

Unidad de gestión de proyectos

3

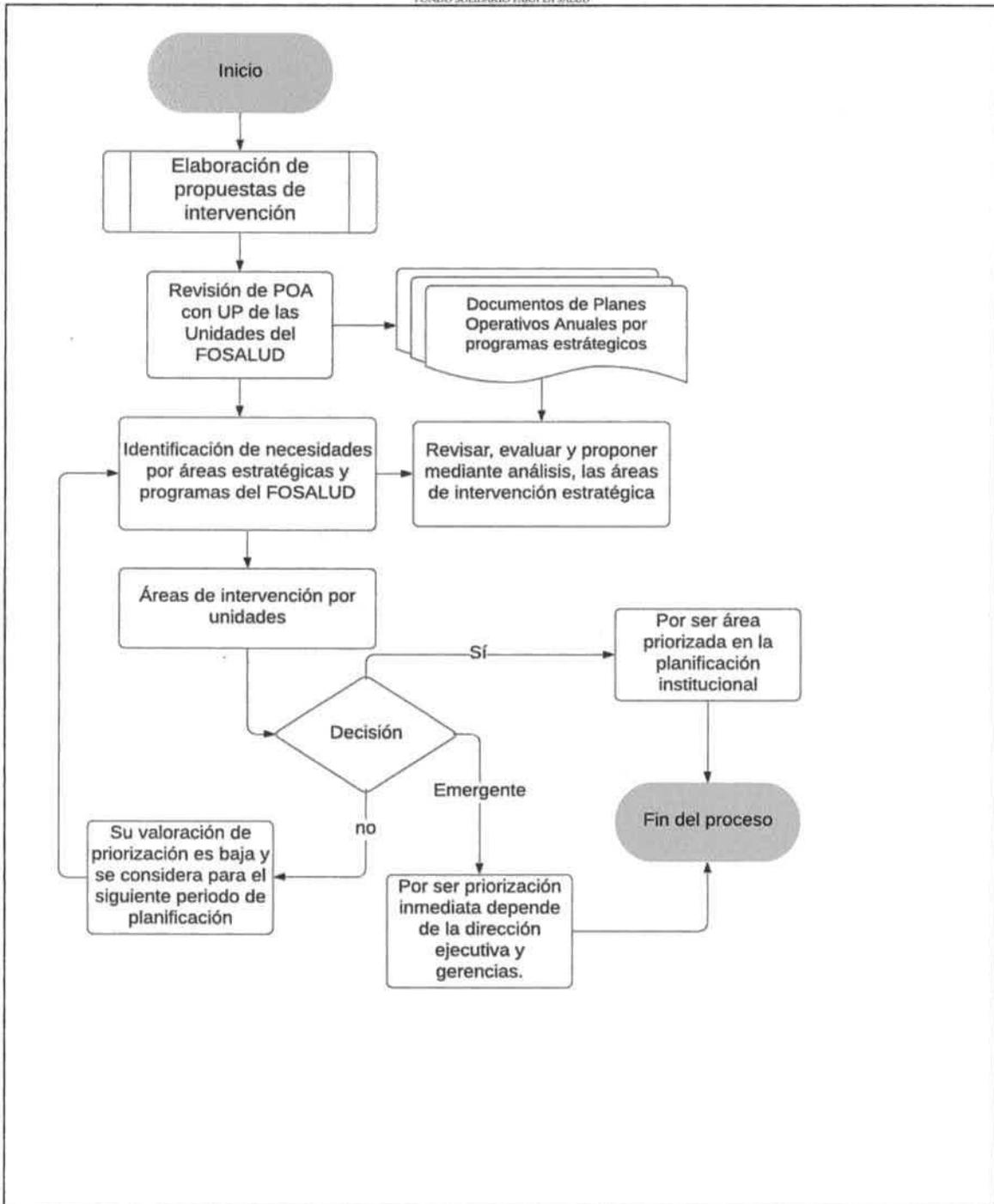
Priorización de las áreas de intervención por unidades del FOSALUD

Unidad de gestión de proyectos

4

Propuestas de intervención elaboradas

PROCESO N° 1



METAS: 100% de propuestas elaboradas.

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:

Número de propuestas de intervenciones realizadas

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:

Semestral

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS</p>	<p>FECHA: diciembre 2020 Página: 6-7</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO 2:</p> <p>Gestión de cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos de fortalecimiento institucional.</p>		

OBJETIVO:

Gestionar cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos que fortalezcan a la institución.

ALCANCE:

El inicio:

- Actualización de bancos de información de posibles cooperantes técnicos y financieros.
- Elaboración de proyectos destinados al fortalecimiento de acciones del FOSALUD.

La finalización:

- Presentación de propuestas de proyectos de cooperación técnica y/o financiera que fortalezcan al FOSALUD.

Este proceso es aplicable para la unidad de gestión de proyectos, quienes gestionan, elaboran y, en algunos casos ejecutan, proyectos de acuerdo con la misión y visión del FOSALUD.

RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas

REFERENCIA: Ley especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud. diciembre de 2004.

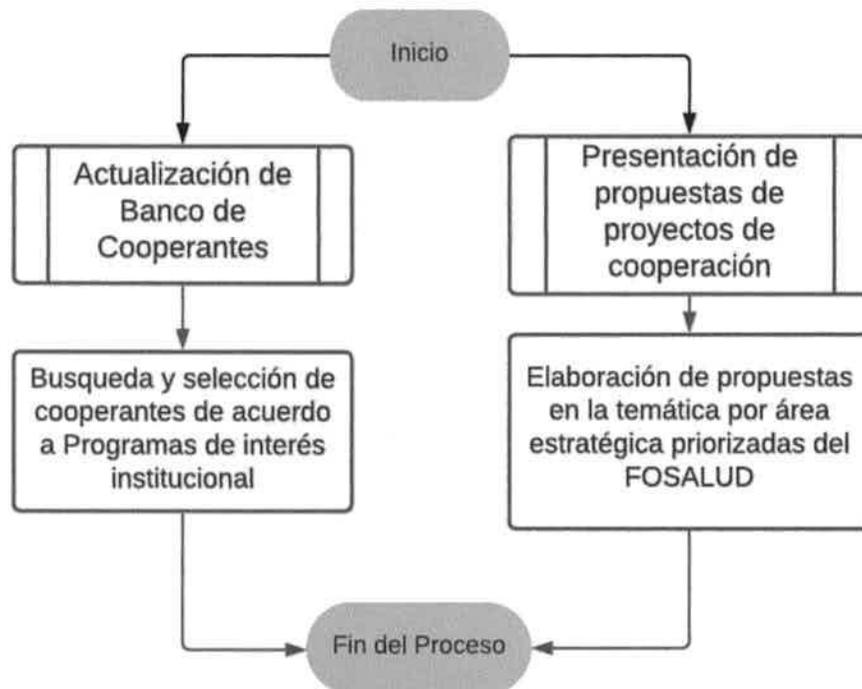
DEFINICIÓN: La gestión de proyectos se refiere a todas aquellas acciones que se realizan para cumplir objetivos definidos, dentro de un período de tiempo determinado, durante el cual se utilizan recursos, herramientas y personas; todo ello lleva a obtener un producto relacionado a los objetivos planteados.



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas	1	Búsqueda de cooperantes según la priorización institucional.
Unidad de gestión de proyectos	2	Elaboración del perfil de proyecto por áreas estratégicas del FOSALUD.

DESARROLLO: PROCESO N° 2:



METAS: 100% de gestiones de cooperación realizadas

INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de gestiones de cooperación realizadas	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Semestral
---	---



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS	FECHA: diciembre 2020 Página: 8-9
--	--------------------------------	--

TITULO DEL PROCESO 3:

Seguimiento de la implementación de las intervenciones priorizadas

OBJETIVO: Monitorear y dar seguimiento de la implementación de las intervenciones priorizadas.

ALCANCE:

El inicio:

- Monitoreo en conjunto con las diferentes unidades, la ejecución del proyecto

La finalización:

- Presentación de informes de seguimiento
- Retroalimentación para el fortalecimiento de la implementación del proyecto.

Este proceso es aplicable para la unidad de gestión de proyectos, quienes ejecutan acciones destinadas al monitoreo y seguimiento de las propuestas realizadas.

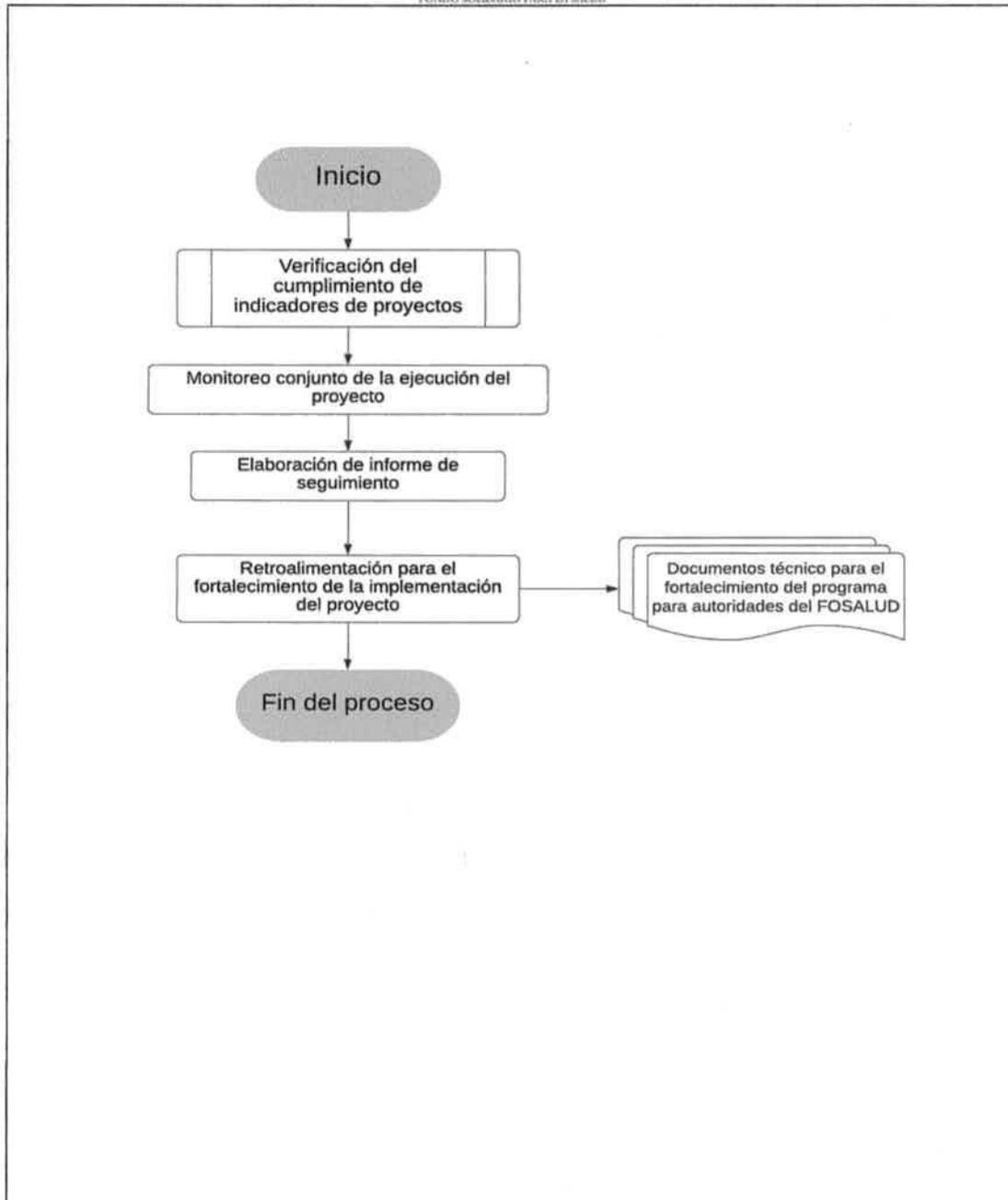
RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas

REFERENCIA: Ley especial para la constitución del Fondo Solidario para la salud. diciembre de 2004.

DEFINICIÓN: Verificación de la ejecución programática y financiera de las intervenciones priorizadas en la institución.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de proyectos	1	Se realiza monitoreo de cumplimiento de indicadores de intervenciones en conjunto con las diferentes unidades del FOSALUD
Unidad de gestión de proyectos	2	Elaboración de informe de seguimiento
Unidad de gestión de proyectos	3	Retroalimentación de la implementación del proyecto

DESARROLLO: PROCESO N° 3



METAS: 100% de monitoreo de la implementación de las intervenciones

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:

Porcentaje de ejecución programática y financiera.

Número de informes de monitoreo

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:

Mensual



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 4

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS	FECHA: diciembre 2020 Página: 10-11
--	--------------------------------	--

TÍTULO DEL PROCESO 4:

Desarrollo de propuestas de intervenciones para el fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

OBJETIVO: Elaborar propuestas de intervenciones para el fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

ALCANCE:

El inicio:

- Identificación de medidas para el fortalecimiento del control de tabaco y reducción de consumo de bebidas alcohólicas.

La finalización:

- Presentación de medidas para el fortalecimiento del control de tabaco y reducción de consumo de bebidas alcohólicas.

Este proceso es aplicable para la unidad de gestión de proyectos, quienes ejecutan acciones destinadas a la regulación y control del tabaco y consumo nocivo de bebidas alcohólicas a nivel nacional.

RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas

REFERENCIA:

Ley para el Control del Tabaco, 29 de julio de 2011;
 Ley de Impuestos sobre productos del tabaco, 22 de diciembre 2004;
 Normativa para el control del Tabaco, 2016
 Reglamento de la ley para el control del tabaco, Abril 2016.
 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS 2010.

DEFINICIÓN: Propuestas de intervenciones deben estar elaboradas en base al fortalecimiento de políticas sanitarias para el control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

RESPONSABLE:

1

Identificación de medidas para el fortalecimiento de políticas de control



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Unidad de gestión de proyectos		del tabaco y reducción de bebidas alcohólicas
Unidad de gestión de proyectos	2	Presentación de medidas para el fortalecimiento de políticas de control del tabaco y alcohol.

DESARROLLO: PROCESO N° 4:



METAS: 100% de propuestas elaboradas

INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de propuestas de intervención, para el fortalecimiento de políticas de control del tabaco y alcohol, elaboradas.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Anual
---	--	---



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 5

	<p>UNIDAD DE GESTIÓN DE PROYECTOS</p>	<p>FECHA: diciembre 2020 Página: 12-14</p>
---	---------------------------------------	--

TITULO DEL PROCESO 5:

Gestión de cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos de fortalecimiento de políticas sanitarias para control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

OBJETIVO: Gestionar cooperación técnica y financiera para la implementación de proyectos de fortalecimiento de políticas sanitarias para control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

ALCANCE:

El inicio:

- Elaboración de la propuesta de proyecto para el abordaje del control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas

La finalización:

- Presentación de propuesta de proyecto para el fortalecimiento del control de tabaco y reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas, el cual puede ser aprobado o denegado.

Este proceso es aplicable para la unidad de gestión de proyectos, quienes ejecutan acciones destinadas a la regulación y control del tabaco y de consumo nocivo de bebidas alcohólicas a nivel nacional.

RESPONSABLE: Asesor de Gestión de programas

REFERENCIA:

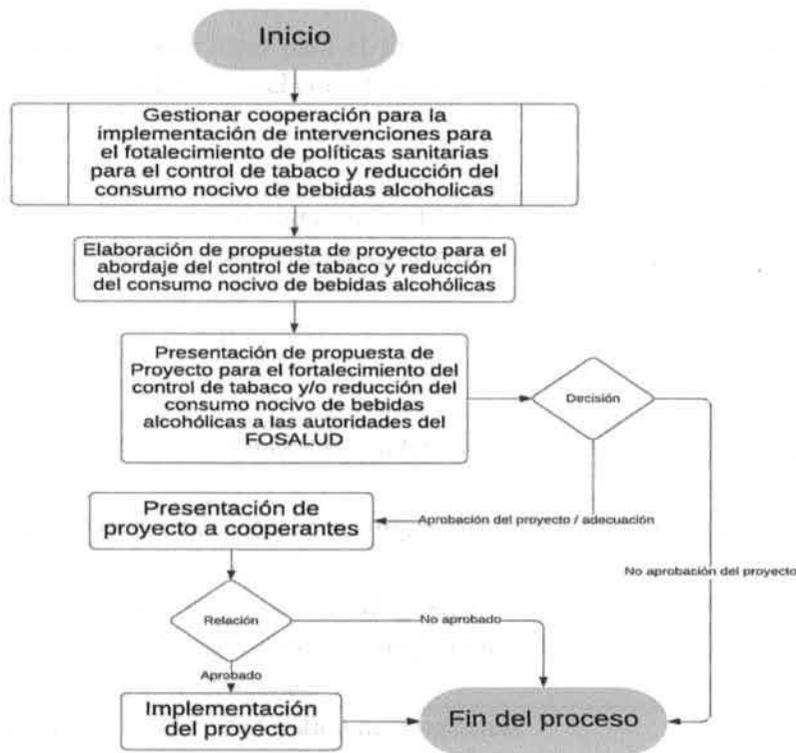
Ley para el Control del Tabaco, 29 de julio de 2011;
Ley de Impuestos sobre productos del tabaco, 22 de diciembre 2004;
Normativa para el control del Tabaco, 2016
Reglamento de la ley para el control del tabaco, abril 2016.
Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS 2010.

DEFINICIÓN: La gestión de cooperación se define como la búsqueda de organismos internacionales o nacionales que financian proyectos de cooperación Técnica y/ o financiera. Las fuentes pueden ser: bilaterales (país a país), Multilaterales y Organizaciones Privadas. Se le considera Oficial cuando se establece un Convenio,



Contrato, Programa o instrumento que formalice la relación, además que su cooperación sea constante en el tiempo.		
RESPONSABLE: Unidad de gestión de proyectos	1	Elaboración de propuesta de proyecto para el abordaje del control de tabaco y reducción de consumo nocivo de bebidas alcohólicas
Unidad de gestión de proyectos	2	Presentación de propuesta de proyecto para el fortalecimiento del control del tabaco y/o reducción del consumo nocivo de bebidas alcohólicas

DESARROLLO: PROCESO N° 5:





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORÁNDUM

De: Licda. Marta Arévalo de Ramírez
Oficial de Información

Para: Lic. Wilfredo Argueta
Jefe de Planificación

Asunto: Procesos UAIP

Fecha: 22 de diciembre de 2020



Referencia: No. OIR /UAIP 057-2020

Estimado Licenciado Argueta, reciba un cordial saludo,

Por medio del presente memorándum, remito a usted los tres procesos de la Unidad de acceso a la información pública, con el respectivo Visto Bueno de la jefatura inmediata.

Att. P

	<p align="center">Unidad de Acceso a la información Pública</p>	<p align="center">Revisión: No. (0)</p> <p align="center">Fecha: diciembre 2020</p>
<p align="center">“Manual de Procesos de la Unidad de Acceso a la información Pública”.</p>		
<p>Alcance: El presente manual aplica a todas las Unidades Administrativas del Fondo Solidario para la Salud.</p> <p>Los solicitantes de información deberán observar las normas establecidas en el presente Instructivo, sin perjuicio de lo regulado en la Ley de Acceso a la Información Pública y su Reglamento.</p>		
<p>Responsable: Oficial de Información</p>		
<p>Elaborado:</p> <p align="center">   Licda. Marta Carolina Arevalo de Ramirez </p>	<p>Aprobado:</p> <p align="center">   Licda. Silvia Marcela Martí </p>	

	UNIDAD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	Revisión No. (0) Fecha: diciembre 2020
CONTENIDO		
<p>Introducción: El presente manual presenta la descripción y diagrama de los procesos que deben observar los servidores públicos del Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), a fin de transparentar la gestión pública, dar cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública. Así mismo busca orientar sobre los requisitos que deben cumplir los solicitantes de la información, para acceder a la información pública y a sus datos personales, en posesión del Fondo Solidario para la Salud (Fosalud).</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Constitución de la Republica de El Salvador.</p> <p>Convención de las Naciones Unidas contra la corrupción.</p> <p>Ley de Acceso a la Información Pública.</p> <p>Reglamento de la Ley de Acceso a la Información Pública.</p> <p>Normas Técnicas de Control Interno de Fosalud.</p> <p>Ley de Procedimientos Administrativos.</p>		
Procesos:		
Procesos 1: Gestión de Solicitudes de Información Pública y/o datos personales.		
Procesos 2 : Gestión y actualización de Información Oficiosa.		
Procesos 3: Formalización de Resoluciones de Reservas de información.		

	UNIDAD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	REVISIÓN (0) FECHA:diciembre 2020
---	--	--

TITULO DEL PROCESO 1:

GESTIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA Y/O DATOS PERSONALES.

OBJETIVO:

Detallar la ruta que deben seguir las diferentes unidades administrativas de Fosalud, cuando el Oficial de Información envíe requerimientos de información pública o datos personales para dar respuesta oportunamente a las solicitudes de información de los ciudadanos en los plazos establecidos en la Ley de Acceso a la Información Pública.

ALCANCE:

Este proceso aplica para todas las solicitudes de información pública o datos personales que realicen los ciudadanos, de conformidad con la LAIP.

El inicio:

- El proceso inicia con la recepción de una solicitud de información por parte de un ciudadano, sea de forma presencial o electrónica.

La finalización:

- Se entenderá finalizado el proceso con la notificación de la Resolución y/o entrega de la información solicitada, según sea el caso.

RESPONSABLE:

Oficial de Información.

REFERENCIA

- Ley de Acceso a la Información Pública,
- Reglamento de la Ley de Acceso a la Información Pública y
- Ley de Procedimientos Administrativos.

DEFINICIONES:

Información pública: Es aquella en poder de las unidades administrativas de Fosalud contenida en documentos, archivos, datos, bases de datos, comunicaciones y todo tipo de registros que documenten el ejercicio de sus facultades o actividades, que consten en cualquier medio, ya sea impreso, óptico o electrónico, independientemente de su fuente, fecha de elaboración, y que no sea confidencial. Dicha información podrá haber sido generada, obtenida, transformada o conservada por dichas unidades a cualquier título.

Datos personales: La información privada concerniente a una persona, identificada o identificable, relativa a su nacionalidad, domicilio, patrimonio, dirección electrónica, número telefónico u otra análoga.

Información reservada: Es aquella información pública cuyo acceso se restringe de manera expresa de conformidad con la LAIP, en razón de un interés general durante un período determinado y por causas justificadas.

Unidades administrativas: Aquellas que de acuerdo con la organización de la institución posean la información solicitada.

Auto: Es aquella resolución administrativa que se pronuncia o decide puntos secundarios dentro de un proceso, sin ponerle fin al proceso.

Prevención: Advertir de los defectos de forma que contiene la solicitud con el propósito de que el ciudadano pueda hacer efectivo su derecho de acceso a la información.

ABREVIATURAS:

LAIP: Ley de acceso a la Información Pública.

RELAIP: Reglamento de la Ley de acceso a la Información Pública.

OI: Oficial de Información.

DESARROLLO:

**PROCESO N° 1: GESTIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA
Y/O DATOS PERSONALES.**

RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN
Oficial de información	1	Recepción de solicitud de información. La presentación de la solicitud puede ser de forma presencial o electrónica en forma libre o en el formulario publicado en el Portal de Transparencia.
Oficial de información	2	Examen de admisibilidad de la solicitud, el/la oficial de información verifica que la solicitud cumpla los requisitos de los arts. 66 LAIP y 54 RELAIP.
Oficial de información	3	Cuando la solicitud no cumple con todos los requisitos de ley, el/la OI elabora un auto de prevención y lo notifica al solicitante.
	3.1	Inicia a contar un plazo de 10 días hábiles para que el ciudadano subsane la prevención.

Oficial de Información	4	Cuando el ciudadano no subsana la prevención, se procede a elaborar una Resolución de Inadmisibilidad.
Ciudadano	4.1	Si el ciudadano envía los documentos requeridos para subsanar la prevención notificada, pasa al numeral 6.
Oficial de Información	5	Notifica la Resolución de inadmisibilidad, teniendo por terminado ese proceso y procede a archivar.
Oficial de Información	6	Elabora el auto de admisión, si la solicitud cumple con todos los requisitos de ley y lo notifica al solicitante, señalando el posible plazo de respuesta.
Oficial de Información	7	Notifica auto de admisión al solicitante, señalando el posible plazo de respuesta.
Oficial de Información	8	Gestión de los requerimientos. El/la OI envía el o los requerimientos de información a las unidades administrativas que puedan tener la información, estableciéndoles un plazo para entrega de la información.
Oficial de Información	8.1	Agenda recordatorios para entrega de requerimientos.
Unidades administrativas	9	Las Unidades Administrativas deben verificar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cuentan con la información. ✓ Si no se encuentra reservada. ✓ Si la información contiene datos personales o información confidencial, para proceder a elaborar la versión pública de la información como lo establece el art. 30 LAIP.
Unidad Administrativa	10	Solicitud de prórroga. Si la unidad administrativa evidencia que la información tiene más de 5 años de haber sido generada, podrá solicitar al OI que se emita una

		prórroga de diez días hábiles en razón de la antigüedad de la información.
Oficial de Información	11	Elabora y notifica resolución de prórroga.
Oficial de Información	12	Notifica resolución de prórroga al ciudadano.
Oficial de Información	13	Notifica a la unidad administrativa el nuevo plazo de entrega de requerimientos.
Oficial de Información	14	Modifica la fecha de los recordatorios para entrega de requerimientos.
Oficial de Información	15	Recibe respuesta a los requerimientos de información. Se procede a archivar el expediente administrativo.
Oficial de Información	16	El/la OI realiza una revisión, asegurándose que la información venga completa y que no contenga datos personales vistos.
Oficial de Información	17	Elaborar la resolución según proceda.
Oficial de Información	18	Notificación de la Resolución y entrega de información, cuando no se trata de una solicitud de acceso a datos personales.
Oficial de Información	19	Si se trata de solicitud de acceso a datos personales, notifica Resolución y cita para la entrega de información. En las solicitudes de acceso a datos personales, la entrega de la información deberá hacerse de forma presencial, al titular de los datos o a su apoderado.
Oficial de Información	20	Elabora acta de entrega de información y realiza la entrega.

METAS: Responder el cien por ciento de las solicitudes de información presentadas, conforme al término de ley.

1. 10 días hábiles para la información que tiene menos de 5 años de haber sido generada.
2. 20 días hábiles para la información que tienen más de cinco años de haber sido generada.

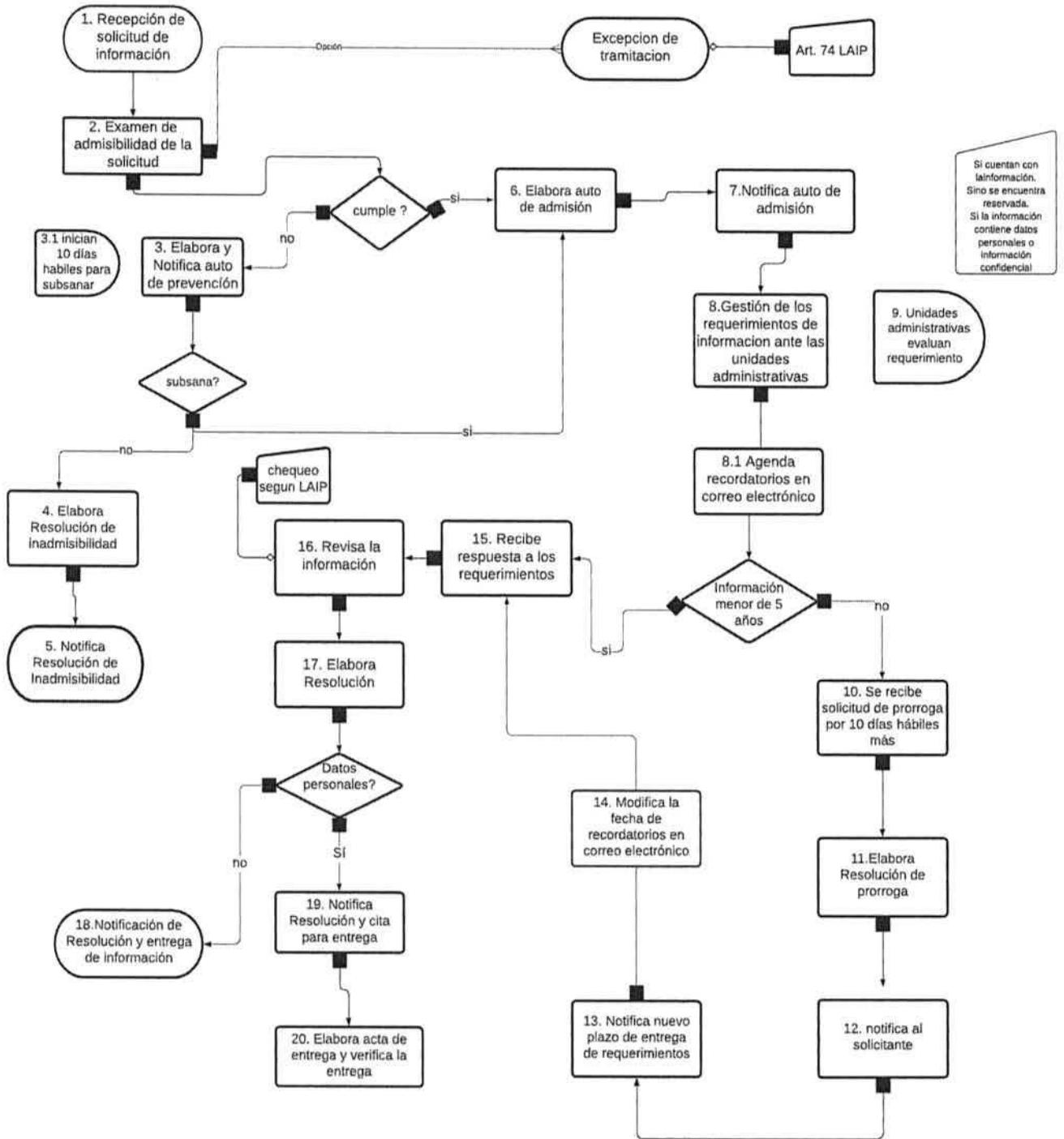
INDICADOR DEL PROCESO:

1. (Número de solicitudes de información menor a 5 años de haber sido generada tramitadas en 10 días hábiles/ Número de solicitudes de información presentadas en la unidad de acceso a la información) x 100
2. (Número de solicitudes de información mayor a 85 años de haber sido generada tramitadas en 20 días hábiles / Número de solicitudes de información presentadas en la unidad de acceso a la información) x 100

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:

Trimestral

1. GESTIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA Y/O DATOS PERSONALES



	UNIDAD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA	REVISIÓN (0) FECHA: diciembre 2020
PROCESO No. 2. GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN OFICIOSA:		
OBJETIVO: Delimitar las acciones a realizar por parte de las unidades administrativas de Fosalud y el Oficial de Información dentro del proceso de generación de información Oficiosa para garantizar que se cumpla con la actualización de la misma, dentro de la herramienta tecnológica disponible y en la forma establecidos en la Ley de Acceso a la Información Pública y los Lineamientos que al respecto emita el IAIP.		
ALCANCE: Aplica a la información oficiosa generada por Fosalud, de acuerdo a lo establecido por la LAIP. <u>El inicio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Requerimiento de información Oficiosa enviado a la Unidad Administrativa. <u>La finalización:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Carga de información Oficiosa en el Portal de Transparencia y notificación de informe sobre estado de dicho proceso a la jefatura inmediata. 		
RESPONSABLE: Oficial de información.		
REFERENCIA: <ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento No. 1 para la publicación de información oficiosa, • Lineamiento No. 2 para la publicación de información oficiosa, • Guía para la aplicación de Lineamiento de publicación oficiosa. 		
DEFINICIONES: Información pública: Es aquella en poder de las unidades administrativas de Fosalud contenida en documentos, archivos, datos, bases de datos, comunicaciones y todo tipo de registros que documenten el ejercicio de sus facultades o actividades, que consten en cualquier medio, ya sea impreso, óptico o electrónico, independientemente de su fuente, fecha de elaboración, y que no sea confidencial. Dicha información podrá haber sido generada, obtenida, transformada o conservada por dichas unidades a cualquier título. Información pública Oficiosa: Es aquella información pública que los entes obligados deberán difundir al público por mandato de ley sin necesidad de solicitud directa. Unidades administrativas: Aquellas que de acuerdo con la organización de la institución posean la información solicitada.		

Datos personales: La información privada concerniente a una persona, identificada o identificable, relativa a su nacionalidad, domicilio, patrimonio, dirección electrónica, número telefónico u otra análoga.

Datos personales sensibles: Los que corresponden a una persona en lo referente al credo, religión, origen étnico, filiación o ideologías políticas, afiliación sindical, preferencias sexuales, salud física y mental, situación moral y familiar y otras informaciones íntimas de similar naturaleza o que pudieran afectar el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Información confidencial: Es aquella información privada en poder del Estado cuyo acceso público se prohíbe por mandato constitucional o legal en razón de un interés personal jurídicamente protegido.

formato seleccionable: Es aquel archivo que permite la copia de datos de forma electrónica para su posterior uso o procesamiento.

Trimestres para información Oficiosa:

1er. Trimestre: febrero – marzo – abril

2do. Trimestre: mayo – junio – julio

3er. Trimestre: agosto – septiembre – octubre

4to. Trimestre: noviembre – diciembre – enero

ABREVIATURAS:

LAIP: Ley de acceso a la Información Pública.

RELAIP: Reglamento de la Ley de acceso a la Información Pública.

IAIP: Instituto de acceso a la información Pública.

OI: Oficial de Información.

DESARROLLO:

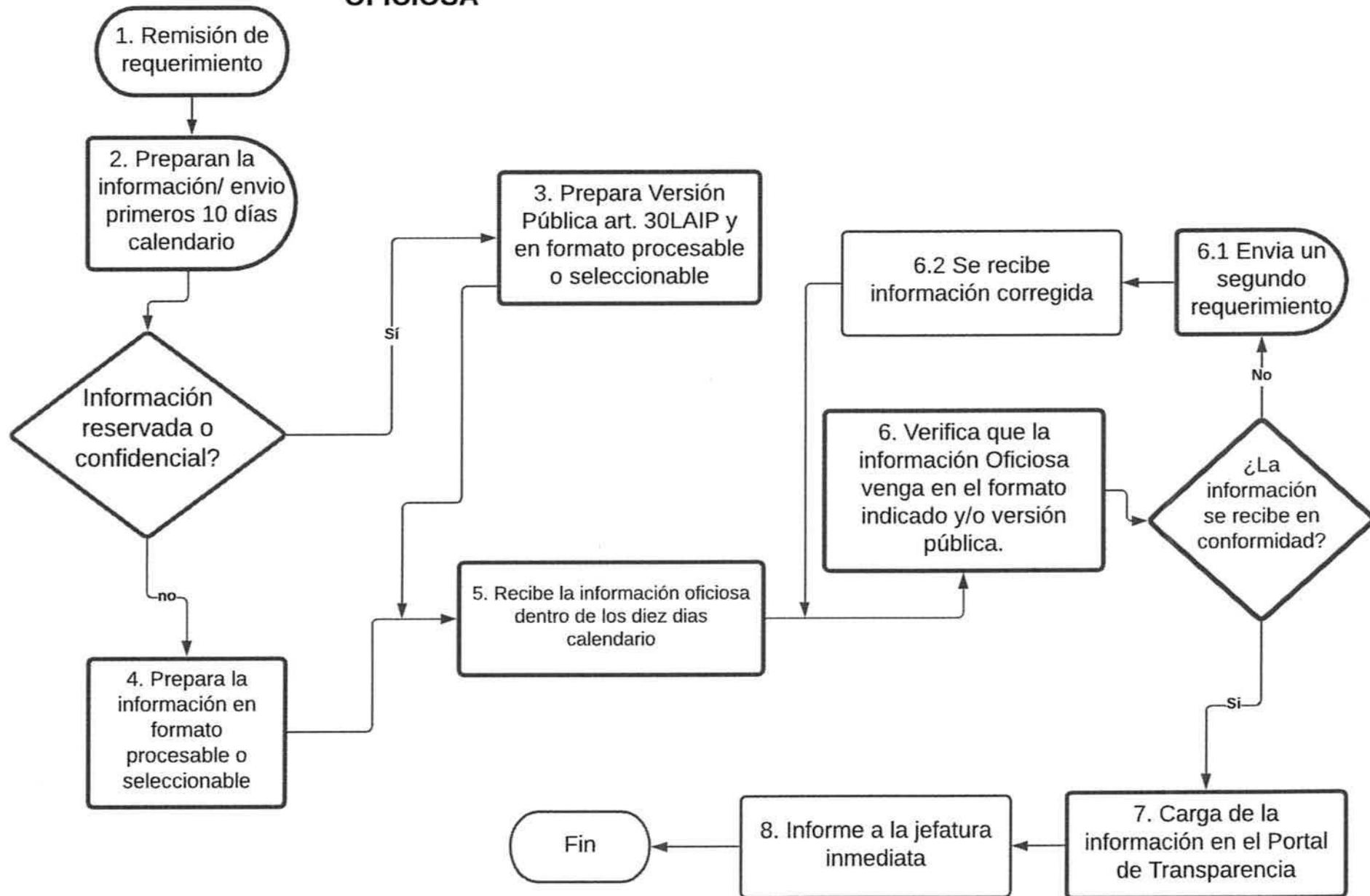
PROCESO N° 2: GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN OFICIOSA

RESPONSABLE		Descripción
Oficial de información	1	Remite requerimiento de información Oficiosa a la unidad administrativa que la genera. Envía memorándum a las unidades administrativas, a más tardar la última semana de los meses de abril, julio, octubre y enero; estableciendo la fecha límite de envío de información.

Unidad Administrativa	2	<p>Las unidades administrativas deben preparar la información teniendo en cuenta la fecha de entrega establecida en el requerimiento, es decir los primeros diez días de cada uno de los meses de: mayo, agosto, noviembre y febrero.</p> <p>Cada unidad administrativa debe suministrar la información Oficiosa de forma oportuna, dentro de los plazos establecidos y en formato seleccionable y/o en versiones públicas si lo amerita.</p>
Unidad Administrativa	3	<p>Prepara versión pública.</p> <p>Si la información oficiosa contiene información reservada o confidencial, la unidad administrativa es la responsable de preparar una versión pública en atención al art. 30 LAIP teniendo en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Deberá señalarse que se trata de una versión pública, citar la base legal y las circunstancias que justifican dicha versión. b) Cuando se trate de reserva parcial deberá señalarse la correspondiente referencia en el índice de información reservada.
Unidad Administrativa	4	<p>Cuando la información oficiosa no contiene información confidencial o reservada, únicamente debe asegurarse que el archivo a remitir esté en formato procesable.</p>
Oficial de Información	5	<p>Recibe la información Oficiosa, dentro los primeros diez días calendario de los meses de abril, julio, octubre y enero.</p>
Oficial de Información	6	<p>Verifica que la información recibida venga en versión pública y/o formato seleccionable según corresponda y de forma completa.</p>
Oficial de Información	6.1	<p>Si la información no cumple con la forma establecida, envía un segundo requerimiento.</p>
Oficial de Información	6.2	<p>Recibe nuevamente la información, por lo que retorna al numeral 6.</p>

Oficial de Información	7	Procede a realizar la carga de la información en el Portal de Transparencia ó en la herramienta informática disponible.
Oficial de Información	8	Elabora y remite informe a la Jefatura inmediata sobre el estado de la información oficiosa.
METAS: Cumplir con la publicación del cien por ciento de la información oficiosa en el tiempo y en la forma establecida en la LAIP y en los respectivos Lineamientos.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Cantidad de estándares de información oficiosa actualizados en tiempo y forma establecidos en lineamientos/Total de estándares de información oficiosa) x 100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL

PROCESO No. 2. GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN OFICIOSA



	UNIDAD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA	REVISIÓN (0) FECHA: diciembre 2020
<p align="center">PROCESO No. 3. Formalización de Resoluciones de Reservas de Información.</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Establecer una ruta práctica de las acciones a realizar por parte de las unidades administrativas de Fosalud y el Oficial de Información para garantizar que formalice la Resolución de reserva de información en los términos establecidos en la Ley de Acceso a la Información Pública.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a la información pública generada por Fosalud a la cual le aplica alguna de las causales establecidas en el art. 19 de la LAIP.</p> <p><u>El inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de borrador de Resolución de Reserva <p><u>La finalización:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Devolución de Resolución de Reserva con firmas completas. 		
<p>RESPONSABLE: Oficial de información.</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de acceso a la información pública • Reglamento de la Ley de acceso a la información pública 		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>Información Reservada: Es aquella información pública cuyo acceso se restringe de manera expresa de conformidad con la Ley de acceso a la información pública, en razón de un interés general durante un período determinado y por causas justificadas.</p> <p>Información pública: Es aquella en poder de las unidades administrativas de Fosalud contenida en documentos, archivos, datos, bases de datos, comunicaciones y todo tipo de registros que documenten el ejercicio de sus facultades o actividades, que consten en cualquier medio, ya sea impreso, óptico o electrónico, independientemente de su fuente, fecha de elaboración, y que no sea confidencial. Dicha información podrá haber sido generada, obtenida, transformada o conservada por dichas unidades a cualquier título.</p>		

Unidades administrativas: Aquellas que de acuerdo con la organización de la institución posean la información solicitada.

Clasificación: Acto administrativo por el cual se determina que la información que posee un ente obligado es oficiosa, reservada, confidencial o pública.

ABREVIATURAS:

LAIP: Ley de acceso a la Información Pública.

RELAIP: Reglamento de la Ley de acceso a la Información Pública.

IAIP: Instituto de acceso a la información Pública.

OI: Oficial de Información.

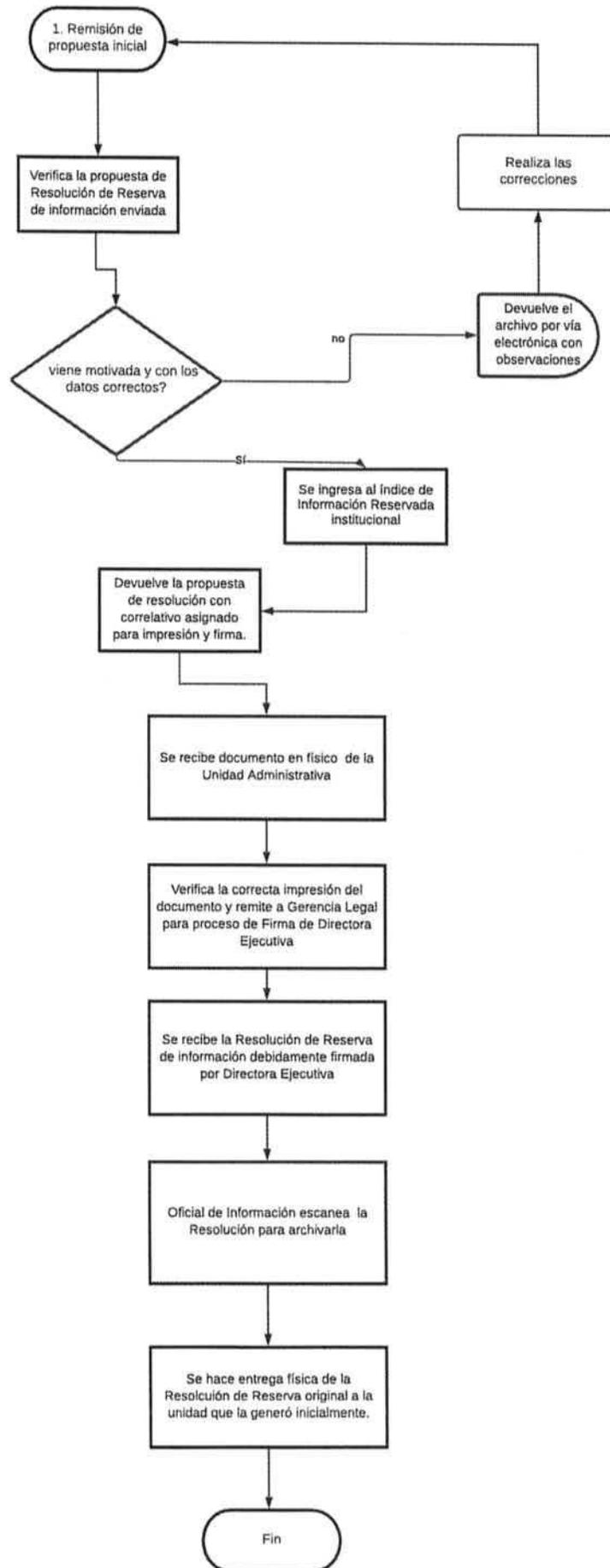
DESARROLLO:

PROCESO No 3: Formalización de Resoluciones de Reserva de Información.

RESPONSABLE		Descripción
Unidad Administrativa	1	Remite propuesta inicial de Resolución de Reserva de forma electrónica. La Unidad Administrativa que genere, obtenga o custodie información deberá iniciar de manera inmediata el proceso de clasificación de información para lo cual deberá elaborar la propuesta de Resolución motivada de clasificación de información.
Oficial de información	2	Verifica que la propuesta de Resolución de Reserva de información enviada por la Unidad Administrativa venga debidamente motivada y con los datos correctos debidamente incorporados.
Oficial de información	2.1	Si la propuesta de Resolución de reserva no viene en cumplimiento a la LAIP el Oficial de Información devuelve el archivo por vía electrónica con observaciones.

Unidad administrativa	2.2	Realiza las correcciones, debiendo regresar al paso número 1.
Oficial de información	3	Si la propuesta de Resolución viene en concordancia con la LAIP, se ingresa al índice de Información Reservada de Fosalud.
Oficial de información	4	Devuelve la propuesta de resolución con correlativo asignado para impresión y firma.
Unidad Administrativa	5	Remite el documento de reserva en físico, firmado por la Unidad Administrativa para firma del Oficial de Información.
Oficial de información	6	Verifica la correcta impresión del documento y remite a Gerencia Legal para proceso de Firma de Directora Ejecutiva
Asistente de Dirección Ejecutiva	7	Entrega al Oficial de información la Resolución de reserva de información debidamente firmada.
Oficial de Información	8	Escanea la Resolución de reserva para incorporarla al archivo físico.
Oficial de Información	9	Hace entrega de la Resolución de reserva original a la Unidad Administrativa que generó el proceso de reserva.
<p>METAS: Cumplir con la formalización del cien por ciento de las Resoluciones de reserva de información de forma oportuna y en la forma establecida en la LAIP. El proceso de formalización de la Resolución de Reserva de Información deberá tardar un máximo de 5 días hábiles.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:(Número de Resoluciones de reserva de información formalizadas en un plazo máximo de ocho días hábiles / Resoluciones de reserva de información formalizadas) x 100%</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL.</p>

PROCESO No. 3 FORMALIZACIÓN DE RESOLUCIONES DE RESERVA DE INFORMACIÓN.





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Nombre de la
unidad
organizativa:
UNIDAD DE
MEDIO
AMBIENTE
SEGURIDAD Y
SALUD
OCUPACIONAL**

**Fecha: diciembre
2020**

Título del documento

“Manual de Procesos de Evaluación de Riesgos”.

**Alcance: Establecer todas las actividades que realiza la
Unidad de Medio Ambiente para la Evaluación de
Riesgos Ocupacionales.**

**Responsable: Jefe de Unidad de Medio Ambiente
Seguridad y Salud Ocupacional**

**Elaborado
Mario Machón**



**Aprobado:
Marcela Martí**





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Nombre de la
Unidad
Organizativa:**

**Unidad de Medio
Ambiente
Seguridad y
Salud
Ocupacional**

**Fecha: diciembre
2020**

Pág. N° 1/04.

CONTENIDO

Introducción: El presente proceso procura establecer todas actividades que se desarrollan, para garantizar la correcta evaluación de riesgos ocupacionales.

Marco jurídico: Ley de creación y Reglamento del Fondo Solidario para la Salud

Proceso 1: Evaluación de Riesgos Ocupacionales por Área y Puesto de Trabajo

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : Unidad de Medio Ambiente Seguridad y Salud Ocupacional	FECHA: diciembre 2020 PAG 2/04.
TITULO DEL PROCESO: Evaluación de Riesgos Ocupacionales por Área y Puesto de Trabajo		

OBJETIVO:

Garantizar la legalidad de las evaluaciones de riesgos ocupacionales por área y puesto de trabajo

ALCANCE: establece los límites de aplicación del proceso, incluyendo el inicio y el final.

El inicio:

- Se evalúa el área de trabajo, identificando el cumplimiento o no de cien factores de riesgo.
- Se hace una evaluación de Puesto de Trabajo, en base a una Ficha de evaluación.
- El día de la evaluación el Coordinador de Seguridad y Salud Ocupacional o el delegado de prevención se hace presente al área de trabajo a evaluar.

La finalización:

- Luego de la evaluación, se elabora el informe que contenga las condiciones inseguras identificadas, para que sea revisada por el Jefe de la Unidad y la Gerente Legal.
- Una vez el informe es aprobado, se elaboran las recomendaciones y se envían por medio de memorándum a las jefaturas de las áreas evaluadas.

RESPONSABLE: El área responsable de la Evaluación de riesgos es la Coordinación de Seguridad y Salud Ocupacional en coordinación con el Comité de Seguridad y Salud ocupacional y Delegados de Prevención.

REFERENCIA: En el Programa de Gestión de Riesgos, elaborado por el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional y aprobado cada año por el Consejo Directivo se incluyen todos los puntos que regula la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y allí se incluyen los formularios a utilizar para la evaluación.

DEFINICIONES:

Condición insegura: Es aquella condición mecánica, física o de procedimiento inherente a máquinas, instrumentos o procesos de trabajo que por defecto o imperfección pueda contribuir al acaecimiento de un accidente.

Consejo Directivo: Es el máximo ente de administración y dirección del Fondo Solidario para la Salud.

Delegado de Prevención: Aquel trabajador o trabajadora designado por el empleador, o el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional según sea el caso, para encargarse de la gestión en seguridad y salud ocupacional.

DESARROLLO:

PROCESO N° 1:

RESPONSABLE	1	Descripción
Comité de Seguridad y Salud Ocupacional		Elabora calendarización de inspecciones y reinspecciones dentro del Programa de Gestión de Riesgos en los Lugares de Trabajo
Coordinador de Seguridad y Salud Ocupacional	2	Revisión y adaptación de fechas a realizar evaluación, dentro de los límites programados en la calendarización anual.
Delegado de Prevención	3	Realizan la inspección programada, evaluando las condiciones de seguridad y salud ocupacional del área y puesto de trabajo, según guías contenidas en el Programa de Gestión de Riesgos.
Empleado evaluado en el puesto o área de trabajo	4	Colabora con el Delegado de Prevención, expresando elementos que no sean evidentes en la inspección y que aporten información pertinente.
Delegado de Prevención	5	Completa la guía con la información recopilada y la presenta al Coordinador de Seguridad y Salud Ocupacional.
Coordinador de Seguridad	6	Procesa los datos contenidos en la guía de

y Salud Ocupacional		evaluación y la clasifica según su nivel de riesgo, por frecuencia y gravedad.
Coordinador de Seguridad	7	Consolida los datos obtenidos y elabora un informe que contiene recomendaciones para riesgos detectados para ser Presentado a Jefe de Unidad.
Jefe de Unidad de Medio Ambiente SSO	8	Gestiona los memorándums institucionales que contienen recomendaciones y los presenta a Gerente Legal para su aprobación
Gerente Legal	9	Aprueba las recomendaciones de mejora en Seguridad y Salud Ocupacional y autoriza su traslado a las jefaturas para que apliquen las medidas de corrección propuestas
META: 100 por ciento de componente legal en los procesos de evaluación de riesgos		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de cumplimiento de aspectos legales en las evaluaciones de riesgos ocupacionales. # de ítems cumplidos / # de ítems evaluados * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la unidad organizativa: UNIDAD DE GÉNERO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p>Título del documento</p> <p>"Manual de Procesos de la Unidad de Género".</p>		
<p>Alcance: Establecer las actividades que realiza la Unidad de Género para la respectiva toma de decisiones.</p>		
<p>Responsable: Jefe Unidad de Género</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Licda. Bárbara Velásquez</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Licda. Marcela Martí</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la Unidad Organizativa:</p> <p>UNIDAD DE GÉNERO</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p>
<p style="text-align: center;">CONTENIDO</p>		
<p>Introducción: El presente proceso procura establecer todas actividades que se desarrollan, para garantizar la correcta atención de denuncias que recibe la Unidad de Género.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constitución de la Republica de El Salvador, ➤ Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para la Mujer; ➤ Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres, ➤ Política Institucional de Igualdad de Género, ➤ Reglamento Interno de Fosalud, ➤ Ley del Servicio Civil. 		
<p style="text-align: center;">Proceso 1: Atención a Casos de Víctimas de Violencia de Género</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : UNIDAD DE GÉNERO</p>	<p>FECHA: diciembre 2020</p>
<p>TITULO DEL PROCESO: ATENCIÓN A CASOS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</p>		

OBJETIVO:

Desarrollar procesos de orientación donde se brinde acompañamiento en la resolución de los casos de denuncia presentados ante la Unidad de Género, en el tiempo establecido.

ALCANCE:

Se establece desde la toma de denuncia o aviso para iniciar el proceso de atención a víctimas de acoso laboral, y casos de violencia tipificados en el artículo 9 de la Ley Especial Integral para una vida libre de violencia para la mujer, y así poder emitir una recomendación que restituya sus derechos; exceptuando de este proceso los delitos descritos en el código penal, que deberán remitirse a la institución pertinente.

RESPONSABLE: Jefe de Unidad de Género.

REFERENCIA: Constitución de la Republica de El Salvador, Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia para la Mujer; Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres, Política Institucional de Igualdad de Género, Reglamento Interno de Fosalud, Ley del Servicio Civil.

DEFINICIONES:

Violencia Económica: es toda acción u omisión que afecta la supervivencia económica de la mujer.

Violencia Femicida: es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres.

Violencia Física: es toda conducta que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico a una mujer.

Violencia Psicológica y Emocional: es toda conducta que ocasione daño emocional, disminuye la auto estima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer.

Violencia Patrimonial: son las acciones u omisiones que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer.

Violencia Sexual: es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual.

Violencia Simbólica: son mensajes, valores, iconos o signos que transmiten relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre personas.

Violencia Institucional: es toda acción u omisión abusiva de cualquier servidor público que discrimine o tenga como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres.

Violencia Laboral: son acciones u omisiones contra la mujer ejercida de forma repetida y que se mantienen en el tiempo en los centros de trabajos públicos que constituyen agresiones físicas o psicológicas atentatorias a su integridad, dignidad personal y profesional.

DESARROLLO:

PROCESO N° 1:

ATENCIÓN A CASOS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

RESPONSABLE		Descripción
Colaboradores Unidad de Género	1	Toma de denuncia o aviso, esta puede ser por referencia (jefatura o compañeros de trabajo) o interpuesta por la misma víctima.
Colaboradores Unidad de Género	2	Verificación de existencia de delito, falta, o acoso laboral: <ul style="list-style-type: none">- Si no existe delito, falta o acoso laboral se archiva el caso.- Si existe delito se remite a la institución pertinente (FGR, PGR, ISDEMU).- En caso de que exista falta o acoso laboral se evalúa el estado de la persona.
Colaboradores Unidad de Género, Psicóloga unidad de género o trabajador social	3	Una vez evaluado el estado de la persona: <ul style="list-style-type: none">- Si se encuentra en estado de crisis recibe en un primer momento atención psicológica que consta de: intervención en crisis, entrevista y evaluación psicológica.- Caso contrario se brindara en un primer momento asistencia jurídica que consta de: Imponer medidas de prevención de violencia (solo si son necesarias); se iniciara la investigación pertinente sobre el caso de violencia

Jefa de la Unidad de Género	4	Se notifica a la jefatura correspondiente que se ha iniciado una investigación
Jefa de la Unidad de Género	5	Se emite recomendación para sanción según reglamento interno de trabajo o según la Ley del Servicio Civil.
Jefa de Unidad de Género ó Colaboradores de Unidad de Género	6	Cierre del caso y se archiva el expediente por si existiera reincidencia de parte del agresor.
<p>META:</p> <p>1. 100 por ciento de solicitudes atendidas en un plazo no mayor de 30 días calendario</p> <p>2. 100 por ciento de atención a denuncias recibidas</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>1- # de solicitudes atendidas en el tiempo establecido de 30 días calendario / # de solicitudes atendidas * 100</p> <p>2- # de solicitudes atendidas / # de solicitudes resueltas *100</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>TRIMESTRAL</p>



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORANDUM

GF/356-2020

Para: **Licdo. Wilfredo Argueta**
Jefe de Planificación

De: **Lic. Carlos Alfonso Escobar Robles**
Gerente Financiero

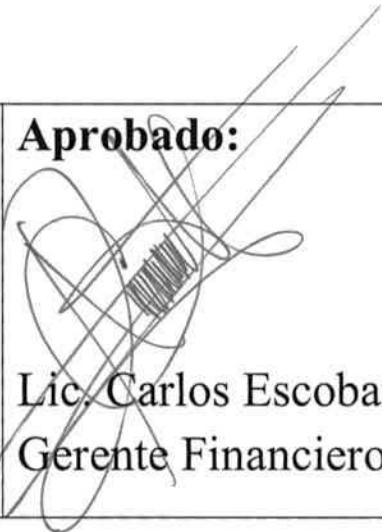
Asunto: Remisión de Manuales de Procesos

Fecha: 21 de diciembre del 2020

Por este medio le remito los Manuales de Procesos de las unidades de Presupuesto, Contabilidad y Tesorería.

Sin más sobre el particular, me suscribo.

Atentamente,

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Presupuesto</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Presupuesto”</p>		
<p>Alcance: Aplica a todas las actividades de la Unidad de Presupuesto, tales como: Formulación del Presupuesto y seguimiento y evaluación de la Ejecución Presupuestaria.</p>		
<p>Responsable: Jefe de Presupuesto</p>		
<p>Elaborado:</p>  <p>Lic. Edgardo Pineda Jefe de Presupuesto</p> 	<p>Aprobado:</p>  <p>Lic. Carlos Escobar Gerente Financiero</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Presupuesto</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/15.</p>
<p style="text-align: center;">CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>La Unidad de Presupuestos es una parte integrante de la Gerencia Financiera, responsable de coordinar la elaboración del presupuesto institucional, así como del control, seguimiento y evaluación a la ejecución presupuestaria, para ello se hace necesario el diseño y actualización de políticas, procedimientos y actividades de control en concordancia con una sistematización de los procesos institucionales, de manera que contribuyan a alcanzar los objetivos institucionales.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud y su Reglamento. Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento. Las Normas Técnicas de Control Interno específicas para el FOSALUD Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Formulación del Presupuesto anual de ingresos y egresos Institucional</p>		
<p>Procesos 2: Seguimiento y evaluación de la Ejecución Presupuestaria</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Presupuesto</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/15</p>
<p>PROCESO 1: FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS INSTITUCIONAL</p>		
<p>OBJETIVO: Formular y presentar oportunamente el proyecto de presupuesto institucional a las autoridades para su revisión, aprobación y posterior remisión al Ministerio de Hacienda y MINSAL.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a todas las unidades Organizativas que proporcionan estimaciones de necesidades, así como el establecimiento de las metas institucionales. Inicia recibiendo los lineamientos generales proporcionados por las autoridades para elaborar el presupuesto institucional. Finaliza con la entrega al Ministerio de Hacienda del proyecto de presupuesto institucional con sus respectivos anexos, para que sea remitido a la Asamblea Legislativa junto con el resto de los presupuestos del Estado para su aprobación.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero</p>		
<p>REFERENCIA: La Ley AFI y su Reglamento, El Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria SAFI. El Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Público. Políticas y Normas de Formulación Presupuestaria.</p>		
<p>DEFINICIONES SAFI: Sistema de Administración Financiera Integrado UO: Unidades Organizativas</p>		

DESARROLLO:**PROCESO No. 1:
FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS
INSTITUCIONAL**

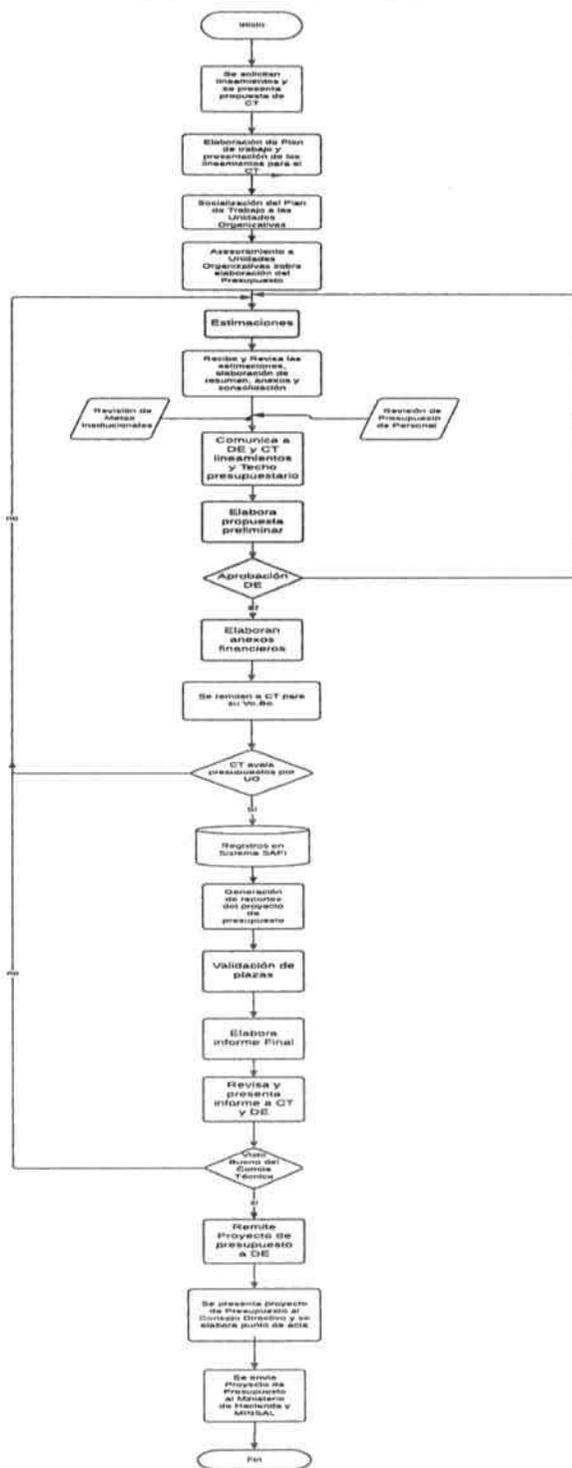
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Gerente Financiero	1	Solicita a la Dirección Ejecutiva (DE) lineamientos institucionales para iniciar con la formulación del presupuesto del año objetivo (próximo año), asimismo, se propone a la DE la conformación del Comité Técnico de Formulación Presupuestaria (CT), el cual estará compuesto por al menos un miembro de cada unidad organizativa que interviene en la consecución de metas y objetivos institucionales.
Jefe de Presupuesto	2	Elabora un plan de trabajo para la formulación del presupuesto del año objetivo (n+1), el cual deberá contener los lineamientos institucionales, los objetivos y las metas generales proyectadas, y el cronograma de actividades.
Jefe de Presupuesto	3	Se socializa presentación de los lineamientos y plan de trabajo, al Comité Técnico y a las Unidades Organizativas (UO), y se distribuyen las operaciones según la participación de cada miembro de las unidades organizativas, a fin de que trabajen en las estimaciones de costos, metas físicas (Gerencia Técnica), presupuesto de personal (Gerencia Talento Humano), etc.
Jefe de Presupuesto	4	Realiza asesoramiento a las diversas Unidades Organizativas referente a las estimaciones de necesidades y elaboración del presupuesto, así como a GTH por la labor de revisión de plazas vigentes y

		el planteamiento de movimientos de personal.
Unidades Organizativas	5	Revisan las necesidades a las que se deben dar cobertura durante el año a presupuestar y realizan las estimaciones. (Recurso Humano, Medicamentos, Insumos, etc)
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	6	Recibe y revisa cada una de las estimaciones de necesidades de las UO, consulta al Comité Técnico sobre la incorporación de nuevas inversiones a realizar en el presupuesto, se revisan las metas físicas presentadas por la GT, y elabora consolidado de la información.
Gerente Financiero y Jefe de Presupuesto	7	Comunica a la Dirección Ejecutiva los lineamientos de la Política y Normas de Formulación Presupuestaria, y solicita al Comité Técnico, que analice el techo presupuestario, revise la política presupuestaria, valide la estructura presupuestaria, y de lineamientos sobre los ajustes del presupuesto preliminar con base al techo comunicado.
Comité Técnico de Formulación	8	El Comité elabora una propuesta de ajuste al presupuesto preliminar, tanto en aspectos físicos como financieros, para que esta sea sometida a aprobación con la Dirección Ejecutiva. Si es aprobado continúa en el paso 9 , si no es aprobado regresa a paso 5
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	9	Recibe propuesta de ajuste al Techo, y elaboran anexos financieros en los cuales se detallan el presupuesto de gastos, el presupuesto de personal, presupuesto de inversión, haciendo una comparación entre presupuesto vigente (n) y el presupuesto del año objetivo (n+1), que servirán de apoyo a las cifras estimadas por cada unidad

		organizativa.
Jefe de Presupuesto	10	Remite al Comité Técnico, resumen del presupuesto e información consolidada, para que sea revisada. si están de acuerdo con la información, sigue paso 11 . Si no están de acuerdo, regresa a paso 5
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	11	Elabora los registros en el sistema informático SAFI “Módulo de Formulación Presupuestaria” diseñado por el Ministerio de Hacienda, el cual está compuesto por el registro de la estructura presupuestaria, la actualización de las políticas, objetivos y prioridades institucionales, el registro del presupuesto de egresos, de personal, de inversión, de ingresos, y la programación físico-financiera de las metas institucionales.
Jefe de Presupuesto	12	Revisa la información financiera digitada, genera e imprime reportes correspondientes al proyecto de presupuesto, y entrega los reportes de personal a la Gerencia del Talento Humano para la revisión del presupuesto de personal.
Gerente de Talento Humano	13	Recibe reporte de plazas solicitadas, y de los movimientos de personal realizados en el sistema informático, valida la información, prepara el detalle de las plazas vacantes y la certificación de las plazas solicitadas, informa a la Unidad de Presupuesto si existieran cambios por realizar y remite con visto bueno el detalle de plazas solicitadas.
Jefe de Presupuesto	14	Elabora informe final de las cifras del presupuesto en referencia para el año objetivo, actualiza Resumen y anexos del proyecto Presupuesto Institucional, prepara presentación, y remite al Gerente Financiero. Elabora notas de remisión al

		MINSAL y al Ministerio de Hacienda.
Gerente Financiero	15	Revisa documento de presupuesto Institucional, presentación el informe final, y realiza la exposición del mismo a los miembros del Comité Técnico de Formulación Presupuestaria (incluida la Dirección Ejecutiva), para contar con el visto bueno del equipo de trabajo. Si es aprobado sigue paso 16 , si no regresa a paso 5 .
Gerente Financiero	16	Remite a la Dirección Ejecutiva el Proyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos Institucional, con las copias correspondientes para los miembros del Consejo Directivo.
Dirección Ejecutiva	17	Presenta el Proyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos Institucional al Consejo Directivo, y somete a discusión y aprobación el documento.
Dirección Ejecutiva	18	Remite el Presupuesto Institucional al Ministerio de Hacienda para su análisis y revisión, y posterior envío a la Asamblea Legislativa para su aprobación. Y al Ministerio de Salud el Presupuesto Institucional, con las copias correspondientes para su consolidación como Ramo de Salud.
METAS:		
Presentar el proyecto de Presupuesto Institucional a más tardar en la fecha establecida por el Ministerio de Hacienda.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Presentación del presupuesto antes de la fecha		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Anual

FLUJOGRAMA PROCESO 1



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Presupuesto</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 09/15</p>
<p>PROCESO 2: SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION PRESUPUESTARIA</p>		
<p>OBJETIVO: Realizar el seguimiento de la ejecución presupuestaria de manera periódica y oportuna, a fin de detectar desviaciones, necesidades de financiamiento y recursos disponibles para ser reorientados a cubrir necesidades no previstas en el presupuesto programado, maximizando los recursos asignados para el cumplimiento de metas institucionales.</p>		
<p>ALCANCE: Este proceso aplica para la Unidad de Presupuesto Inicia con el presupuesto aprobado, se realiza la elaboración de la programación de la ejecución presupuestaria Finaliza con la aprobación de los compromisos presupuestarios</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero</p>		
<p>REFERENCIA: La Ley AFI y su Reglamento, el Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria SAFI, el Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Público y las Normas Técnicas de Control Interno específicas para el FOSALUD.</p>		
<p>DEFINICIONES Programa de Ejecución Presupuestaria (PEP): es un instrumento que reflejará la estimación de los compromisos a realizarse en los meses que comprende el ejercicio financiero fiscal, en función de las metas y propósitos definidos en el Plan Anual de Trabajo, en el cual se compatibilizan los flujos de ingresos, egresos y financiamiento con el avance físico y financiero del presupuesto, y constituye un requisito previo e indispensable para dar inicio a la movilización de los recursos en cada ejercicio; y se</p>		

tomaran de base para su elaboración las metas y propósitos definidos en el Plan de Trabajo, los respectivos planes de compras, calendarización de pagos de toda índole.

DESARROLLO:

PROCESO No. 2:

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION PRESUPUESTARIA

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	1	Con la Ley de Presupuesto aprobado en el sistema informático SAFI, se revisan los datos cargados en el sistema por el SAFI-DGP, a efecto de contar con todos los específicos de gastos programados en el presupuesto en referencia.
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	2	Realiza el registro de datos en el módulo informático respectivo del SAFI, considerando la distribución de los salarios y contribuciones patronales en forma mensual, los aguinaldos y pasivo laboral al cierre del año, y los gastos en bienes y servicios con base a la fecha estimada de pago, etc.
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	3	Emite el reporte de la PEP a nivel de específicos de gastos y rubro de agrupación.
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	4	Revisa el registro de los montos aprobados a nivel de rubro de agrupación del gasto, Línea de Trabajo y Unidad Presupuestaria, a fin de que cuadren contra los montos aprobados en el presupuesto, y valida la elaboración de la PEP. Si se avala la PEP continúa en el paso 5 , si no se avala, regresa a paso 2
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	5	Elabora informe sobre los aspectos más relevantes que contiene la PEP, y remite el mismo con el reporte de PEP al Gerente Financiero para su visto bueno. Si da su visto bueno continúa en el paso 6 , si no da el visto bueno, regresa a paso 2

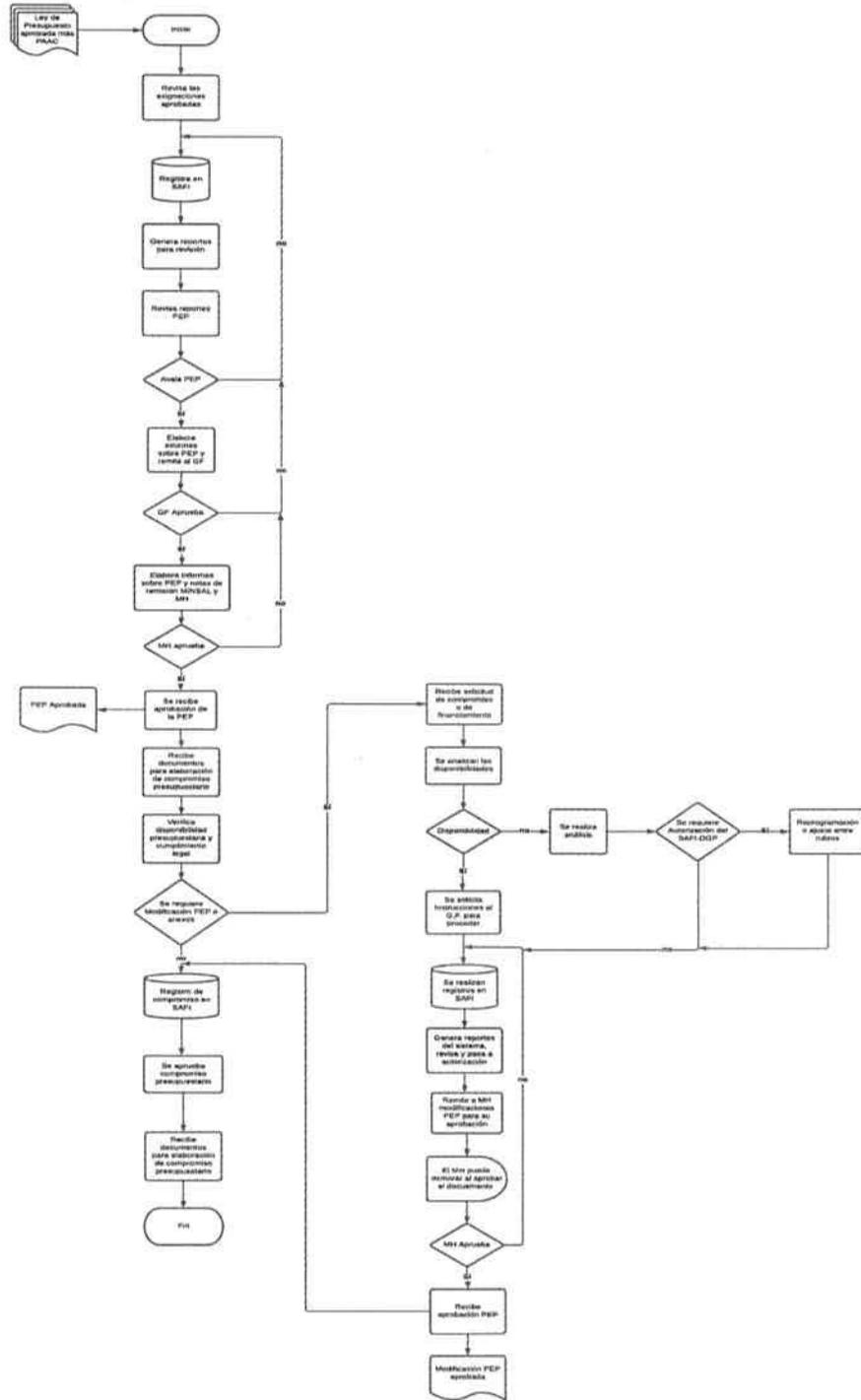
Gerente Financiero	6	Remite a la UFI del Ministerio de Salud, copias de ejemplares de la PEP para que estos programen los montos mensuales en la parte correspondiente a la Unidad Presupuestaria de Transferencias en la PEP del MINSAL. Y al Ministerio de Hacienda dos ejemplares de la PEP a nivel de Rubro de agrupación del gasto y uno a nivel de específico de gastos, a la Dirección General del Presupuesto del Ministerio de Hacienda, para su análisis y aprobación. Si MH aprueba continúa en el paso 7 , si no lo aprueba, regresa a paso 2
Jefe de Presupuesto	7	Recibe PEP aprobada, física y en el sistema informático SAFI, archiva documento y nota de aprobación en la cual se faculta a la institución a iniciar con la movilización de recursos financieros
Colaborador Financiero	8	Se recibe de diversas unidades organizativas los documentos que generan un compromiso presupuestario. (Orden de Compra, Contrato, pólizas de Reintegro del Fondo Circulante, la Planilla de Salarios, recibos por servicios básicos, etc.) Dicho documento deberá identificar los bienes o servicios a adquirir, el NIT del proveedor, el número y fecha del documento y la fecha de entrega del bien o servicio.
Colaborador Financiero	9	Verificará la disponibilidad en la PEP, de acuerdo con la fecha en que se pagará la obligación, y el específico del gasto donde se ha clasificado, según el Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras del Sector Publico. Si se requiere modificación presupuestaria porque no existe disponibilidad presupuestaria, sigue paso

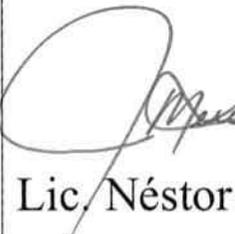
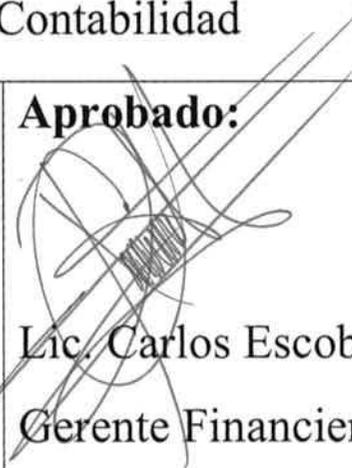
		10 , si no requiere modificación avanza al paso 19
Gerente Financiero	10	Recibe solicitud de necesidad de financiamiento para la compra de un bien o servicio no programado en el presupuesto vigente, y/o recibe documento que justifica la modificación al presupuesto, y que se hace necesario verificar si existe crédito presupuestario disponible en el específico del gasto o el mes correspondiente. Da lineamientos a la Unidad de Presupuestos.
Jefe de Presupuesto	11	Verifica la disponibilidad en la PEP, si existen recursos para comprometer el gasto en el rubro de clasificación correspondiente o en la fecha en que se espera pagar la obligación. De no existir recursos presupuestarios disponibles, sigue paso 12 , si hay disponibilidad sigue paso 14 .
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	12	Se procede a realizar un análisis para elaborar las modificaciones en referencia. Producto del análisis a las disponibilidades presupuestarias, identificará si existen recursos entre específicos de una misma cuenta y/o entre cuentas de un mismo rubro en el mismo semestre Si se requiere aprobación al SAFI-DGP sigue paso 13 , si no, se aprobará internamente y sigue en paso 14
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	13	Hará la reprogramación o ajuste (modificaciones entre rubros de agrupación), se imprimirán dos juegos de los documentos y se remitirán un original y una copia a la UFI del MINSAL para armonizar los saldos con la PEP de subvención, igual se remitirán dos juegos de documentos para la Dirección General del Presupuesto del Ministerio de Hacienda para su debida aprobación.

		Nota: los documentos deben ir firmados por el Gerente Financiero y se anexaran los documentos de respaldo según corresponda.
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	14	Se solicita instrucciones al Gerente Financiero para proceder.
Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	15	Se realizan registros de modificaciones en el SAFI
Gerente Financiero, Jefe de Presupuesto y Colaborador Financiero	16	Revisan y evalúan las modificaciones a la PEP, firma documento y nota de remisión, y remite a Presupuesto para validación en el Sistema y archivo, o para ser remitido a la DGP del Ministerio de Hacienda
Jefe de Presupuesto	17	Remite documento a la DGP del Ministerio de Hacienda. Hay demora durante la espera de aprobación de dicho ministerio. Si el Ministerio aprueba las modificaciones sigue paso 18 , si no regresa a paso 15 para corregir observaciones.
Jefe de Presupuesto	18	Retira los documentos aprobados en la DGP para el resguardo en los archivos correspondientes, y verifica en la aplicación informática la aprobación del documento.
Colaborador Financiero	19	Procederá al registro del compromiso presupuestario en el módulo de ejecución presupuestaria SAFI con cualquiera de los documentos antes mencionados, teniendo en cuenta la información que deben contener. (NIT del proveedor, fecha del documento, monto, concepto del suministro adquirido, etc.)
Colaborador Financiero	20	Se aprueba el compromiso presupuestario en el sistema, para garantizar la reserva de fondos para dicho compromiso, y que se actualicen las disponibilidades presupuestarias, esto permite

		continuar con el proceso de pago de la respectiva compra mediante la obligación respectiva.
Colaborador Financiero	21	Traslada a la Unidad de Tesorería el documento de pago según sea el caso, colocando el número el compromiso en el documento, o archiva el documento cuando este es contrato u orden de compra, para que éste sirva de consulta para los pagos parciales o totales futuros.
METAS: 95% de Ejecución del gasto		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Monto de compromiso /Presupuesto total) *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 2



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Contabilidad</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Contabilidad”</p>		
<p>Alcance: Aplica a todas las actividades de la Unidad de Contabilidad, tales como: Recopilar, Clasificar, Registrar, archivar y generar información para el proceso de toma de decisiones internas, entidades externas y para la rendición de cuentas ante los organismos fiscalizadores</p>		
<p>Responsable: Jefe Unidad de la Unidad de Contabilidad</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Lic. Néstor Mena Jefe de Contabilidad</p>	<p>Aprobado:</p>  <p>Lic. Carlos Escobar Gerente Financiero</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Contabilidad</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/10.</p>
<p style="text-align: center;">CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>La Unidad de Contabilidad forma parte de la Gerencia Financiera, es responsable de Recopilar, Clasificar, Registrar, Archivar y Generar información Financiera y Presupuestaria sobre las operaciones económicas realizadas por el FOSALUD; así como de mantener el control interno contable que garantice la salvaguarda de los recursos y la información financiera.</p> <p>Esto se logra mediante el diseño y actualización permanente de políticas y procedimientos de control interno, en concordancia con una sistematización de los procesos institucionales, de manera que contribuyan a alcanzar los objetivos institucionales.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Ley de creación de Fosalud y su Reglamento</p> <p>Las Normas Técnicas de Control Interno específicas para el FOSALUD</p> <p>Ley AFI y su Reglamento</p> <p>Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria SAFI</p> <p>Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera del Estado</p> <p>Catálogo de Cuentas Institucionales.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Validación y registro de operaciones financieras y presupuestarias.</p>		
<p>Procesos 2: Control de saldos contables y físicos de los recursos y obligaciones.</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Contabilidad	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/10
PROCESO 1: VALIDACIÓN Y REGISTRO DE OPERACIONES FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS		
OBJETIVO: <p>Garantizar razonablemente que la documentación que sustenta las operaciones financieras, presupuestarias y demás eventos económicos realizados por el Fosalud, sea registrado correctamente en los Módulos de Auxiliares de Tesorería y cumplan con los requisitos legales y técnicos aplicables.</p>		
ALCANCE: <p>Este proceso aplica para la Unidad de Contabilidad y Tesorería. Es el registro del 100% de las operaciones y eventos expresables en términos económicos, realizados por el Fosalud y que modifican la composición de sus recursos y obligaciones institucionales, verificando su apego al marco legal y técnico establecido de acuerdo a su naturaleza, y su adecuado registro en la aplicación SAFI</p> <p>Inicia con la recepción de los documentos por parte de Tesorería.</p> <p>Finaliza con el archivo de las partidas contables</p>		
RESPONSABLE: <p>Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero</p>		
REFERENCIA: <p>Ley AFI y su Reglamento, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria SAFI, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera del Estado, Catálogo de Cuentas Institucionales.</p>		
DEFINICIONES <p>SAFI: Sistema de Administración Financiera Integrado</p> <p>Ley AFI: Ley del Sistema de Administración Financiera</p>		

Devengado: Reconocimiento Contable de una Obligación por pagar o un Derecho a percibir recursos.

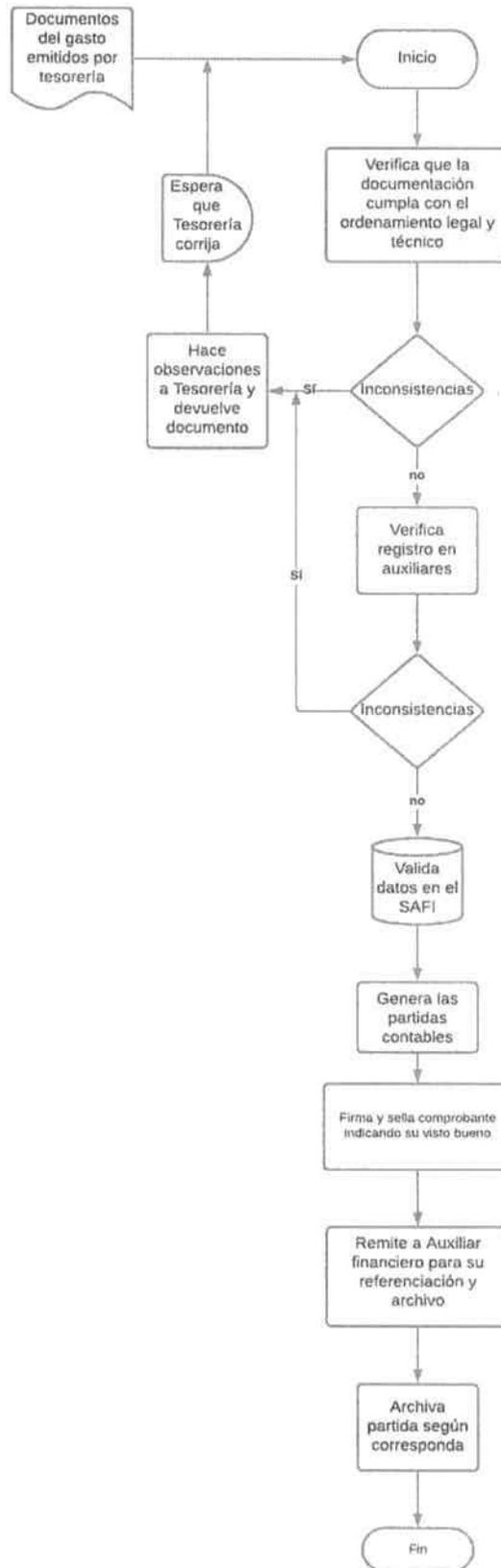
DESARROLLO:

**PROCESO No. 1:
PROCESO PARA VALIDAR Y REGISTRAR OPERACIONES
FINANCIERAS Y PRESUPUESTARIAS**

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Colaborador o Auxiliar Financiero	1	<p>Se recibe de la unidad de Tesorería el documento que soporta el gasto por registrar y Verifica que los datos contenidos en los documentos de soporte correspondan fielmente a los registrados en el Modulo de Tesorería.</p> <p>Verifica que la documentación de soporte cumpla con el ordenamiento legal y técnico de la operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de acta de recepción, o evidencia de recepción del bien o servicio, que corresponda a operación según factura. • Verifica cálculos, cantidad, precio unitario, total del bien o servicio que se adquiere. • Verifica retención IVA 1% • Verifica que factura contenga número de contrato, orden de compra u autorización del gasto <p>Si se detectan inconsistencias en la documentación sigue paso 2, si no, avance al paso 3</p>
Colaborador o Auxiliar Financiero	2	Se observa la operación y se devuelve a Tesorería para su corrección y se detiene el registro de ese documento a la espera de su corrección.
Colaborador o Auxiliar	3	Verifica el registro en auxiliares, si se detectan

Financiero		inconsistencias regresa a paso 2 , si no, avanza al paso 4
Colaborador o Auxiliar Financiero	4	Valida la operación en el SAFI
Colaborador o Auxiliar Financiero	5	Genera las partidas contables y le anexa los documentos de respaldo y remite a Contador Institucional para su revisión y visto bueno
Contador Institucional	6	Verifica que los parámetros de la partida sean correctos: Agrupación operacional, tipo de movimiento, fuente de financiamiento, proyecto, No. de compromiso, estructura presupuestaria, fuente de recurso y finalmente que todos los bienes o servicios adquiridos según documento han sido registrados en las correspondientes cuentas contables de conformidad a su naturaleza.
Contador Institucional	7	Remite comprobante contable y soportes documentales a Auxiliar Contable para su referenciación y archivo.
Auxiliar Contable	8	Archiva partidas con su documentación, según corresponda (Mes, año)
METAS:		
100% de operaciones y evento económicos validados y cumpliendo con sus aspectos legales y técnicos		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (No. operaciones validadas cumpliendo los aspectos legales y técnicos/ número de operaciones del período) * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 1



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Contabilidad	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 06/10
PROCESO 2: CONTROL DE SALDOS CONTABLES Y FÍSICOS DE LOS RECURSOS Y OBLIGACIONES		
OBJETIVO: Establecer mecanismo de Control Interno Contable para garantizar la integridad de la información financiera y contable, que asegure la salvaguarda de sus recursos y de la información financiera.		
ALCANCE: Este procedimiento comprende la información contable y los reportes administrativos que cada área elabora para el control de los recursos u obligaciones a su cargo; estableciéndose métodos de conciliación entre ambos a fin de garantizar que los estados financieros se encuentran debidamente respaldados con la existencia física y real de los recursos y obligaciones institucionales. Inicia con la recepción de los reportes generados por las unidades Finaliza con la eliminación de movimientos coincidentes		
RESPONSABLE: Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero		
REFERENCIA: Ley AFI y su Reglamento, Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria SAFI, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera del Estado, Catálogo de Cuentas Institucionales, Normas de Control Interno institucionales.		
DEFINICIONES SAFI: Sistema de Administración Financiera Integrado Ley AFI: Ley del Sistema de Administración Financiera Devengado: Reconocimiento Contable de una Obligación por pagar o un Derecho a percibir recursos.		

Conciliación: Mecanismo que permite garantizar la integridad de la información contable de las diferentes partidas: cuentas a pagar, cuentas a cobrar y cuentas de tesorería

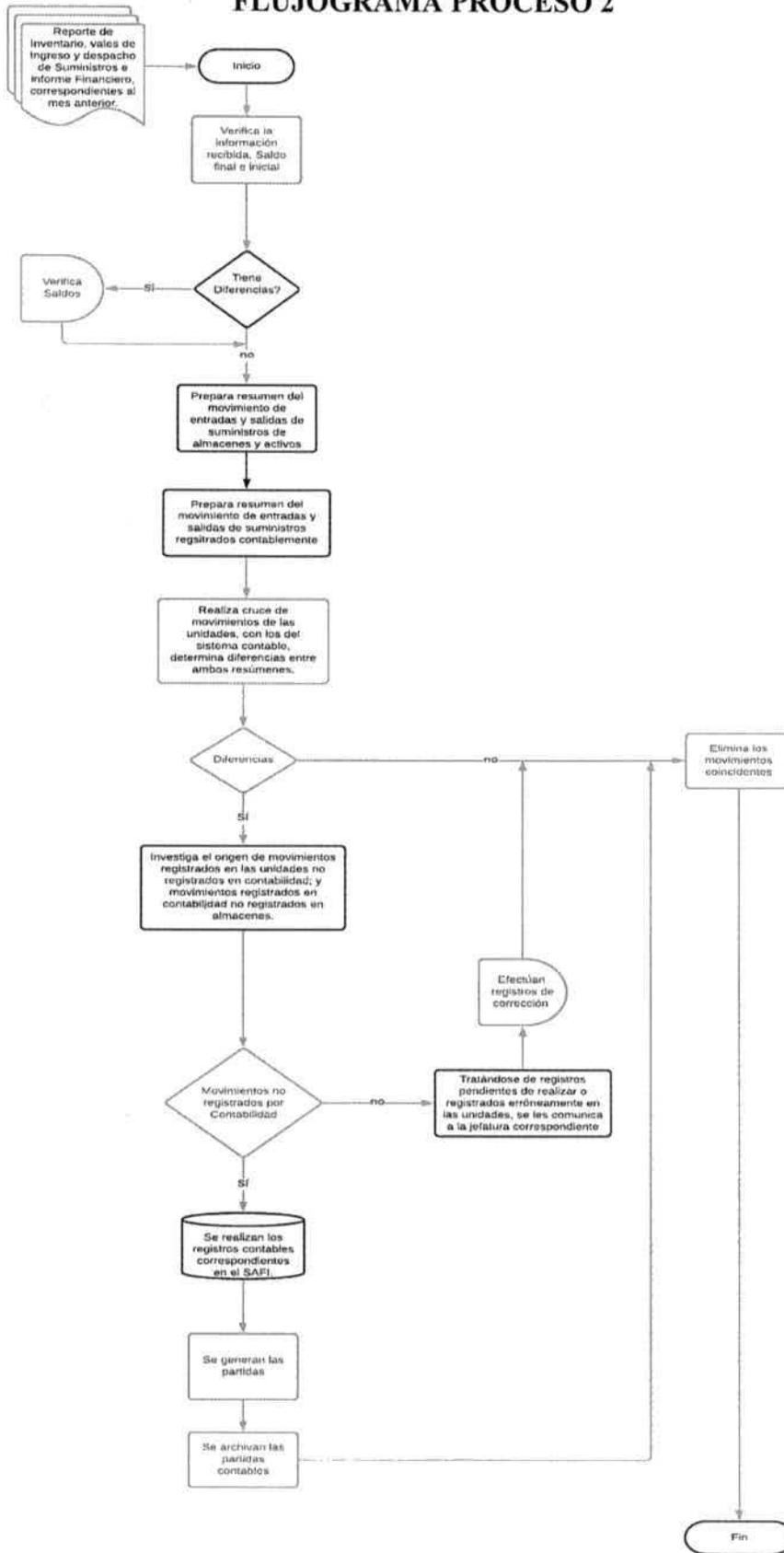
DESARROLLO:

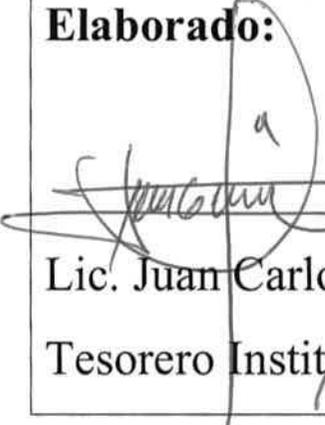
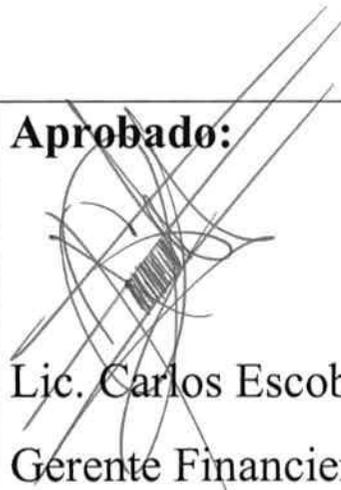
**PROCESO No. 2:
CONTROL DE SALDOS CONTABLES Y FÍSICOS DE LOS RECURSOS Y
OBLIGACIONES**

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	1	Durante los primeros tres días hábiles de cada mes, se recibe de la Unidad de Almacenes el Reporte de Inventario, vales de Ingreso y despacho de Suministros e informe Financiero, correspondientes al mes inmediato anterior.
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	2	Verifica consistencia entre el saldo final del mes anterior y el inicial presente de los reportes UFI. Si tiene diferencias sigue paso 3 , si no tiene sigue paso 4
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	3	Hay demora en el proceso, mientras se realiza la revisión de los saldos.
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	4	Con base en la información recibida prepara resumen de movimientos mensuales de entrada y salida de medicamentos, suministros e insumos, de los Almacenes
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	5	Prepara resumen de movimientos mensuales de entrada y salida de medicamentos, suministros e insumos, registrados contablemente.
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	6	Consolida resumen de movimientos de almacén con los del sistema contable y realiza el cruce de dichos movimientos. Si hay diferencias entre ambos resúmenes sigue

		paso 7 , si no hay diferencias avanza al paso 12
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	7	Investiga el origen de las diferencias. Si son movimientos registrados en almacén pero no registrados en contabilidad, sigue el paso 8 Si son movimientos registrados en contabilidad pero no registrados en almacenes sigue el paso 12
Colaborador y Auxiliar Financiero	8	Procede a efectuar los registros contables correspondientes en el SAFI
Colaborador y Auxiliar Financiero	9	Se generan las partidas contables correspondientes
Auxiliar Financiero	10	Archiva partidas contables
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	11	Tratándose de registros pendientes de realizar o registrados erróneamente en almacén, lo comunica a la Jefe de Almacenes para que lo verifique y se demora el proceso mientras efectúan los registros que correspondan.
Contador Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero	12	Elimina los movimientos coincidentes
METAS:		
100% de movimientos económicos conciliados		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (No. De movimientos conciliados /No. de operaciones del período) *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestre

FLUJOGRAMA PROCESO 2



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Tesorería</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Tesorería”.</p>		
<p>Alcance: Aplica a todas las actividades realizadas por la Unidad de Tesorería, tales como: pago de remuneraciones, pago de bienes y servicios, entre otros.</p>		
<p>Responsable: Tesorero Institucional</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Lic. Juan Carlos Guerrero Tesorero Institucional</p>	<p>Aprobado:</p>  <p>Lic. Carlos Escobar Gerente Financiero</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Tesorería</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/15</p>
<p style="text-align: center;">CONTENIDO</p>		
<p>Introducción: El presente documento describe los procesos misionales de la unidad de tesorería en los cuales se detallan las actividades y los pasos a seguir por cada uno de los colaboradores involucrados en los procedimientos planteados.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (Ley AFI) Reglamento de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado Diversas Leyes por los descuentos y las contribuciones patronales Normas Técnicas de Control Interno específicas para el Fosalud</p>		
<p>Procesos:</p>		
<p>Proceso 1: Pago de remuneraciones.</p>		
<p>Proceso 2: Pago de bienes y servicios.</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Tesorería</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. No. 03/15</p>
<p>PROCESO 1: PAGO DE REMUNERACIONES</p>		
<p>OBJETIVO: Realizar el pago oportuno de la planilla de remuneraciones de la institución.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica para las Unidades de la Gerencia Financiera, la Unidad de Planilla y Refrendarios de Fosalud Inicia con la recepción del archivo digital de la planilla de salarios que incluye sus respaldos para la emisión de pago de salarios y todas las prestaciones sociales inherentes a la misma. Se culmina el proceso con la impresión y envío de las notas de abonos que respaldan la emisión del pago de salarios a cada uno de los empleados de FOSALUD.</p>		
<p>RESPONSABLE: Tesorero Institucional, Colaborador y Auxiliar Financiero</p>		
<p>REFERENCIA: Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado Diversas Leyes por los descuentos y las contribuciones patronales</p>		
<p>DEFINICIONES: Refrendarios: Persona encargada de autorizar movimientos programados en el Banco Remuneraciones: SAFI: Sistema de Administración Financiera</p>		

DESARROLLO:**PROCESO N° 1:
PAGO DE REMUNERACIONES**

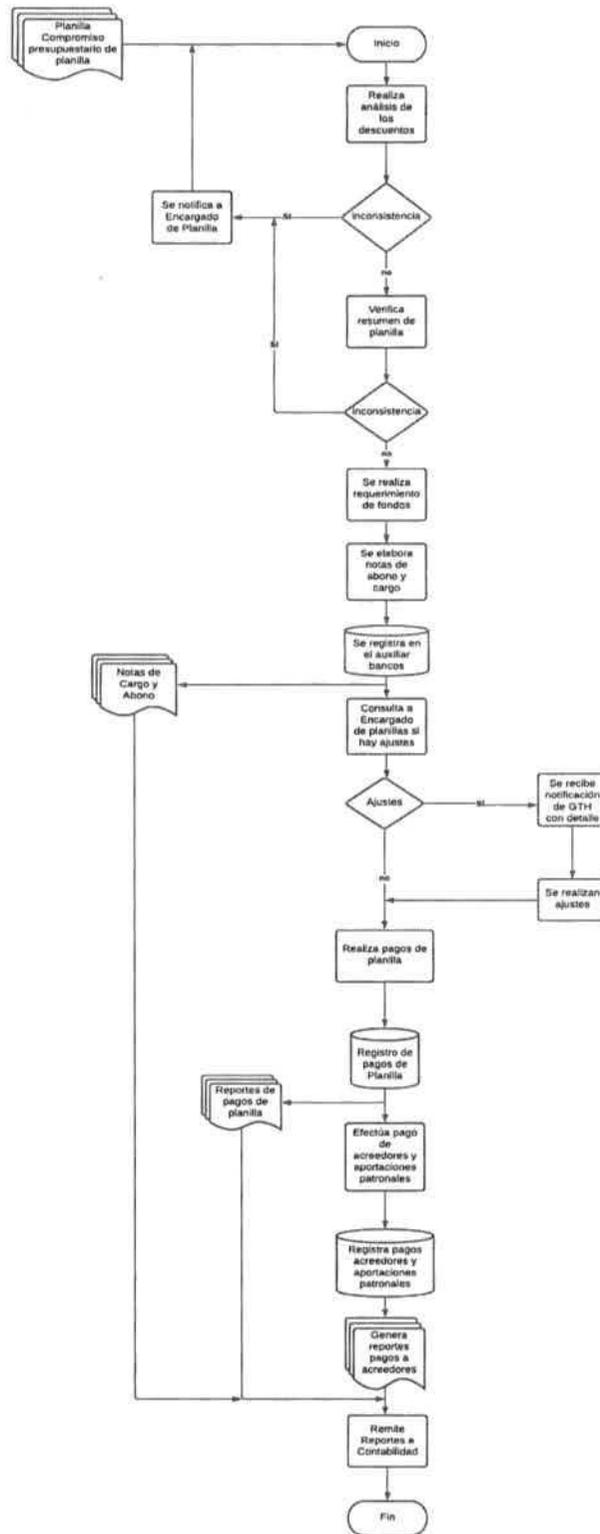
Auxiliar Financiero	1	Recibe el resumen de planillas y anexos de descuento en estado preliminar a más tardar el onceavo día hábil de cada mes y procede al análisis de los descuentos mensuales de Préstamos, Embargos Judiciales. Si hay inconsistencia sigue paso 2 , si no hay inconsistencia sigue paso 3
Auxiliar Financiero	2	De encontrar una inconsistencia se le notifica al Encargado de Planilla para que realice los cambios correspondientes.
Tesorero Institucional	3	Verifica que la información plasmada en el resumen de planilla sea la indicada. Si hay inconsistencias regresa a paso 2 , si no hay inconsistencias avanza a paso 4
Tesorero Institucional	4	Procede a realizar el requerimiento de fondos el cual es enviado al MINSAL y a la Unidad de Contabilidad. El Requerimiento es firmado por el Tesorero y el Gerente Financiero, el cual remite mediante oficio firmado por este último, al jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI) del Ministerio de Salud, en la fecha por ellos determinada, para la gestión de recursos ante la Dirección General de Tesorería (DGT).
Tesorero Institucional Colaborador Financiero	5	Recibe transferencia de fondos en la cuenta subsidiaria institucional y procede de la manera siguiente: Haciendo uso de la banca electrónica y con la autorización del refrendario de la cuenta, traslada de la cuenta corriente subsidiaria institucional a la cuenta corriente de remuneraciones y genera la nota de cargo y nota de abono correspondientes. Verifica disponibilidad en la cuenta bancaria para el pago

		de remuneraciones, y archivo de abono a cuentas remitido por Recursos Humanos, por el monto correspondiente a los salarios líquidos de los empleados con la siguiente información: nombre del empleado, número de la cuenta, el monto líquido a abonar, concepto de abono.
Colaborador Financiero	6	Registra en el auxiliar de bancos de la aplicación informática SAFI, dichas transacciones realizadas. Remite a Unidad de Contabilidad, las Notas de Abono y de Cargo respectivas para el registro contable correspondiente.
Tesorero Institucional	7	Consulta vía correo electrónico al Encargado de Planilla, posibles ajustes de la planilla enviada, de existir algún ajuste, sigue el paso 8 , si no avanza al paso 10
Tesorero Institucional	8	Recibe Memorando enviado por el Encargado de Planilla respecto a los ajustes que se deben realizar.
Colaborador Financiero	9	Se realizan ajustes al devengamiento de planilla
Tesorero y Colaborador Financiero	10	Realiza pago de planilla. a) Por medio de Banca Electrónica: <ul style="list-style-type: none"> • Verifica la información enviada por la Unidad de Recursos Humanos, la generación de archivo que servirá para la carga de información requerida, en formato establecido por el Banco respectivo. • Efectúa carga de información en el Sistema de Banca Electrónica, contratado por la institución. • En coordinación con el Refrendario de la cuenta, procede a la autorización de la transacción electrónica, para abonar a la cuenta de cada empleado y cargar la cuenta bancaria de remuneraciones respectiva. • Imprime reporte de los abonos realizados y el comprobante de la nota de cargo por el total de los depósitos efectuados.

	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el pago a las instituciones acreedoras, por los montos correspondientes a los descuentos aplicados a los salarios de los empleados y para el caso específico del pago a ISSS, AFP y FSV, etc., con base al archivo recibido, previamente revisa que no existan diferencias en los montos de conformidad con la planilla. • Archiva copias y remite a Contabilidad el original de los abonos a cuentas de salarios líquidos y los descuentos, Reporte de Abonos Autorizados y Nota de Cargo por el total de depósitos efectuados. <p>b) Por medio de Cheque a otras instituciones bancarias diferentes a la del Banco Agrícola:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite cheques a nombre de los bancos respectivos, por el total de los salarios líquidos • Los firma el Tesorero • Remite al refrendario de la cuenta respectiva para su firma, acompañados de la planilla de remuneraciones a pagar. • Efectúa pago a cada de las instituciones bancarias, enviando cheque, reporte de planilla y nota envío a través de un mensajero. • Realiza el pago a las instituciones acreedoras, por los montos correspondientes a los descuentos aplicados a los salarios de los empleados. • Archiva para efecto de rendición de cuentas: Control de Entrega de Cheques y 2ª. Copia de cheques. <p>NOTA: La emisión de los cheques correspondientes a descuentos mensuales de Ley, deberán realizarse de conformidad a los períodos de pago establecidos en las Leyes y contratos vigentes.</p>
--	--

Colaborador Financiero	11	<p>Registra mediante la Aplicación Informática SAFI, en el Auxiliar de Obligaciones por Pagar y de Bancos, los pagos efectuados.</p> <p>Imprime el reporte de abono emitido por el sistema electrónico del banco comercial como comprobante de abono efectuado a las cuentas de los empleados. Así también imprimirá la Nota de Cargo a la Cuenta de Remuneraciones.</p> <p>Remite a Contabilidad notas de cargo y 1ª copia de cheque, según corresponda.</p>
Colaborador Financiero	12	<p>Efectúa pagos por medio electrónico o cheque a Instituciones Acreedoras, por los montos correspondientes a los descuentos aplicados a los salarios de los empleados y por las aportaciones patronales.</p>
Colaborador Financiero	13	<p>Registra en el Sistema SAFI los pagos de los acreedores institucionales del paso anterior, remite a Contabilidad originales, para efectos de validación de los registros, de la siguiente documentación:</p> <p>a) Listado de abonos a cuenta generados en el sistema del Banco Comercial.</p> <p>b) Nota de Cargo por el monto total de los abonos a cuenta autorizados.</p> <p>c) Formularios: Declaración del pago de impuestos, ISSS, AFP, INPEP, IPSFA, instituciones crediticias y otros.</p> <p>d) Copia del vale o remesa por el pago de obligaciones correspondientes a descuentos.</p>
Colaborador Financiero	14	<p>Remite reportes a la Unidad de Contabilidad</p>
<p>METAS: 100 % de planillas pagadas en la fecha programada</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Planillas pagadas / total de planillas) * 100</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual</p>

FLUJOGRAMA PROCESO 1



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Tesorería</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. No. 09/15</p>
<p>PROCESO 2 PAGO DE BIENES Y SERVICIOS</p>		
<p>OBJETIVO: Realizar el pago de los bienes y servicios de forma oportuna.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica para las unidades de la Gerencia Financiera y Administradores de Contrato, para realizar los pagos de bienes y servicios de forma oportuna dependiendo de la disponibilidad financiera para la emisión de éstos. Inicia con la recepción de facturas y los documentos anexos para su respectiva revisión y verificación. Finaliza con la remisión del devengado, así como los comprobantes de pago de bienes y servicios ya sean con las notas de abono respectivas o la copia del cheque emitido.</p>		
<p>RESPONSABLE: Tesorero Institucional, Auxiliar y Colaborador Financiero</p>		
<p>REFERENCIA : Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado (Ley AFI) y su Reglamento Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria Manual de Clasificación para las Transacciones Financieras Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero Integrado Normas Técnicas de Control Interno específicas para el Fosalud</p>		
<p>DEFINICIONES: Devengado: El principio establece que los hechos económicos que modifiquen la composición de los recursos y obligaciones del sector público serán reconocidos en el momento que sea posible conocer y cuantificar los efectos, independientemente que produzca o no cambios en los recursos de fácil poder liberatorio. La sola estimación o intención de producir cambios en la composición de los recursos y obligaciones no es interpretada como un hecho económico, luego se excluyen de los recursos disponibles y las fuentes de financiamiento de los mismos, excepto como información</p>		

referencial a través de cuentas de orden, en los casos que se estime procedente.

DESARROLLO:

PROCESO N° 2:

PAGO DE BIENES Y SERVICIOS

Auxiliar Financiero	1	Recibe actas de recepción a más tardar el 18 de cada mes y en un plazo de dos días, revisa la documentación entregada por el Proveedor (Facturas, Acta de Recepción) verificando la legalidad de los documentos y aspectos formales solicitados en el Contrato u Orden de Compra. Si tiene errores sigue el paso 2 , si no tiene errores, continúa al paso 3
Auxiliar Financiero	2	Regresa documentación al Administrador de contrato para que corrija los errores señalados
Auxiliar Financiero	3	Ingresa los datos de la factura en el Sistema de facturación de Tesorería
Auxiliar Financiero	4	Procederá a la emisión del Quedan (original y una copia), estableciendo un período de 30 o 60 días calendario (dependerá de la política de ahorro anual) para el pago de la obligación, y entrega a Proveedor; y si fuere sujeto de retención emitirá Comprobante de Retención del 1% IVA; NOTA: Si la modalidad de pago será mediante Abono a Cuenta, el Quedan (original y una copia) llevará una Leyenda indicando que dicho documento quedará sin efecto, al momento que sea abonado el monto por el cual ha sido emitido, en la cuenta indicada por el suministrante y detallada en el mismo, de conformidad a lo establecido en los criterios para el pago del Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria

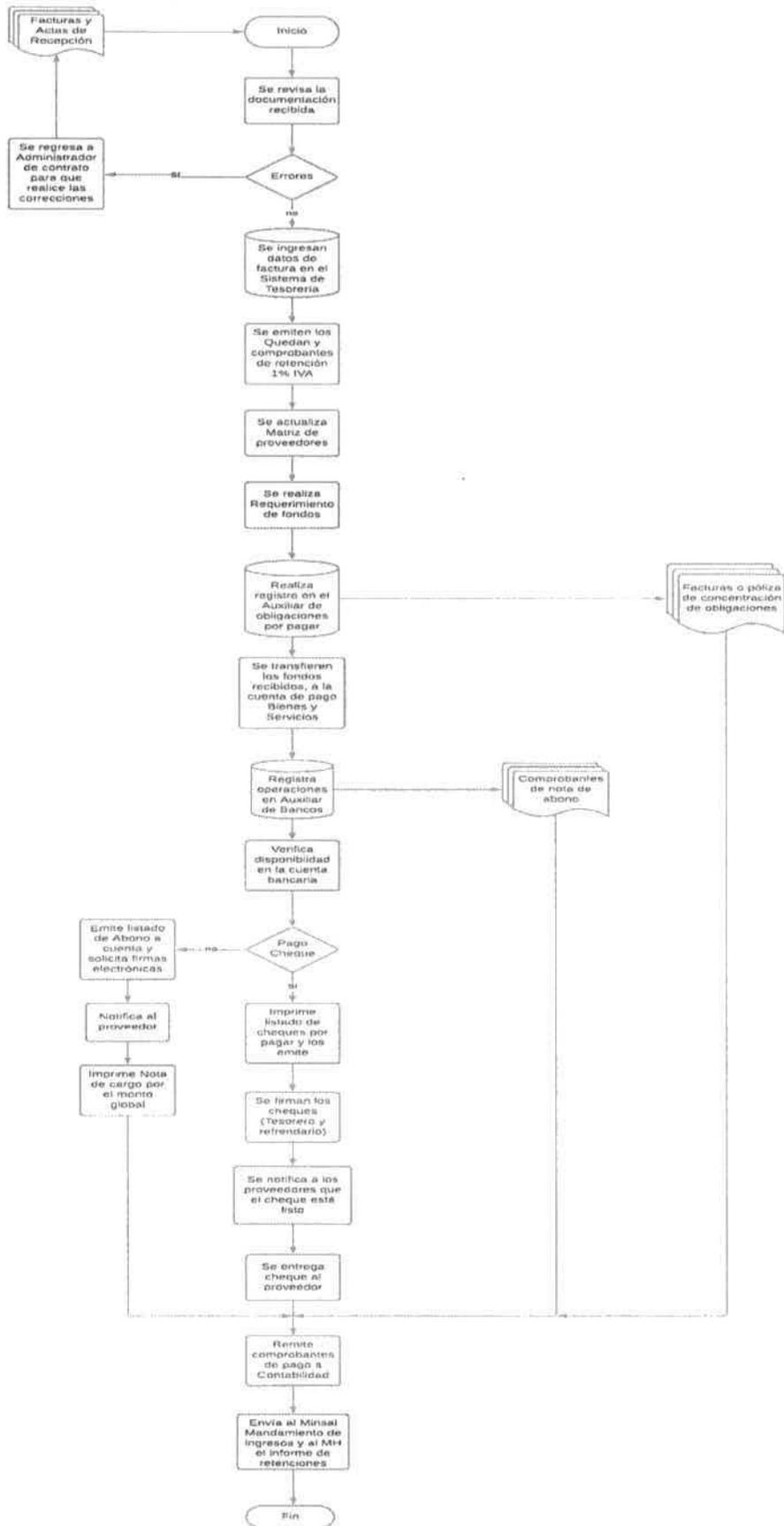
Colaborador Financiero	5	Actualiza la matriz de proveedores para preparar el requerimiento de fondos, el cual será enviado al MINSAL, imprimirá formatos correspondientes, agregará a dichos formatos los nombres de los responsables que validarán el documento para su aprobación, el Tesorero Institucional y el jefe UFI, quienes procederán a firmar y sellar el Requerimiento que se enviará a la Unidad de Contabilidad para el registro del Devengado.
Colaborador Financiero	6	Imprime formatos correspondientes, agregará a dichos formatos los nombres de los responsables que validarán el documento para su aprobación, el Tesorero Institucional y el Gerente Financiero, quienes procederán a firmar y sellar el Requerimiento. Envía el requerimiento de fondos al MINSAL
Colaborador Financiero	7	Haciendo uso de la aplicación Informática SAFI, procederá a verificar la disponibilidad presupuestaria mediante el Compromiso Presupuestario, registrará en el Auxiliar de Obligaciones por Pagar, los datos contenidos en la Factura o Recibo emitido por el Proveedor; registrando el valor total de la Obligación por Pagar y el Impuesto causado por la Retención del 1% IVA. (Lit. D, Procedimiento para el Devengado de Egresos y Registro Contable, Manual Procesos para la Ejecución Presupuestaria, Resolución Min. Hacienda 8515, 18-12-07, Inst. SAFI 01-2008) NOTA: Si el número de facturas recibidas es igual o mayor a diez y corresponden a un mismo compromiso presupuestario, puede elaborar la Póliza de Concentración de Obligaciones (Ver formato definido en el Anexo N° 4 del Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria). Después del ingreso de la información en el Auxiliar de Obligaciones deberá remitir a Contabilidad la Factura o Póliza de Concentración de Obligaciones NOTA: En esta parte del proceso el Área de Tesorería no se

		queda con ningún documento para efectos de archivo.
Colaborador Financiero	8	<p>Recibe transferencia de fondos del MINSAL, (transferencia electrónica) en cuenta Subsidiaria Institucional y remite dicha transferencia a la cuenta bancaria destinada para el pago de los Bienes y Servicios.</p> <p>Se imprimirá comprobante de nota de abono para que esta sirva como documento de respaldo de la operación.</p>
Colaborador Financiero	9	<p>Recibe documentos del Banco (Notas de Cargo y Abono) y procede a registrar las operaciones en SAFI, en el Auxiliar de Bancos. Luego remite a Contabilidad comprobantes de las operaciones.</p>
Colaborador Financiero	10	<p>Considerando las fechas probables de pago establecidas, verifica disponibilidad en la cuenta bancaria para el pago de bienes y servicios, registra los movimientos de pago en el Auxiliar de Obligaciones por Pagar y en el Auxiliar de Bancos de la Aplicación Informática y procede de la manera siguiente:</p> <p>a) Si el pago se efectuará por medio de cheque, continua con el paso 14.</p> <p>b) Si el pago no se hará por medio de cheque continúa con el paso 11.</p>
Colaborador Financiero	11	<p>Emite Listado de Abono a Cuenta en original y copia, el cuál será firmado por el Pagador y Refrendario de la cuenta bancaria, lo tramita ante el Banco Comercial correspondiente e informa al proveedor.</p>
Colaborador Financiero	12	<p>Notifica al proveedor para que verifique su cuenta</p>
Colaborador Financiero	13	<p>Imprime Nota de Cargo por el monto global de los abonos autorizados que efectuó el banco. Remite documentos a contabilidad</p>
Colaborador Financiero	14	<p>Emite Cheques en original y dos copias, para ser distribuidos de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Original para proveedor

		<ul style="list-style-type: none"> - 1ª. Copia para Contabilidad - 2ª. Copia para archivo de Tesorería <p>Haciendo uso de la Aplicación Informática SAFI, imprime el Listado de Cheques por Pagar.</p>
Tesorero y Refrendario	15	Firman los cheques para pago de los proveedores
Auxiliar Financiero	16	Informa a los proveedores que pueden retirar el pago.
Auxiliar Financiero	17	<p>Entrega Cheque al proveedor.</p> <p>Para entregar el cheque al proveedor, éste debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarse mediante la presentación de un documento de identidad personal, • Presentar el quedan respectivo • Firmar de recibido en el Listado de Cheques por Pagar (Registro de Entrega de Cheques); que servirá como documento probatorio del pago efectuado y entrega del cheque. (Art. 114 Reglamento de la Ley AFI.)
Auxiliar y Colaborador Financiero	18	<p>Remite a Contabilidad los documentos probatorios del pago, para validar el registro contable del Pago de la Obligación:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Factura o Póliza de Concentración de Obligaciones, debiendo esta última estar acompañada de los originales de las facturas que han sido detalladas, así como los originales de las Actas de Recepción cuando corresponda. b) Copias de Requerimientos, Remesas, Notas de Cargo y Abono para el Registro Contable del Percibido de los fondos. (Art. 116 Reglamento de la Ley AFI). c) Listado de Abonos a Cuenta Autorizados (con la firma y sello de recibido por parte del banco comercial o impresión de detalle de abonos autorizados generado por el sistema de banca electrónica proporcionado por el banco comercial contratado) d) Nota de Cargo por el monto global de los abonos autorizados

		e) Quedan original (en el cual se especificó el número y nombre de la cuenta bancaria a abonar, así como el nombre de la institución bancaria en la cual se encuentra abierta la cuenta bancaria en la cual se efectuará el depósito)
Colaborador Financiero	19	Entregará al Ministerio de Salud, Mandamiento de Ingresos Mensual y enviará el informe de las Retenciones al Ministerio de Hacienda, del cual archivará copia.
METAS: 100% de Pagos a proveedores según la disponibilidad financiera.		
INDICADOR DEL PROCESO: (Pagos realizados a proveedores / Pagos totales) * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

FLUJOGRAMA PROCESO 2





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORANDUM

Para: Lic. Wilfredo Argueta Cáceres
Jefe de Planificación

De: Ing. Héctor Ulices Cardona Hernández
Gerente Administrativo

Asunto: Presentación de Manuales de Procesos

Fecha: 21/12/2020

Héctor Ulices Cardona Hernández



Referencia: GA-2020-388

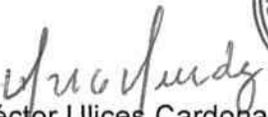
Estimado Licenciado Argueta, reciba un cordial saludo y éxitos en sus labores diarias.

Por este medio hago de su conocimiento, la entrega en forma física de los Manuales de Procesos de la Gerencia Administrativa Aprobados para su revisión de las siguientes

Unidades:

- Unidad de Gestión Documental y Archivo
- Unidad de Gestión de Almacenes
- Unidad de Tecnologías de Información
- Unidad de Servicios Generales
- Unidad de Contratación y Adquisiciones Institucionales (Pendiente de presentar a la Gerencia Administrativa)

Atentamente,

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Gestión Documental y Archivo</p>	<p>Revisión: N° 1 Fecha:16/12/2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Gestión Documental y Archivo”.</p>		
<p>Alcance: El trabajo que se realiza en la Unidad de Gestión Documental y Archivo del Fosalud, se basa en los procesos que se derivan de la transferencia, custodia de documentos, digitación y escaneo de documentos, además, del expurgo y eliminación documental que se obtiene de las unidades productoras de documentos, en base a planes operativos anuales y de compras institucionales, regulados por Ley de Acceso a la Información Pública y demás normativas que atañen la gestión documental.</p>		
<p>Responsable: Oficial de Archivo</p>		
<p>Elaborado</p>  <p>Licda. Mayra Carlina Herrera Echeverría</p> <p>Oficial de Archivo</p> 	<p>Aprobado:</p>  <p>Ing. Héctor Ulises Cardona Hernández</p> <p>Gerente Administrativo</p> 	



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Nombre de la
Unidad
Organizativa:
Unidad de
Gestión
Documental y
Archivo**

Revisión N^a (1)

**Fecha:
16/12/2020**

Pág. N° 16

CONTENIDO

Introducción	1
Marco jurídico.....	1
Procesos	2
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 1.....	3
Diagrama de Flujo del proceso 1.....	7
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2.....	8
Diagrama de Flujo del proceso 2.....	11
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3.....	12
Diagrama de Flujo del proceso 3.....	16

Introducción

El presente manual establece las funciones y los procedimientos que la UGDA del Fondo Solidario para la Salud - Fosalud. Esto con el fin de dar cumplimiento a las funciones principales de dicha unidad, las cuales consisten en diseñar e implementar el sistema de administración de la custodia y control de documentos que genera la Institución, procedimientos encaminados al cumplimiento eficiente de los objetivos y metas, así como la localización, utilización oportuna y exacta de la información; de conformidad con la Ley de Acceso a la Información Pública, su reglamento y los lineamientos emitidos por el Instituto de Acceso a la Información Pública.

Marco jurídico

- Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud

<ul style="list-style-type: none"> - Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP) - Ley del Archivo General de la Nación - Ley de Administración Financiera - Ley de la Corte de Cuentas de la Republica - Código Tributario, Art. 147 - Código Penal <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Reglamento de la Ley del Acceso a la Información Pública (RELAIP) - Normas Técnicas de Control Interno Especificas del Fondo Solidario Para La Salud –Fosalud. - Política Institucional de Gestión Documental y Archivos del Fosalud. - Lineamientos de gestión documental y archivo del Instituto de Acceso a la Información. - Guía Técnica de Transferencia de Archivos de Gestión al Archivo Central. - Guía Técnica de Valoración y Selección para la conservación o eliminación Documental - Manual de procedimientos específicos de expurgo o eliminación documental de establecimientos de salud con servicios Fosalud.
<p>Procesos</p>
<p>Procesos 1: Transferencias de documentos</p>
<p>Procesos 2 : Digitación y escaneo de documentos</p>
<p>Procesos 3: Expurgo y eliminación documental</p>

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 1.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Gestión Documental y Archivo</p>	<p>REVISIÓN Fecha: 16/12/2020 PAG 3-7</p>
<p>TITULO DEL PROCESO: Transferencias de documentos</p>		

OBJETIVO:

Registrar documentos institucionales procedentes de las unidades administrativas del Fosalud, con la finalidad de mantener la información ordenada, clasificada y de fácil acceso.

ALCANCE:

El resguardo de los documentos provenientes de las unidades administrativas de Fosalud, se registran en la base de datos de la UGDA, para tener un control de la información y su pronto acceso.

Inicio

- El proceso inicia en el momento en que la unidad administrativa y/o productora de documentos envía de manera electrónica los formatos de transferencia, previsión e inventarios de documentos que necesitan resguardar en el Archivo Central.

Finalización

- Se transfieren los archivos al Fondo Documental colocándolos por unidad correspondiente a fin de mantener la consecutividad del orden de los documentos.

RESPONSABLE:

- Oficial de Archivo

REFERENCIA

- Lineamiento IAIP de Gestión Documental N° 1 y 4 Art. 9, y del 1-6

- Política de Gestión Documental y Archivo
- Ley de Acceso a la Información Pública
- Reglamento de la ley de Acceso a la Información Pública
- Lineamientos de gestión documental y archivo del Instituto de Acceso a la Información.
- Guía Técnica de Transferencia de Archivos de Gestión al Archivo Central.
- Guía Técnica de Valoración y Selección para la conservación o eliminación Documental.

DEFINICIONES

- **Archiveros de palanca:** Conocidos popularmente como ampos.
- **Check list:** Hoja de verificación que se ocupa para revisar y dar ingreso a los documentos en el fondo documental.
- **Fondo documental:** Deposito de documentos que forma parte del archivo central de la Institución.
- **Foliado:** Numeración consecutiva y cronológica de las páginas que conforman un expediente.
- **Hoja de Previsión:** Hoja donde se coloca datos del tiempo de resguardo de documentos.
- **IAIP:** Instituto de Acceso a la Información Pública.
- **Proceso de transferencia documental:** Es el mecanismo que permite el traslado sistemático de documentos, desde las oficinas administrativas al Archivo Central del Fosalud, realizándose este proceso, una o más de una vez al año, con un número secuencial e ilimitado de cajas normadas que contengan los documentos; de conformidad a lo establecido en las normativas internas y leyes vigentes.
- **Series documentales:** Llámese a estas el nombre que la unidad productora le ha dado al documento por normativas internas.
- **UGDA:** Unidad de Gestión Documental y Archivo.
- **Unidad Productora:** Llámese a esta a la unidad o dependencia administrativa que genera los documentos.
- **Viñetas:** Formatos utilizados en cara superior de archiveros de palanca, fólderres y cajas de cartón normadas.

DESARROLLO:

A continuación, se presenta la secuencia e interacción de las actividades del proceso

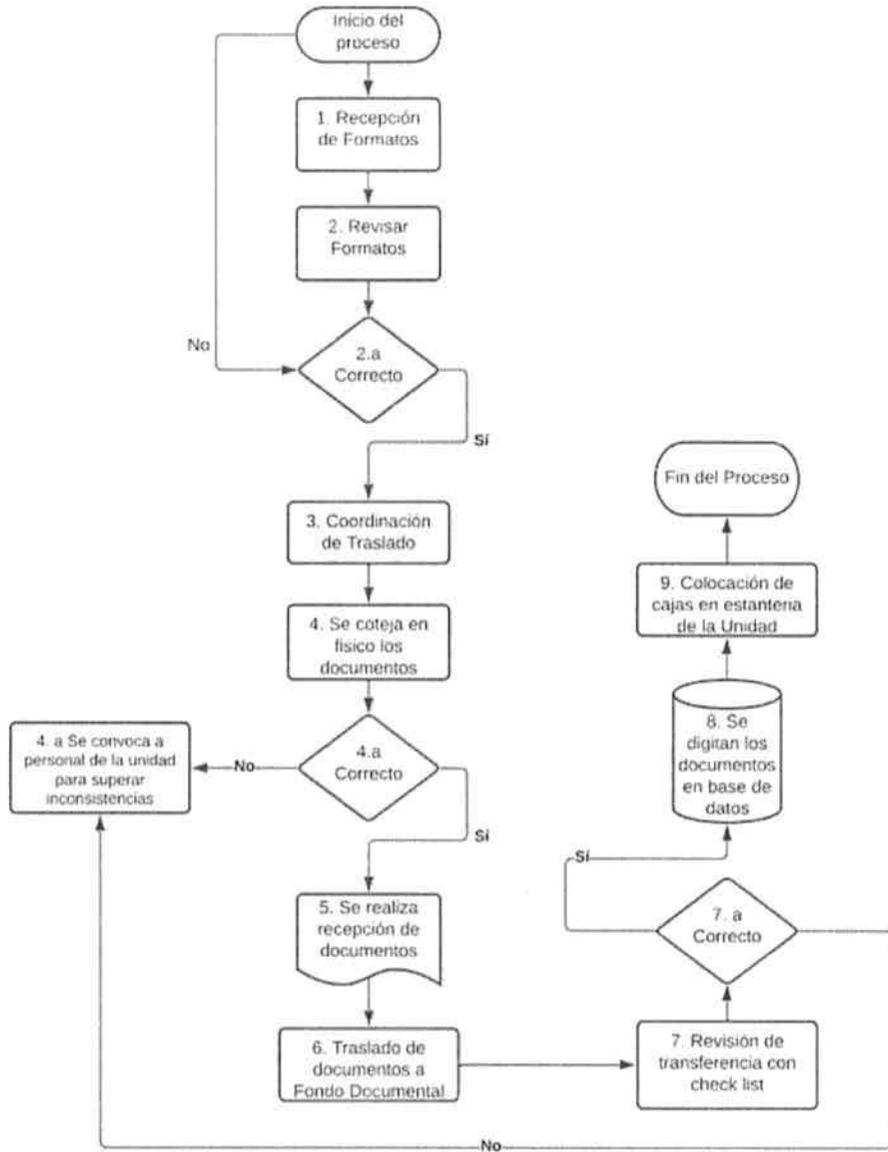
**PROCESO N° 1:
Transferencias de documentos**

Responsable		Descripción
Encargado de archivo central	1	Recepciona los formatos de transferencias, inventario y hoja de previsión de documentos.
Encargado de archivo central	2	Revisa que los formatos estén a conformidad de la normativa.
Encargado de archivo central	2.A	Si están correctos los formatos se procede a coordinar traslado con la unidad administrativa y/o productora. De no estar correctos, se envían observaciones para que la unidad administrativa las supere.
Encargado de archivo central	3	Se envía correo electrónico para coordinar el traslado de documentos al archivo central.
Encargado de archivo central	4	Se cotejan los inventarios, con los documentos en físico. Se verifican: Series documentales, viñetas, foliado(según sea el caso), fechas extremas, cajas normadas, códigos.
Encargado de archivo central	4.A	Si los documentos físicos y los inventarios muestran diferencia, se llama a la persona encargada del proceso en la unidad, para que solvete inconsistencias.
Encargado de archivo central	5	Realiza la recepción de documentos, firma y sella los formatos y se brinda una copia a la unidad solicitante.
Auxiliar de Archivo	6	Se trasladan documentos para su chequeo en el fondo documental
Auxiliar de Archivo	7	Revisión de transferencia con check list.
Auxiliar de Archivo Encargado de archivo central	7.A	Si está correcta la revisión física se procede a digitar los documentos.

		Si se encuentra una diferencia se procede a llamar a la unidad solicitante para que solviente la inconsistencia.
Auxiliar de Archivo	8	Se digitan los documentos provenientes de la transferencia a la base de datos de la Unidad de Gestión Documental y Archivo
Auxiliar de Archivo	9	Se colocan y adecuan las cajas en la estantería correspondiente de la unidad.
METAS: 100% DE TRANSFERENCIAS AL ARCHIVO, CUMPLIENDO LA NORMATIVA		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Transferencias que cumplen con la normativa/ transferencias totales del periodo x 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL.

Diagrama de Flujo del proceso 1.

Transferencia de documentos



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Gestión Documental y Archivo</p>	<p>REVISIÓN (1)</p> <p>Fecha: 16/12/2020 PAG 8-11</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>Digitación y escaneo de documentos</p>		

OBJETIVO:

Digitalizar y escanear los documentos para agilizar los procesos de consulta y búsqueda de la información institucional.

ALCANCE:

La digitalización y el escaneo de los documentos provenientes de las unidades administrativas y/o productoras del Fosalud de años anteriores, se registran en la base de datos de la UGDA, para tener un control de la información y su pronto acceso a los expedientes documentales.

Inicio

- Se selecciona una unidad o dependencia administrativa que se va a digitar y escanear.

Finalización

- Se escanean los documentos y se resguardan en carpetas según número de caja.

RESPONSABLE:

- Oficial de Archivo

REFERENCIA

- Lineamiento IAIP de Gestión Documental N°5 Art. 6
- Lineamiento IAIP de Gestión Documental N° 8 Art. 4
- Lineamiento IAIP de Gestión Documental N° 6 Art. 8
- Política de Gestión Documental y Archivo
- Ley de Acceso a la Información Pública
- Reglamento de la ley de Acceso a la Información Pública

- Lineamientos de gestión documental y archivo del Instituto de Acceso a la Información.

DEFINICIONES

Cajas Normadas: Llámese a estas cajas de cartón troquelado donde se resguardan los documentos.

Clasificación de documentos: orden y separación de series documentales por su Tipología.

Expediente documental: Documentos con registros de actividades cronológicas, tanto administrativas como operativas de la institución.

Fechas extremas: fecha cronológica del tiempo en la cual se inicia el documento, así como su finalización.

Fondo documental: Deposito de documentos que forma parte del archivo central de la Institución.

IAIP: Instituto de Acceso a la Información Pública.

UGDA: Unidad de Gestión Documental y Archivo.

DESARROLLO:

A continuación, se presenta la secuencia e interacción de las actividades del proceso

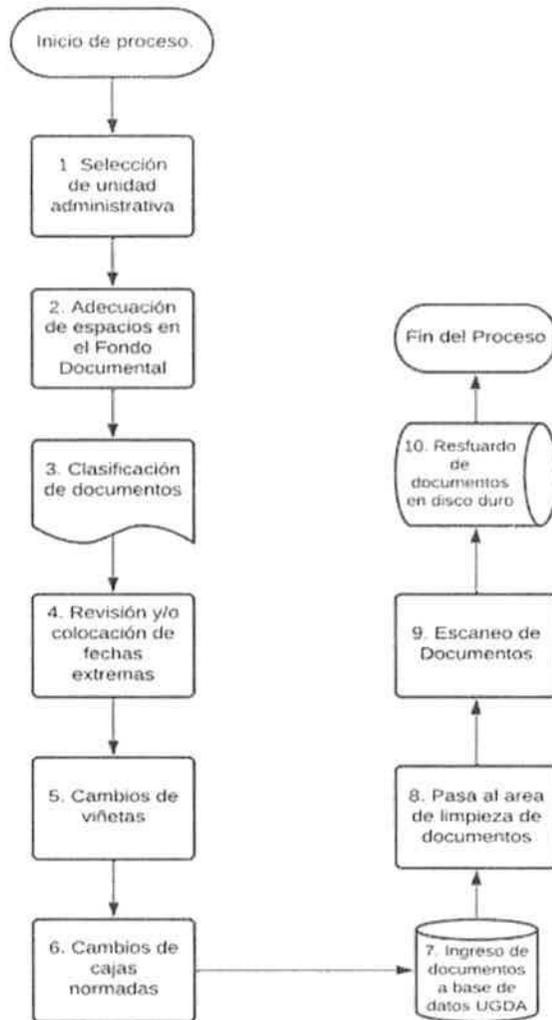
PROCESO N° 2: Digitación y escaneo de expedientes

Responsable		Descripción
Oficial de Archivo	1	Selección de unidad organizativa de documentos, provenientes del Fondo Documental.
Auxiliar de Archivo	2	Adecuación de espacios en el Fondo Documental.
Auxiliar de Archivo	3	Clasificación de documentos.
Auxiliar de Archivo	4	Revisión y/o colocación de fechas extremas.
Auxiliar de Archivo	5	Cambio de viñetas.
Auxiliar de Archivo	6	Cambio de cajas normadas de forma cronológica.
Auxiliar de Archivo	7	Ingreso electrónico de los documentos a la base de datos UGDA.
Archivista y Encargada de Archivo Central	8	Pasa al área de limpieza de documentos (eliminación de grapas, hojas en blanco, etc).

Archivista y Encargada de Archivo Central	9	Se encarga de escanear los documentos y los coloca en carpetas digitales por número de caja de la unidad correspondiente.
Encargada de Archivo Central	10	Se trasladan a un disco duro extraíble que lo resguarda en la Jefatura de la unidad.
METAS:		
Para escaneo: 2880 expedientes anuales, 240 expedientes mensuales.		
Para digitación: 6000 expedientes anuales, 500 expedientes mensuales.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Número de expedientes digitados entre el total de expedientes anuales digitados x 100		Trimestral
Número de expedientes escaneados entre el total de expedientes anuales escaneados x 100		

Diagrama de Flujo del proceso 2.

PROCESO N°2: Digitación y escaneo de documentos



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Gestión Documental y Archivo</p>	<p>REVISIÓN (1)</p> <p>Fecha: 16/12/2020 PAG 12-16</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>Expurgo y eliminación documental</p>		

OBJETIVO:

Ejecutar el expurgo y eliminación de documentos, con la finalidad de liberar espacios ocupados dentro de las dependencias con modalidad Fosalud, por la acumulación de archivos inutilizados, según estándares de las normativas vigentes.

ALCANCE:

Evaluar los documentos que han perdido su valor administrativo, contable, fiscal, jurídico y legal, para su respectiva destrucción física, con el propósito de liberar espacio y permitir que se pueda almacenar más información a futuro que sea de beneficio para la institución.

Inicio

- Las unidades o dependencias envían una solicitud de eliminación documental, con su respectivo inventario, así como fotografías de las viñetas contenidas en las cajas o bolsas de los documentos.

Finalización

- Se realiza informe a las autoridades competentes sobre la finalización del expurgo y eliminación documental.

RESPONSABLE:

- Oficial de Archivo

REFERENCIA

- Política de Gestión Documental y Archivo
- Ley de Acceso a la Información Pública

- Ley del Archivo General de la Nación.
- Reglamento de la ley de Acceso a la Información Pública
- Lineamientos de gestión documental y archivo del Instituto de Acceso a la Información.
- Guía Técnica de Valoración y Selección para la conservación o eliminación Documental
- Manual de procedimientos específicos de expurgo o eliminación documental de establecimientos de salud con servicios Fosalud.

DEFINICIONES

AGN: Archivo General de la Nación

Check list: Hoja de verificación que se ocupa para revisar y dar ingreso a los documentos para el retiro de los establecimientos de salud con modalidad Fosalud.

CISED: Comité Institucional de Selección y Eliminación Documental.

Disparidad: Diferencia o desigualdad de una cosa respecto de otra.

Eliminación documental: Proceso mediante el cual, se eliminan la documentación, luego de haberse elaborado el acta por el AGN.

Expurgo documental: Es un proceso mediante el cual se seleccionan determinados documentos para retirarlos de forma definitiva o pasarlos a una zona de almacenamiento.

IAIP: Instituto de Acceso a la Información Pública.

In situ: expresión que significa 'en el sitio' o 'en el lugar',

OIR: Oficina de Información y Respuesta

UGDA: Unidad de Gestión Documental y Archivo

DESARROLLO:

A continuación, se presenta la secuencia e interacción de las actividades del proceso

PROCESO N° 3: Expurgo y eliminación documental

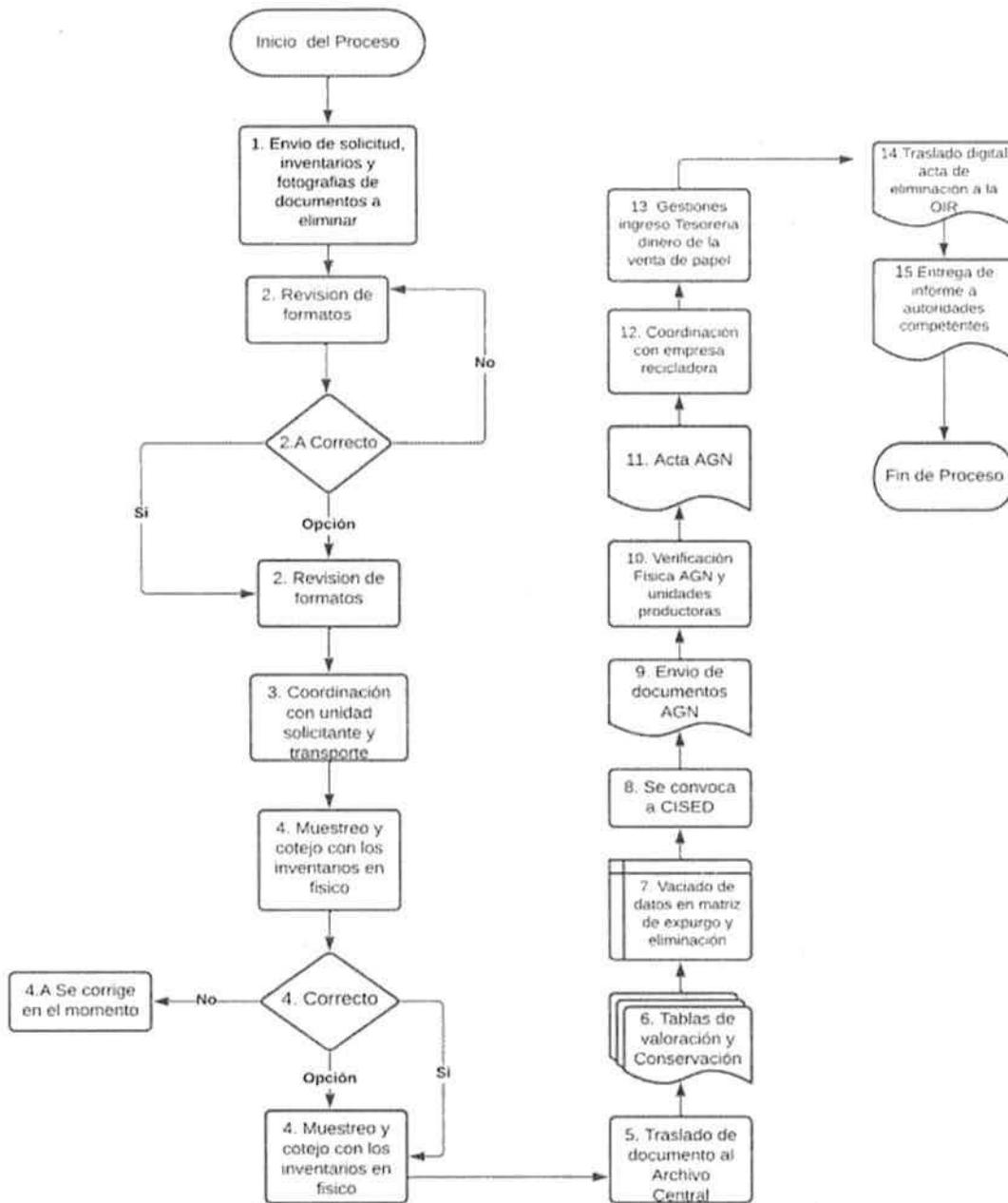
RESPONSABLE		Descripción
Colaborador administrativo	1	Las unidades o dependencias del Fosalud envían una solicitud de eliminación documental, con su respectivo inventario, así como fotografías de las viñetas contenidas en las cajas o bolsas de los documentos. (Vía

		correo electrónico o por medios digitales WhatsApp)
Colaborador administrativo	2	Si los formatos, inventarios y enviñetados están a conformidad se coordina traslado de documentos al archivo central.
Colaborador administrativo	2.A	Si los formatos, inventarios y enviñetados no se encuentran a conformidad, se realizan las observaciones correspondientes.
Colaborador administrativo	3	Subsanadas las observaciones se realiza solicitud de transporte y se coordina con la unidad solicitante para retiro de documentos.
Colaborador administrativo	4	In situ, se hace un muestreo de los inventarios cotejándolos con los físicos y se llena check list de verificación.
Colaborador administrativo	4.A	De encontrarse disparidad con los documentos y lo físico, se convoca en el mismo momento de la revisión al personal para corregir los documentos.
Colaborador administrativo	5	Los documentos se trasladan al archivo central
Colaborador administrativo	6	Se realizan las tablas de conservación y las tablas de valoración documental.
Colaborador administrativo	7	Se vacían datos en la matriz de expurgo y eliminación documental.
Oficial de archivo y Colaborador administrativo	8	Se convoca al comité institucional de la CISED y se levanta acta de verificación de documentos.
Oficial de archivo	9	Se envían documentos al Archivo General de la Nación y si se ven involucrados datos personales de expedientes, se convoca al Instituto de Acceso a la Información Pública.
Oficial de archivo	10	Se coordina verificación en físico con el Archivo General de la Nación, unidades productoras de documentos, de ser necesario se convoca al IAIP, para revisión in situ de los documentos.
Oficial de archivo	11	Se coordina con el Archivo General de la Nación, la emisión del acta para ejecutar el proceso de eliminación documental.
Oficial de archivo	12	De parte de la UGDA, se coordina con empresa recicladora y auditoría interna para la venta y destrucción de papelería. (Se emite acta del evento)

Oficial de archivo	13	Se realizan las gestiones para el ingreso del monto monetario obtenido de la venta de papel a tesorería institucional.
Oficial de archivo	14	Se trasladan digitalmente acta de eliminación documental a la OIR, para que sean subidas al portal de transparencia.
Oficial de archivo	15	Se realiza informe a las autoridades competentes sobre la finalización del expurgo y eliminación documental.
METAS: Dos eliminaciones al año.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de eliminaciones anuales		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: ANUAL

Diagrama de Flujo del proceso 3.

**PROCESO N° 3:
Expurgo y eliminación documental**



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Gestión de Almacenes</p>	<p>Revisión N^a 1 Fecha:16/12/2020</p>
<p align="center">“Manual de Procesos de la Unidad de Gestión de Almacenes”</p>		
<p>Alcance: Aplica a las operaciones de los Almacenes Generales del FOSALUD en la ejecución de los procesos de recepción, almacenamiento, distribución y Administración de las existencias, procesos fundamentales en la cadena de suministro institucional, asegurando eficiencia, eficacia y calidad en todos sus procesos; considerando el marco jurídico vigente y normativas aplicables a la gestión de almacenes.</p>		
<p align="center">Responsable: Jefe Unidad de Gestión de Almacenes</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Lic. Filadelfo Adán Gómez López Jefe Unidad de Gestión de Almacenes</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Ing. Héctor Ulices Cardona Hernández Gerente Administrativo</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE GESTIÓN DE ALMACENES</p>	<p>Revisión 1</p> <p>Fecha:16/12/2020</p> <p>Pág. N° 1/15.</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>El Manual se ha elaborado para establecer los procesos que ejecuta la Unidad de Gestión de Almacenes, en lo relacionado a la Recepción, Almacenamiento, Distribución y Administración de los bienes propiedad del FOSALUD, procesos de apoyo dentro de la cadena de suministro institucional, los cuales están orientados al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. El presente manual debe revisarse anualmente con respecto a la fecha de autorización, o bien, cada vez que las autoridades lo consideren conveniente, con objeto de mantenerlo actualizado, en armonía con el quehacer institucional y con su estructura orgánica.</p>		
<p>Marco jurídico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Creación del Fondo Solidario para la Salud. • Reglamento de normas técnicas de control interno específicas del fondo solidario para la salud. • Ley de la Corte de Cuentas de la República. • Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento. • Ley de Medicamentos de El Salvador. • Ley General de Prevención de riesgos en los lugares de trabajo. • Reglamento Interno de trabajo del FOSALUD. • Ley de Ética Gubernamental. • Ley Acceso a la Información Pública-LAIP. 		
<p>Procesos :</p>		
<p>Procesos 1: Recepción de Suministros Médicos y Generales</p>		
<p>Procesos 2 : Almacenamiento de Suministros Médicos y Generales</p>		
<p>Procesos 3: Distribución de Suministros Médicos y Generales</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 1.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	UNIDAD DE GESTIÓN DE ALMACENES	Revisión 1 Fecha:16/12/2020 Pág. N° 2-6.
TITULO DEL PROCESO RECEPCION DE SUMINISTROS MEDICOS Y GENERALES		

OBJETIVO:

Asegurar en el momento de la recepción de los bienes en los almacenes, que estos cumplan con las especificaciones técnicas establecidas en los documentos legales contractuales.

ALCANCE:

El proceso de recepción deberá ser de estricto cumplimiento en la Unidad de gestión de almacenes y por todas las Unidades Institucionales que adquieren bienes en las diferentes modalidades de compra, iniciando con la recepción de documentos legales que justifiquen la compra de bienes hasta la presentación de actas de recepción definitivas en la unidad de contabilidad.

RESPONSABLE: Jefe Unidad de Gestión de Almacenes, Guardalmacenes.

REFERENCIA

- Reglamento de normas técnicas de control interno específicas del fondo solidario para la salud.
- Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento.

DEFINICIONES

Documento Contractual: Se produce en los contratos bilaterales, es decir, donde las partes se han obligado recíprocamente.

SINAB: Sistema Nacional de Abastecimiento.

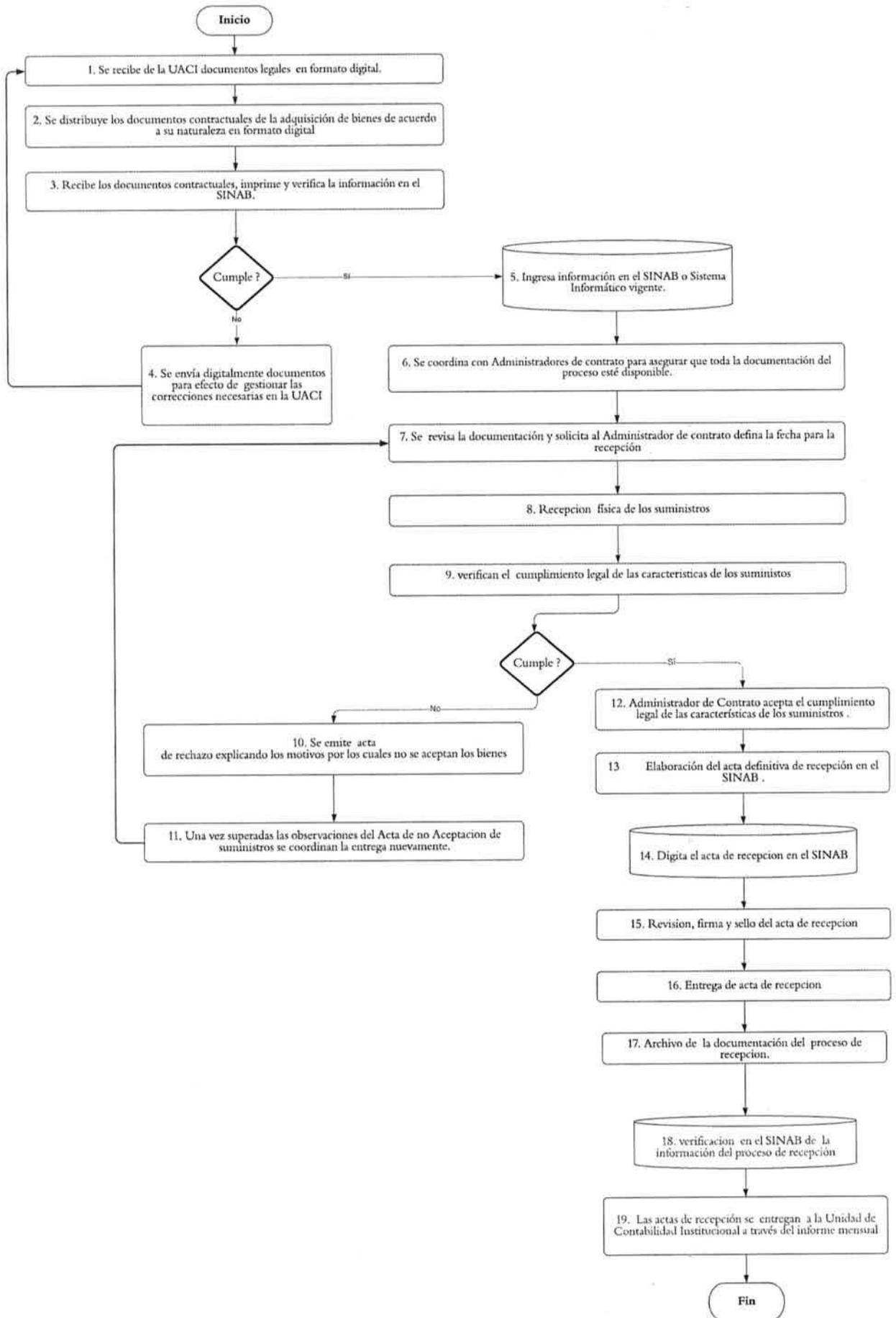
UACI: Unidad de Adquisiciones y contrataciones.

Administrador de Contrato: Persona nombrada por la organización para dar seguimiento a las cláusulas contractuales de los documentos legales.

PROCESO N° 1:		
RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN
Jefe Unidad de Almacenes	1	Recibe de la UACI los documentos legales de la adquisición de bienes en formato digital.
Jefe Unidad de Almacenes	2	Distribuye los documentos contractuales de la adquisición de bienes en los almacenes de acuerdo a su naturaleza.
Guardalmacén	3	Recibe los documentos contractuales, procede a imprimirlos y verifica la información contra los parámetros establecidos en el SINAB. Si los documentos cumplen con las características establecidas se continúa con el proceso según actividad N° 5. Si los documentos no cumplen con parámetros establecidos en el SINAB continúa con el proceso según actividad N° 4.
Guardalmacén	4	Envía digitalmente los documentos al jefe Unidad de Almacenes, explicando el impase para efecto se gestionen las correcciones necesarias en la UACI.
Guardalmacén	5	Ingresar la información en el Sistema Nacional de Abastecimiento SINAB o Sistema Informático vigente. Procediendo a la elaboración del programa de recepción correspondiente, respetando los tiempos establecidos en los documentos contractuales.
Guardalmacén	6	Coordinación con Administradores de contrato para asegurar que toda la documentación de entrega u otro documento exigido en el proceso esté disponible.
Guardalmacén	7	Procede a revisar la documentación y solicita al Administrador de contrato defina la fecha para la recepción de los suministros.
Guardalmacén Auxiliares de Almacén	8	Proceden a recibir físicamente los suministros ubicándolos en las áreas de recepción asignadas dentro del almacén correspondiente.

<p>Administradores de Contrato</p> <p>Guardalmacén</p> <p>Auxiliares de Almacén</p>	<p>9</p>	<p>Verifican que los suministros cumplan con los términos de referencia establecidos en los documentos contractuales, lo cual consiste en inspeccionarlos conforme las muestras físicas en caso de existir o aplicar, verificando fechas de vencimiento, viñetas, presentación, embalaje, unidad de medida, cantidades, precio unitario, certificación de calidad, número de lote, números de serie, modelos, medidas, o cualquier otra característica o documento contenido en los documentos contractuales. Durante esta actividad es obligatoria la presencia del administrador de contrato para efecto de cumplimiento de lo establecido en la Ley LACAP.</p> <p>Si los suministros cumplen con las características establecidas se continúa con el proceso según actividad N° 12.</p> <p>Si los suministros no cumplen con las características establecidas se continúa con el proceso según actividad N° 10.</p>
<p>Guardalmacén</p> <p>Administradores de Contrato</p>	<p>10</p>	<p>En caso que los suministros no cumplan con lo establecido en documentos legales, se emite un <u>“Acta de no aceptación del suministro”</u>, explicando los motivos por los cuales no se aceptan los bienes, la cual deberá ser firmada por el Proveedor.</p>
<p>Guardalmacén</p> <p>Administradores de Contrato</p>	<p>11</p>	<p>En caso de rechazo del suministro y una vez superadas las observaciones del <u>“Acta de no aceptación de suministros”</u> por el Proveedor, coordinan la entrega nuevamente, y adjuntan los documentos generados en caso de existir, iniciando nuevamente la actividad N° 7.</p>
<p>Guardalmacén</p> <p>Administradores de Contrato</p>	<p>12</p>	<p>Acepta el cumplimiento legal de las características de los suministros, firma y sella la documentación emitida por el proveedor, para hacer constar que recibe a entera satisfacción los bienes.</p>
<p>Guardalmacén</p>	<p>13</p>	<p>Procede a coordinar en base al visto bueno del Administrador de contrato, a la elaboración del acta definitiva de recepción en el SINAB.</p>

Digitador de Almacén	14	Digita en el SINAB el acta de recepción y entrega al administrador de contrato y guardalmacén para su revisión.
Guardalmacén Administradores de Contrato	15	Revisan el acta y proceden a firmarla y sellarla en coordinación con el proveedor.
Guardalmacén	16	Entrega al administrador de contrato y proveedor copias del acta de recepción.
Guardalmacén	17	Entrega la copia del acta al digitador para que este archive la documentación e informa al jefe de Unidad de Gestión de almacenes que el proceso finalizó.
Jefe Unidad de Almacenes	18	Da seguimiento a través del Sistema Informático del almacén y verifica que la información correspondiente al proceso de recepción este en debida armonía con los documentos contractuales, asegurando que el proceso finalizó.
Jefe Unidad de Almacenes Guardalmacén	19	Aseguran que todas las actas de recepción emitidas mensualmente, sean entregadas a la Unidad de Contabilidad Institucional a través del informe contable de Movimientos de Almacenes.
METAS: Recibir los bienes institucionales cumpliendo con el 100% de las especificaciones técnicas establecidas.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Bienes recibidos cumpliendo con especificaciones técnicas establecidas en los documentos legales / Total de bienes recibidos *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	UNIDAD DE GESTIÓN DE ALMACENES	Revisión 1 Fecha:16/12/2020 Pág. N° 7-11.
--	---	--

TITULO DEL PROCESO: ALMACENAMIENTO DE SUMINISTROS MEDICOS Y GENERALES

OBJETIVO:

Asegurar que se cumplan los requisitos establecidos en las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y normativas aplicables, logrando de esta manera el manejo, buen uso de la capacidad instalada basada en el crecimiento Institucional, y principalmente garantizar la conservación de la calidad e integridad de los suministros durante su permanencia en los Almacenes.

ALCANCE:

Asegurar los requerimientos de conservación y resguardo de los suministros durante su permanencia en los almacenes.

RESPONSABLE: Jefe Unidad de Gestión de Almacenes, Guardalmacenes.

REFERENCIA:

- Reglamento de normas técnicas de control interno específicas del fondo solidario para la salud.
- Directrices para el almacenamiento de los medicamentos esenciales y otros insumos de salud. DELIVER – UNICEF.

DEFINICIONES

Estiba: Distribución y colocación adecuada de la carga.

Tarima: Plataforma, generalmente de madera, levantada a poca altura del suelo que tiene distintos usos.

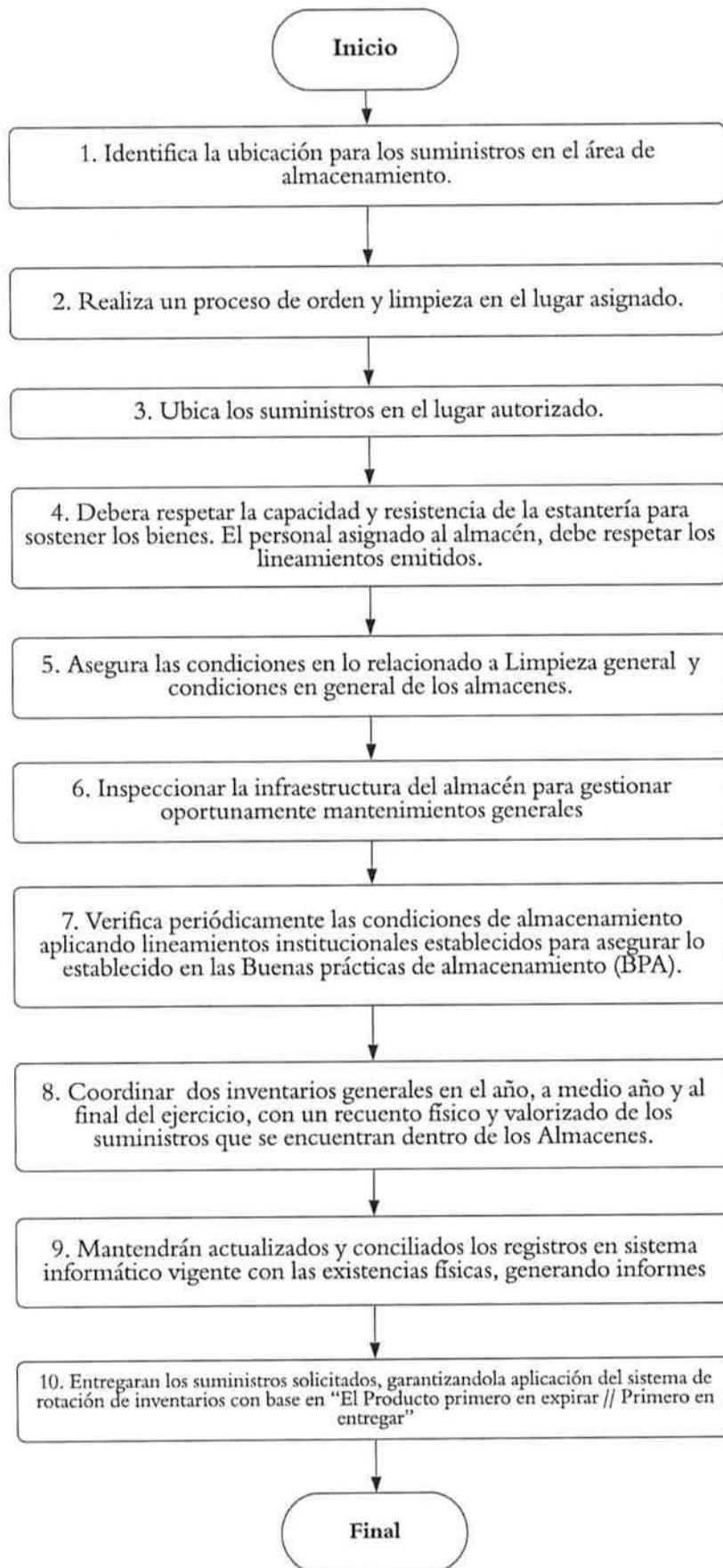
BPA: Buenas Prácticas de Almacenamiento, es el conjunto de normas técnicas aplicadas al depósito, distribución, dispensación y expendio de productos farmacéuticos con el propósito de garantizar la calidad durante la vida útil.

PROCESO N° 2:

RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN
Guardalmacén	1	Identifica la ubicación para los suministros en el área de almacenamiento, garantizando la correcta ubicación, localización e identificación dentro de las instalaciones, teniendo en cuenta la clase o tipo de suministro.
Auxiliares de Almacén	2	Realiza un proceso de orden y limpieza en el lugar asignado por el guardalmacén. Si fuese necesario.
Auxiliares de Almacén	3	Procede a colocar los suministros en el lugar autorizado, asegurando que queden debidamente identificados colocando el nombre del suministro, código según SINAB, número de lote, cantidad, fecha de vencimiento, números de serie, modelos, medidas, o cualquier otra característica contenida en los documentos contractuales u otra información necesaria de acuerdo al control del almacén correspondiente. En caso de ubicación en estantería las filas de cajas y debe colocar perfectamente a nivel y siguiendo las indicaciones técnicas del fabricante consignadas en las etiquetas, en caso de aplicar. Deben colocar de tal manera que generen estabilidad en el apilamiento. La altura de estiba en estantería deberá ser de (3.6) metros máximos, para evitar accidentes. En caso de almacenamiento en tarimas deben de colocarse con una separación mínima de diez centímetros (10 cm) del piso y treinta centímetros (30 cm) de la pared, considerando la disponibilidad de espacio físico del almacén, con el propósito de facilitar la movilización de las mismas. La altura de estiba en tarima debe ser de (2.5) metros máximos, para evitar accidentes.
Guardalmacén Auxiliares de Almacén	4	Deben respetar la capacidad y resistencia de la estantería para sostener los bienes, teniendo en cuenta la altura disponible al techo, la capacidad del alcance del equipo de manipulación y la altura media de la carga en los estantes. Los productos líquidos, los más pesados y voluminosos, se deben almacenar en la parte baja. El personal asignado a al

		almacén, debe respetar los lineamientos emitidos por el guardalmacén.
Guardalmacén Auxiliares de Almacén	5	Asegura las condiciones en lo relacionado a Limpieza de las zonas de recepción, almacenamiento, embalaje y despacho, Limpieza general de los pisos, Eliminación de los desechos, Limpieza de los estantes, anaqueles, Asegurar que los pasillos no estén obstruidos, Asegurar una ventilación adecuada , Verificar que los productos estén protegidos de la luz solar directa, Control de la calidad de los productos (inspección visual de los productos y control de sus fechas de caducidad , Verificación general de los productos para asegurar que estén apilados correctamente, rotular la estantería según grupo terapéutico o según la naturaleza de los suministros. Se deberá llevar un control de los suministros próximos a vencer y en caso de existir suministros vencidos deberán ubicarse en las áreas asignadas.
Jefe de Almacén Guardalmacén	6	Inspeccionar la infraestructura del almacén para gestionar oportunamente mantenimientos generales
Guardalmacén	7	Verifica periódicamente las condiciones de almacenamiento (temperatura, humedad, iluminación, ventilación, seguridad), aplicando lineamientos institucionales para asegurar lo establecido en las Buenas prácticas de almacenamiento (BPA). Así mismo deberá identificar necesidades de control de plagas.
Jefe de Almacén Guardalmacén	8	Coordinar dos inventarios generales en el año, a medio año y al final del ejercicio, con un recuento físico y valorizado de los suministros que se encuentran dentro de los Almacenes, esta actividad estará bajo responsabilidad de la Unidad de Gestión de Almacenes, en coordinación con la Gerencia Financiera, Auditoría Interna y las Unidades que sean responsables de la administración de los bienes en Almacenes.

Jefe de Almacén Guardalmacén	9	Mantendrán actualizados y conciliados los registros en sistema informático vigente con las existencias físicas, generando informes sobre existencias para las Autoridades del FOSALUD.
Guardalmacén Auxiliares de Almacén	10	Entregarán los suministros solicitados, garantizando la aplicación de un sistema de rotación de inventarios con base en “El Producto primero en expirar // Primero en entregar”, o de acuerdo a las necesidades institucionales.
METAS: Velar por la conservación de la calidad de los suministros durante su permanencia en los Almacenes, manteniendo un adecuado registro y control de las existencias confiables y actualizadas.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Requisitos de Buenas prácticas cumplidos / Total de requerimientos de buenas prácticas totales *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	UNIDAD DE GESTIÓN DE ALMACENES	Revisión 1 Fecha:16/12/2020 Pág. N° 12-16.
TITULO DEL PROCESO: DISTRIBUCIÓN DE SUMINISTROS MEDICOS Y GENERALES		

OBJETIVO:

Asegurar que los suministros requeridos por las Unidades y los establecimientos de salud sean entregados en forma ágil, oportuna y con la documentación completa.

ALCANCE:

El proceso de distribución aplicará para todos los bienes recibidos y almacenados iniciando con la recepción de requisiciones de los establecimientos de salud u otras dependencias hasta la presentación de los vales de salida de suministros a la unidad de contabilidad.

RESPONSABLE: Jefe Unidad de Gestión de Almacenes, Guardalmacenes.

REFERENCIA

- Reglamento de normas técnicas de control interno específicas del fondo solidario para la salud.

DEFINICIONES

Requisiciones: Documento que se utiliza para solicitar los bienes resguardados en los almacenes.

Vale de Salida: Documento que refleja el detalle de suministros que se envía a los establecimientos solicitantes.

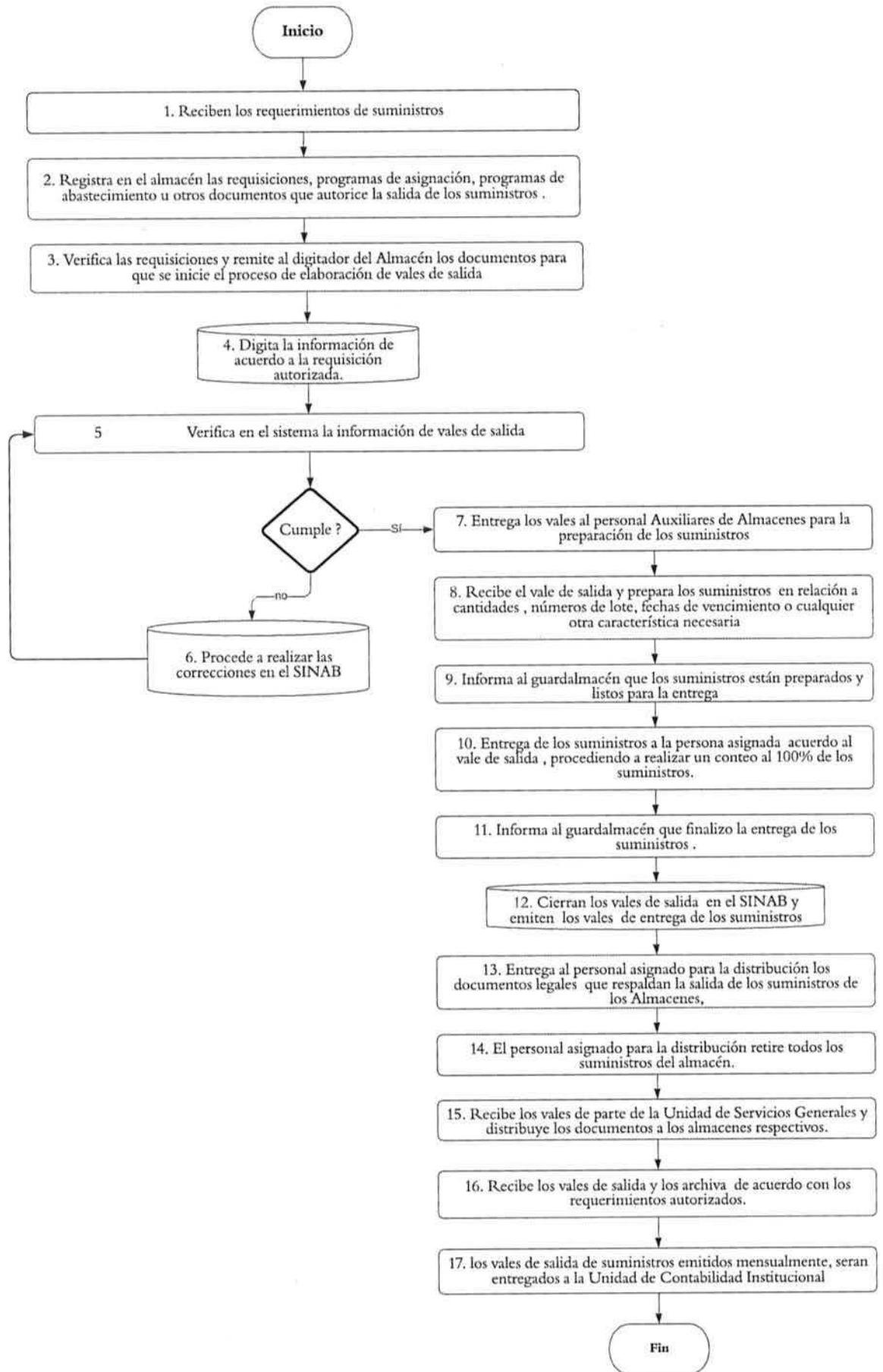
Hoja de conformidad de entrega: Documento en el cual se registra la verificación física de la entrega de los suministros en los almacenes.

PROCESO N° 3:

RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN
Jefe Unidad de Almacenes Guardalmacenes	1	Reciben los requerimientos de suministros de los establecimientos de salud o Unidades Administrativas.
Guardalmacenes	2	Registra en el almacén las requisiciones, programas de asignación, programas de abastecimiento u otros documentos que autorice la salida de los suministros, con al menos 3 días hábiles de anticipación para su preparación y entrega. Almacenes no entregará suministros si no existe la autorización correspondiente.
Guardalmacén	3	Verifica las requisiciones y remite al digitador del Almacén los documentos para que se inicie el proceso de elaboración de vales de salida en el sistema informático de acuerdo a rutas establecidas en programación o según sea el caso.
Digitador de Almacén	4	Digita la información de acuerdo a la requisición autorizada, procurando que los vales de salida estén listos en las fechas de distribución correspondiente e informa al Guardalmacén para su respectivo control.
Guardalmacén	5	Verifica en el sistema la información de vales de salida para comprobar que la información es correcta. Si los vales de salida están conforme a los requerimientos, se continúa con el proceso según la actividad N° 7 Si los vales de salida no están en conforme a los requerimientos, se continúa con el proceso según la actividad N° 6
Digitador de Almacén	6	Identifica en el SINAB los vales de salida y procede a realizar las correcciones e informa al guardalmacén.

Guardalmacén	7	Entrega los vales provisionales de preparación al personal Auxiliares de Almacenes para la preparación de los suministros.
Auxiliar de Almacén	8	Recibe el vale provisional de preparación y prepara los suministros ubicándolos en las áreas asignadas dentro del almacén de acuerdo a programación establecida, respetando lo solicitado en los documentos en relación a cantidades, números de lote, fechas de vencimiento, números de serie, modelos, medidas, o cualquier otra característica necesaria para asegurar el buen manejo de los inventarios y respetando el método de rotación de inventarios establecidos según aplique.
Auxiliar de Almacén	9	Informa al Guardalmacén que los suministros están preparados y listos para la entrega.
Auxiliar de Almacén	10	Entrega los suministros a la persona asignada para recibir , de acuerdo al vale de preparación , procediendo a realizar un conteo al 100% de los suministros, verificando las características , cantidades exactas y calidad de los bienes , procediendo a firmar la hoja de control del almacén de conformidad de entrega.
Auxiliar de Almacén	11	Informa al guardalmacén que finalizo la entrega de los suministros.
Guardalmacén Digitador de Almacén	12	Cierran los vales de salida provisionales en el SINAB para emitir los vales definitivos de entrega de suministro.
Guardalmacén Digitador de Almacén	13	Entrega al personal asignado para la distribución los documentos legales definitivos que respaldan la salida de los suministros de los Almacenes. Procediendo a firmarlos, sellarlos y clasificándolos por establecimiento.
Guardalmacén Auxiliar de Almacén	14	Verifican que el personal asignado para la distribución retire todos los suministros del almacén. Una vez los suministros son retirados de los Almacenes la responsabilidad del traslado y resguardo, así como garantizar que estos lleguen de acuerdo al vale de salida, tanto en cantidades y buena calidad, recaerá sobre la dependencia que lo retira.

Jefe Unidad de Almacenes	15	Recibe los vales de parte de la Unidad de Servicios Generales y distribuye los documentos a los almacenes respectivos.
Guardalmacén Digitador de Almacén	16	Recibe los vales de salida y los archiva de acuerdo con los requerimientos autorizados.
Jefe Unidad de Almacenes Guardalmacén	17	Aseguran que todos los vales de salida de suministros emitidos mensualmente, sean entregadas a la Unidad de Contabilidad Institucional a través del informe contable de Movimientos de Almacenes.
METAS: Asegurar la entrega de los suministros solicitados por los establecimientos de salud y Unidades Administrativas en forma ágil, oportuna.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Nº de solicitudes preparadas en un plazo de 48 horas / Nº de solicitudes entregadas *100 Nº de requerimientos entregados con los documentos completos / Nº de requerimientos totales *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Unidad
Tecnologías
de
Información**

Revisión: N°1

**Fecha:
Diciembre 2020**

“Manual de Procesos de la Unidad Tecnologías de Información”

Objetivo: Los procedimientos de la Gestión de tecnologías de la Información establecen de manera detallada las operaciones que necesitan realizarse para satisfacer los requerimientos especificados en el estándar que se aplica a una actividad determinada, proceso de seguridad, protección de la información o protección a un recurso informático, de acuerdo con las diferentes políticas definidas por la institución.

Alcance: El presente manual aplica a todas las actividades de la Unidad de tecnologías de la Información, tales como: POA, PEI y Agenda Digital Secretaria de Innovación.

Responsable: Jefe Unidad de Tecnologías de Información.

Elaborado



**Ing. Alvaro Antonio Ortiz Lara
Jefe de la Unidad de Tecnologías de
la Información.**

Aprobado:



**Ing. Héctor Ulises Cardona
Hernandez
Gerente administrativo**



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Nombre de la Unidad Organizativa:

Unidad de Tecnologías de Información.

Revisión Nª (1)

**Fecha:
Diciembre 2020**

CONTENIDO

- Introducción
- Marco Jurídico
- Procesos
- FICHA DE PROCESO NO. 12
Diagrama de flujo del proceso 13
- FICHA DE PROCESO NO. 25
Diagrama de flujo del proceso 26
- FICHA DE PROCESO NO. 38
Diagrama de flujo del proceso 310
- FICHA DE PROCESO NO. 412
Diagrama de flujo del proceso 414
- FICHA DE PROCESO NO. 518
Diagrama de flujo del proceso 520

Introducción

El manual de procesos de la Unidad de Tecnologías de la Información tiene como propósito documentar los procesos y procedimientos en vigor para facilitar la ejecución de actividades. Constituyen un instrumento de consulta y orientación en el que se ha buscado identificar de manera clara y precisa la red de macroprocesos, procesos y procedimientos para cada una de las áreas sustantivas y transversales de la institución.

Dicho manual es un instrumento de apoyo a las tareas específicas que contribuyen a dar transparencia y eficiencia a los procesos, así como al logro de los objetivos del Fondo Solidario para la Salud.

Marco jurídico

- Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC
- Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP)
- Reglamento interno institucional.
- Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017.
- Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental
- Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público.

Procesos:

Procesos 1: Garantizar la entrega suministros informáticos.

Procesos 2: Atender oportunamente a los requerimientos de soporte técnico.

Procesos 3: Desarrollo de Software y Automatización Procesos

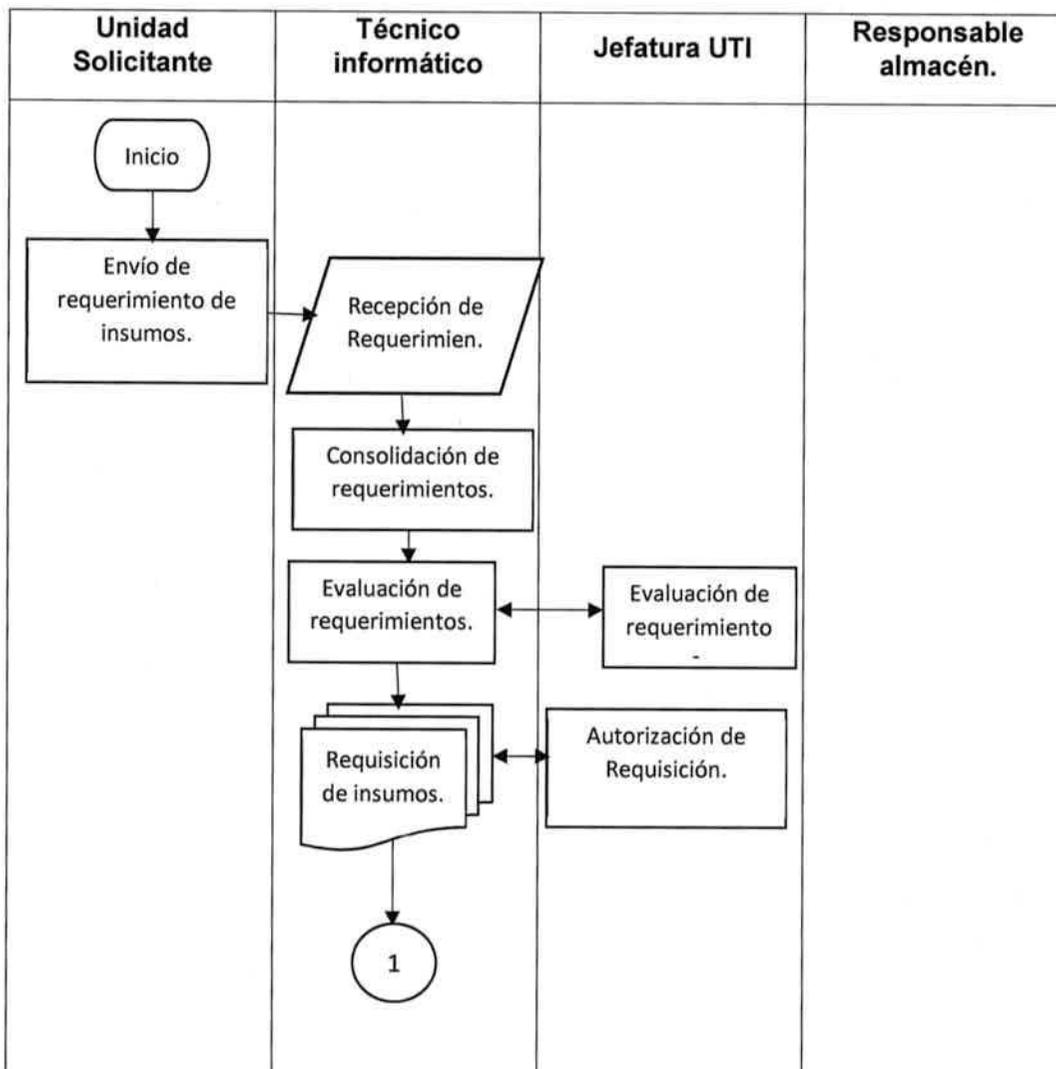
Procesos 4: Administrar Redes de datos.

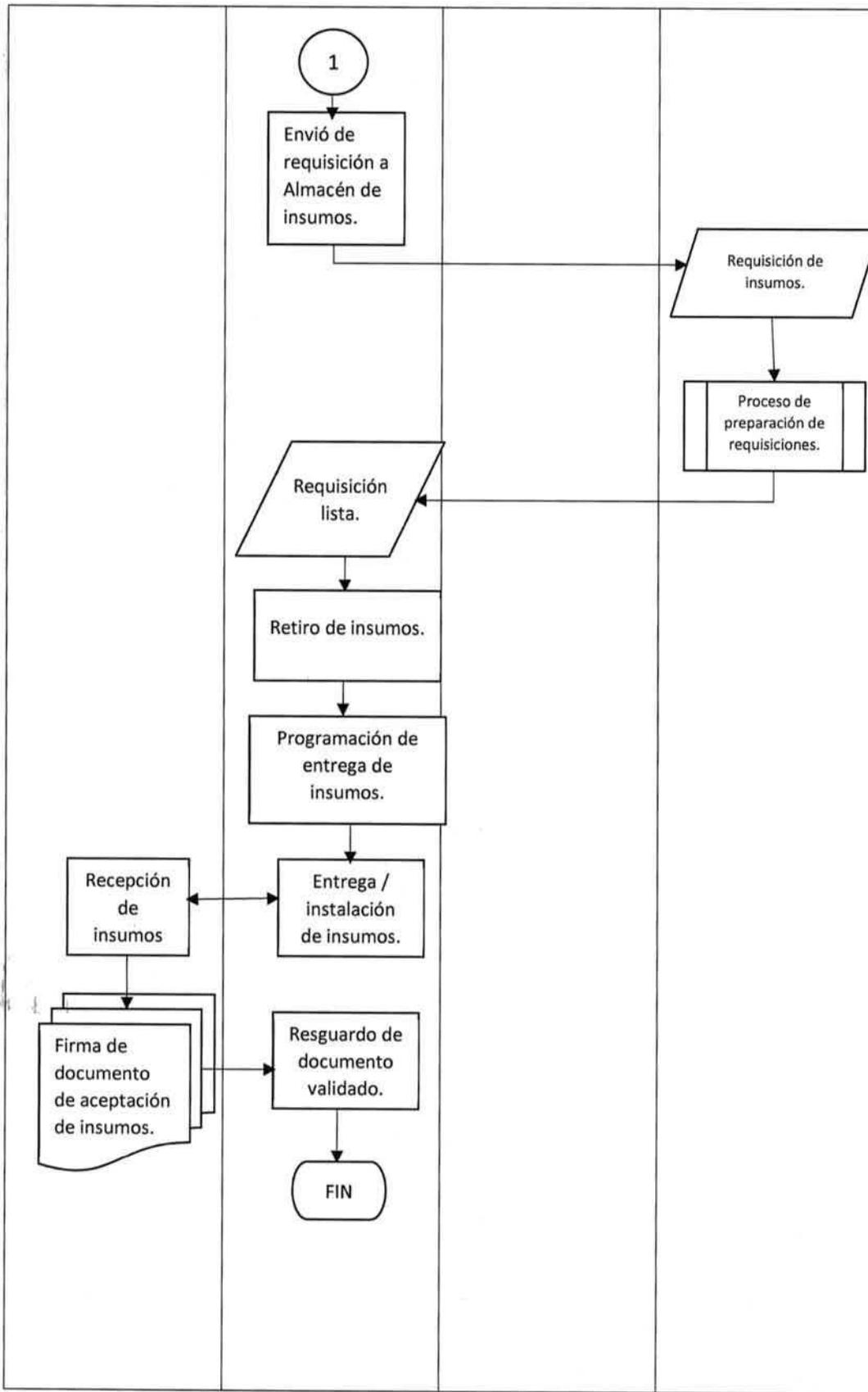
Procesos 5: Administrar dispositivos de seguridad informática.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO No.1

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de las tecnologías de Información.	REVISIÓN (0) FECHA: Diciembre 2020. PAG 2/23
TITULO DEL PROCESO: Entrega de suministros informáticos.		
OBJETIVO: Garantizar la entrega suministros informáticos oportunamente.		
ALCANCE: Aplica a todas las unidades de la institución. <u>El inicio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de requisiciones de las unidades solicitantes <u>La finalización:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega / Instalación de insumos. • Documentación de entrega. 		
RESPONSABLE: Jefe de la Unidad / Técnico Informático delegado.		
REFERENCIA Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC, Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP), Reglamento interno institucional, Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017, Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público y Normas técnicas de control interno. Especificas.		
DEFINICIONES Ninguna		
DESARROLLO:		
PROCESO N° 1:		
Responsable		Descripción
Unidad Organizativa Solicitante.	1	Requerimiento
Técnico informático	2	Consolidación de requerimientos
Técnico informático	3	Evaluación de requerimientos
Jefe Informática / Técnico informático	4	Autorización
Técnico informático	5	Envío a almacén
Responsable Almacén Insumos	6	Almacén Prepara pedido

Técnico informático	7	Retiro
Técnico informático	8	Programación de entrega
Técnico informático	9	Se realiza la entrega / Instalación de insumos
Unidad Solicitante / Técnico informático	10	Documentación que respalda entregas de insumo a unidades solicitantes
METAS: 100% de solicitudes de suministros informáticos atendidas en un plazo no mayor de 10 días hábiles		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número solicitudes de suministros informáticos atendidas en un plano no mayor de 10 días hábiles / solicitudes recibidas) * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

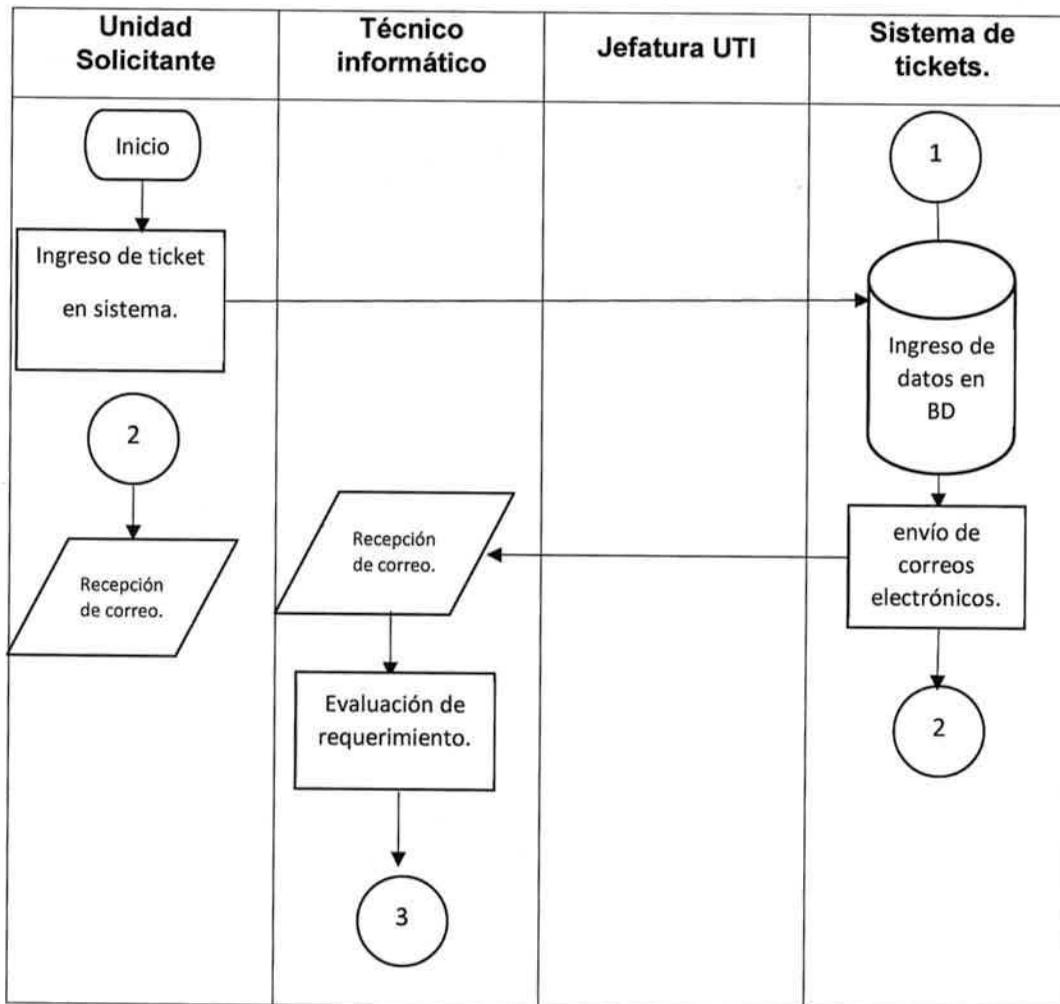


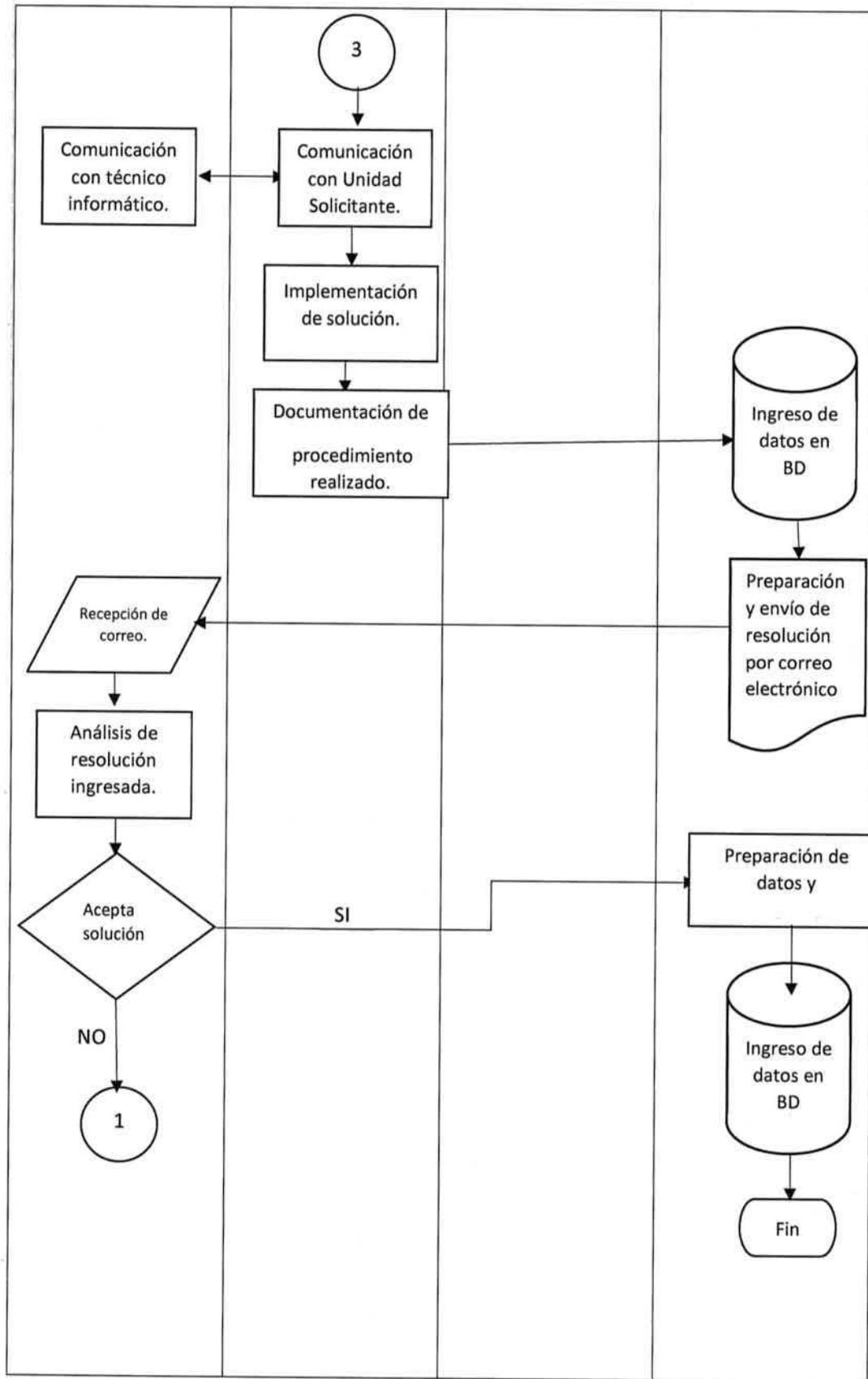


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO No.2

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	<p style="text-align: center;">NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> Unidad de las tecnologías de Información.	<p style="text-align: center;">REVISIÓN (0)</p> FECHA: Diciembre 2020 PAG 5/23
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> Atención de requerimientos de soporte técnico.		
<p>OBJETIVO:</p> Atender de manera oportuna los requerimientos de soporte técnico		
<p>ALCANCE: Aplica a todas las unidades de la institución.</p> <p><u>El inicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de Ticket a través de la herramienta de recepción de casos. <p><u>La finalización:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre de ticket en el sistema de herramienta de recepción de casos 		
<p>RESPONSABLE: Jefe de la Unidad / Técnico Informático delegado.</p>		
<p>REFERENCIA Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC, Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP), Reglamento interno institucional, Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017, Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público y Normas técnicas de control interno. Especificas.</p>		
<p>DEFINICIONES Ninguna</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p>PROCESO N° 2:</p>		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Unidad Organizativa	1	Ingreso de ticket en sistema.
Sistema de tickets	2	Procesamiento de ticket y envió de correos electrónicos
Técnico informático	3	Recepción de ticket a través de la herramienta de apertura de casos de soporte técnico.
Técnico informático	4	Evaluación de requerimiento
Técnico informático	5	Comunicación con Unidad Solicitante para propuesta de solución de problema
Técnico informático	6	Implementación de la solución del problema.

Técnico informático	7	Cierre del Ticket. Documentación de procedimiento realizado.
Unidad Organizativa	8	Satisfacción del Usuario. NO: Regresa a punto No. 2 SI: Pasa a punto No.9
Sistema de tickets.	9	Cierre definitivo de atención.
METAS: 100% de solicitudes atendidas en un plazo no mayor de 5 días hábiles		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número solicitudes de soporte técnico atendidas en un plano no mayor de 5 días hábiles / solicitudes de soporte técnico recibidas) * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

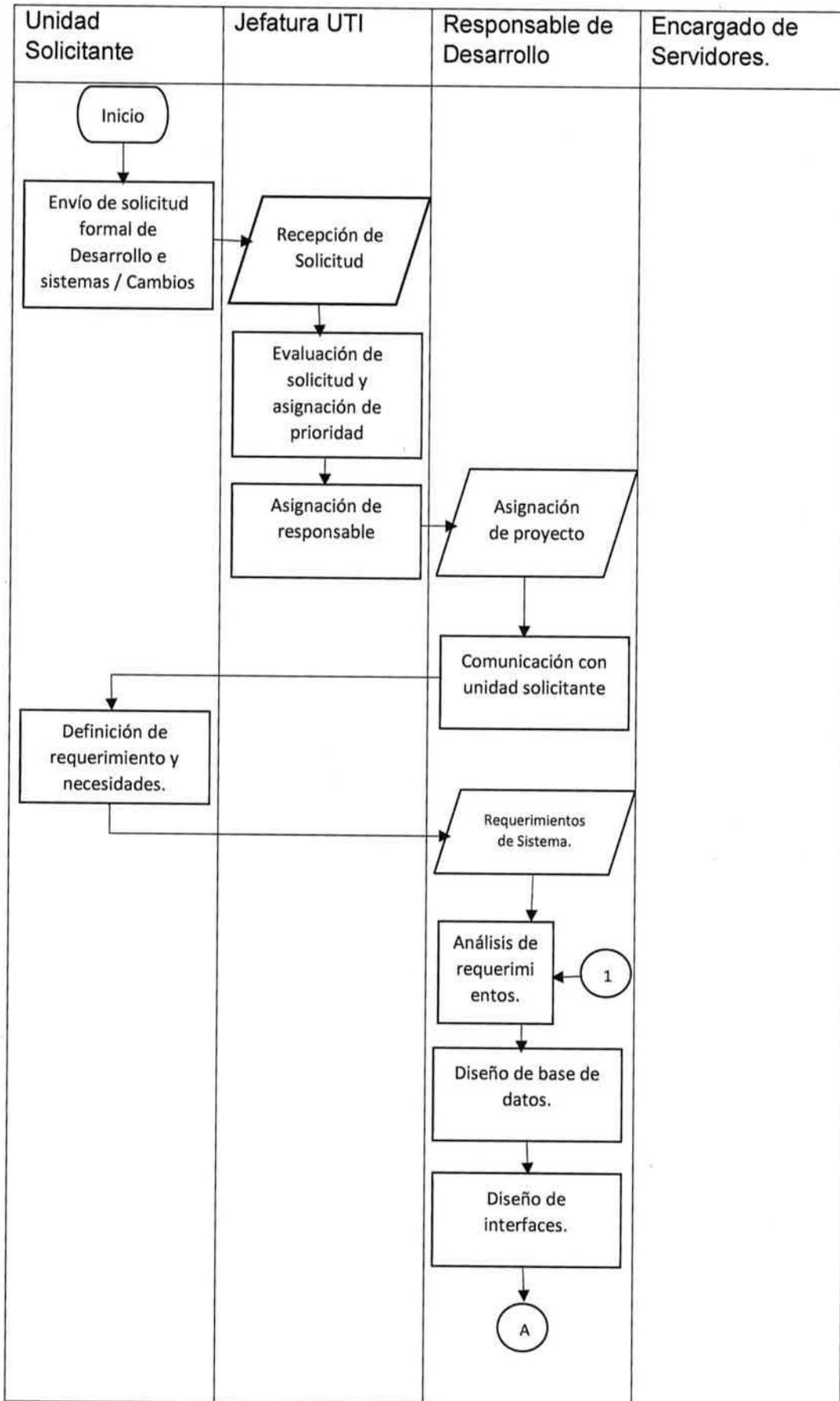


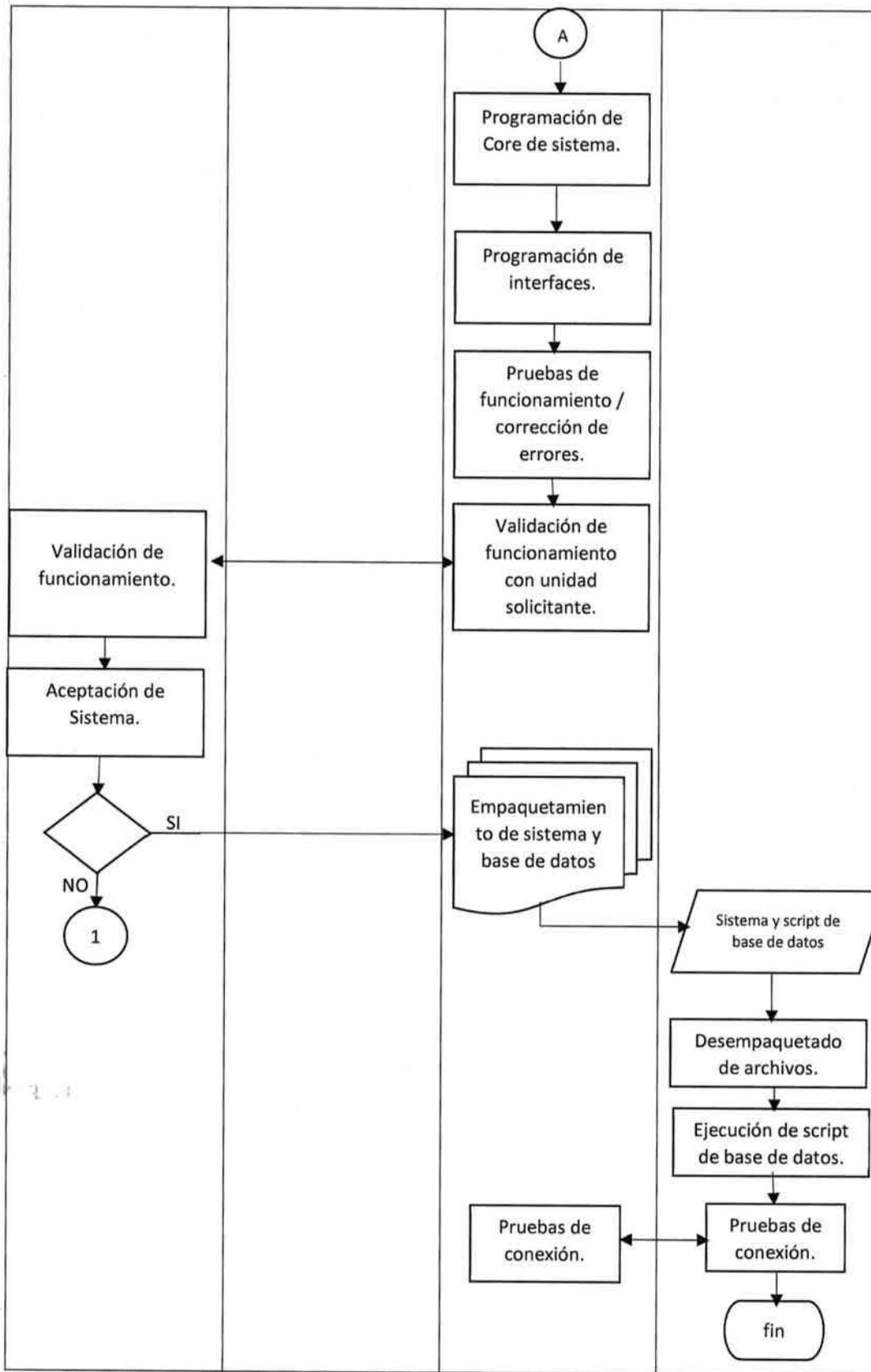


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO No.3

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de las tecnologías de Información.	REVISIÓN (0) FECHA Diciembre 2020. PAG 8/23
TITULO DEL PROCESO: Desarrollo de Software		
OBJETIVO: Desarrollar aplicaciones informáticas que se ajusten a los requerimientos de las unidades solicitantes.		
ALCANCE: Aplica a todas las unidades de la institución. <u>El inicio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de solicitud formal de desarrollo de software. <u>La finalización:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la aplicación por parte de la unidad solicitante y publicación de sistema en producción. 		
RESPONSABLE: Jefe de la Unidad / Enc. De Sección de Desarrollo de Software y Automatización de Procesos / Técnico Informático delegado.		
REFERENCIA Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC, Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP), Reglamento interno institucional, Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017, Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público y Normas técnicas de control interno. Especificas.		
DEFINICIONES Ninguna		
DESARROLLO:		
PROCESO N° 3:		
RESPONSABLE	No.	Descripción
	1	Recepción de solicitud formal de desarrollo de software.
	2	Evaluación de la solicitud de software y asignación de prioridad.
	3	Asignación de responsable UTI para su análisis y desarrollo.
	4	Comunicación con Unidad Solicitante para determinar requerimientos de sistema.

	5	Análisis de requerimientos.
	6	Diseño de base de datos.
	7	Diseño de interfaces
	8	Diseño y programación de funciones y core de sistema
	9	Programación de interfaces
	10	Validación de funcionamiento (QA) y resolución de errores
	11	Validación de funcionamiento con unidad solicitante
	12	Aceptación de Sistema / Cambios por parte de unidad solicitante. Si es NO: Regresa a punto No. 5 Si es SI: Pasa a punto No. 13
	13	Empaquetamiento de Sistema y Base de datos
	14	Instalación de sistema en servidor de producción de aplicaciones
	15	Ejecución de script SQL para creación de base de datos en Servidor de producción de base de datos.
	16	Pruebas de conexiones
	17	Fin de proceso.
METAS: Cumplimiento del 100% de requerimientos de desarrollo.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número de requerimientos desarrollados/Numero de requerimientos recibidos) *100.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

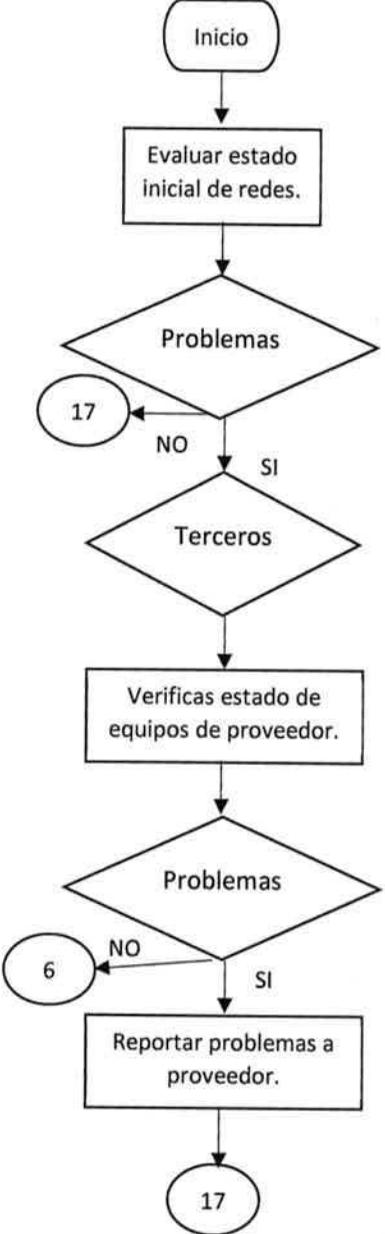


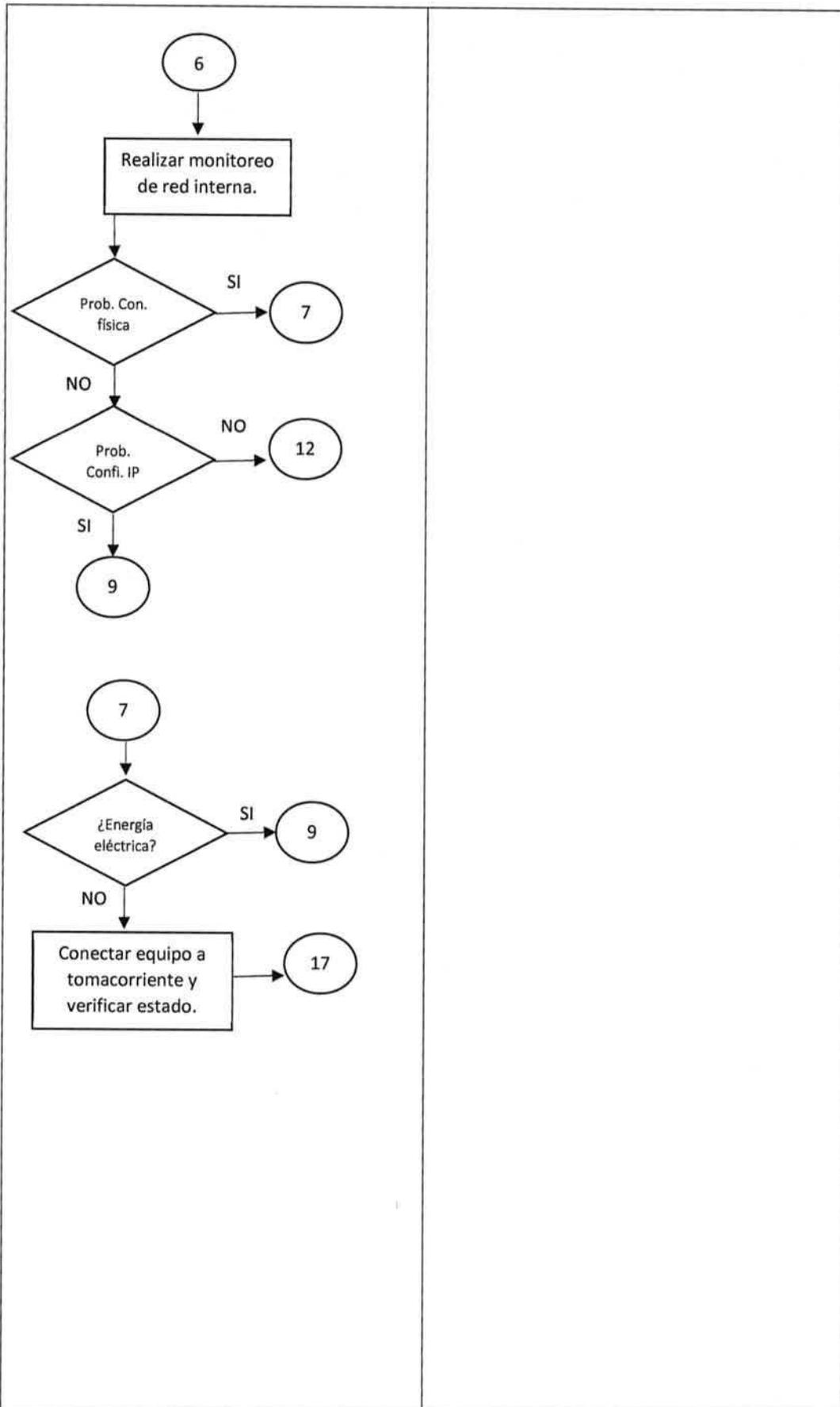


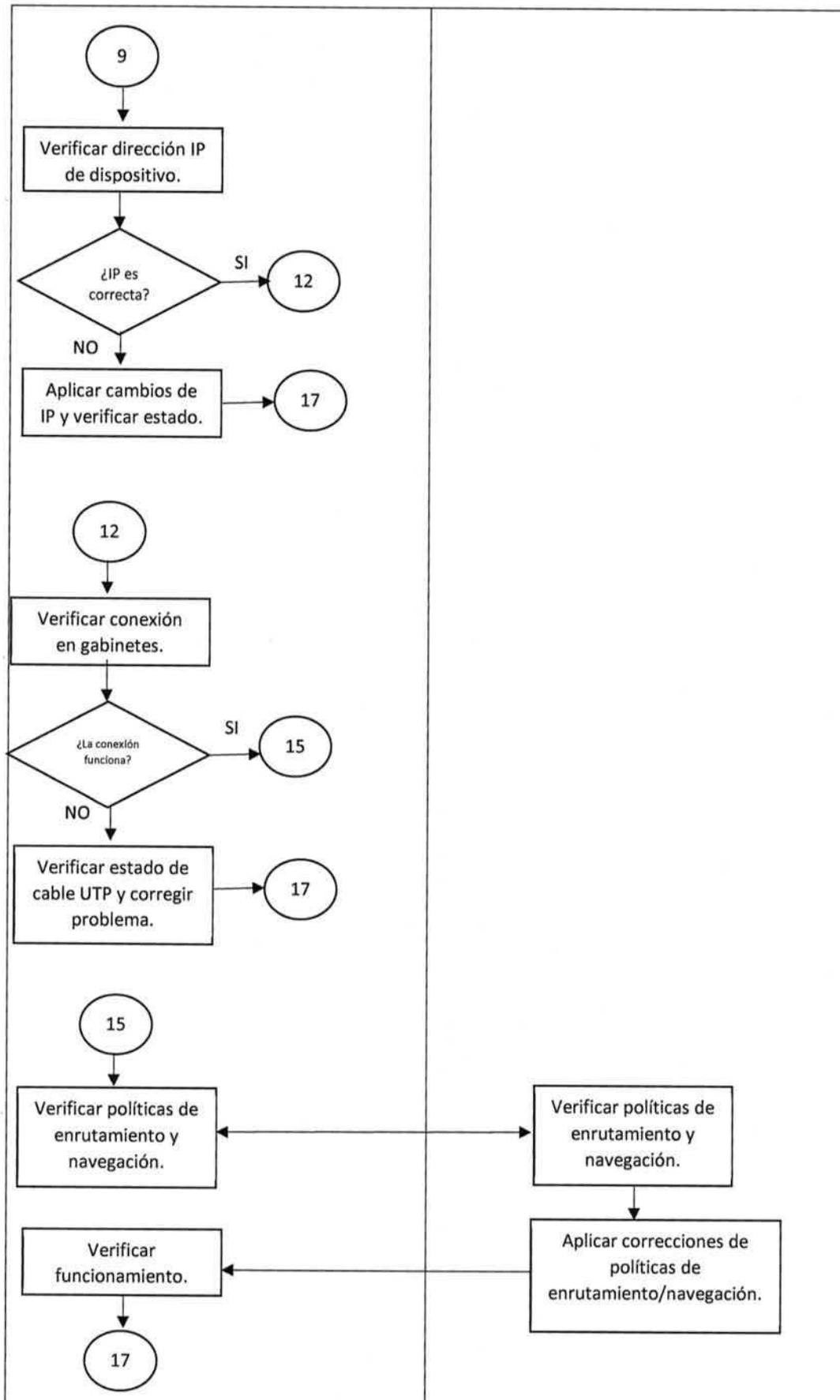
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO No.4

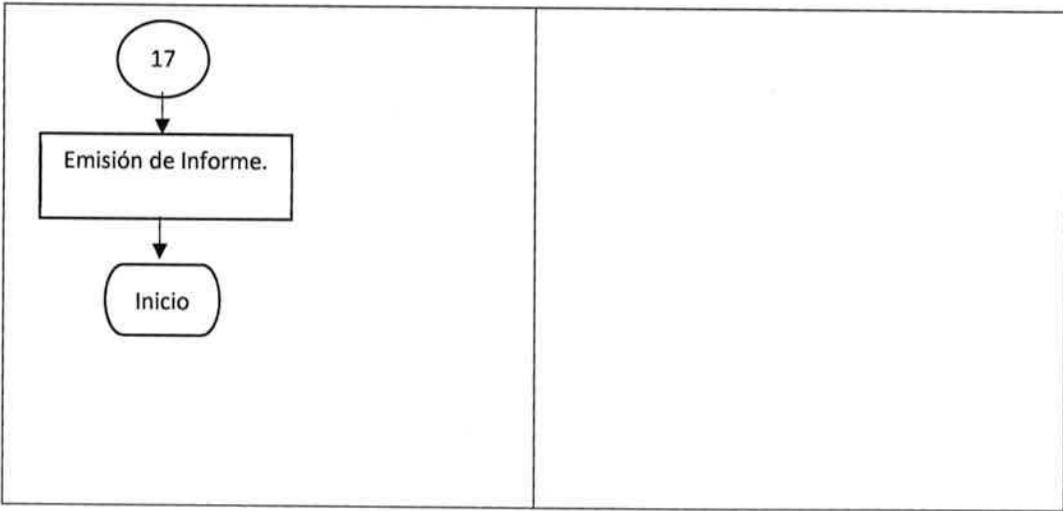
 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	<p style="text-align: center;">NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> Unidad de las tecnologías de Información.	<p style="text-align: center;">REVISIÓN (0)</p> FECHA Diciembre 2020. PAG 12/23
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> Administrar Red de Datos		
<p>OBJETIVO:</p> Realizar la administración, instalación, adecuación, monitorización, ampliación, operación y actualización de las redes de cómputo para agilizar los procesos administrativos y misionales de la entidad..		
<p>ALCANCE: Inicia con la planeación topológica, ubicación, monitoreo de las redes WAN y LAN con el uso de la internet, directorio activo, y equipos activos de red y termina con la validación de la conectividad de los servicios y usuarios.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de la Unidad / Técnico Informático delegado.</p>		
<p>REFERENCIA Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC, Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP), Reglamento interno institucional, Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017, Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público y Normas técnicas de control interno. Especificas.</p>		
<p>DEFINICIONES Ninguna</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p>PROCESO N° 4:</p>		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Técnico informático	1	Evaluar estado inicial de las redes. ¿Existen problemas de comunicación? SI: pasa a punto 2 NO: pasa a punto 17
Técnico informático	2	El monitoreo involucra a terceros. SI: pasa a punto 3 NO: pasa a punto 6
Técnico informático	3	Realizar monitoreo. - verificar fluido eléctrico -Estado de equipos de red de proveedor

Técnico informático	4	¿Hay problemas con equipos de red del proveedor? SI: Pasa a punto 5 NO: Pasa a punto 6
Técnico informático	5	Realizar reporte a proveedor para solventar inconveniente. Al solventarse pasa a punto 17
Técnico informático	6	Realizar monitoreo interno de red. -Existe problemas de conexión física: pasa a punto 7 -Existe problemas de configuración IP: pasa a punto 9
Técnico informático	7	¿Los dispositivos de red cuentan con electricidad? NO: Pasa a punto 8 SI: Pasa a punto 9.
Técnico informático	8	Conectar equipo de red y verificar estado. Pasa a punto 17
Técnico informático	9	Verificar dirección IP de dispositivo.
Técnico informático	10	¿La IP está configurada correctamente? SI: Pasa a punto 12 NO: Pasa a punto 11
Técnico informático	11	Aplicar cambios de IP Pasa a punto 17.
Técnico informático	12	Revisar funcionamiento en gabinete de conexiones.
Técnico informático	13	¿La conexión está funcionando? SI: Pasa a punto 15 NO: Pasa a punto 14
Técnico informático	14	Verificar estado de cable UTP y corregir problema. Pasa a punto 17
Tecnico informático/Enc. de dispositivos de seguridad	15	Verificar políticas de enrutamiento y firewall.
Enc. de dispositivos de seguridad.	16	Corrección de políticas y mejoras de interconexión
Tecnico Informático	17	Emisión de reporte de incidente.
	18	Fin
METAS: Asegurar la conexión de datos de los usuarios y dispositivos de red al 100%		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Numero de informes acerca del estado de las redes y comunicaciones.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

Tecnico informático	Enc. de Dispositivos de Seguridad
 <pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Evaluar[Evaluar estado inicial de redes.] Evaluar --> Problemas1{Problemas} Problemas1 -- NO --> 17((17)) Problemas1 -- SI --> Terceros{Terceros} Terceros --> Verificar[Verificas estado de equipos de proveedor.] Verificar --> Problemas2{Problemas} Problemas2 -- NO --> 6((6)) Problemas2 -- SI --> Reportar[Reportar problemas a proveedor.] Reportar --> 17_2((17)) </pre> <p>The flowchart describes a process for evaluating network status. It begins with 'Inicio' (Start), leading to 'Evaluar estado inicial de redes.' (Evaluate initial network status). A decision diamond 'Problemas' (Problems) follows. If 'NO', it connects to connector '17'. If 'SI' (Yes), it proceeds to another decision diamond 'Terceros' (Third parties). From 'Terceros', the flow goes to 'Verificas estado de equipos de proveedor.' (Check status of provider equipment). This leads to another 'Problemas' decision diamond. If 'NO', it connects to connector '6'. If 'SI', it leads to 'Reportar problemas a proveedor.' (Report problems to provider), which then connects to connector '17'.</p>	



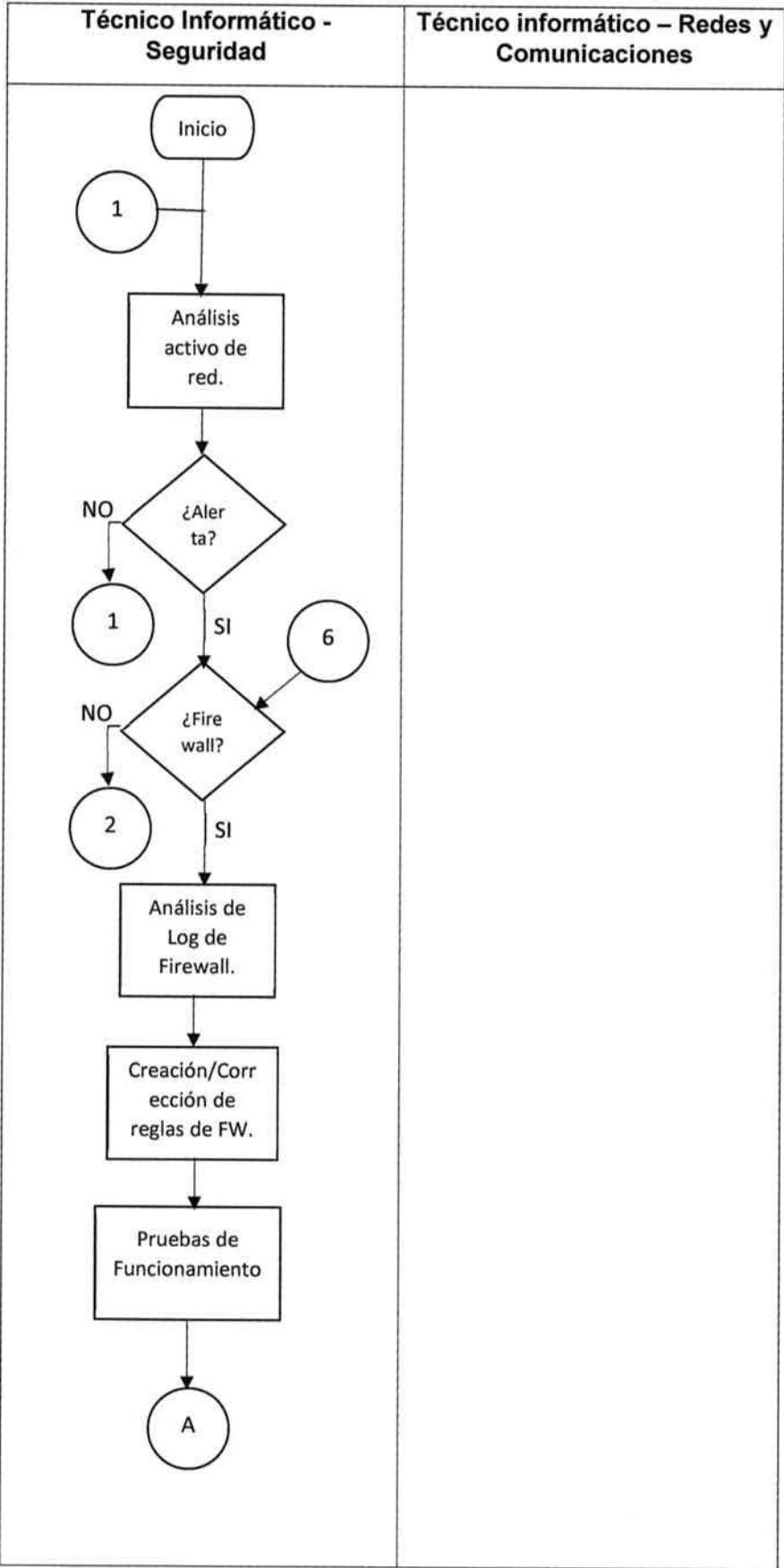


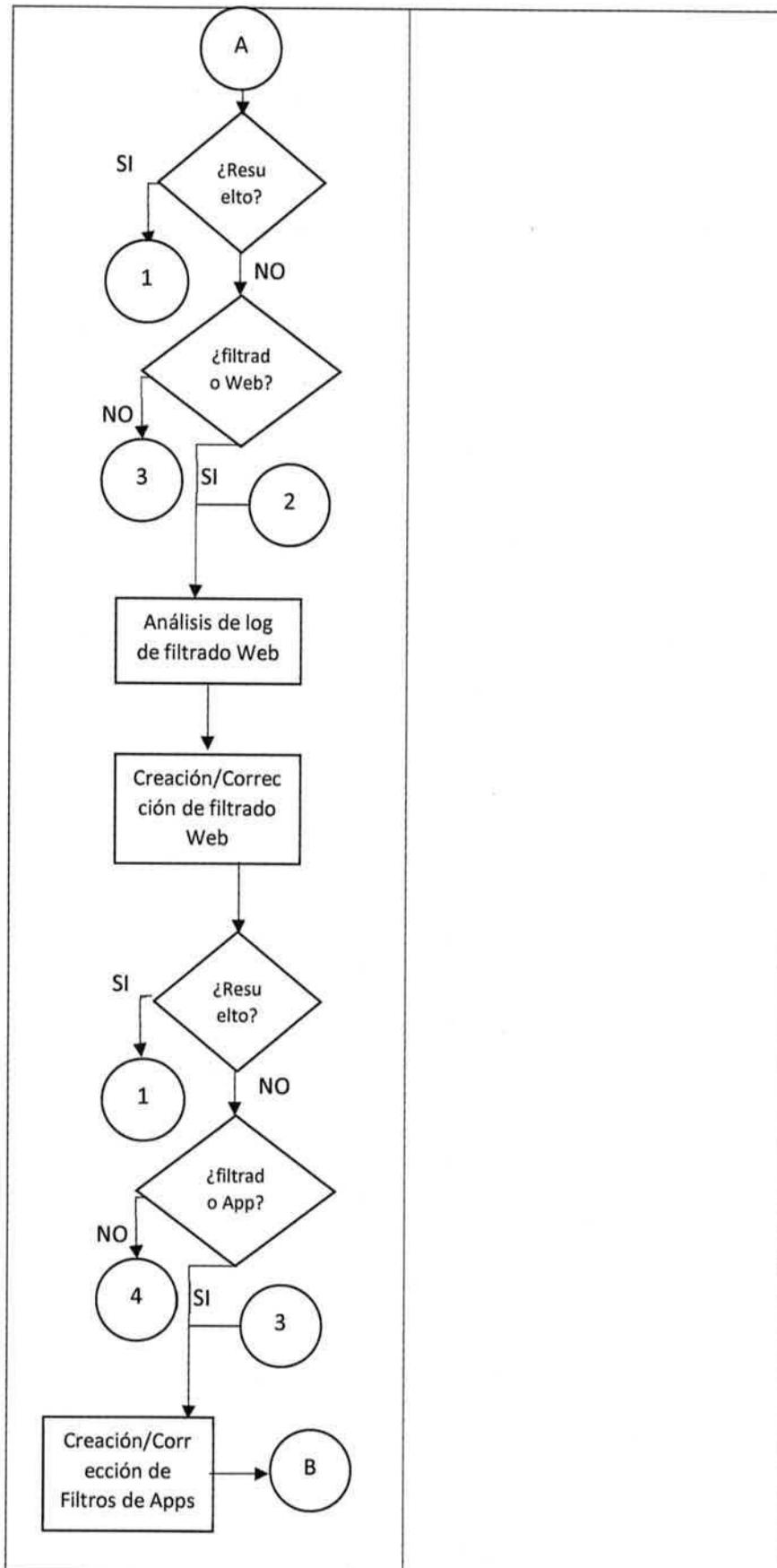


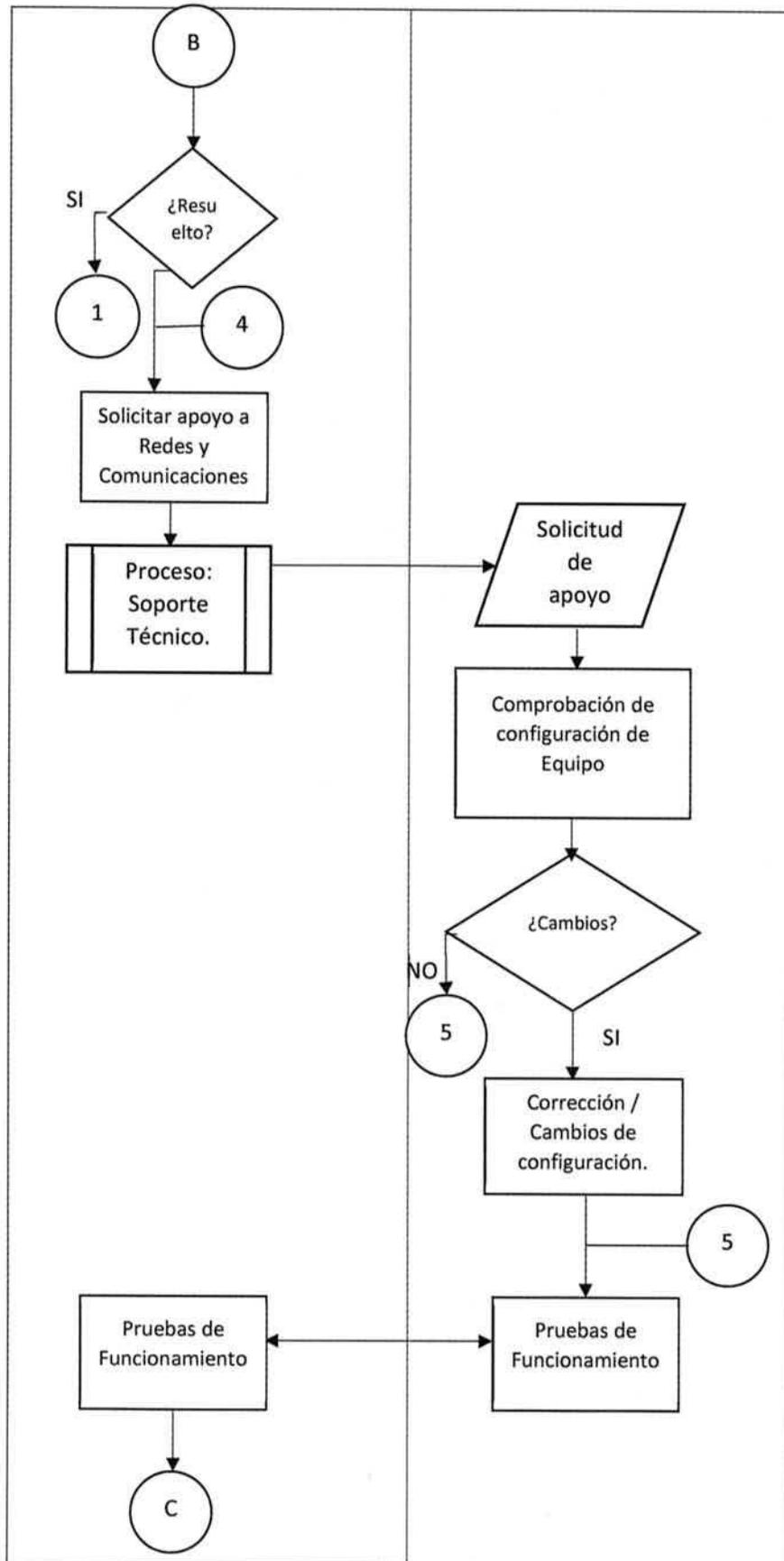
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO No.5

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de las tecnologías de Información.	REVISIÓN (0) FECHA: Diciembre 2020. PAG 18/23
TITULO DEL PROCESO: Administrar dispositivos de seguridad informática.		
OBJETIVO: Garantizar la disponibilidad, seguridad y acceso a la información, a través de la red de datos.		
ALCANCE: Aplica a todas las unidades de la institución. <u>El inicio:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Trafico de red anómalo. <u>La finalización:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Trafico de red normalizado. 		
RESPONSABLE: Jefe de la Unidad / Técnico Informático de Seguridad delegado.		
REFERENCIA Decreto No. 24 – Corte de Cuentas – TIC, Ley de Adquisiciones y contrataciones de la administración pública. (LACAP), Reglamento interno institucional, Reglamento Interno de Trabajo modalidad Ley de Salario julio_2017, Normas de Auditoria Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de eficiencia en el gasto del sector público y Normas técnicas de control interno. Especificas.		
DEFINICIONES Ninguna		
DESARROLLO: PROCESO N° 5:		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Técnico informático - Seguridad	1	Análisis activo de trafico de red.
Técnico informático - Seguridad	2	¿Existe alerta? NO: regresa a punto 1 SI: pasa a punto 3
Técnico informático - Seguridad	3	Análisis de alerta. ¿Es alerta de Firewall? SI: pasa a punto 4 NO: pasa a punto 7
Técnico informático - Seguridad	4	Análisis de log de Firewall

Técnico informático - Seguridad	5	Creación/Corrección de reglas de Firewall
Técnico informático - Seguridad	6	Pruebas de funcionamiento. ¿Resuelto? SI: regresa a punto 1 NO: pasa a punto 7
Técnico informático - Seguridad	7	¿Es alerta de filtrado de navegación? SI: regresa a punto 8 NO: pasa a punto 11
Técnico informático - Seguridad	8	Análisis de log de filtrado de navegación.
Técnico informático - Seguridad	9	Creación/Corrección de filtrado de navegación.
Técnico informático - Seguridad	10	Pruebas de funcionamiento. ¿Resuelto? SI: regresa a punto 1 NO: pasa a punto 11
Técnico informático - Seguridad	11	¿Es alerta de filtrado de aplicación? SI: regresa a punto 12 NO: pasa a punto 15
Técnico informático - Seguridad	12	Análisis de log de filtrado de aplicaciones
Técnico informático - Seguridad	13	Creación/Corrección de regla Filtrado de aplicaciones
Técnico informático - Seguridad	14	Pruebas de funcionamiento. ¿Resuelto? SI: regresa a punto 1 NO: pasa a punto 15
Técnico informático – Redes	15	Solicitar apoyo a Sección de Redes y Comunicaciones
Técnico informático – Redes	16	Validación de configuración de dispositivo de red
Técnico informático – Redes	17	Corrección de configuración de dispositivo de red
Técnico informático – Redes Técnico informático – Seguridad	18	Pruebas de funcionamiento. ¿Resuelto? SI: regresa a punto 1 NO: pasa a punto 3
METAS: Dispositivos de seguridad informática funcionando correctamente.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número de alertas resueltas/Numero de alertas detectadas) *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual









FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Unidad de
Servicios
Generales**

Revisión: No. 0

**Fecha:
diciembre, 2020**

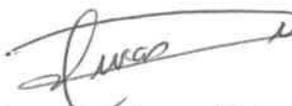
**“Manual de Procesos de Unidad de Servicios
Generales”.**

Alcance:

La aplicación de los presentes procedimientos contribuirá a la eficiencia en el uso de los servicios de transporte, mantenimiento de instalaciones físicas e infraestructura, y procesamiento eficiente de solicitudes de activo fijo y suministros generales y limpieza.

**Responsable: Jefe Unidad de Servicios
Generales.**

Elaborado:


Ing. Gustavo Alejandro Rivas
Landaverde.
Jefe de Servicios Generales.



Aprobado:


Ing. Héctor Ulices Cardona
Hernández.
Gerente Administrativo.





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Unidad de Servicios Generales

Revisión No. 0

Fecha: diciembre, 2020

Pág. N° 2/44..

CONTENIDO

Introducción: El presente manual se ha elaborado para establecer procedimientos que norman las actividades de la Unidad de Servicios Generales encaminadas al cumplimiento eficiente de los objetivos y metas de la institución

Marco jurídico:

- **Ley de creación del Fondo Solidario para la Salud y su Reglamento.**
- **El Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Especificas del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).**
- **Reglamento para el control de Vehículos Nacionales y Consumo de Combustible de La Corte de Cuentas de la Republica de El Salvador, Instructivo.**
- **GFI “Uso y Control del Fondo Circulante y Caja Chica”.**

Procesos :

Procesos 1: Ingreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede

Procesos 2: Mantenimiento preventivos y correctivos de infraestructura.

Procesos 3: Egreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede.

Proceso 4: Codificación y registro de bienes

Proceso 5: Verificación de Inventario Físico de Bienes
Proceso 6: Descargo y enajenación de bienes
Proceso 7: Distribución de insumos o suministros
Proceso 8: Programación de Transporte.
Proceso 9: Abastecimiento de Combustible.
Proceso 10: Mantenimiento de Flota Vehicular.
Proceso 11: Seguimiento a siniestros de Flota Vehicular.

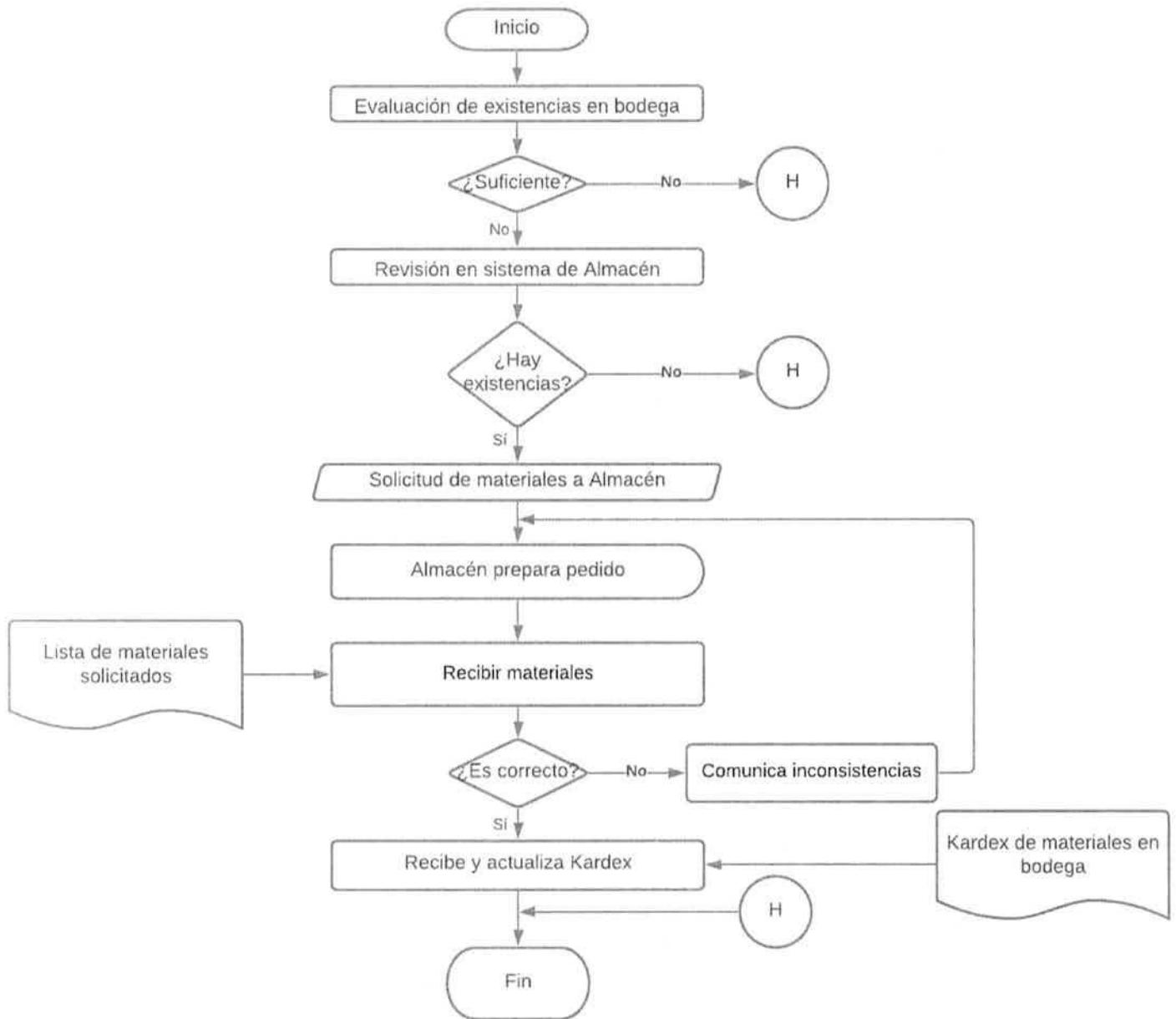
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 4/44.
TITULO DEL PROCESO: Ingreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede Administrativa.		

OBJETIVO: Asegurar la oportuna disponibilidad de herramientas y materiales en bodega de Sede Administrativa para los trabajos de mantenimiento a ejecutar.		
ALCANCE: Los actuales procedimientos son aplicables para materiales y herramientas resguardados en bodega de Sede Administrativa, iniciando el proceso con enviar solicitud de materiales y herramientas a Plantel Las Palmas y terminando en el resguardo de dichos materiales y herramientas en Bodega de Sede Administrativa.		
RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Mantenimiento de Instalaciones e Infraestructura		
REFERENCIA: LACAP, Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de Eficiencia en el Gasto del Sector Público, Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD.		
DEFINICIONES:		
DESARROLLO: PROCESO N° 1: Ingreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede Administrativa.		
Auxiliar administrativo.	1	Evaluar existencias en bodega.

Auxiliar administrativo.	2	Revisar existencias en sistema de Almacén.
Auxiliar administrativo	3	Enviar solicitud de materiales a Almacén.
Auxiliar administrativo	4	Recibir materiales y herramientas conforme a vale de salida entregada por guarda almacén de plantel Las Palmas.
Auxiliar administrativo	5	Ingresar materiales y/o herramientas al sistema Kardex de herramientas.
Auxiliar administrativo	6	Resguardar materiales y/o herramientas en bodega de Sede Administrativas.
METAS:		
1. 100% porcentaje de abastecimiento de herramientas y materiales priorizados		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficiencia – Porcentaje de abastecimiento de herramientas y materiales = (número de ítem de materiales y herramientas priorizados abastecidos/número de ítem de materiales y herramientas priorizados)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual.

FLUJOGRAMA 1: Ingreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 7/44.
TITULO DEL PROCESO: Adecuaciones y Mantenimiento correctivos de infraestructura.		

OBJETIVO:

Planificar y ejecutar adecuaciones y mantenimientos correctivos menores de infraestructura, en un periodo de tiempo razonable y oportuno.

ALCANCE: Las actividades de mantenimiento se realizarán en Sede Administrativa, y dependencias del FOSALUD, tomando en cuenta trabajos de Electricidad, Fontanería, Cerrajería y mantenimiento general menor, iniciando los trabajos con una solicitud de mantenimiento y finalizando el mantenimiento con hojas de trabajo el cual contendrá las actividades realizadas por el técnico.

RESPONSABLE: Jefatura de Servicios Generales y Coordinador de Mantenimiento de Instalaciones Físicas e Infraestructura.

REFERENCIA: LACAP, Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de Eficiencia en el Gasto del Sector Público, Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD.

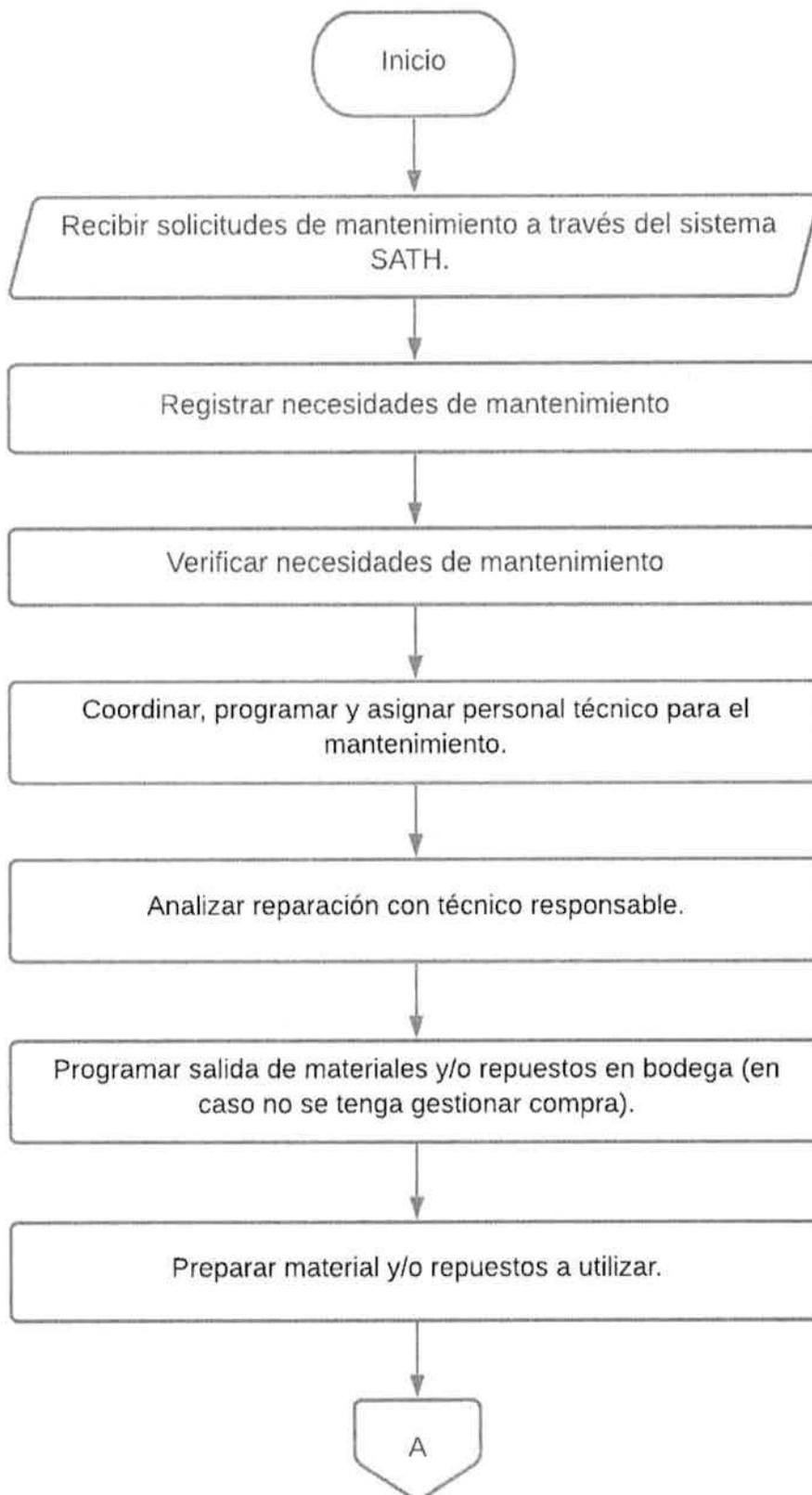
DEFINICIONES: Mantenimiento menor: actividades que no requieren un cambio significativo en la edificación del inmueble, o que no requieran construcción p.e. Reposición e instalación de lámparas, focos, tomacorrientes, protecciones térmicas, Mantenimiento y sustitución de sanitarios y lavamanos con sus componentes, sustitución e instalación de puertas, chapas, aplicación de pintura, Mantenimiento de techos, canales, instalación de tabla yeso y reemplazo de cielo falso., SATH (Sistema de Talento Humano)

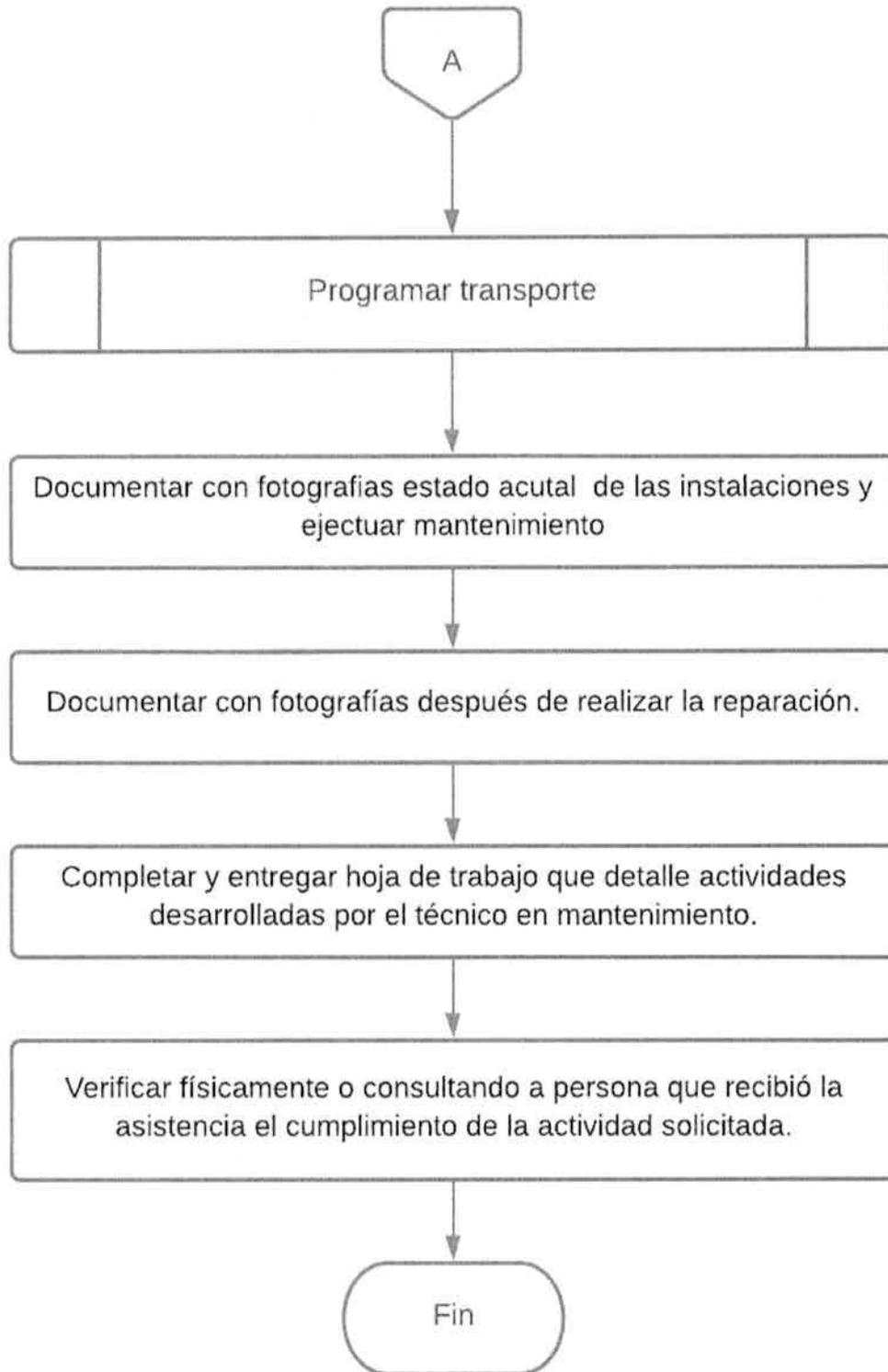
DESARROLLO:**PROCESO N° 2: Mantenimiento preventivos y correctivos de infraestructura.**

Coordinador de mantenimiento e infraestructura.	1	Recibir solicitudes de mantenimiento las cuales deben ser solicitadas a través del sistema SATH por medio de ticket.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura.	2	Registrar la necesidad en el cuadro de control de solicitudes de mantenimiento.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura.	3	Verificar y confirmar las necesidades requeridas con la persona que solicito el apoyo.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura o Auxiliar administrativo.	4	Coordinar, programar y asignar personal técnico para el mantenimiento.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura o Auxiliar administrativo.	5	Analizar reparación con técnico responsable.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura o Auxiliar administrativo.	6	Programar salida de materiales y/o repuestos en bodega (en caso no se tenga gestionar compra)
Coordinador de mantenimiento e infraestructura o Auxiliar administrativo.	7	Preparar material y/o repuestos a utilizar
Auxiliar administrativo	8	Programar transporte para realizar mantenimiento.
Técnico en mantenimiento	9	Documentar con fotografías estado actual de las instalaciones y ejecutar mantenimiento.
Técnico en mantenimiento	10	Documentar con fotografías después de realizar la reparación.

Técnico en mantenimiento	11	Completar y entregar hoja de trabajo que detalle actividades desarrolladas por el técnico en mantenimiento.
Coordinador de mantenimiento e infraestructura o Auxiliar administrativo.	12	Verificar físicamente o consultando a persona que recibió la asistencia el cumplimiento de la actividad solicitada.
METAS:		
1. 100% de solicitudes de mantenimiento menor atendidas en un tiempo igual o menor a 6 días hábiles.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Calidad – porcentaje de solicitudes atendidas en un tiempo razonable=(No. de solicitudes atendidas de mantenimiento menor en 6 días hábiles o menos/Total de solicitudes de mantenimiento menor atendidas)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual.

FLUJOGRAMA 2: Mantenimiento preventivos y correctivos de infraestructura.





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SÓLIDARIO PARA LA SALUD</p>	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 12/44.
TITULO DEL PROCESO: Egreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede Administrativa.		

OBJETIVO:

Garantizar orden y un mayor control en el uso de herramientas y materiales para necesidades de mantenimiento y adecuaciones del FOSALUD y sus dependencias.

ALCANCE: Los siguientes procedimientos son aplicables para materiales y herramientas resguardados en bodega de Sede Administrativa, iniciando el proceso con recepción de solicitud de materiales y herramientas y terminando con la entrega de herramienta y/o materiales al técnico encargado

RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Mantenimiento de Instalaciones e Infraestructura

REFERENCIA: LACAP, Normas de Auditoría Interna del Sector Gubernamental, Política de Ahorro y de Eficiencia en el Gasto del Sector Público, Reglamento Interno de Trabajo del FOSALUD...

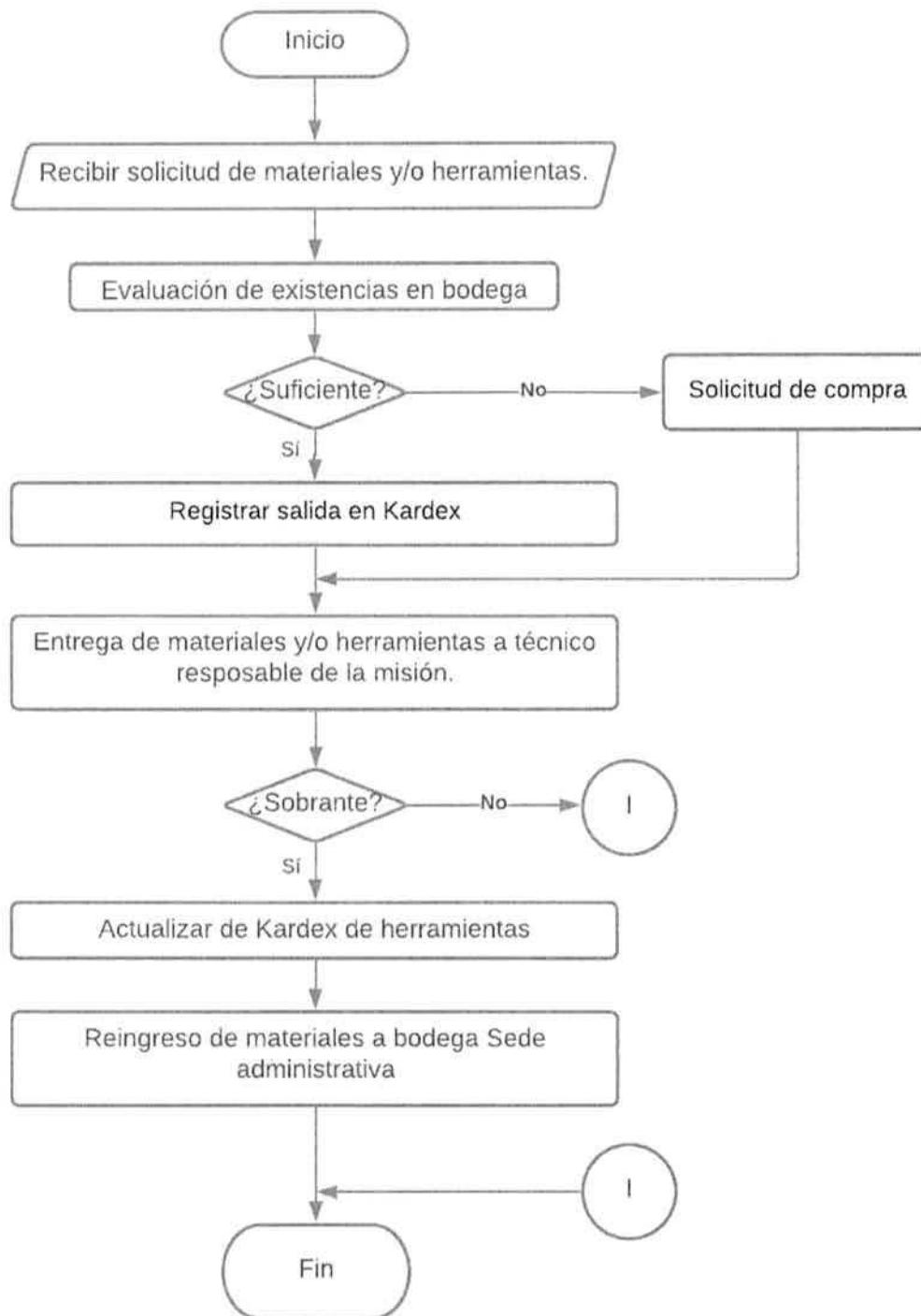
DEFINICIONES: Kardex: formato que se usa para mantener el registro de salidas y entradas durante se realiza la entrega.

DESARROLLO:

PROCESO N° 3: Egreso y reingreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede Administrativa.

Auxiliar administrativo.	1	Recibir solicitud de materiales y/o herramientas.
Auxiliar administrativo	2	Evaluar existencias en bodega.
Auxiliar administrativo.	3	Registrar salida de materiales y/o herramientas del sistema Kardex. O emitir solicitud de compra.
Auxiliar administrativo	4	Entrega de materiales y/o Herramientas a técnico responsable de la misión.
Auxiliar administrativo	5	Actualizar Kardex en caso se tenga sobrante de materiales o se reingresara herramientas.
Auxiliar administrativo	6	Reingresar materiales o herramientas en bodega Sede Administrativa en caso aplique.
METAS:		
1. 100% de control de Kardex Actualizado.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia, Porcentaje de Kardex actualizados = (Cantidad de Kardex actualizados/Cantidad total de Kardex)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

FLUJOGRAMA 3: Egreso de Materiales y Herramientas en bodega de Sede Administrativa.



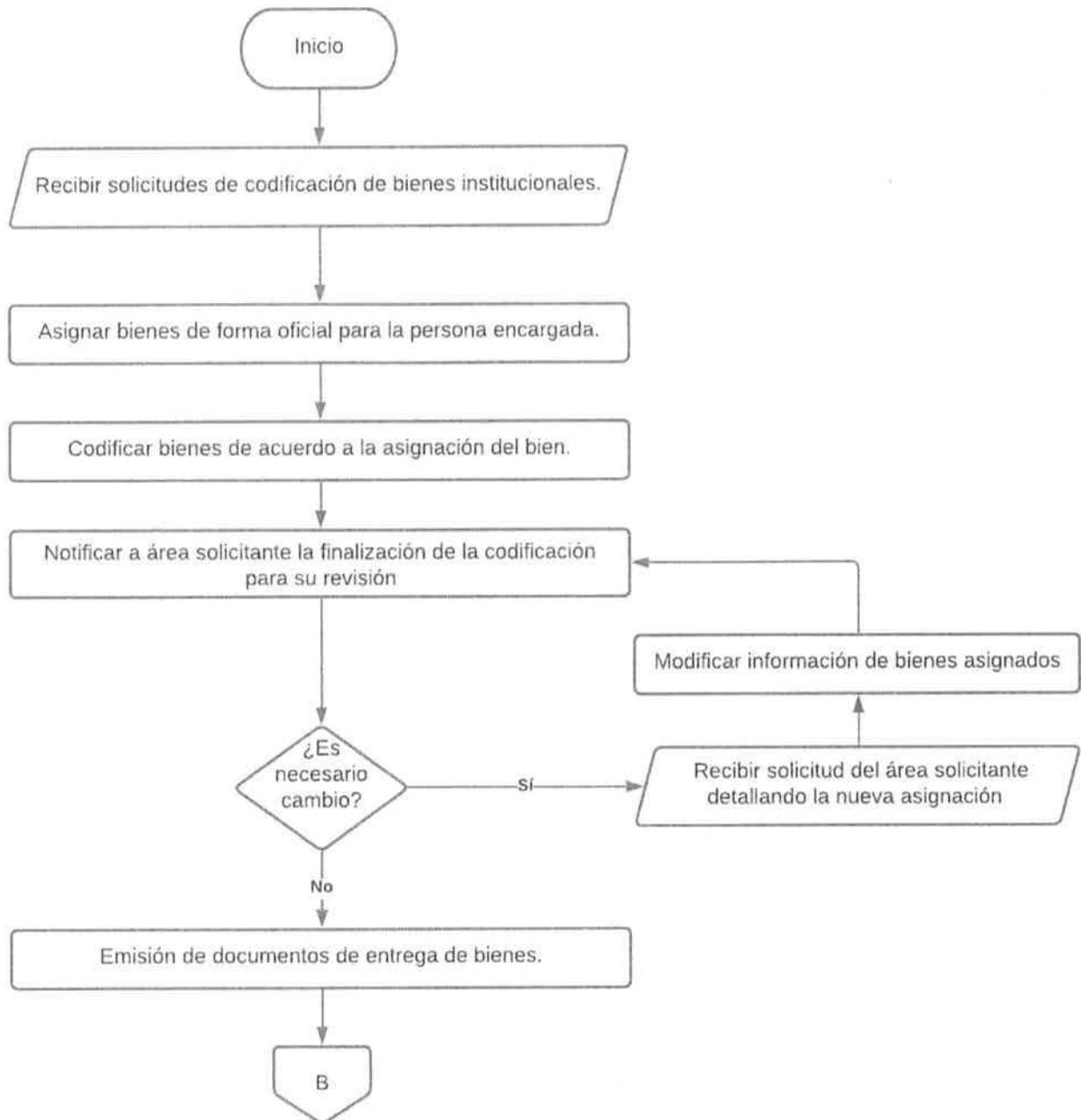
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

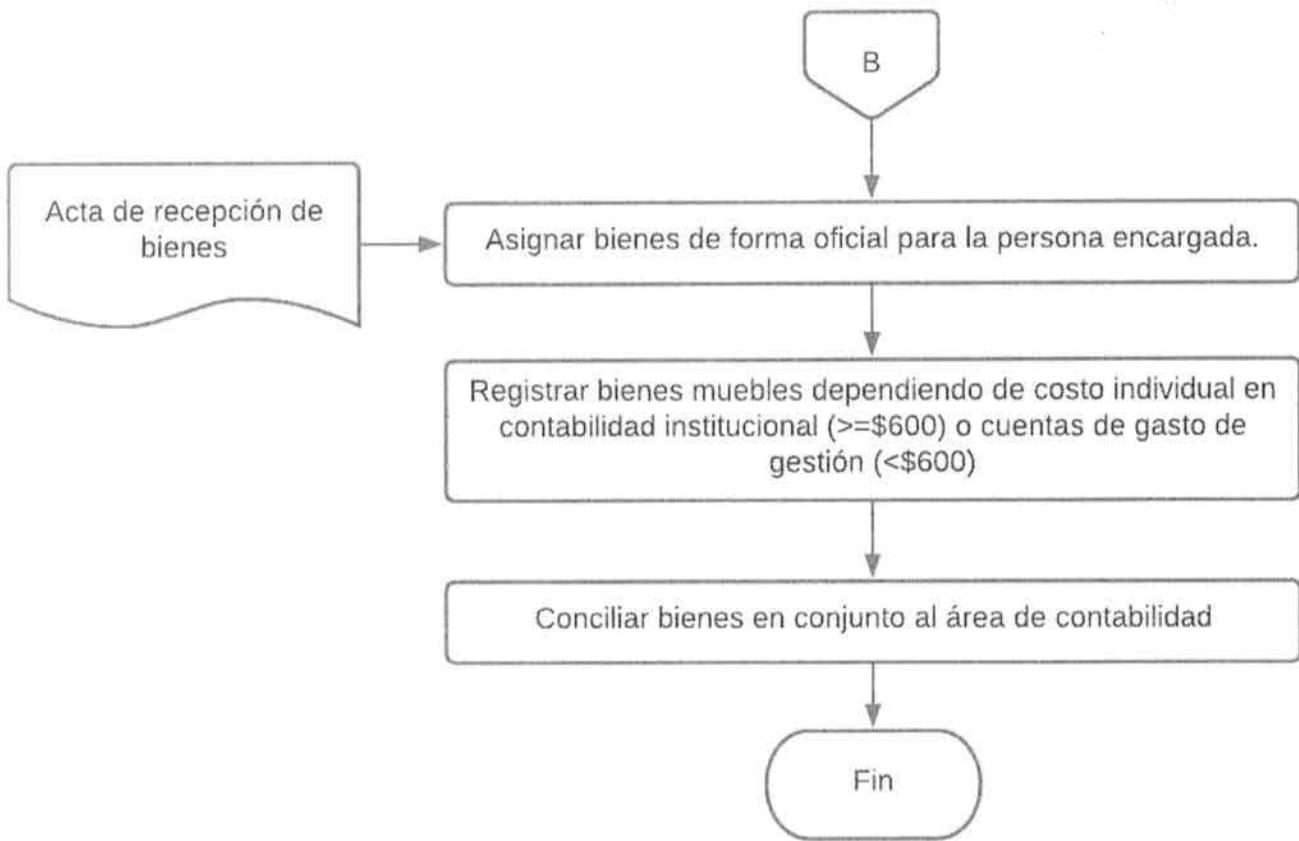
 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidad de Servicios Generales</p>	<p align="center">Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 15/44.</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO: Codificación y registro de bienes</p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Codificar y registrar los bienes institucionales adquiridos ya sea por compra interna, donación, dación en pago, transferencia, permuta o cualquier otro mecanismo que transfiera el dominio legal de estos bienes a la institución.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Estarán sujetos al procedimiento de codificación todos los bienes propiedad de FOSALUD (cual sea su forma de adquisición), salvo aquellos bienes que por su naturaleza no sea posible realizar dicho procedimiento de codificación. Iniciando con la recepción de solicitudes de codificación y culminando en conciliación de bienes en conjunto con contabilidad.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Control de Bienes</p>		
<p>REFERENCIA: Manual de políticas y procedimientos de servicios generales, Manual Técnico del Sistema de Administración Financiero MT-SAFI, Normas Técnicas de Control Interno Específicas.</p>		
<p>DEFINICIONES: Codificar (asignar número correlativo institucional a bienes de FOSALUD)</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p align="center">PROCESO N° 4: Codificación y registro de bienes</p>		
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">1</p>	<p>Recibir de solicitudes de codificación de bienes institucionales.</p>
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">2</p>	<p>Asignar de formar oficial bienes adquiridos.</p>
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">3</p>	<p>Codificar bienes, acorde a su asignación.</p>

Coordinador de Control de Bienes	4	Notificar sobre la finalización de la codificación a la unidad solicitante.
Coordinador de Control de Bienes	5	Modificar asignación de viene en caso sea necesario.
Coordinador de Control de Bienes	6	Emitir documentos para entrega de bienes.
Coordinador de Control de Bienes	7	Registrar bienes una vez sean entregados con firma de recibido. Los bienes muebles cuyo valor individual es igual o mayor de seiscientos dólares americanos (USD\$6000.00) serán registrados en la contabilidad institucional y se le aplicará un factor de depreciación lineal de acuerdo a la normativa vigente y aplicable para ello (MT-SAFI.) Para el caso de los bienes muebles cuyo valor individual de adquisición es inferior a los seiscientos dólares americanos, estos deberán registrarse en cuentas de gasto de gestión.
Coordinador de Control de Bienes	8	Conciliar bienes en conjunto con el área de contabilidad de forma periódica para identificar diferencias en los saldos de ambas partes (Activo Fijo y Contabilidad)
METAS: Cumplimiento del 100% de solicitudes de codificación.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia- Porcentaje de bienes codificados y registrados – (Número de bienes codificados/Número Bienes adquiridos)x100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

FLUJOGRAMAS 4: Codificación y registro de bienes





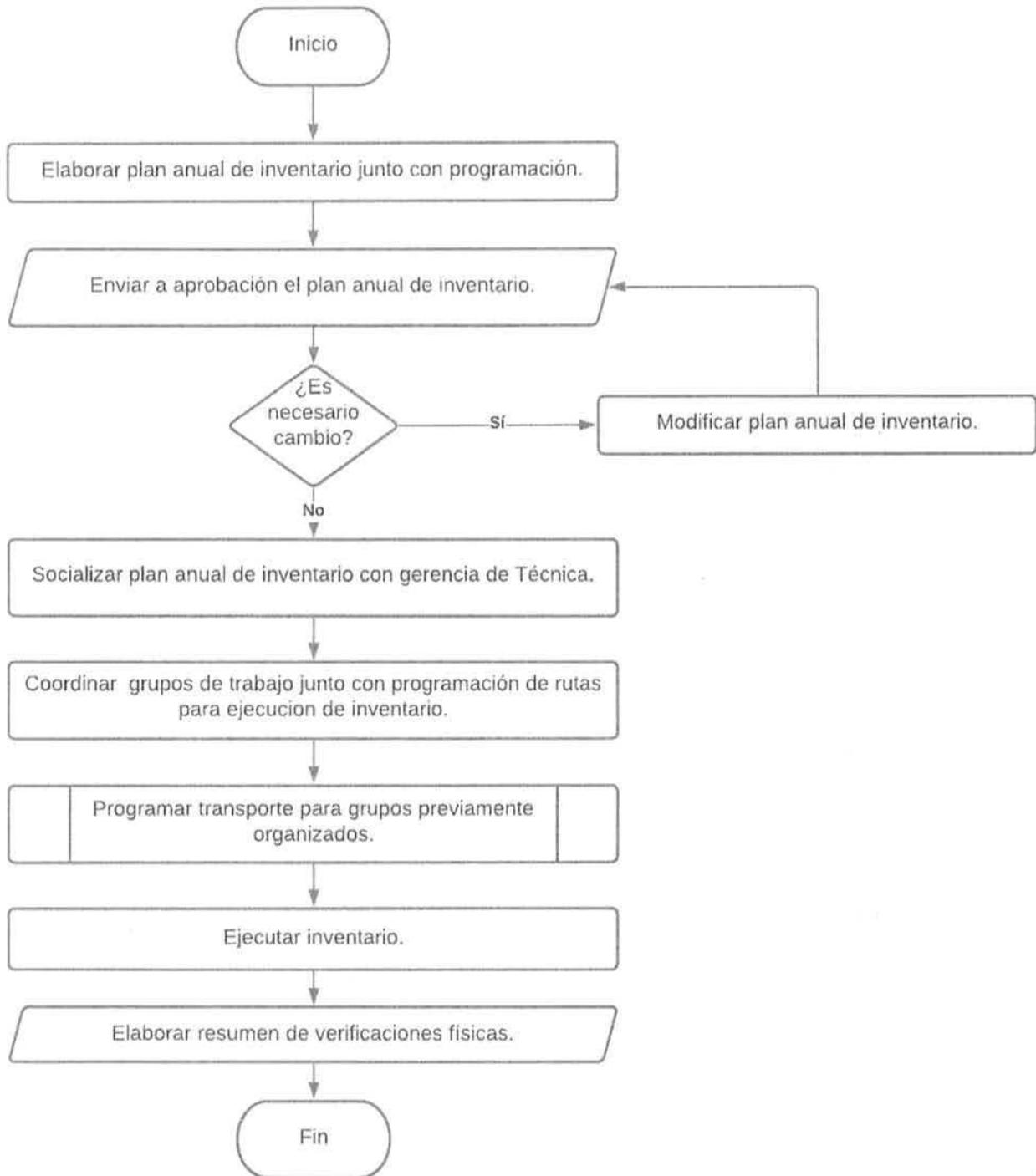
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidad de Servicios Generales</p>	<p align="center">Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 19/44.</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO: Verificación de Inventario Físico de Bienes</p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar la ejecución del inventario físico de bienes asignados a las diferentes dependencias de FOSALUD..</p>		
<p>ALCANCE: El procedimiento de verificación física de bienes incluye todas las dependencias y usuarios que en el ejercicio de sus funciones, hagan uso de bienes propiedad de FOSALUD. Iniciando con la elaboración de plan de inventario anual y finalizando con la elaboración del reporte con resumen de bienes</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Control de Bienes</p>		
<p>REFERENCIA: Manual de políticas y procedimientos de servicios generales, Normas Técnicas de Control Interno específicas, Ley de Creación de FOSALUD, Ley de Corte de Cuentas.</p>		
<p>DEFINICIONES:</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p align="center">PROCESO N° 5 Verificación de Inventario Físico de Bienes</p>		
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">1</p>	<p>Elaborar Plan Anual de Inventario.</p>
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">2</p>	<p>Solicitar aprobación de plan anual de inventario.</p>
<p>Coordinador de Control de Bienes</p>	<p align="center">3</p>	<p>Socializar plan anual de inventario. a Gerencia Técnica,</p>

Coordinador de Control de Bienes	4	Coordinar grupos de trabajo que apoyara en la ejecución del inventario.
Coordinador de Control de Bienes	5	Programar rutas de trabajo por cada grupo junto con las solicitudes de transporte.
Coordinador de Control de Bienes	6	Ejecutar inventario en las unidades de salud programadas.
Coordinador de Control de Bienes	7	Elaborar un reporte que incluye un resumen de los bienes no verificados físicamente y los bienes que por diversas razones son retirados del establecimiento en cuestión.
METAS: Cumplimiento de al menos el 90% del plan anual de inventario.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia- Porcentaje de cumplimiento de proceso de inventario físico (Unidades de salud inventariadas/Unidades de salud planificadas)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual, seis meses consecutivos a partir del 6to. Mes de cada ejercicio fiscal ordinario.

FLUJOGRAMA 5: Verificación de Inventario Físico de Bienes



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

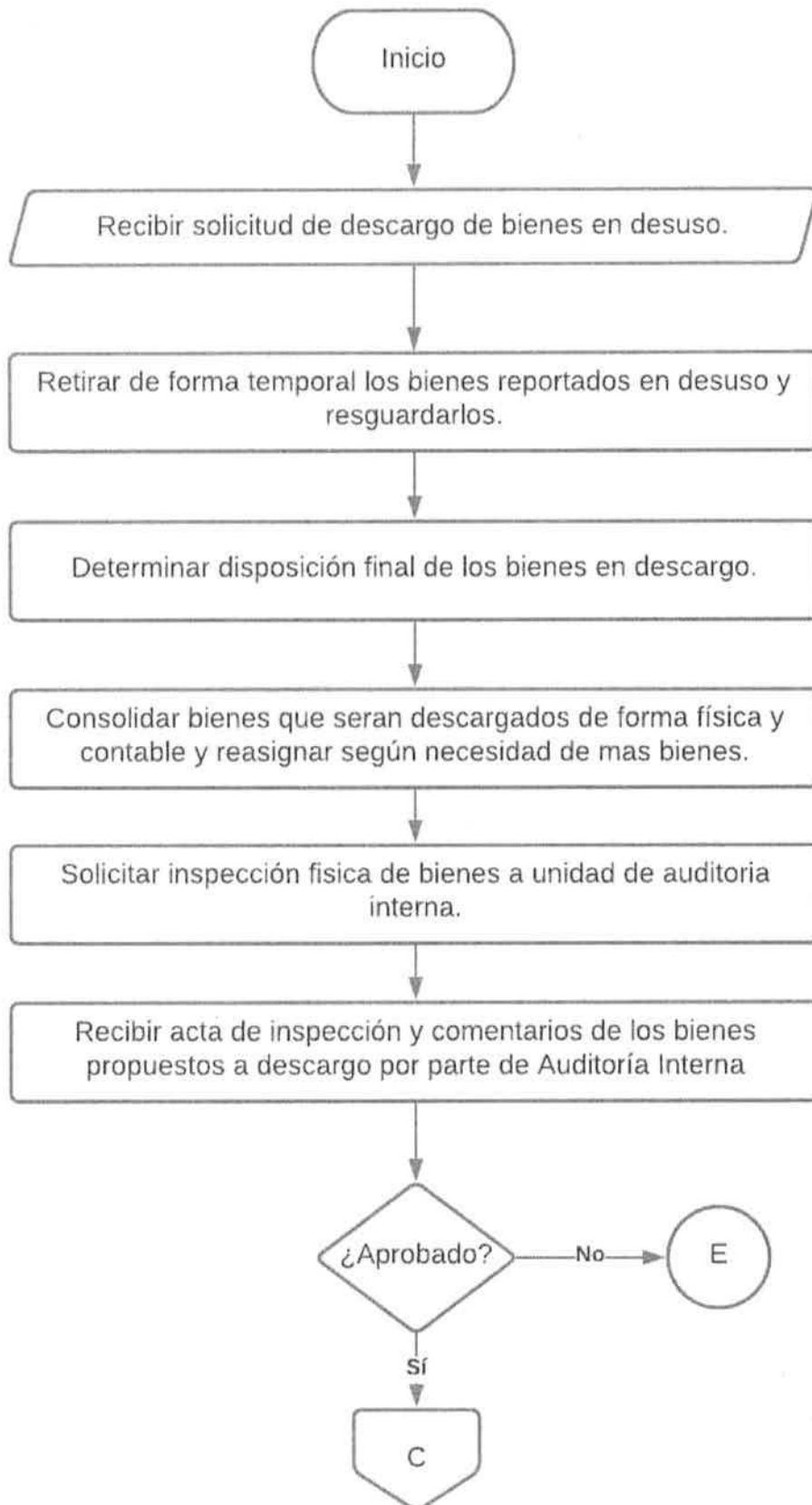
 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidad de Servicios Generales</p>	<p align="center">Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 22/44.</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO: Descargo, enajenación y/o destrucción de bienes en desuso</p>		

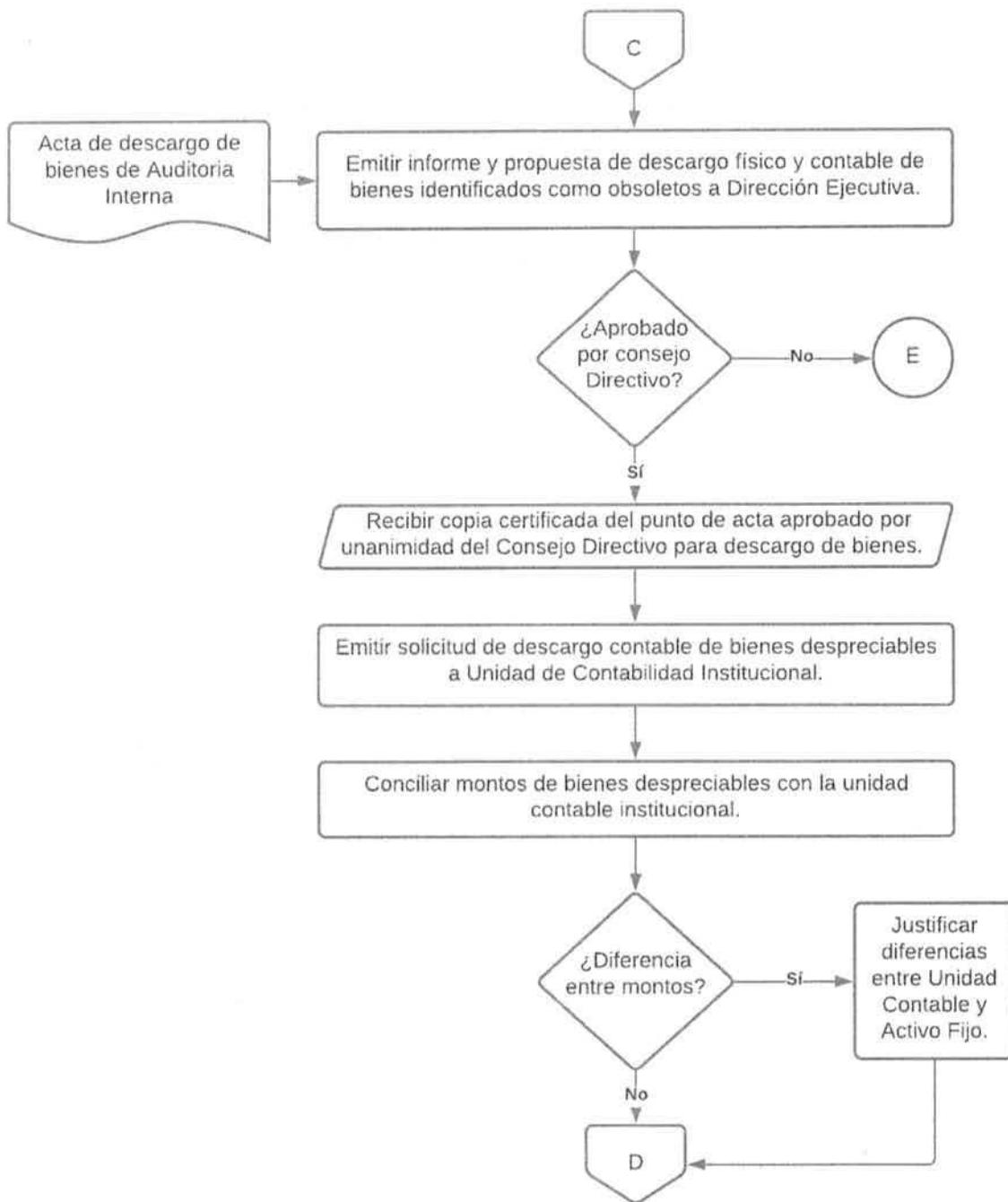
<p>OBJETIVO:</p> <p>Identificar y gestionar la baja contable de bienes institucionales que, debido a su condición de desgaste y detrimento normal durante su vida útil, se han vuelto susceptibles a descargo.</p>		
<p>ALCANCE: Estarán sujetos al procedimiento de descargo contable y físico, todos los bienes institucionales que hayan perdido la posibilidad de prestar servicio y/o que habiéndose averiado su costo de reparación resultare demasiado oneroso. Iniciando el proceso con la recepción de solicitud de descargo y culminando con elaboración y entrega de informe final.</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Control de Bienes</p>		
<p>REFERENCIA: Manual de políticas y procedimientos de servicios generales, Normas Técnicas de Control Interno específicas, Ley de Creación de FOSALUD, Ley de Corte de Cuentas.</p>		
<p>DEFINICIONES: Enajenación: Venta, donación o cesión del derecho o el dominio que se tiene sobre un bien, baja contable: sacar del registro contable un bien.</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p align="center">PROCESO N° 6 Descargo, enajenación y/o destrucción de bienes en desuso</p>		
<p>Coordinador de control de bienes</p>	<p align="center">1</p>	<p>Recibir solicitud de descargo de bienes en desuso. La recepción de bienes, ya sea por su condición de deterioro o desuso, deberá ser solicitada al área de activo fijo por medios escritos físicos o digitales. Y será esta misma área quien dará resguardo temporal mientras se determina disposición final de estos.</p>

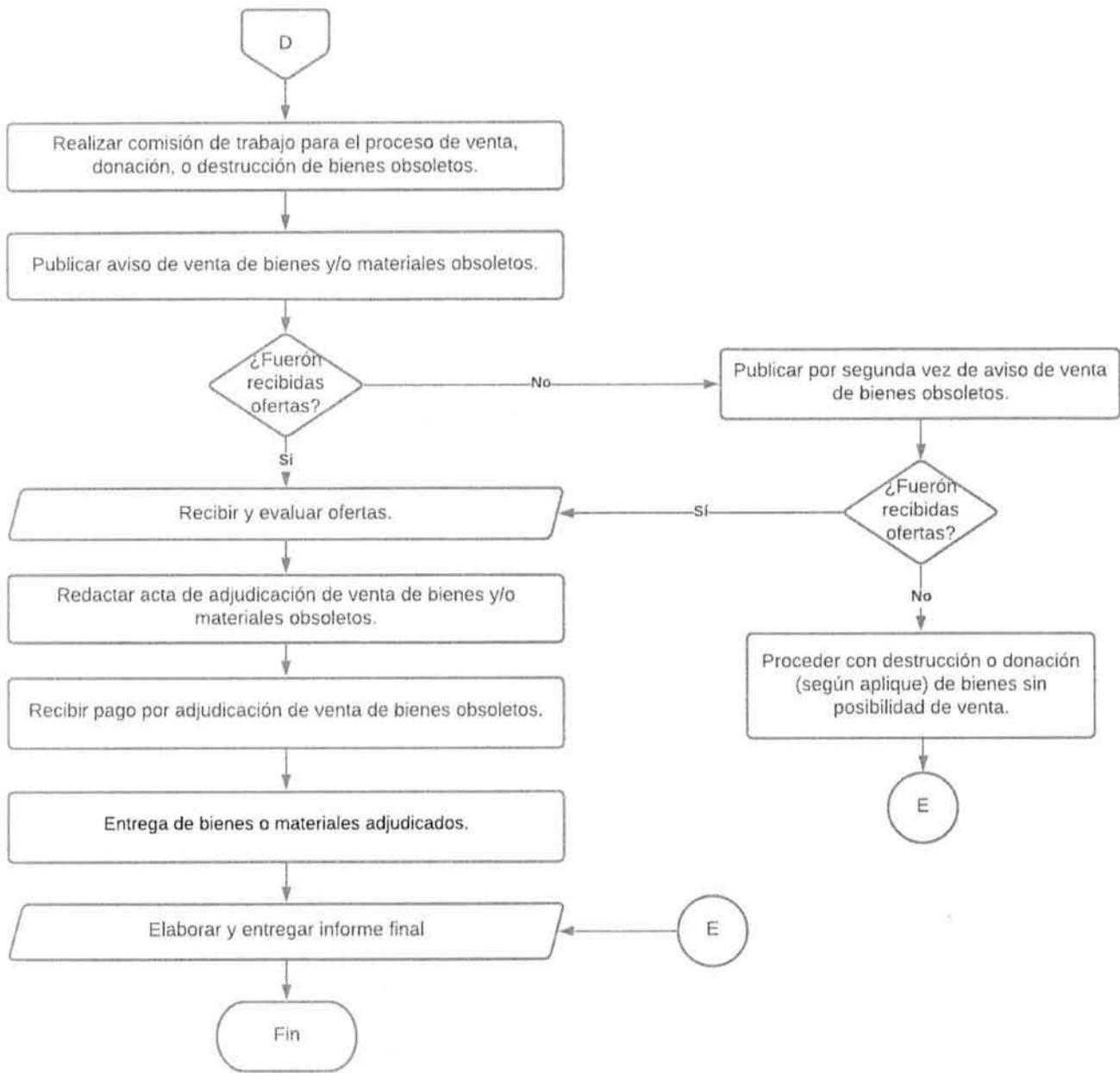
Coordinador de control de bienes	2	Retirar y resguardar temporalmente bien reportados en desuso. El área de activo fijo realizará el retiro de los bienes obsoletos o en desuso identificados en las diferentes dependencias en donde se encuentren bienes asignados propiedad de FOSALUD (Incluye sedes administrativas, almacenes, UCSF, HEM, OSI, HN, etc), los cuales serán resguardados temporalmente mientras se determina su disposición final. Los retiros de bienes podrán efectuarse a petición de las diferentes unidades administrativas y operativas, al identificarse durante inventario anual del área, por subutilización de los bienes, adecuaciones y traslados, etc.
Coordinador de control de bienes	3	Determinar disposición final de los bienes. Descargo tanto físico y contable, o en el caso de los bienes que posean posibilidad de uso, estos podrán ser reasignados de acuerdo a la necesidad que de ellos se requiera.
Coordinador de control de bienes	4	Consolidar bienes susceptibles a descargo físico y contable.
Coordinador de control de bienes	5	Solicitar inspección física de bienes por parte de auditoría interna.
Auditoría Interna	6	Emitir acta de inspección. Incluyendo opinión de aprobación o declinación de los bienes propuestos a descargo. El acta deberá formar parte de los anexos en la propuesta de descargo.
Coordinador de control de bienes	7	Emitir informe y propuesta de descargo físico y contable de bienes identificados como obsoletos a Dirección Ejecutiva
Coordinador de control de bienes	8	Recibir copia certificada del punto de acta aprobado por unanimidad del Consejo Directivo para descargo de bienes
Coordinador de control de bienes	9	Emitir solicitud de descargo contable de bienes despreciables a Unidad de Contabilidad Institucional
Coordinador de control de bienes	10	Conciliar montos de bienes despreciables con la unidad contable institucional

Dirección Ejecutiva / Coordinador de control de bienes	11	Realizar comisión de trabajo para el proceso de venta, donación, o destrucción de bienes obsoletos.
Comisión de Trabajo	12	Publicar aviso de venta de bienes y/o materiales obsoletos
Comisión de Trabajo / Ofertantes	13	Recepción y apertura de ofertas
Comisión de Trabajo / Ofertantes	14	Redactar acta de adjudicación de venta de bienes y/o materiales obsoletos
Comisión de Trabajo / Unidad de tesorería	16	Recibir pago por adjudicación de venta de bienes obsoletos
Comisión de Trabajo	17	Publicar por segunda vez de aviso de venta de bienes obsoletos. En caso de quedar desierto el proceso de obsoletos venta de bienes y/o materiales obsoletos ya sea de forma total o parcial
Comisión de Trabajo / Ofertantes	18	Recepción y apertura de ofertas.
Comisión de Trabajo / Ofertantes	19	Acta de adjudicación de venta de bienes y/o materiales obsoletos
Comisión de Trabajo / Unidad de tesorería	20	Recepción de pago por adjudicación de venta de bienes o materiales obsoletos.
Comisión de Trabajo	21	Entrega de bienes o materiales adjudicados.
Comisión de Trabajo	22	Proceder con destrucción, o donación de bienes sin posibilidad de venta
Coordinador de control de bienes	23	Elaboración y entrega de informe final
METAS: Ejecución de dos procesos de depuración de bienes susceptibles al descargo físico y contable.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia- Numero de procesos de descargo y/o enajenación de bienes ejecutados en el año.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Anual.

FLUJOGRAMA 6: Descargo, enajenación y/o destrucción de bienes en desuso







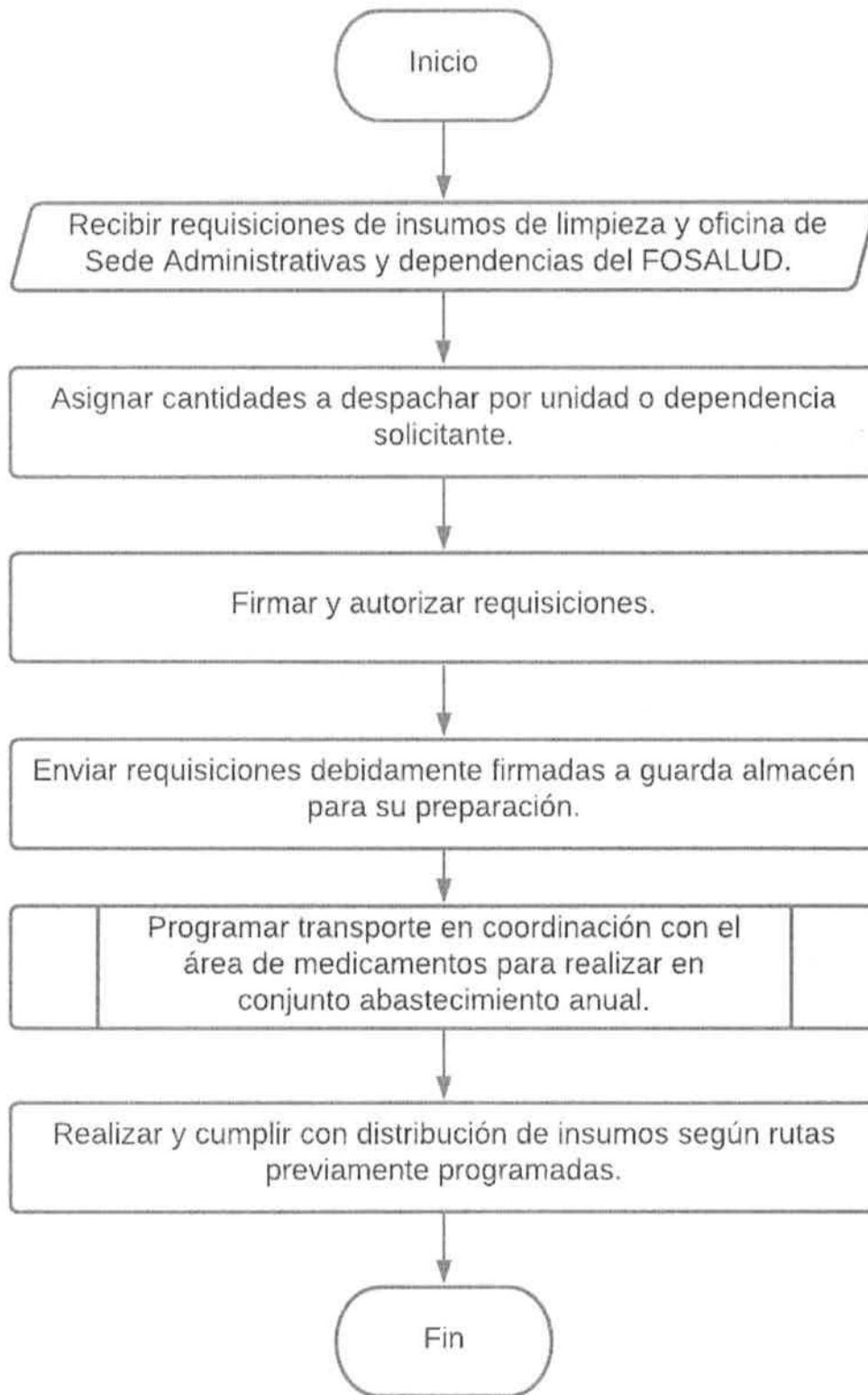
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	<h3 style="margin: 0;">Unidad de Servicios Generales</h3>	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 28/44.
TITULO DEL PROCESO: Distribución de insumos o suministros		

OBJETIVO: Garantizar a todas las Unidades de Salud con servicio FOSALUD los insumos de limpieza y papelería para poder ejercer con eficacia y prontitud el servicio requerido por los pacientes.		
ALCANCE: Se aplica este procedimiento a Sede Administrativa, y dependencias del FOSALUD que requieren los insumos de limpieza y papelería para poder brindar el servicio necesario y oportuno a los pacientes. Iniciando la actividad con la solicitud de insumos y terminando con la entrega de cada insumo a las unidades de salud.		
RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y coordinadora de Suministros Generales y Colaborador Administrativo		
REFERENCIA: Manual de políticas y procedimientos de servicios generales, Normas Técnicas de Control Interno específicas, Ley de Creación de FOSALUD, Ley de Corte de Cuentas.		
DEFINICIONES: Kardex: formato que se usa para mantener el registro de salidas y entradas durante se realiza el abastecimiento.		
DESARROLLO: PROCESO N° 7 Distribución de insumos o suministros		
Coordinador de Suministros Generales.	1	Recibir requisiciones autorizado por el responsable de la unidad de insumos de limpieza y oficina de Sede Administrativa, y dependencias del FOSALUD.

Coordinador de Suministros Generales.	2	Asignar cantidades a despachar por unidad o dependencia solicitante.
Coordinador de Suministros Generales.	3	Firmar y autorizar requisiciones.
Coordinador de Suministros Generales.	4	Enviar requisiciones debidamente firmadas a guarda almacén para su preparación.
Coordinador de Suministros Generales.	5	Coordinar con área de transporte, junto con área de medicamentos calendarización para rutas de abastecimiento anual de medicamentos, insumos médicos e insumos generales.
Coordinador de Suministros Generales.	6	Realizar distribución de insumos según rutas previamente programadas.
METAS: 100% de Dependencias de FOSALUD abastecidas con insumos priorizados.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia, Porcentaje de dependencias de FOSALUD abastecidos con insumos priorizados = (Número de dependencias abastecidas con insumos priorizados/ Total de dependencias del FOSALUD)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA 7: Distribución de insumos o suministros



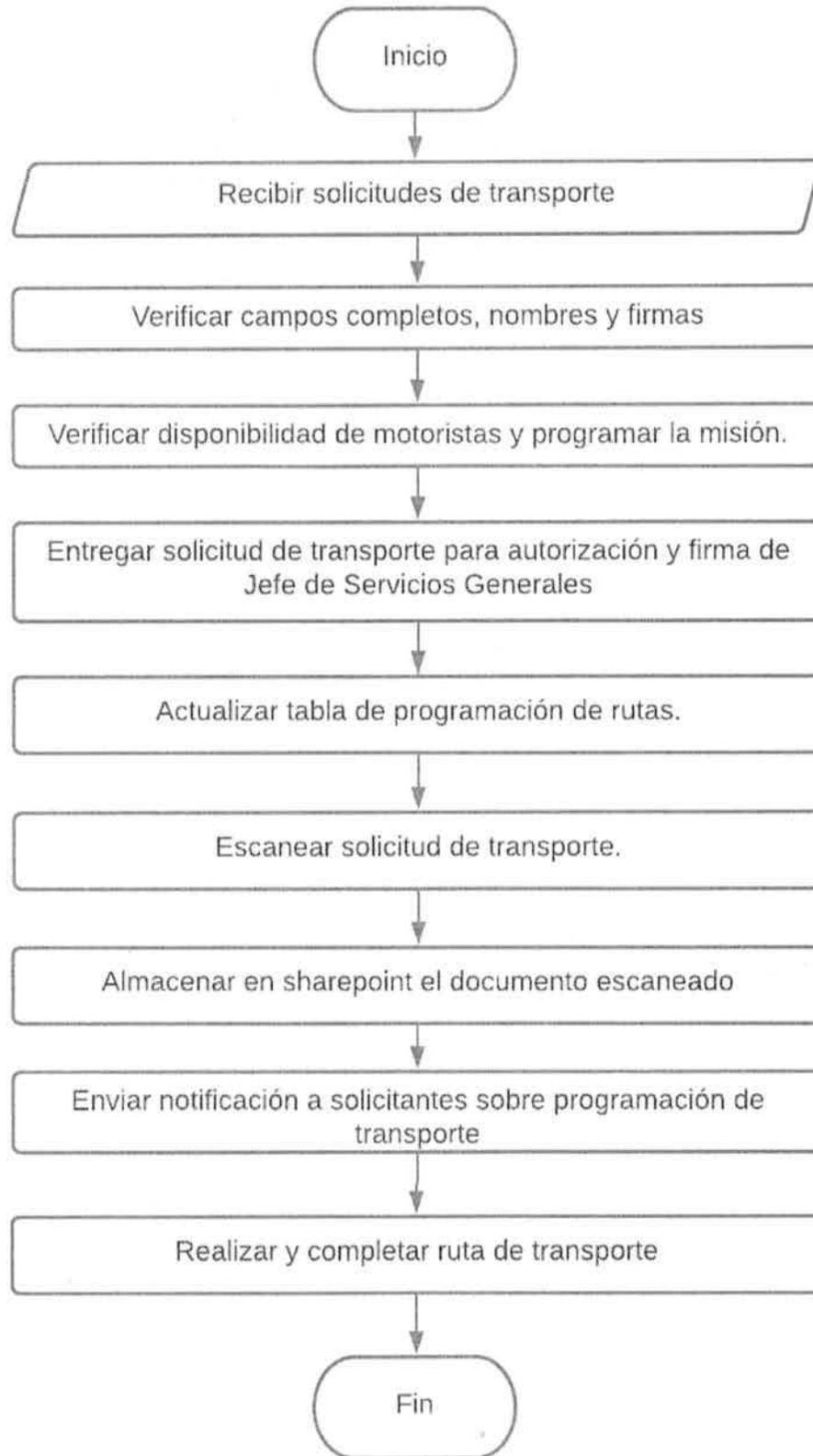
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 31/44.
TITULO DEL PROCESO: Programación de Transporte		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Asegurar mediante la elaboración de cuadro de ruta de transporte, el cumplimiento de las diferentes misiones solicitadas por cada una de las unidades de la institución, así, como dar cobertura a la distribución de medicamentos a nivel nacional.</p>		
<p>ALCANCE: Cobertura a nivel nacional con vehículos nacionales asignados a sede administrativa (Pick Up, Microbuses, camiones). Iniciando el proceso con la recepción de la solicitud de transporte y finalizando con la realización de la ruta de transporte</p>		
<p>RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales, Coordinador de Transporte, Mantenimiento de Flota Vehicular y Asistente Administrativo.</p>		
<p>REFERENCIA: Reglamento para uso de Vehículos Nacionales. Reglamento interno de FOSALUD</p>		
<p>DEFINICIONES: Solicitud de transporte: Solicitud generada por la persona interesada de realizar la misión relacionada a sus funciones con vehículos institucionales,</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p align="center">PROCESO N° 8: Recepción y programación de solicitudes de Transporte.</p>		
<p>Encargado/a de Logística de transporte</p>	<p>1</p>	<p>Recibir solicitudes de transporte y verificar que venga debidamente completa.</p>

Encargado/a de Logística de transporte	2	Verificar disponibilidad de motoristas y programar la misión.
Encargado/a de Logística de transporte	3	Entregar solicitud de transporte programada con firmas y sellos del solicitante, jefe inmediato del solicitante, y Encargado/a de Logística de transporte al Jefe/a de Servicios Generales.
Jefe de Servicios Generales	4	Revisar y firmar de autorizado para la solicitud de transporte.
Encargado/a de Logística de transporte	5	Escanear solicitud de transporte y elaborar programación de rutas de transporte
Encargado/a de Logística de transporte	6	Enviar notificación a las diferentes unidades de la institución la programación de Rutas de Transporte.
Motorista	7	Realizar ruta de transporte
METAS:		
1. 100% de solicitudes programadas y realizadas.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficacia, Porcentaje de solicitudes de transporte realizadas – (Número de solicitudes de transporte realizadas/Solicitadas) x100.		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual.

FLUJOGRAMA 8: Programación de Transporte



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 34/44.
TITULO DEL PROCESO: Abastecimiento de Combustible.		

OBJETIVO:

Garantizar el abastecimiento oportuno de combustible para las unidades de transporte de FOSALUD

ALCANCE: Todos los vehículos institucionales del FOSALUD sede administrativa, y las ambulancias de las diferentes UCSF, SEM. y las asignadas por convenios Institucionales.

RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales y Coordinador de Transporte y Mantenimiento de Flota Vehicular, Auxiliar Administrativo.

REFERENCIA: Reglamento para controlar la distribución de combustible en las entidades del sector público.

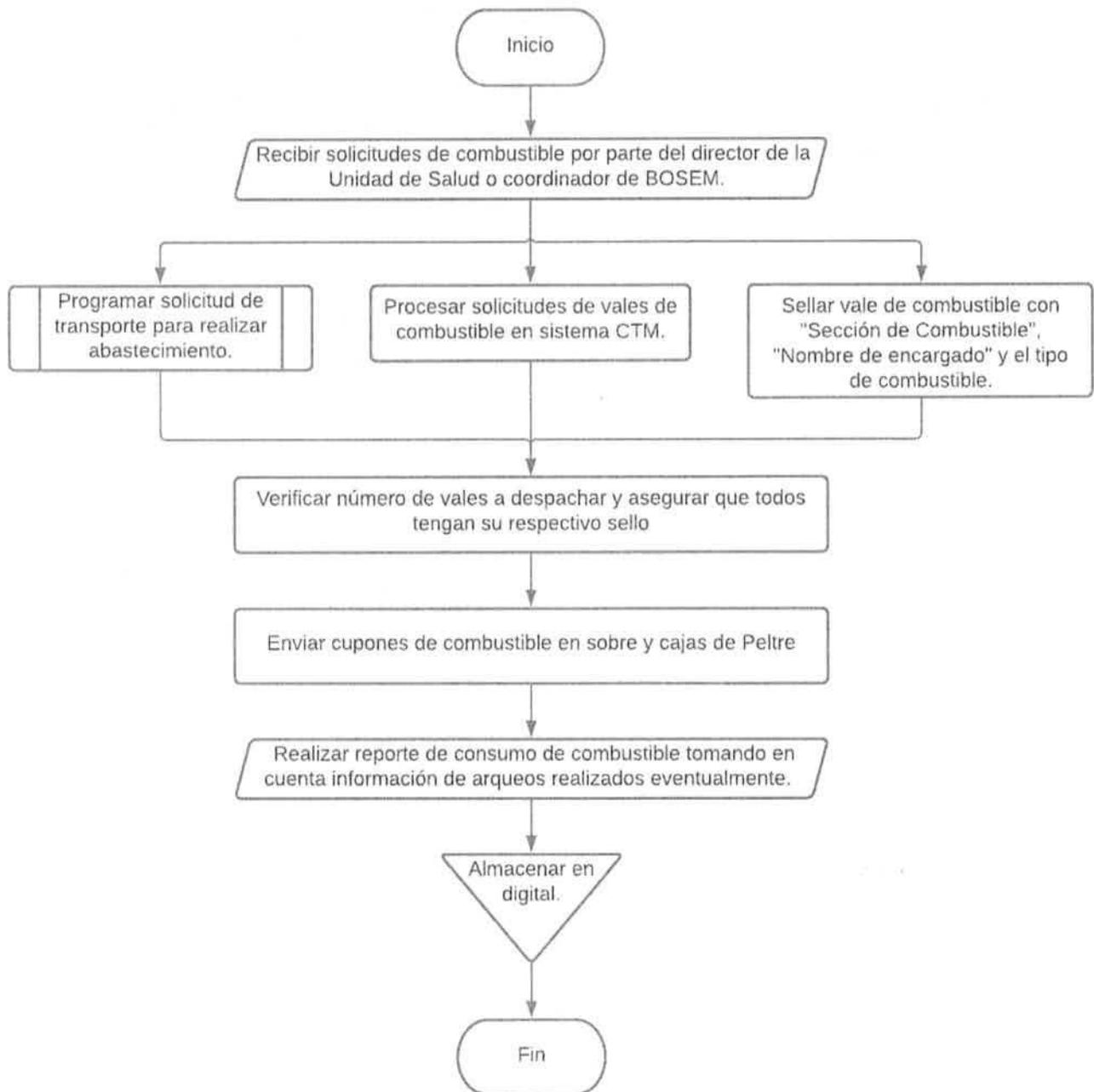
DEFINICIONES: Administrador de contratos: Persona encargada de administrar y dar seguimiento a contratos asignados, Sistema CTM: Sistema creado para el control de gasto de combustible y viáticos, Checklist: Herramienta para evaluar de forma rápida puntos específicos.

DESARROLLO:

PROCESO N° 9: Abastecimiento de combustible

Encargado/a de combustible	1	Recibir solicitudes de combustible por parte del director de la Unidad de Salud o coordinador de BOSEM..
Encargado/a de combustible	2	Preparar solicitud de transporte para realizar el abastecimiento de vale de combustible.
Encargado/a de combustible	3	Procesar solicitudes de vales de combustible en el sistema de combustible http://www.ctm-fosalud.gob.sv/ingresar.php agregando fecha, concepto, placa, lugares a visitar, nombre del solicitante, estado actual de vehículo, numero de cupones y persona que recibe.
Encargado/a de combustible	4	Sellar triple el vale de combustible con sello de Sección de Combustible, nombre del encargado de combustible, y el tipo de combustible "Diésel" o "Gasolina"
Encargado/a de combustible	5	Verificar el número de cupones a despachar, se colocan en sobre y en cajas Peltre.
Encargado/a de combustible	7	Enviar cupones de combustible en sobre y cajas de Peltre.
Encargado/a de combustible	8	Realizar reporte de consumo de combustible a jefatura inmediata tomando en cuenta información de arqueos realizados eventualmente.
METAS:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Llevar un control de consumo de combustible por UCSF y BOSEM para tener un mejor estimado de consumo. 2. Programar y entregar de manera oportuna vales de combustible 		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de vales de combustible Entregados = (Vales de combustible entregados/Vales de combustible solicitados.)*100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

FLUJOGRAMA 9: Abastecimiento de Combustible.



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	<h3 style="margin: 0;">Unidad de Servicios Generales</h3>	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 37/44.
TITULO DEL PROCESO: Mantenimiento de Flota Vehicular		

OBJETIVO: Asegurar la ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos de las unidades de transporte del FOSALUD y sus dependencias en el menor tiempo posible, y así disminuir la demora en la prestación del servicio, a las unidades internas y la población en general, maximizando el uso de cada unidad.		
ALCANCE: Se brinda cobertura de mantenimiento a pick up, microbuses, camiones y ambulancias que integran la totalidad de la flota vehicular de la institución. Iniciando el proceso con la elaboración de nota de servicio.		
RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales, Coordinador de Transporte y Mantenimiento de Flota Vehicular, Técnico de Flota de Vehicular.		
REFERENCIA: Ley de creación de FOSALUD, LACAP.		
DEFINICIONES: Administrador de contratos: Persona encargada de administrar y dar seguimiento a contratos asignados, Checklist: Herramienta para evaluar de forma rápida puntos específicos.		
DESARROLLO: <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> PROCESO N° 10: Programación de mantenimiento de vehículos </div>		
Auxiliar administrativo	1	Elaborar notas de servicio si se cumple el kilometraje requerido para el mantenimiento preventivo, si es mantenimiento correctivo se envía a diagnóstico de taller.

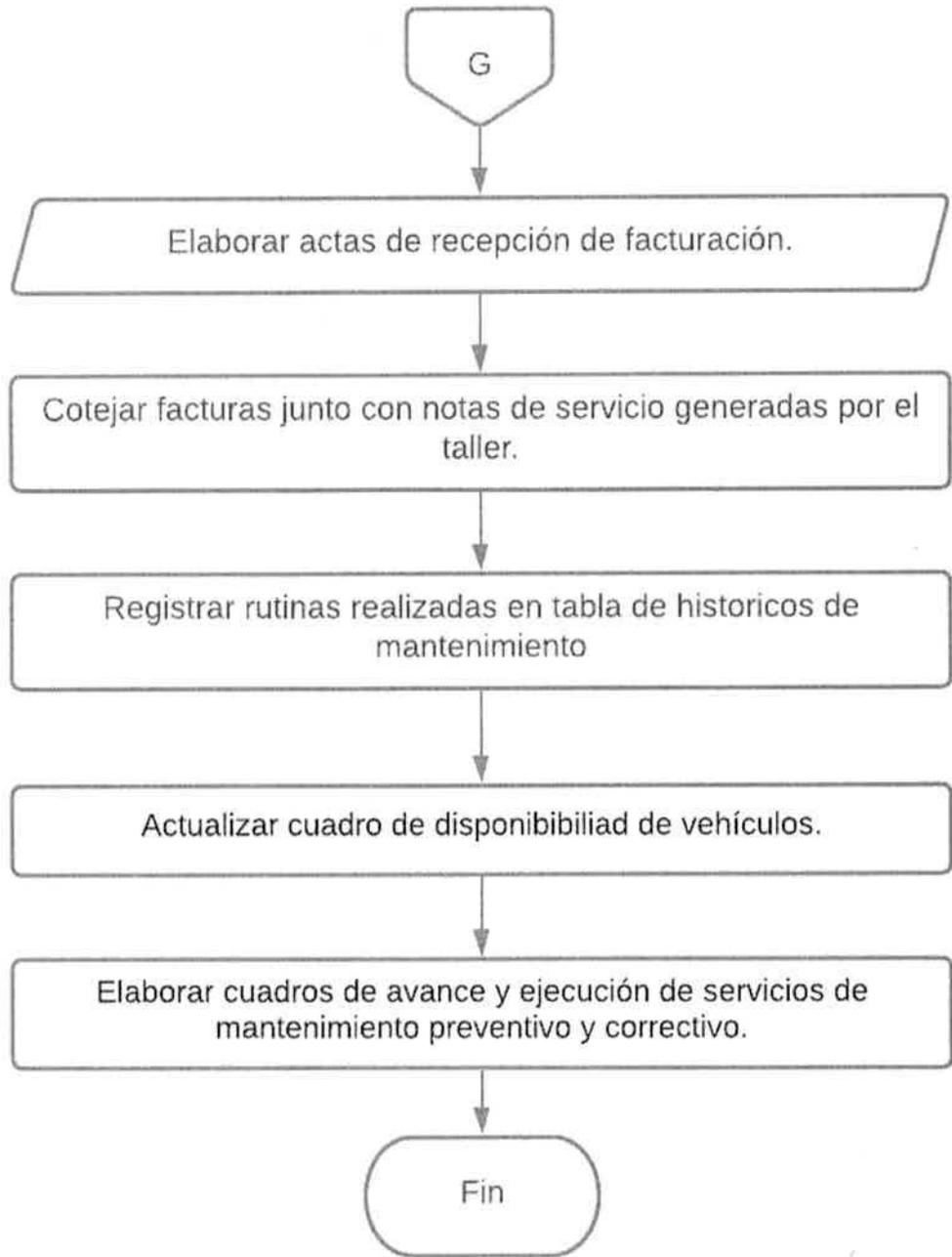
Auxiliar administrativo	2	Coordinar motorista para envío de unidad a taller.
Técnico de Flota Vehicular	3	Revisar conjuntamente con taller el presupuesto de reparación del vehículo y la necesidad de cambios o servicios sugeridos.
Técnico de Flota Vehicular/Auxiliar Administrativo	4	Revisar historial de reparación del vehículo, constatando aquellos casos que aplique garantía por servicio o repuesto.
Técnico de Flota Vehicular/ Coordinador de Transporte	5	Aprobar presupuesto de reparación.
Técnico de Flota Vehicular/ Coordinador de Transporte	6	Dar continuidad a reparación del vehículo en taller
Técnico de Flota Vehicular/ Coordinador de Transporte	7	Recibir y verificar contra listado piezas o repuestos obsoletos de vehículos institucionales.
Técnico de Flota Vehicular/ Coordinador de Transporte	8	Entregar mediante formato respectivo repuestos obsoletos de las unidades de transporte al Plantel El Matazano.
Auxiliar administrativo	9	Recibir facturas de mantenimiento por parte del taller.
Auxiliar administrativo	10	Elaborar actas de recepción de facturación.
Auxiliar administrativo	11	Cotejar facturas junto con notas de servicio generadas en FOSALUD y notas de servicio del taller.
Auxiliar administrativo	12	Registrar los servicios realizados a la unidad de transporte en tabla de histórico de mantenimientos
Auxiliar administrativo	13	Actualizar cuadro de disponibilidad de vehículos.
Auxiliar administrativo	14	Elaborar cuadros de avance y ejecución de servicios de mantenimiento.
METAS:		

1. 100% de vehículos enviados a mantenimiento preventivo en 4 días hábiles o menos. y 100% de Vehículos enviados a mantenimiento correctivo en 1 día hábil.

<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficiencia, Porcentaje de vehículos que ingresan al taller en 4 días hábiles o menos para mantenimiento preventivo una vez cumplido el kilometraje = (Número de vehículos enviado en 4 días o menos a MP / Número de vehículos programados para mantenimiento preventivo)*100</p> <p>Porcentaje de vehículos que ingresan al taller en 1 día hábil o menos para mantenimiento correctivo una vez reportada la necesidad = (Número de vehículos enviado en 1 día o menos a MC / Número de vehículos programados para mantenimiento correctivo)*100</p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Mensual</p>
--	---

FLUJOGRAMA 10: Mantenimiento de Flota Vehicular





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SÓLIDARIO PARA LA SALUD</p>	Unidad de Servicios Generales	Revisión No. 0 Fecha: diciembre, 2020 Pág. N° 42/44.
TITULO DEL PROCESO: Seguimiento a siniestros de Flota Vehicular		

OBJETIVO:

Garantizar el cuidado de las unidades de transporte de FOSALUD por parte de motoristas asignados, realizando el registro de accidentes que involucren unidades de transporte de la institución y gestionar reparación de la flota vehicular ante casos fortuitos o fuerza mayor (siniestros).

ALCANCE:

La cobertura todos los vehículos de la institución entre: Pick Up, microbuses, Camiones y ambulancias y motocicletas. E inicia el proceso con la notificación del siniestro ocurrido a la compañía aseguradora y termina en la notificación por parte del taller de que el vehículo se encuentra reparado

RESPONSABLE: Jefe de Servicios Generales, Coordinador de Transporte y Mantenimiento de Flota Vehicular, Auxiliar Administrativo.

REFERENCIA: Normas técnicas de control interno específicas del FOSALUD (Art.28), salvaguardar el patrimonio institucional.

DEFINICIONES:

1. Administrador de contratos: Persona encargada de administrar y dar seguimiento a contratos asignados,
2. Checklist: Herramienta para evaluar de forma rápida puntos específicos,
3. Siniestro: Acto fortuito en donde resulte dañada alguna unidad de transporte ya sea porque se encuentre en movimiento,
4. Tercero: Toda persona, excepto el conductor de la unidad, que resulte involucrada en el daño físico a alguna unidad de transporte de la institución ya sea por colisión o actos vandálicos.

DESARROLLO:

PROCESO N° 11: Seguimiento a siniestros de Flota Vehicular.

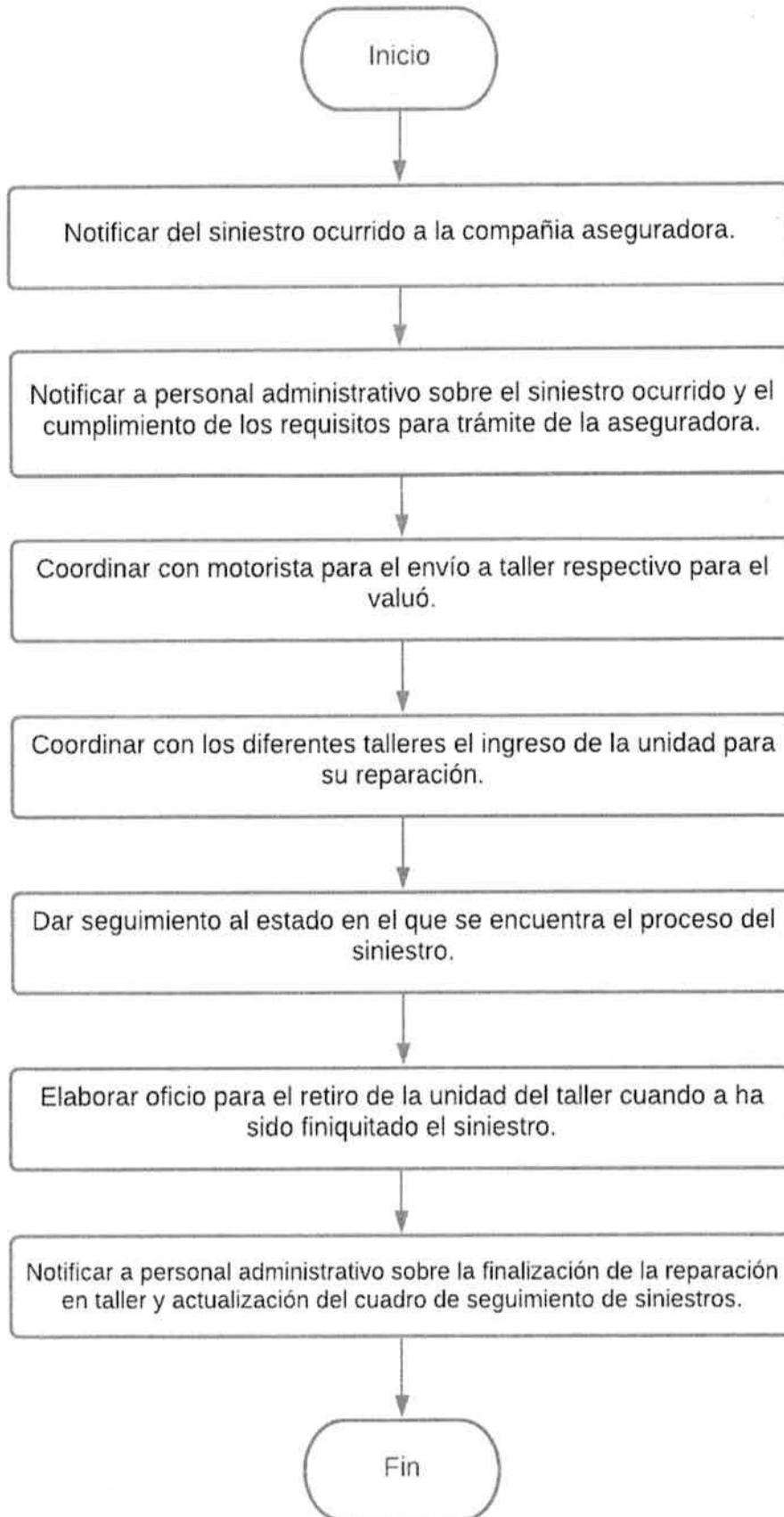
Motorista	1	Notificar del siniestro ocurrido a la compañía aseguradora
Auxiliar administrativo	2	Notificar a personal administrativo sobre el siniestro ocurrido y el cumplimiento de los requisitos para trámite de la aseguradora.
Auxiliar administrativo	3	Coordinar con motorista para el envío a taller respectivo para el valuó.
Auxiliar administrativo	4	Coordinar con los diferentes talleres el ingreso de la unidad para su reparación.
Auxiliar administrativo	5	Dar seguimiento al estado en el que se encuentra el proceso del siniestro.
Auxiliar administrativo	6	Elaborar oficio para el retiro de la unidad del taller cuando ya ha sido finiquitado el siniestro.
Auxiliar administrativo	7	Notificar a personal administrativo sobre la finalización de la reparación en taller y actualización del cuadro de seguimiento de siniestros.

METAS:

- 1. 100% de siniestros reportados con responsabilidad de un tercero.**

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Eficiencia, Porcentaje de cantidad de siniestros responsabilidad de un tercero = (Número de accidentes donde es responsable un tercero/Número de accidentes)*100		Mensual

FLUJOGRAMA 11: Seguro de Vehículos





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORANDUM

Para: Lic. Wilfredo Argueta Cáceres
Jefe de Planificación

De: Ing. Héctor Ulices Cardona Hernández *Hucifundez*
Gerente Administrativo

Asunto: Presentación de Manuales de Procesos

Fecha: 23/12/2020



Referencia: GA-2020-389

Estimado Licenciado Argueta, reciba un cordial saludo y éxitos en sus labores diarias.

Por este medio hago de su conocimiento, la entrega en forma física de los Manuales de Procesos de la Gerencia Administrativa Aprobados para su revisión de la siguiente Unidad que se tenía pendiente de entregar a la Gerencia Administrativa

- Unidad de Contratación y Adquisiciones Institucionales

Atentamente,



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Unidad de
Adquisiciones y
Contrataciones
Institucional

Revisión: N°

Fecha:
DICIEMBRE
2020

“Manual de Procesos de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional - UACI”.

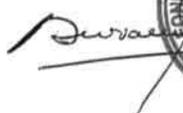
Alcance:

El presente manual será aplicable según LACAP y su reglamento, a todas las unidades organizativas que comprometan fondos públicos asignados a su presupuesto, a excepción de caja chica y fondo circulante. El mismo describe los diversos procesos de compra de bienes o servicios por formas de contratación, según la normativa vigente.

Responsable: Jefe Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

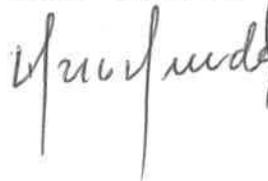
Elaborado:

Licda. Beatriz Eugenia Valle
González




Aprobado:

Ing. Héctor Ulices Cardona
Hernández





 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional</p>	<p align="center">Revisión N° (0)</p> <p align="center">Fecha:</p> <p align="center">Pág. N° x/xx.</p>
<p align="center">CONTENIDO</p>		
<p>Introducción: El presente documento contiene la descripción de los procesos de compra, aplicados en FOSALUD, este incluye el detalle de actividades y el respectivo responsable, además el flujograma.</p>		
<p>Marco jurídico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LACAP, 2. RELACAP, 3. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CICLO DE GESTION DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINSTRACION PUBLICA. 4. LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCION DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD. 5. REGLAMENTO DE LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCION DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD. 6. NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD (FOSALUD) 		
<p>Procesos :</p>		
<p>Proceso 1: Diseño de la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (PAAC).</p>		
<p>1.1 Preparación de propuesta para la PAAC</p>		
<p>1.2 Elaboración del proyecto de la PAAC</p>		
<p>1.3 Aprobación de la PAAC</p>		

1.4 Publicación de la PAAC
Proceso 2: Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios
Procesos 2.1: Proceso de Compra por Libre Gestión
Procesos 2.2 : Proceso de Compra por Licitación Pública.
Procesos 2.3: Proceso de Compra por Contratación Directa
Procesos 2.4: Proceso de Compra por Bolsa de productos y servicios de El Salvador
Proceso 3: Formalización y seguimiento de Contratos

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.</p>	<p>REVISIÓN (0) FECHA DICIEMBRE 2020</p>
<p align="center">DISEÑO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES (PAAC)</p>		

<p>OBJETIVO: Garantizar que la PAAC se encuentre elaborada y aprobada oportunamente; cumpliendo con los requisitos técnicos y legales aplicables.</p>
<p>ALCANCE: En el presente manual incluye los procedimientos que se llevan a cabo en el diseño y programación de las compras Institucionales.</p>
<p><u>El inicio:</u> Este proceso aplica para todas las compras regidas por la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) que se adquieran en Fosalud. Inicia con la obtención de los techos presupuestarios aprobados por la Gerencia Financiera para la programación de compras de obra, bienes y servicios (OBS), lo cual instruye dar inicio a la preparación de la PAAC del próximo año fiscal. Este procedimiento contempla la adecuada preparación, en coordinación con la Gerencia Financiera Institucional (GF), las unidades solicitantes de la institución para programación anual de compras.</p>
<p><u>La finalización:</u> Con el Documento aprobado por el Consejo Directivo y Publicado en el sistema COMPRASAL en el que se consignan los resultados del proceso de formulación en la planificación, no mayor a 12 meses, dando como resultado un programa detallado de todo lo que se requiere adquirir durante un ejercicio presupuestal en la Entidad.</p>
<p>RESPONSABLE: Jefe de UACI / Coordinadora de diseño y seguimiento PAAC</p>
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) 2. Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (RELACAP) 3. Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública, emitida por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC) del Ministerio de Hacienda. 4. Normas e instructivos para elaboración de la programación anual de las

adquisiciones y las contrataciones de bienes y servicios.

DEFINICIONES

EJERCICIO FISCAL: Periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de un mismo año.

ABREVIATURAS

CD: Consejo Directivo.

COMPRASAL: (Modulo de Divulgación) Herramienta técnica conocida como

FOSALUD: Fondo Solidario Para la Salud.

GA: Gerencia Administrativa

GF: Gerencia Financiera.

GJ: Gerencia Jurídica.

LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

MODDIV que permite la divulgación oportuna de las adquisiciones y contrataciones de obras bienes o servicios que realizan las instituciones de la administración pública de El Salvador, con el objeto de lograr mayor participación de ofertantes nacionales e internacionales.

Solicitante: Son las unidades organizativas de la institución que requieren a la UACI la adquisición o contratación de obras, bienes o servicios.

OBS: Obra, Bienes y Servicios

PAAC: Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones.

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

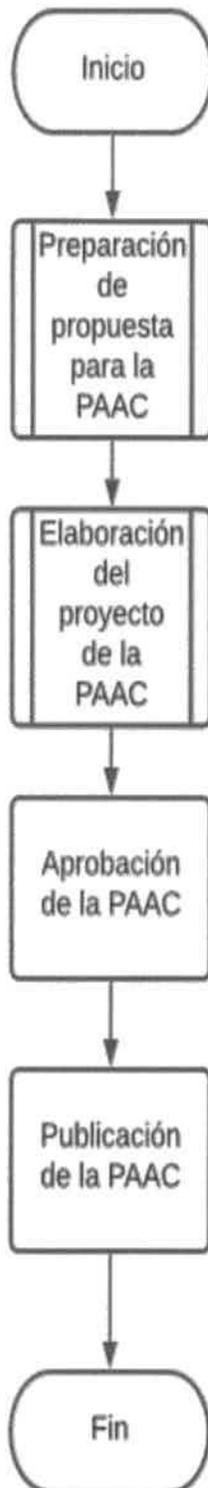
UNAC: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

U.O: Unidades Organizativas.

DESARROLLO:		
PROCESO N° 1: PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES (PAAC) FOSALUD		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Jefe UACI/ Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	1	Preparación de propuesta para la PAAC; se solicita a todas la unidades solicitantes que remitan sus necesidades de contrataciones.
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	2	Elaboración del proyecto de la PAAC; se ingresa información de las necesidades de contrataciones de las unidades solicitantes en la matriz de la PAAC
Consejo Directivo	3	Aprobación de la PAAC. Da visto bueno de la programación anual de compras de la institución.
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	4	Publicación de la PAAC. Ingreso de la PAAC aprobada por el CD por todas las unidades involucradas al sistema de COMPRASAL para generar Documento, solicitar firma de Jefe UACI y titular de Fosalud.
<p>METAS: 1. Cumplimiento del 100% de la PAAC elaborada y aprobada a más tardar treinta días calendarios. ¹</p> <p>2. 100% de requisitos que cumplan la elaboración de la PAAC.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Eficiencia en el cumplimiento del plan de compras anual:</p> <p>1. PAAC elaborado y aprobado a más tardar 30 días calendarios después de aprobado el presupuesto general de la nación.</p> <p>2. Porcentaje de requisitos técnicos cumplidos en la PAAC.</p> <p>No de requisitos contenidos en PAAC _____ X 100</p> <p>No de requisitos totales</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Trimestral</p>

¹ La UACI deberá publicar en COMPRASAL la programación a más tardar 30 días calendario después de aprobado el presupuesto general de la nación, presupuestos especiales o municipales, según el caso, con el propósito de garantizar que la Información sea del conocimiento de los potenciales Oferentes y del público en general. Según lo establecido en el numeral 6.1.1.7 Publicación DE LA PAAC - (UACI) del Manual de procedimientos para el ciclo de la gestión de adquisiciones y contrataciones de las Instituciones de la administración Pública; emitido por la UNAC.

PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES Y
CONTRATACIONES (PAAC) FOSALUD



Nota

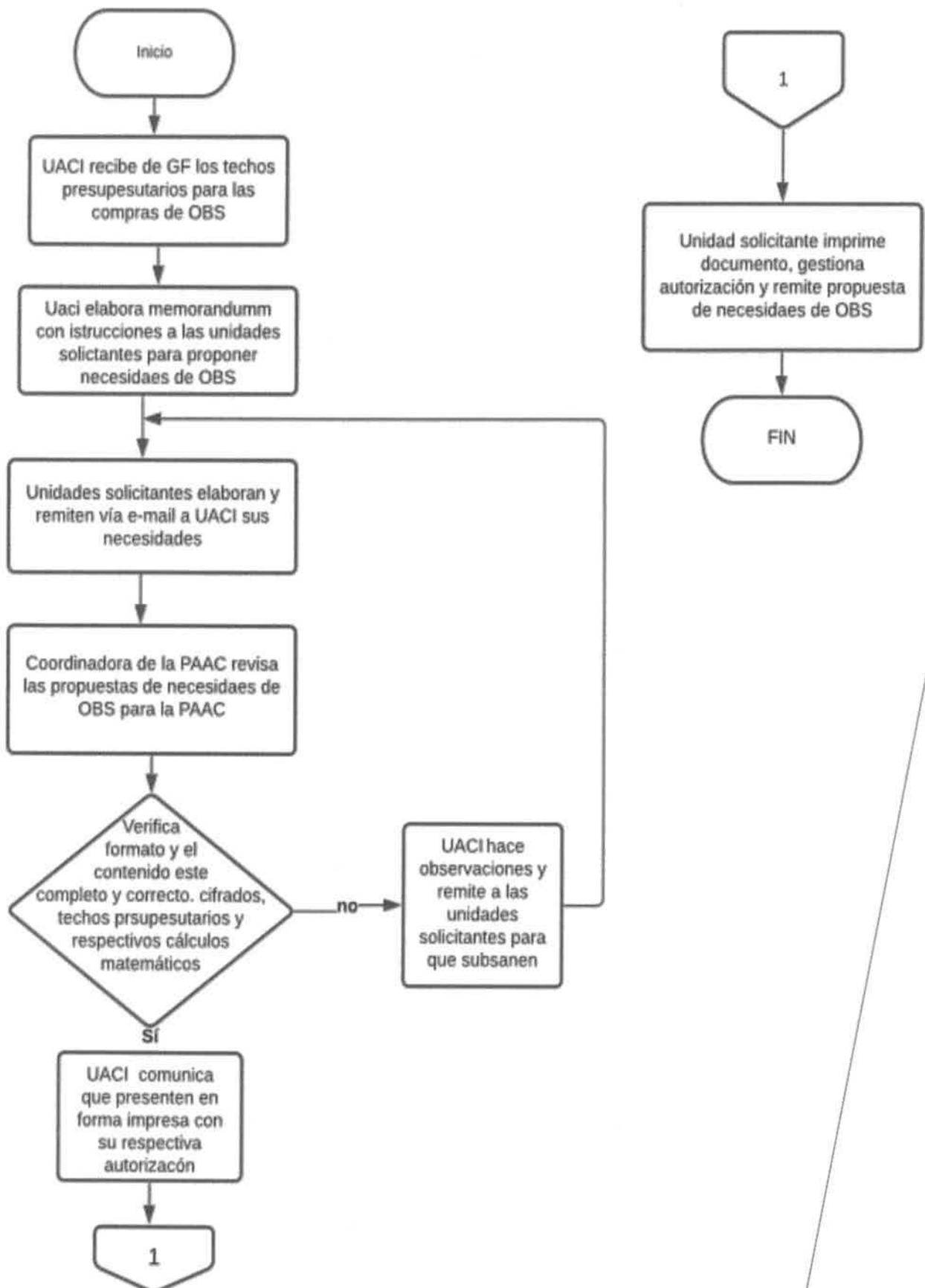
1. Jefe UACI remite Memorándum del Proyecto de PAAC para la Dirección Ejecutiva.
2. Presenta Proyecto de la PAAC y propuesta de acuerdo de aprobación en sesión del Consejo Directivo.
3. CD conoce proyecto y toma Acuerdo de Aprobación ó
4. No toma el Acuerdo y solicita cambios para que sea presentado en proximo CD.
5. Jefe UACI recibe el Acuerdo de aprobación la de la PAAC y solicita a coordinadora que coordine con las Unidades solicitantes digiten la PAAC en COMPRASAL.
6. Estas actividades debe ser en un plazo no mayor a 7 días calendario

Nota

1. Unidades solicitantes inician el ingreso los datos en el módulo PAAC en Comprasal.
2. Al finalizar las unidades solicitantes informan a Jefe de presupuesto y a coordinadora de la PAAC.
3. Verifica y valida en el módulo PAAC de COMPRASAL los techos presupuestarios digitados por cada una de las unidades solicitantes, hace observaciones a la Unidad correspondiente en caso sea necesario. Al haber completado la validación informa a la UACI.
4. Unidades realizan correcciones e informan nuevamente a jefe de presupuesto y UACI.
5. Coordinadora de la PAAC verifica en el módulo PAAC de COMPRASAL:
 - a) Que esté digitada completamente la PAAC en el sistema.
 - b) Que estén validados todos los techos presupuestarios de la PAAC por el Jefe de Presupuesto.
6. Coord. de PAAC procede a imprimir la versión de la PAAC emitida por el módulo PAAC de COMPRASAL y gestiona firmas y sellos de la Jefatura UACI y del Titular (Presidente del Fosalud).
7. Publica PAAC firmada y sellada en COMPRASAL.
8. Estas actividades deben realizarse en un plazo no mayor a 9 días calendarios.

DESARROLLO:		
PROCESO N° 1.1: PREPARACIÓN DE PROPUESTAS PARA LA PAAC		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Jefe UACI	1	Recibe de la Gerencia Financiera (GF) los Techos Presupuestarios aprobados para la programación de compras de obras, bienes y servicios (OBS) e instruye dar inicio a la preparación de la PAAC del próximo año fiscal.
Jefe UACI / Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	2	Elabora y envía MEMORANDUM con instrucciones para que las unidades organizativas (U.O) preparen sus propuestas de Necesidades de OBS.
Jefes de Unidades Organizativas o Técnicos encargados de compras de cada unidad.	3	Elaboran y envían las propuestas de NECESIDADES de OBS para que sean incluidas en la PAAC. (vía correo electrónico)
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	4	Recibe (vía correo electrónico) y revisa las propuestas de NECESIDADES de OBS para la PAAC, verificando: formato, que esté completa, valides de los cifrados y techos presupuestarios y que los cálculos estén correctos. (¿Está en el formato, completo, cifrados y techos presupuestarios correcto, cálculos correctos? (S/N)
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	5	<u>Si todo está bien:</u> Comunica a la U. Solicitante que imprima y presente , con la respectiva autorización y MEMORANDUM las propuestas antes enviadas (con firma y sello de jefe o gerente) y que envíe por correo electrónico.
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	6	<u>Si no está todo correcto:</u> Hace las observaciones para la corrección de la propuesta.
Jefes de Unidades Organizativas o Técnicos encargados de compras.	7	Revisa observaciones, corrige o completa y envía de nuevo la propuestas de NECESIDADES de OBS a la UACI para su verificación.
Jefes de Unidades Organizativas o Técnicos encargados de compras.	8	Imprime, gestiona firma de autorización y envía a la UACI propuesta de NECESIDADES de OBS para incluir en la PAAC .
<p>METAS:1. Cumplimiento del 100% de la obtención de información por parte de las unidades solicitantes, para la elaboración de una PAAC preliminar consolidada.</p> <p>2. Tiempo de preparación de propuesta PAAC no mayor a 7 días calendarios.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: % de U.S. presentan su información de compras a tiempo: $\frac{1.No.US \text{ presentan a tiempo la información de compras}}{No \text{ de U.S totales}} \times 100$</p> <p>2. PAAC preparación propuesta no menor a 7 días calendarios</p>		ANUAL

PREPARACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PAAC



DESARROLLO:

**PROCESO N° 1.2:
ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE LA PAAC**

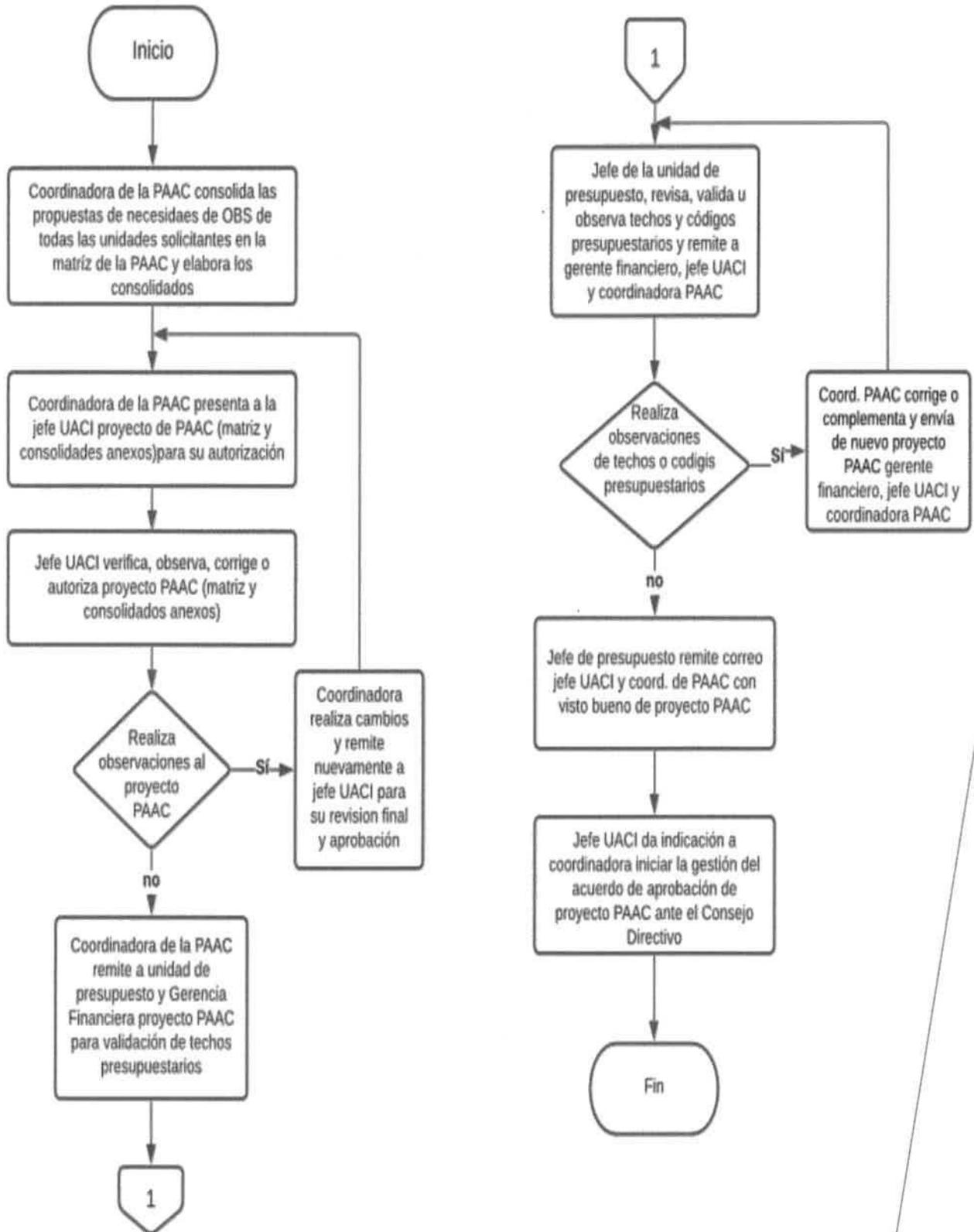
RESPONSABLE	No.	Descripción
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	1	Consolida las propuestas de NECESIDADES de OBS de todas las unidades organizativas en la MATRIZ de PAAC y elabora los consolidados siguientes: a) Consolidado por cifrado presupuestario y unidades organizativas b) Consolidado por cifrado presupuestario y mes de ejecución. c) Consolidado por forma de contratación y mes de ejecución.
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	2	Presenta a la Jefatura UACI el Proyecto de PAAC (Matriz y consolidados anexos) para su autorización.
Jefe UACI	3	Verifica, autoriza o hace observaciones al Proyecto de PAAC (Matriz y sus consolidados anexos)
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	4	Si hay observaciones, revisa, corrige o complementa y envía de nuevo el Proyecto de la PAAC a Jefe UACI
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC	5	Envía a la unidad de Presupuesto y GF el proyecto de PAAC (MATRIZ y Consolidados) con copia a la Jefatura UACI para la respectiva validación de techos presupuestarios u observaciones.
Jefe de Presupuesto	6	Revisa el proyecto de PAAC verificando los techos presupuestarios, valida u observa y lo comunica a Gerente Financiero, Jefe UACI y Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC
Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC / Jefe UACI	7	Si recibe OBSERVACIONES las corrige o complementa y envía de nuevo a Jefe de Presupuesto y Gerente Financiero, con copia a Jefe UACI
Jefe de Presupuesto		Verifica y valida los techos presupuestarios del Proyecto de PAAC (Matriz y sus consolidados anexos) y lo comunica a la Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC con copia GF y Jefe UACI.
Jefe UACI		Recibe la validación de los techos presupuestarios a la PAAC y da instrucciones a la Coordinadora de Diseño y Seg. De la PAAC para gestionar el acuerdo de aprobación de esta.

METAS: Cumplimiento del 100% de elaboración Proyecto PAAC en un plazo no mayor de 7 días calendarios.

INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Elaboración proyecto PAAC finalizado en un plazo no mayor de 7 días calendarios, una vez finalizada la preparación de propuesta para la PAAC

ANUAL

ELABORACIÓN DEL PROYECTO PAAC



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

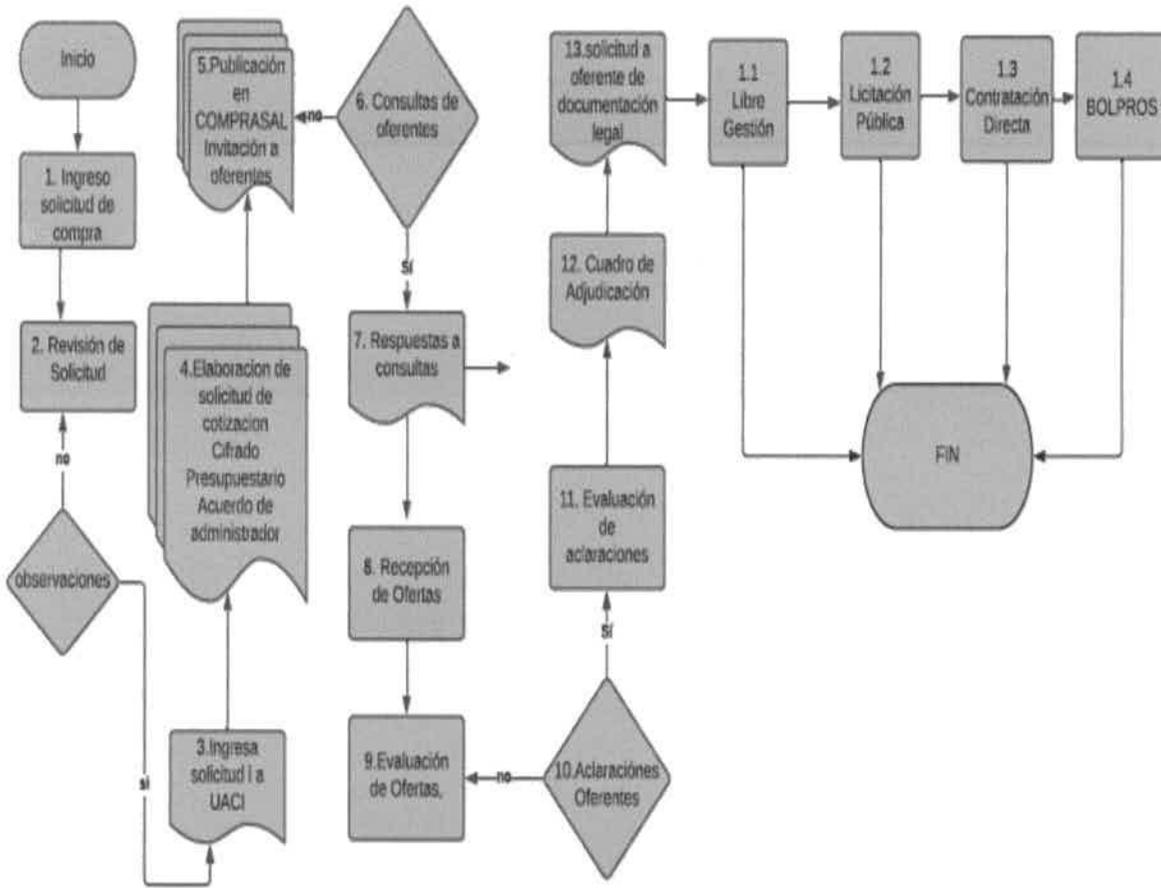
 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	REVISIÓN (0) FECHA (de aprobación del doc.) PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)
TITULO DEL PROCESO: 1. PROCESO DE COMPRA		

OBJETIVO: Establecer la ruta a seguir para generar un proceso de compra cumpliendo con los requisitos legales establecidos.
ALCANCE El procedimiento describe las etapas a seguir para la adquisición de obras, bienes y/o servicios, es responsabilidad de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional(UACI) desde el momento que las unidades solicitantes entregan a impresa a UACI
RESPONSABLE(S): Coordinador del PAAC: Colaborador administrativo asignado Jefatura UACI
REFERENCIA
DEFINICIONES SC: solicitud de cotización CF: Cifrado Presupuestario AC: Acuerdo de Administrador

CEO : Comisión de Evaluación		
REPOSABLE	PASO	DESCRIPCION
Coordinador del PAAC	1	Ingreso de solicitud de compra para su respectiva verificación, que este incluido en la PACC, que sea el monto de los específicos presupuestarios asignados .
Coordinador del PAAC	2	envía correo electrónico a técnico asignado para la verificación de los términos / especificaciones técnicas de solicitud de compra. Y este a la ves envía electrónicamente al delegado jurídico para su revisión
Colaborador administrativo delegado	3	Con las observaciones de mejora a la solicitud de compra, términos de referencia / especificaciones técnicas al remite vía correo electrónico a la unidad solicitante para sus valoraciones e incorporaciones
Colaborador administrativo Colaborador administrativo delegado	4	superadas las observaciones de mejora al proceso de compra se indica a la unidad solicitante a presentar de forma impresa a recepción UACI. Con su respectiva solicitud de reserva.
Colaborador administrativo delegado	5	Elaboración de solicitud de cotización, Cifrado presupuestario y acuerdo de administrador
Colaborador administrativo delegado	6	Publicación de Solicitud de Cotización en COMPRASAL y se envían cartas de invitación a oferentes (mínimo 3)
Colaborador administrativo delegado	7	Se reciben consultas al proceso
Colaborador administrativo delegado	8	Se da respuesta a Dichas consultas, publicándose en el sistema COMPRASAL y a los oferentes invitados
Colaborador administrativo delegado	9	Recepción de ofertas
Colaborador administrativo delegado	10	Evaluación de ofertas, se solicitan aclaraciones a los oferentes si las hubiesen.
Colaborador administrativo delegado	11	Se reciben las aclaraciones y se evalúa

Colaborador Administrativo /Dirección Ejecutiva	12	Se elabora el cuadro comparativo para adjudicación
Colaborador administrativo delegado	13	Se solicita oferente documentación legal y se publica adjudicación en COMPRASAL
METAS: <ul style="list-style-type: none"> • 100 % de solicitudes de compras, adjudicadas cumpliendo con los requisitos legales establecidos. • 100 % de procedimientos de compra adjudicados con los requerimientos técnicos establecidos • 80 % de procedimientos de compra adjudicados con los requerimientos técnicos establecidos 		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: cumplir ley y requerimientos técnicos 1. # de procesos de compra que <u>cumplen los requisitos legalesX100</u> # de procesos de compras totales 2. # de procesos de compra que cumplen requerimientos técnicos establecidos en <u>solicitud de compra X100</u> #procesos de compra de compras totales 3 #de procesos de compras realizadas en los plazos establecidos para cada <u>modalidad de compraX100</u> # de procesos de compras totales		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL.

1. GESTION DE PROCESO DE SOLICITUD DE COMPRA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA (de aprobación del doc.)</p> <p>PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>1.1 PROCESO DE COMPRA POR LIBRE GESTIÓN</p>		

OBJETIVO:

Establecer la ruta a seguir en las diferentes modalidades de compra que realiza las instituciones a fin de cumplir con los requerimientos legales, técnicos de los bienes /servicios comprando de forma oportuna.

ALCANCE

El presente proceso aplica para las compras, bienes /servicios bajo las diferentes modalidades de compra exceptuando, caja chica y fondo circulante.

Inicia: con la recepción de la solicitud y

Finaliza con la adjudicación del proceso.

El procedimiento describe las etapas a seguir para la adquisición de obras, bienes y/o servicios, es responsabilidad de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional(UACI) desde el momento que las unidades solicitantes entregan solicitud impresa a UACI

RESPONSABLE(S):

Jefe UACI

REFERENCIA

DEFINICIONES

SC: solicitud de cotización

CF: Cifrado Presupuestario

AC: Acuerdo de Administrador

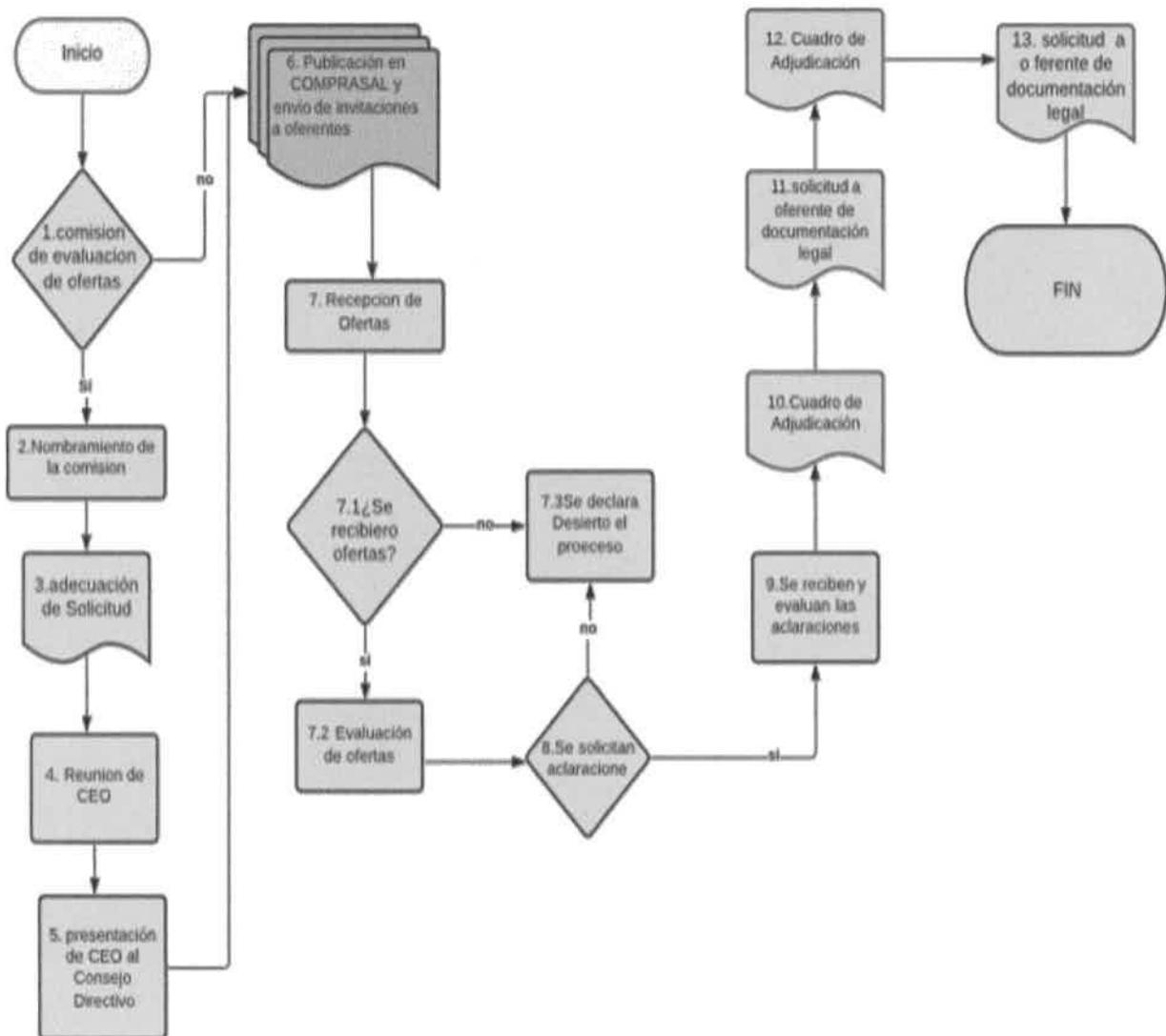
CEO : Comisión de Evaluación

DESARROLLO:

PROCESO N° 1.1 :

REPOSABLE	PASO	DESCRIPCION
Colaborador administrativo delegado	1	Se abre expediente del proceso registrando en el sistema de correlativo. Se solicita el cifrado presupuestario al encargado de presupuesto para que valide los techos presupuestarios de la Gerencia Financiera
Colaborador administrativo delegado	2	Si para el proceso se ha previsto Comisión de Evaluación de ofertas (CEO) se solicita al jefe UACI vía correo electrónico propuesta para integra dicha comisión (analista financiero ,analista jurídico)
Colaborador administrativo delegado	3	Elaboración de nombramiento de adecuación de solicitud de cotización y se gestione firma y sello de jefe UACI en nombramiento de Comisión de adecuación de Solicitud de Cotización
Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	4	Convoca a comisión para adecuación de solicitud de cotización y elabora propuesta de calendario
Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	5	Reunión con la CEO para revisar, corregir y validar
Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	6	Se presenta en reunión de consejo como punto de agenda Nombramiento de CEO Nombramiento de administrador de contrato u orden de compra
Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	7	Se publica solicitud de cotización en el sistema COMPRASAL y se envía invitación mínimo a tres proveedores
Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	8	Recepción de ofertas

Colaborador administrativo delegado y unidad solicitante	09	Evaluación de las aclaraciones recibidas , elaboración del cuadro comparativo de ofertas
Jefe UACI	10	Revisa el proceso completo para dar paso a firma del cuadro comparativo por dirección ejecutiva.
Colaborador administrativo delegado	11	Una vez firmado con su fecha de adjudicación , se procede a solicitar la información del oferente adjudicada para elaboración de contrato u orden de compra y subir los resultados al portal de COMPRASAL
Colaborador administrativo delegado	12	Se remite cuadro de adjudicación la Unidad de Contratos
Colaborador administrativo delegado	13	Se envía a la Unidad de contrato documentación legal recibida.
METAS: 90 % de los procesos de Libre Gestión presupuestados, adjudicados.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: <u>#número de procesos de LG X</u> <u>100 de procesos de LG</u>		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL.



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA (de aprobación del doc.)</p> <p>PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)</p>
<p>2.2 PROCESO DE COMPRA POR LICITACIÓN PÚBLICA.</p>		

<p>OBJETIVO: Garantizar que los bienes y servicios que requiere la institución se adquieran de manera oportuna y que cumpla los requerimientos del solicitante y los establecidos en el marco normativo.</p>
<p>ALCANCE: Están incluidas las compras de bienes y servicios mayores de \$73,000.81, excepto las que la institución defina que se realicen por Bolsa de productos y servicios de El Salvador.</p> <p>El inicio: Recibe Solicitud de Compra enviada por Unidad Solicitante en formato digital. Art. 41 LACAP.</p> <p>La finalización: Carga información del proceso según lo establecido en “Guía de uso de Módulo de Divulgaciones (MODDIV)”.</p>
<p>RESPONSABLE: Jefe de UACI</p>
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LACAP, 2. RELACAP, 3. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CICLO DE GESTION DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINSTRACION PUBLICA. 4. POLÍTICA ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 2020 5. INSTRUCTIVO NO. 02/2017 "NORMAS PARA LA ELABORACIÓN, PUBLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL

DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES A TRAVÉS DE COMPRASAL"

DEFINICIONES

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO: Funcionario o empleado del FOSALUD, responsable de que la obra, bien o servicio, se preste según lo contratado y se cumplan las obligaciones contractuales.

ADJUDICACIÓN: Es el acto por el que FOSALUD, previa evaluación de las ofertas presentadas, selecciona a la que, ajustándose sustancialmente a las bases de licitación, resulta la más conveniente a la Institución.

ADJUDICACIÓN PARCIAL: Adjudicar determinado contrato a dos o más contratistas en virtud que los bienes, obras o servicios, objeto del futuro contrato es susceptible de proveerse separadamente.

ASOCIO: Consiste en la unión temporal de varias personas (naturales, jurídicas o una combinación de ambas) con el propósito de presentarse como un solo Ofertante en el presente proceso.

BASES: Es el documento emitido por el FOSALUD que establece las condiciones y requisitos legales, financieros y técnicos-económicos que deberán cumplir los participantes del proceso de contratación, asimismo determina el trámite a seguir y establecen las condiciones del Contrato a celebrarse.

COMISION EVALUADORA DE OFERTAS (CEO): Es un Equipo multidisciplinario integrado de conformidad a la LACAP, con el fin de evaluar ofertas y recomendar al consejo Directivo la conveniencia de adjudicar o declarar desierta un determinado bien obra o servicio.

CONTRATO: Instrumento jurídico suscrito entre el Contratista y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), en virtud del cual se establecen las obligaciones y derechos de la Institución y el contratista en virtud de este proceso.

CONTRATANTE: Es el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)

CONTRATISTA: La persona natural o jurídica que por medio de un contrato provee al FOSALUD lo solicitado en las bases de licitación.

DÍAS CALENDARIO: Son todos los días del año.

DIAS HABILES: Los días de la semana comprendidos de lunes a viernes incluyendo ambos, en horarios de las SIETE Y TREINTA MINUTOS A LAS QUINCE HORAS Y TREINTA MINUTOS, exceptuando los días feriados y festivos establecidos en el Código de Trabajo y en los Reglamentos del FOSALUD y demás leyes en materia

laboral.

DOCUMENTOS CONTRACTUALES: Son todos los documentos generados en el proceso de Adquisición y Compra.

EJERCICIO FISCAL: Periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de un mismo año.

ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES: Son aquellas omisiones involuntarias por parte del ofertante al presentar las ofertas, cuya subsanación o corrección ha sido previamente permitida mediante las bases, fundándose en que no afecta lo sustancial de la oferta y no pone en riesgo los actos administrativos del FOSALUD.

OFERTANTE: La persona natural o jurídica que participa presentando su oferta, sujetándose a las condiciones expresadas en las presentes Bases.

ORDEN DE INICIO: Documento por medio del cual la dependencia solicitante establece la fecha en que el Contratista deberá iniciar la ejecución del contrato.

UNION DE OFERTANTES: Consiste en la unión temporal de varias personas (naturales, jurídicas o una combinación de ambas) con el propósito de presentarse como un solo Ofertante en el presente proceso.

SUPERVISOR: Persona Natural o Jurídica, nombrada por el Contratante con notificación al Contratista, responsable de supervisar la ejecución de las obras y de apoyar la administración del contrato.

ITEM Ó RENGLON: Conjunto de bienes o suministros objeto del proceso de compra.

EXTEMPORANEO: Inadmisibilidad de un documento, trámite, reclamación o recurso por haber sido presentado fuera del plazo establecido (horas, minutos y días)

cuando sea necesario se aclara el significado de los términos empleados que tengan un carácter técnico o sean propios.

ABREVIATURAS

FOSALUD: Fondo Solidario Para la Salud

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

UNAC: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

CEO: Comisión de Evaluación de ofertas.

CD: Consejo Directivo.

DESARROLLO:

**PROCESO N° 2.2:
PROCESO DE COMPRA POR LICITACIÓN PÚBLICA**

RESPONSABLE	No.	Descripción
Coordinadora UACI	1	Recibe Solicitud de Compra enviada por Unidad Solicitante en formato digital. Art. 41 LACAP
Coordinadora UACI	2	Revisa Solicitud de Compra en Digital, si se encuentra la información requerida en el PAAC Art. 15 RELACAP .
Unidad Solicitante	3	Presento Solicitud de Compra según el PAC.
Coordinadora UACI	3.1	Regresa Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.
Unidad Solicitante	3.2	Corrige Solicitud de Compra
Coordinadora UACI	3.2.1	Incluye modificación en REPAAC
Unidad Solicitante	3.2.2	Modifica la Solicitud de Compra con cambios aprobados.
Coordinadora UACI	4	Envía en digital Solicitud de Compra a Técnico UACI.
Técnico UACI	5	Recibe Solicitud de compra en digital
Técnico UACI	6	Revisa en digital Solicitud de compra
Unidad Solicitante	7	Presento Solicitud de Compra Correctamente
Técnico UACI	7.1	Devuelve Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.
Técnico UACI	8	Envía Solicitud de Compra en digital a Unidad Solicitante esta imprime y devuelve firmada junto con reserva de información.
Técnico UACI	9	Envía en formato digital, para revisión Asignación presupuestaria a Coordinador de presupuesto Art. 11 LACAP
Técnico UACI	10	Recibe Asignación presupuestaria en digital imprime y solicita firmas de Jefe UACI y Gerente Financiero.
Técnico UACI	11	Elabora bases de licitación según Art. 44 LACAP.

Técnico UACI	12	Solicita a Gerente Financiero, por medio de correo electrónico copiado a Jefe UACI y GA, asignación de Colaborador Financiero que forma parte de la CEO.
Gerente Financiero	13	GF informa, mediante correo electrónico, el nombre del Colaborador financiero que formará parte de la CEO.
Técnico UACI	14	Elabora el Nombramiento de la Comisión de Adecuación de Bases y tramita firma del mismo con jefe UACI.
Técnico UACI	15	Envía correo convocando a Comisión de Adecuación de Bases.
Comisión de Adecuación de bases	16	Adecúan Bases. RELACAP Art. 20 a) Analista Financiero determina las razones financieras que serán evaluadas en el proceso. b) Unidad solicitante y experto en la materia verifica que se haya incorporado en las bases de licitación todos los aspectos técnicos de los bienes y servicios a requerir. c) Asesor Jurídico verifica que los documentos legales sean requeridos correctamente y verifica el cumplimiento del marco legal en cuanto a documentos legales y técnicos. Según los documentos definidos en el Art. 25 y 26 RELACAP. d) Técnico UACI, delegado por jefe UACI Art. 10 inciso último LACAP, Coordina Comisión de adecuación de bases, verifica el cumplimiento de lo establecido en el Art. 10 literal "f" LACAP. Al finalizar la Comisión de Adecuación de Bases, firma Acta de Adecuación de Bases.
Técnico UACI	17	Elabora Nombramiento de CEO y Aprobación de Bases, proyecto de Punto de Acta y Acuerdo de Administrador de Contrato.
Técnico UACI	18	Envía Documentos en digital a Jefe UACI.
Jefe UACI	19	Revisa documentación.
Jefe UACI	19.1	Devuelve a Técnico UACI en digital para corrección
Técnico UACI	19.1.1	Corrige documentos.
Jefe UACI	20	Se envía a jurídico para incorporación en agenda de CD
Departamento jurídico	21	Presenta en CD
Consejo Directivo	22	Aprueba proceso de compra.
Técnico UACI	22.1	Se superan observaciones
Presidente del CD	23	Firma de Acuerdo de Administrador de Contrato Nombramiento de CEO y aprobación de Bases.

Técnico UACI	24	Elabora arte de publicación de Convocatoria detallando: día, hora y fecha de retiro de bases de licitación o concurso, fecha de recepción y apertura de ofertas y traslada, vía correo electrónico, a Jefe UACI para aprobación.
Jefe UACI	24.1	Envía correcciones a técnico UACI quien supera las observaciones si las hay, envía a Jefe UACI por correo.
Jefe UACI	25	Aprueba arte Envía por correo arte aprobado a asistente UACI.
Asistente UACI	26	Recibe correo electrónico y remite arte a los periódicos de circulación nacional para la elaboración de cotización respectiva, elabora nota de solicitud a Casa Presidencial para autorización de la publicación de convocatoria y envía vía correo.
Asistente UACI	27	Recibe autorización de CAPRES y publica.
Técnico UACI	28	Carga información del proceso según lo establecido en "Guía de uso de Módulo de Divulgaciones (MODDIV)", carga archivos en COMPRASAL en formato PDF y WORD según Art. 47 LACAP
Posibles Oferentes	29	Descargan bases de licitación, 2º ó 3º día después de ser publicado además podrán ser adquiridas en la UACI, según lo establecido en el Art. 49 LACAP o Art. 47 y 48 RELACAP.
Posibles Oferentes	30	Preparan ofertas, solo en caso si es necesario envían consultas según lo establecido en Art.50 Y 51 LACAP, RELACAP Art.49, en caso no presenten consultas pasa a paso No.35
Asistente UACI	31	Recibe consultas de los oferentes si las hubiere y entrega a técnico UACI.
Técnico UACI	32	Envía memorándum o correo a unidad solicitante consulta de los oferentes.
Unidad solicitante	33	Elabora respuesta y envía por correo o memorándum a técnico UACI
Técnico UACI	34	Elabora Nota Aclaratoria o Adenda, envía a departamento Jurídico para revisión, recibe y tramita firma de titular en caso de ADENDA y Jefe UACI en caso Nota Aclaratoria. RELACAP Art.50,
Posibles Oferentes	35	Entrega oferta en lugar, día y hora establecido.
Asistente UACI	36	Elabora cuadros de recepción de ofertas y cuadros de apertura de ofertas, Recibe sobres con las ofertas según Art. 44 y 45 RELACAP entrega ofertas a técnico UACI, en caso no se reciban ofertas pasa al paso No. 38 párrafo 3º
Técnico UACI	37	Realiza la Apertura de ofertas según lo establecido en Art. 53 LACAP, Art. 51 RELACAP, Art. 52 RELACAP.
		Inicia la apertura de las ofertas a la hora señalada en la publicación de convocatoria, con los oferentes presentes a dicho acto.
		Abre el sobre 1 y 3 muestra la oferta económica y la garantía de mantenimiento de oferta y elabora acta de apertura con el monto total ofertado y monto de garantía de mantenimiento de oferta.
		Pasa a firma el acta de apertura a los presentes.
		Cierra el acto de apertura de ofertas y entrega copia del acta a los presentes.

Técnico UACI		Convoca a los miembros de la Comisión de Evaluación de Ofertas para inicio de proceso de evaluación.
Comisión de Evaluación de Ofertas	38	<p>Evalúan ofertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos legales requeridos a los ofertantes u oferentes en las bases de licitación o concurso; b) Información financiera; c) Oferta técnica; y d) Oferta económica. Art. 55 LACAP <p>Concluida la evaluación de las ofertas, la Comisión de Evaluación de Ofertas elaborará un informe basado en los aspectos señalados en el paso anterior, en el que hará al Consejo Directivo la recomendación que corresponda, ya sea para que acuerde la adjudicación respecto de las ofertas que, técnica y económicamente resulten mejor calificadas. Art. 56 LACAP</p> <p>Podrá declarar desierta la licitación o el concurso en los casos no cumplan con las especificaciones técnicas o no se presenten ofertas. ofertas pasa al paso No. 42 párrafo 2º</p> <p>Dicho informe y los cuadros de evaluación deberá ser firmado por todos los miembros de la Comisión.</p>
Técnico UACI	39	Elabora Resolución de Adjudicación o Declaratoria de desierta o declaratoria Sin efecto y punto de acta, envía a jefe UACI.
Jefe UACI	40	Recibe documentos en digital y envía a Departamento jurídico
Colaborador Jurídico	41	incorpora en agenda del Consejo Directivo.
Consejo Directivo	42	<p>Procederá a adjudicar, si estuviere de acuerdo con la recomendación formulada por la Comisión de Evaluación de Ofertas, la contratación de las obras, bienes o servicios de que se trate, lo que se hace constar en el acta respectiva y/o la resolución correspondiente.</p> <p>Cuando no aceptare la recomendación de la oferta mejor evaluada, deberá consignar y razonar por escrito su decisión y podrá optar por alguna de las otras ofertas consignadas en la misma recomendación, o declarar desierta la licitación o el concurso, lo que se hace constar en el acta respectiva y emite la resolución correspondiente.</p>
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	43	Firma Resolución de Adjudicación.
Secretaria de Dirección	44	Traslada a UACI Resolución de Adjudicación firmada.
Asistente UACI	45	Recibe Resolución de adjudicación y entrega a Técnico UACI.
Técnico UACI	46	<p>La UACI dará a conocer el resultado mediante la resolución del Consejo Directivo.</p> <p>Elabora acta de notificación a participantes del proceso de licitación pública o concurso, anexando copia de resolución del Consejo Directivo y notifica.</p> <p>Publica resultados en el sitio web institucional, en periódicos nacionales e internacionales, así como en el MODDIV.</p> <p>La resolución de adjudicación no estará firme hasta transcurridos cinco días hábiles posteriores a su notificación, período dentro del cual se podrá interponer el recurso de revisión regulado por la LACAP. Art. 56 LACAP, en caso transcurran los 5 días hábiles y no interponen recurso de revisión pasa al paso No. 59</p>

oferente notificado		Durante los 5 días hábiles posteriores a la notificación el oferente notificado presenta recurso de revisión según lo establecido en los Arts. 76, 77 y 78 LACAP, Art. 71 RELACAP.
Secretaria de dirección	47	Recibe recurso de revisión y lo entrega en original a jefe UACI.
Jefe UACI	48	Entrega a departamento jurídico copia de recurso de revisión
Colaborador jurídico	49	Revisa y elabora la resolución de Admisibilidad o rechazo del recurso de revisión y envía a firma del Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD, en un plazo de 3 días hábiles siguientes a partir de la recepción del mismo según Art. 72 RELACAP.
Jefe UACI	50	Propone la Comisión de Alto Nivel, para que sea aprobada por Presidente del Consejo Directivo y Representante legal de FOSALUD. según Art. 77 LACAP y Art. 73 RECALAP.
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	51	Aprueba CEAN y la Admisibilidad o rechazo del recurso de revisión
oferente notificado	52	En caso proceda la admisibilidad del recurso de revisión se mandara a oír, según el último inciso Art. 72 RELACAP.
Comisión Especial de Alto Nivel	53	Evalúan y emiten la Recomendación de recurso de revisión, 10 días contados a partir de la admisión del recurso según Art. 77 LACAP.
Colaborador jurídico	54	Elabora resolución de recurso de revisión y en caso procesada la modificativa a la Resolución de Adjudicación.
Consejo Directivo	55	Aprueban la Resolución de Recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	56	Firma Resolución de Recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación.
Colaborador jurídico	57	Notifica Resolución de recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación. según lo definido en Art. 74 LACAP
Técnico UACI	58	Ordena, folea y entrega expediente a Colaborador Administrativo para elaboración de contrato.
Técnico UACI	59	Elabora arte de publicación de resultados detallando: nombres de proveedores adjudicados y monto total y traslada, vía correo electrónico, a Jefe UACI para aprobación.
Jefe UACI	59.1	Envía correcciones a técnico UACI quien supera las observaciones si las hay.
Jefe UACI	60	Aprueba arte Envía por correo arte aprobado a asistente UACI.
Asistente UACI	61	Recibe correo electrónico y remite arte por correo a periódico de circulación nacional para la elaboración de cotización respectiva, elabora nota de solicitud a Casa Presidencial para autorización de la publicación de resultados.
Asistente UACI	62	Recibe autorización de CAPRES y publica en periódico.
Técnico UACI	63	Carga información del proceso según lo establecido en "Guía de uso de Módulo de Divulgaciones (MODDIV)".
METAS:		
100% de procesos que cumplen con requerimiento técnico y legal.		

100% de procesos concluidos en 45 y 60 días.

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:

Porcentaje de procesos de licitación pública concluidos en un plazo no mayor de:

= 45 días calendario contados: desde la entrega de la solicitud de compra en digital a Coordinadora UACI hasta la apertura de ofertas.
Numero de procesos totales.

= 60 días calendario contados: desde la apertura de ofertas hasta la fecha de adjudicación.
Numero de procesos totales.

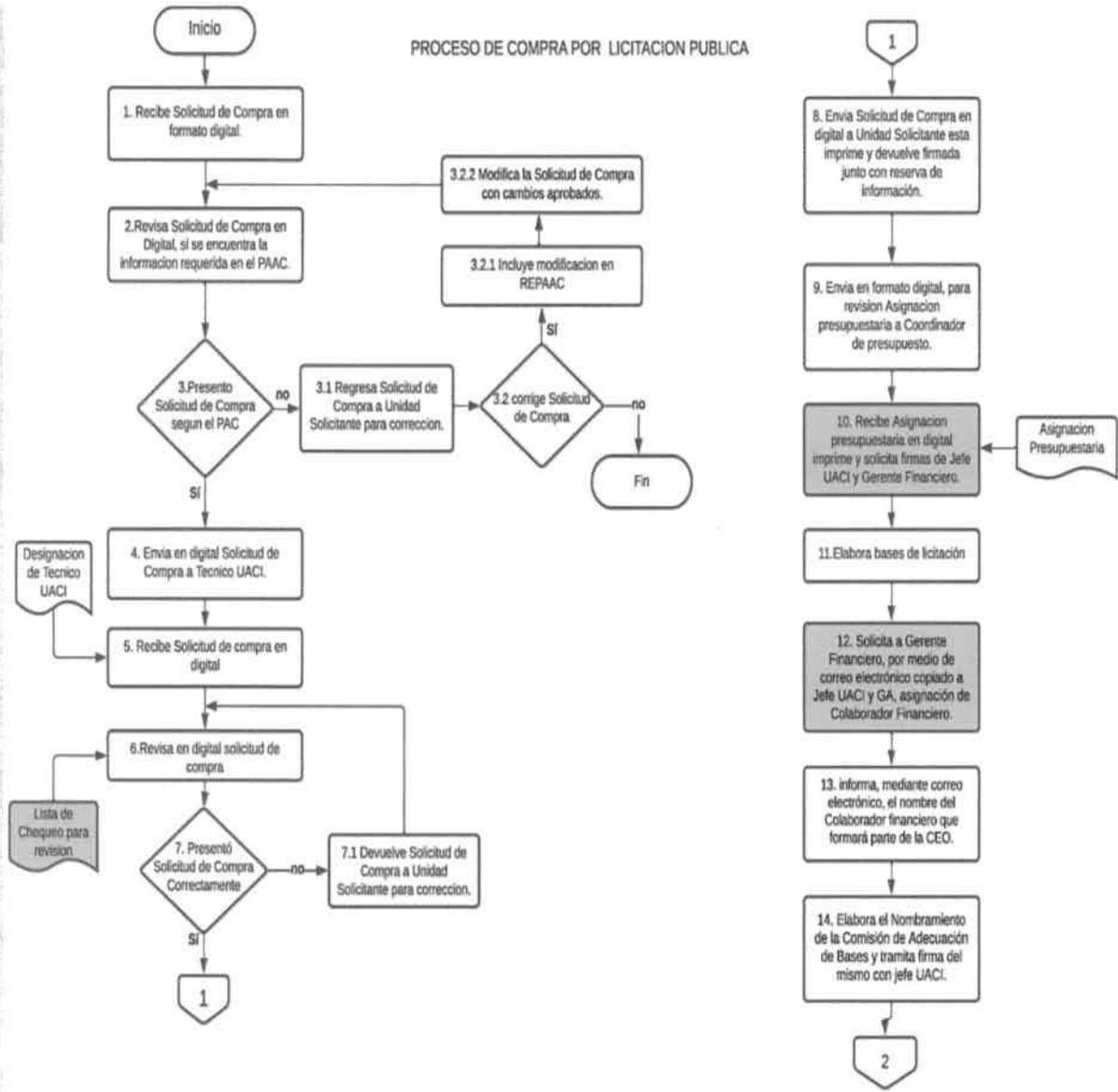
Porcentaje de procesos que cumplen los requisitos técnicos y legales:

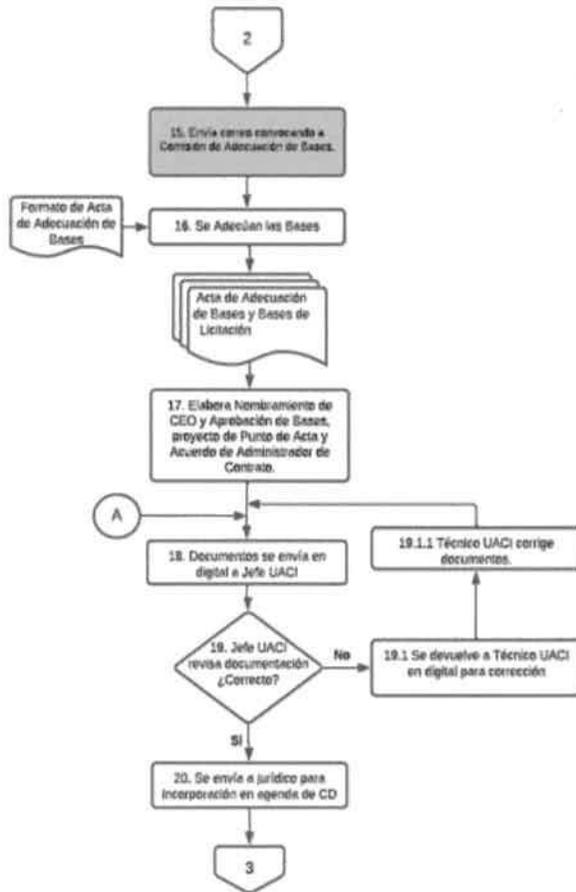
=Número de procesos que cumplen x
100%
Numero de procesos de licitación pública totales.

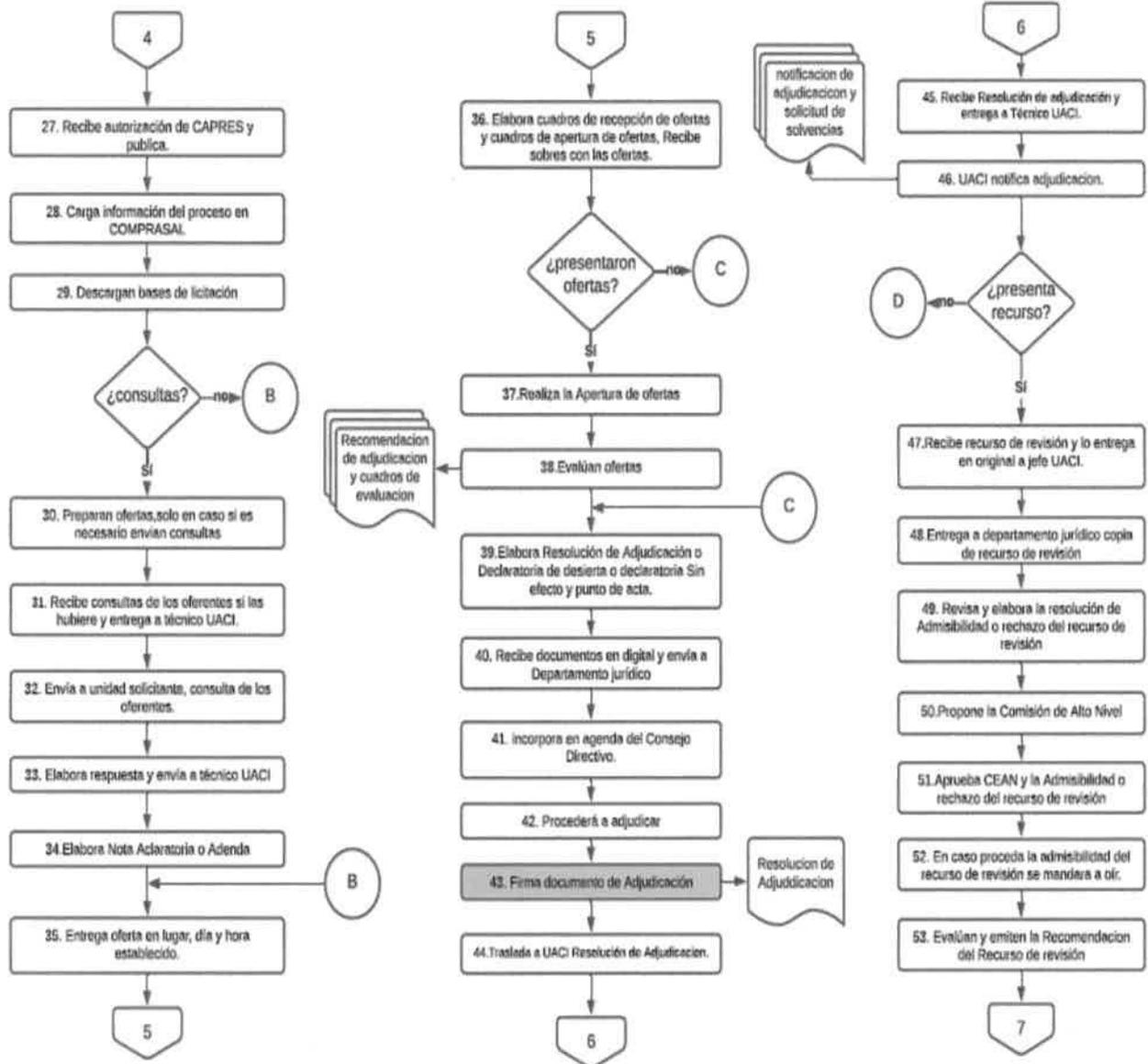
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:

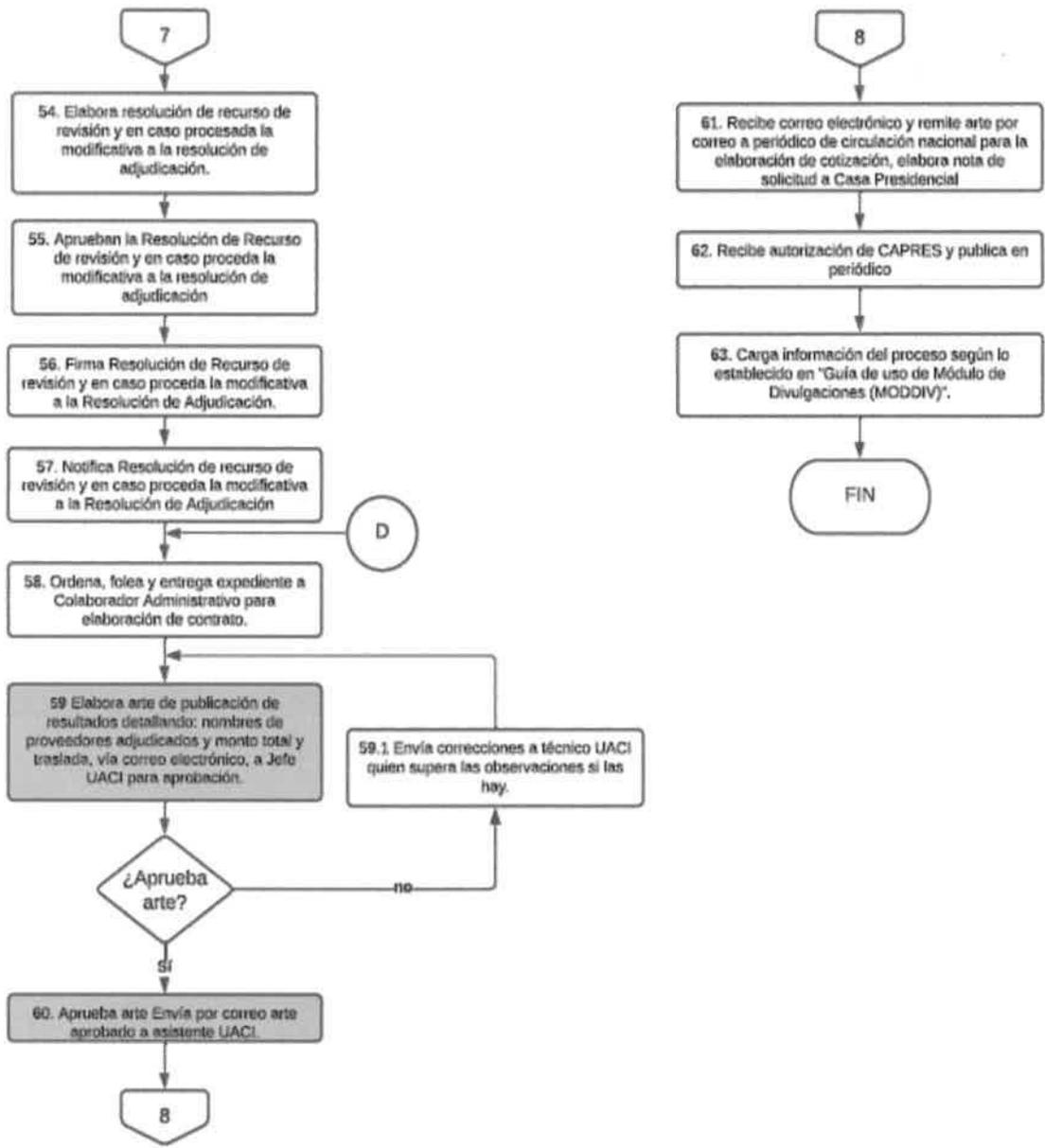
DEL PROCESO SEMESTRAL

PROCESO DE COMPRA POR LICITACION PUBLICA









 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA (de aprobación del doc.)</p> <p>PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)</p>
<p>2.3 PROCESO DE COMPRA POR CONTRATACION DIRECTA</p>		

OBJETIVO: Adquirir los bienes y servicios que requiere la institución de manera oportuna y que cumpla los requerimientos del solicitante y los establecidos en el marco normativo, siempre y cuando existiera cualquiera de las condiciones consideradas en el Artículo 72 LACAP.

ALCANCE: Esta modalidad de contratación excepcional de obras, bienes y servicios puede ser utilizada por las instituciones al comprobarse cualquiera de las situaciones establecidas en la LACAP y RELACAP. Están incluidas las contrataciones con una o más personas naturales o jurídicas, manteniendo los criterios de competencia cuando aplique, salvo en los casos que no fuere posible debido a la causal que motive la contratación. Art. 71 LACAP, esta decisión deberá consignarse mediante resolución o acuerdo razonado emitido por el Titular o la máxima autoridad de la Institución. Para realizar esta modalidad de contratación, el monto no es un factor determinante para realizarla, sino las causales que motivan la contratación.

RESPONSABLE: Jefe de UACI

REFERENCIA:

1. LACAP,
2. RELACAP,
3. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CICLO DE GESTION DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINSTRACION PUBLICA.
4. POLÍTICA ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE

LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 2020
5. INSTRUCTIVO NO. 02/2017 "NORMAS PARA LA ELABORACIÓN, PUBLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES A TRAVÉS DE COMPRASAL"

DEFINICIONES

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO: Funcionario o empleado del FOSALUD, responsable de que la obra, bien o servicio, se preste según lo contratado y se cumplan las obligaciones contractuales.

ADJUDICACIÓN: Es el acto por el que FOSALUD, previa evaluación de las ofertas presentadas, selecciona a la que, ajustándose sustancialmente a las bases de contratación directa, resulta la más conveniente a la Institución.

ADJUDICACIÓN PARCIAL: Adjudicar determinado contrato a dos o más contratistas en virtud que los bienes, obras o servicios, objeto del futuro contrato es susceptible de proveerse separadamente.

ASOCIO: Consiste en la unión temporal de varias personas (naturales, jurídicas o una combinación de ambas) con el propósito de presentarse como un solo Ofertante en el presente proceso.

BASES: Es el documento emitido por el FOSALUD que establece las condiciones y requisitos legales, financieros y técnicos-económicos que deberán cumplir los participantes del proceso de contratación, asimismo determina el trámite a seguir y establecen las condiciones del Contrato a celebrarse.

COMISION EVALUADORA DE OFERTAS (CEO): Es un Equipo multidisciplinario integrado de conformidad a la LACAP, con el fin de evaluar ofertas y recomendar al consejo Directivo la conveniencia de adjudicar o declarar desierta un determinado bien obra o servicio.

CONTRATO: Instrumento jurídico suscrito entre el Contratista y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), en virtud del cual se establecen las obligaciones y derechos de la Institución y el contratista en virtud de este proceso.

CONTRATANTE: Es el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)

CONTRATISTA: La persona natural o jurídica que por medio de un contrato provee al FOSALUD lo solicitado en las bases de contratación directa.

CALIFICACION DE URGENCIA: Procede ante una situación por la que se hace necesaria la adquisición o contratación de obras, bienes o servicio, cuya postergación o

diferimiento impusiere un grave riesgo al interés general.

DÍAS CALENDARIO: Son todos los días del año.

DIAS HABILES: Los días de la semana comprendidos de lunes a viernes incluyendo ambos, en horarios de las SIETE Y TREINTA MINUTOS A LAS QUINCE HORAS Y TREINTA MINUTOS, exceptuando los días feriados y festivos establecidos en el Código de Trabajo y en los Reglamentos del FOSALUD y demás leyes en materia laboral.

DOCUMENTOS CONTRACTUALES: Son todos los documentos generados en el proceso de Adquisición y Compra.

EJERCICIO FISCAL: Periodo comprendido entre el 1º de enero al 31 de diciembre de un mismo año.

ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES: Son aquellas omisiones involuntarias por parte del ofertante al presentar las ofertas, cuya subsanación o corrección ha sido previamente permitida mediante las bases, fundándose en que no afecta lo sustancial de la oferta y no pone en riesgo los actos administrativos del FOSALUD.

ITEM Ó RENGLON: Conjunto de bienes o suministros objeto del proceso de compra.

OFERTANTE: La persona natural o jurídica que participa presentando su oferta, sujetándose a las condiciones expresadas en las presentes Bases.

ORDEN DE INICIO: Documento por medio del cual la dependencia solicitante establece la fecha en que el Contratista deberá iniciar la ejecución del contrato.

RESOLUCIÓN RAZONADA: Solución o respuesta que está basado en razones o documentos que sirven de justificación, según lo que dispone la ley.

SUPERVISOR: Persona Natural o Jurídica, nombrada por el Contratante con notificación al Contratista, responsable de supervisar la ejecución de las obras y de apoyar la administración del contrato.

TERMINOS DE REFERENCIA: En el caso de adquirentes de servicios, es el documento que contiene los lineamientos generales, las especificaciones técnicas, los objetivos, alcances, enfoque, metodología, actividades a realizar, estructura, programa de manejo ambiental -entre otros aspectos- que el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales emite para la elaboración y presentación del Estudio de Impacto Ambiental (EsIA) de una actividad, obra o proyecto con categorización B.2 (con impacto ambiental con potencial moderado o alto).

UNION DE OFERTANTES: Consiste en la unión temporal de varias personas (naturales, jurídicas o una combinación de ambas) con el propósito de presentarse como un solo Ofertante en el presente proceso.

EXTEMPORANEO: Inadmisibilidad de un documento, trámite, reclamación o recurso por haber sido presentado fuera del plazo establecido (horas, minutos y días)

cuando sea necesario se aclara el significado de los términos empleados que tengan un carácter técnico o sean propios .

ABREVIATURAS

FOSALUD: Fondo Solidario Para la Salud

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

IVA : Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y la Prestación de Servicios.

LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

UNAC: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

CEO: Comisión de Evaluación de ofertas.

CD: Consejo Directivo.

DESARROLLO:

**PROCESO N° 2.3:
PROCESO DE COMPRA POR CONTRATACIÓN DIRECTA**

RESPONSABLE	No.	Descripción
Consejo Directivo	1	Después de haberse cumplido una de las condiciones establecidas en el Art. 72 LACAP, el Consejo Directivo, debe emitir una resolución razonada aprobando el inicio del proceso por contratación directa. Emite la declaración de urgencia debidamente razonada ART. 73 LACAP

		También procederá cuando Habiéndose contratado, previa una licitación, el contrato se extinguiere por causas imputables al contratista.
Coordinadora UACI	2	Recibe Solicitud de Compra enviada por Unidad Solicitante en formato digital. Art. 41 LACAP
Coordinadora UACI	3	Revisa Solicitud de Compra en Digital, si se encuentra la información requerida en el PAAC Art. 15 RELACAP. En caso que lo requerido no esté contenido en la PAAC, la Unidad Solicitante deberá realizar las gestiones ante la Autoridad Competente, a efecto de obtener la autorización del objeto de la solicitud, ya sea por ajuste o adición de la necesidad a la PAAC. Autorizado el ajuste o adición, la Unidad Solicitante deberá gestionar ante la UFI o quien haga sus veces para la cobertura presupuestaria y aprobada la disponibilidad, gestionará ante la UACI para la incorporación a la PAAC.
Unidad Solicitante	4	Presento Solicitud de Compra según el PAC.
Coordinadora UACI	4.1	Regresa Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.
Unidad Solicitante	4.2	Corrige Solicitud de Compra
Coordinadora UACI	4.2.1	Incluye modificación en REPAAC
Unidad Solicitante	4.2.2	Modifica la Solicitud de Compra con cambios aprobados.
Coordinadora UACI	5	Envía en digital Solicitud de Compra a Técnico UACI.
Técnico UACI	6	Recibe Solicitud de compra en digital
Técnico UACI	7	Revisa en digital Solicitud de compra
Unidad Solicitante	8	Presento Solicitud de Compra Correctamente
Técnico UACI	8.1	Devuelve Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.
Técnico UACI	9	Envía Solicitud de Compra en digital a Unidad Solicitante esta imprime y devuelve firmada junto con reserva de información.
Técnico UACI	10	Envía en formato digital, para revisión Asignación presupuestaria a Coordinador de presupuesto Art. 11 LACAP
Técnico UACI	11	Recibe Asignación presupuestaria en digital imprime y solicita firmas de Jefe UACI y Gerente Financiero.
Técnico UACI	12	Elabora bases de contratación directa según Art. 44 LACAP.
Técnico UACI	13	Solicita a Gerente Financiero, por medio de correo electrónico copiado a Jefe UACI y GA, asignación de Colaborador Financiero que forma parte de la CEO.
Gerente Financiero	13	GF informa, mediante correo electrónico, el nombre del Colaborador

		financiero que formará parte de la CEO.
Técnico UACI	14	En caso de ser necesario el nombramiento de la Comisión de Evaluación de Ofertas (CEO), la UACI remitirá al Titular o su designado la propuesta para su nombramiento mediante el Acuerdo respectivo. Art. 20 LACAP
Técnico UACI	15	Envía correo convocando a Comisión de Adecuación de Bases.
Comisión de Adecuación de bases	16	Adecúan Bases. LACAP Art. 20 a) Analista Financiero determina las razones financieras que serán evaluadas en el proceso. b) Unidad solicitante y experto en la materia verifica que se haya incorporado en las bases de contratación directa todos los aspectos técnicos de los bienes y servicios a requerir. c) Asesor Jurídico verifica que los documentos legales sean requeridos correctamente y verifica el cumplimiento del marco legal en cuanto a documentos legales y técnicos. Según los documentos definidos en el Art. 25 y 26 RELACAP. d) Técnico UACI, delegado por jefe UACI Art. 10 inciso ultimo LACAP, Coordina Comisión de adecuación de bases, verifica el cumplimiento de lo establecido en el Art. 10 literal "F" LACAP. Al finalizar la Comisión de Adecuación de Bases, firma Acta de Adecuación de Bases.
Técnico UACI	17	Elabora Nombramiento de CEO y Aprobación de Bases, proyecto de Punto de Acta y Acuerdo de Administrador de Contrato.
Técnico UACI	18	Envía Documentos en digital a Jefe UACI.
Jefe UACI	19	Revisa documentación.
Jefe UACI	19.1	Devuelve a Técnico UACI en digital para corrección
Técnico UACI	19.1.1	Corrige documentos.
Jefe UACI	20	Se envía a jurídico para incorporación en agenda de CD
Departamento jurídico	21	Presenta en CD
Consejo Directivo	22	Aprueba proceso de compra.
Técnico UACI	22.1	Se superan observaciones
Presidente del CD	23	Firma de Acuerdo de Administrador de Contrato Nombramiento de CEO y aprobación de Bases.
Técnico UACI	24	Elabora arte de publicación de Convocatoria detallando: día, hora y fecha de retiro de especificaciones técnicas o términos de referencia, fecha de recepción y apertura de ofertas y traslada, vía correo electrónico, a Jefe UACI para aprobación.

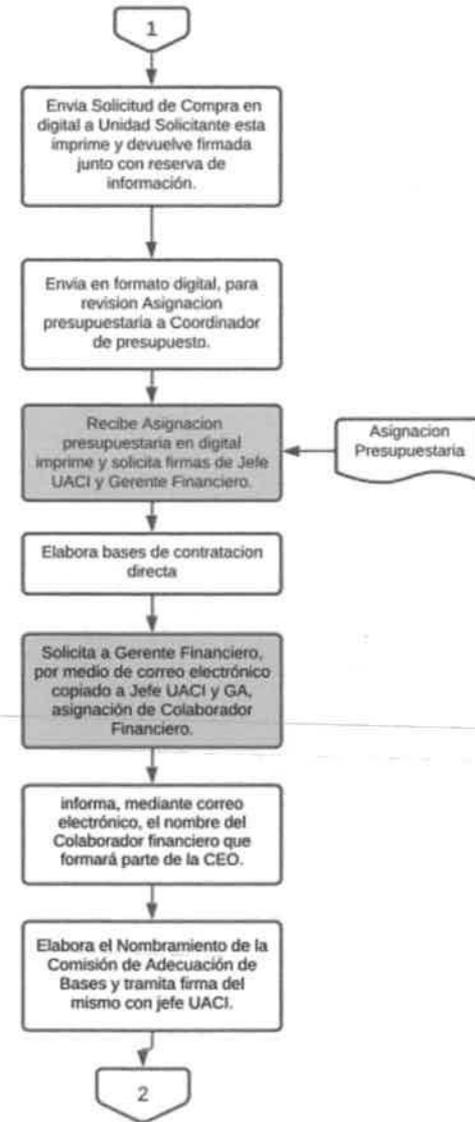
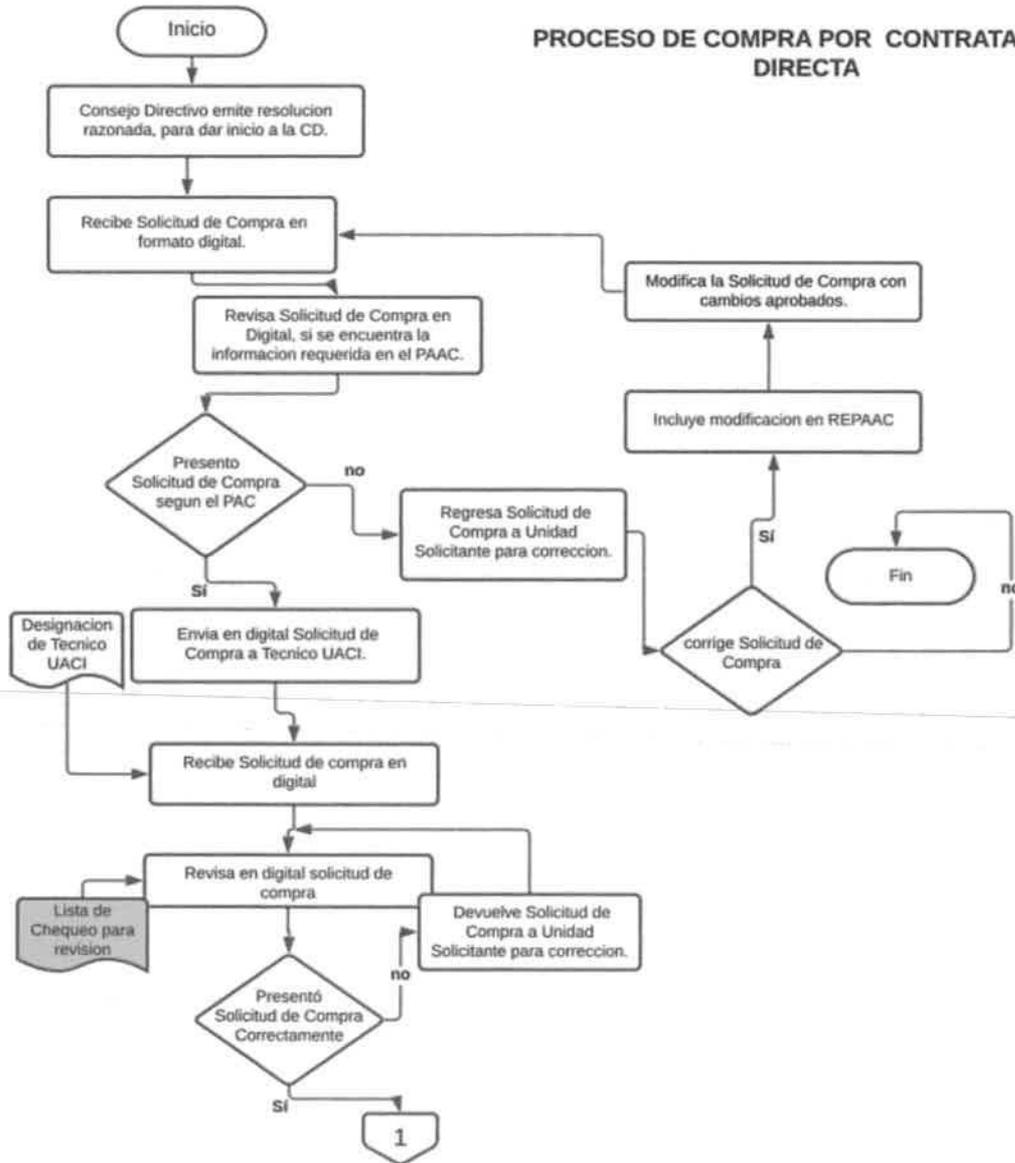
Jefe UACI	24.1	Envía correcciones a técnico UACI quien supera las observaciones si las hay, envía a Jefe UACI por correo.
Jefe UACI	25	Aprueba arte Envía por correo arte aprobado a asistente UACI.
Asistente UACI	26	Recibe correo electrónico y remite arte a los periódicos de circulación nacional para la elaboración de cotización respectiva, elabora nota de solicitud a Casa Presidencial para autorización de la publicación de convocatoria y envía vía correo.
Asistente UACI	27	Recibe autorización de CAPRES y publica.
Técnico UACI	28	Carga información del proceso según lo establecido en "Guía de uso de Módulo de Divulgaciones (MODDIV)", carga archivos en COMPRASAL en formato PDF y WORD según Art. 47 LACAP. Deberá publicar la resolución razonada en COMPRASAL, adjuntando los instrumentos de contratación que contienen los datos e instrucciones para la presentación de las ofertas.
Posibles Oferentes	29	Descargan las especificaciones técnicas o los términos de referencia, 2° ó 3° día después de ser publicado; además podrán ser adquiridas en la UACI, según lo establecido en el Art. 49 LACAP o Art. 47 y 48 RELACAP.
Posibles Oferentes	30	Preparan ofertas, solo en caso si es necesario envían consultas según lo establecido en Art.50 Y 51 LACAP, RELACAP Art.49, en caso no presenten consultas continua con el paso No.36
Asistente UACI	31	Recibe consultas de los oferentes si las hubiere y entrega a técnico UACI.
Técnico UACI	32	Envía memorándum o correo a unidad solicitante consulta de los oferentes.
Unidad solicitante	33	Elabora respuesta y envía por correo o memorándum a técnico UACI
Técnico UACI	34	Elabora Nota Aclaratoria o Adenda, envía a departamento Jurídico para revisión, recibe y tramita firma de titular en caso de ADENDA y Jefe UACI en caso Nota Aclaratoria. RELACAP Art.50,
Posibles Oferentes	35	Entrega oferta en lugar, día y hora establecido.
Asistente UACI	36	Elabora cuadros de recepción de ofertas y cuadros de apertura de ofertas, Recibe sobres con las ofertas según Art. 44 y 45 RELACAP entrega ofertas a técnico UACI, en caso no se reciban ofertas pasa al paso No. 38 párrafo 3°
Técnico UACI	37	Realiza la Apertura de ofertas según lo establecido en Art. 53 LACAP, Art. 51 RELACAP, Art. 52 RELACAP.
		Inicia la apertura de las ofertas a la hora señalada en la publicación de convocatoria, con los oferentes presentes a dicho acto.
		Abre el sobre 1 y 3 muestra la oferta económica y la garantía de mantenimiento de oferta y elabora acta de apertura con el monto total ofertado y monto de garantía de mantenimiento de oferta.
		Pasa a firma el acta de apertura a los presentes.
		Cierra el acto de apertura de ofertas y entrega copia del acta a los presentes.

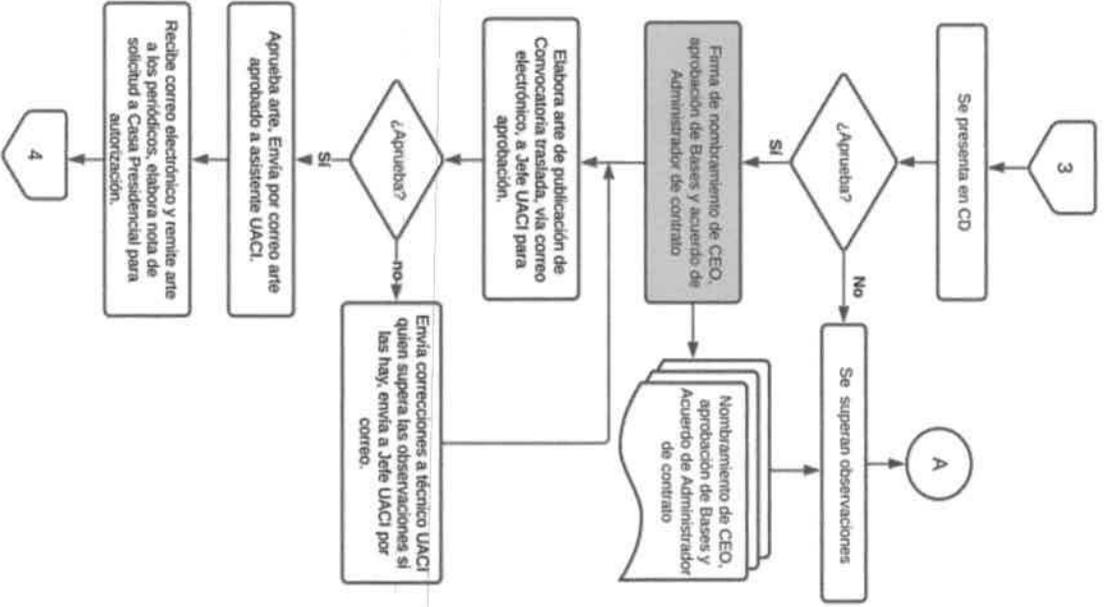
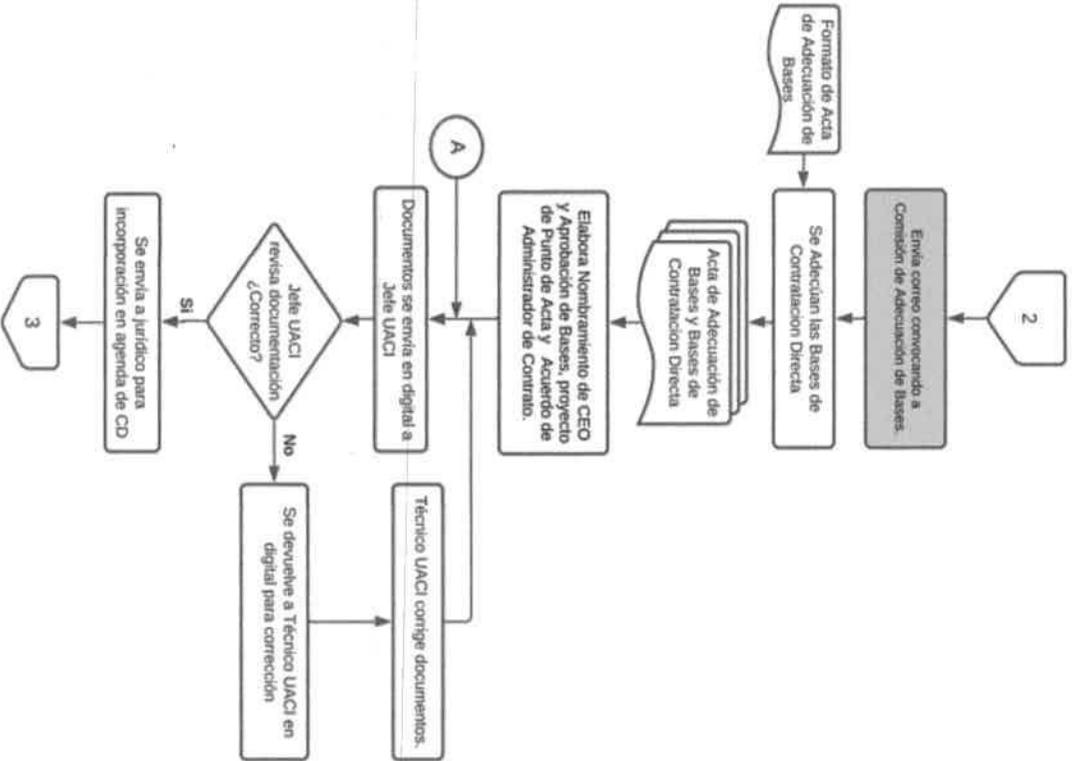
Técnico UACI		Convoca a los miembros de la Comisión de Evaluación de Ofertas para inicio de proceso de evaluación.
Comisión de Evaluación de Ofertas	38	<p>Evalúan ofertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos legales requeridos a los ofertantes u oferentes en las bases de contratación directa; b) Información financiera; c) Oferta técnica; y d) Oferta económica. Art. 55 LACAP <p>Concluida la evaluación de las ofertas, la Comisión de Evaluación de Ofertas elaborará un informe basado en los aspectos señalados en el paso anterior, en el que hará al Consejo Directivo la recomendación que corresponda, ya sea para que acuerde la adjudicación respecto de las ofertas que, técnica y económicamente resulten mejor calificadas. Art. 56 LACAP</p> <p>Podrá declarar desierta la licitación o el concurso en los casos no cumplan con las especificaciones técnicas o no se presenten ofertas. ofertas pasa al paso No. 42 párrafo 2°</p> <p>Dicho informe y los cuadros de evaluación deberá ser firmado por todos los miembros de la Comisión.</p>
Técnico UACI	39	Elabora Resolución de Adjudicación o Declaratoria de desierta o declaratoria Sin efecto y punto de acta, envía a jefe UACI.
Jefe UACI	40	Recibe documentos en digital y envía a Departamento jurídico
Colaborador Jurídico	41	Incorpora en agenda del Consejo Directivo.
Consejo Directivo	42	<p>Procederá a adjudicar, si estuviere de acuerdo con la recomendación formulada por la Comisión de Evaluación de Ofertas, la contratación de las obras, bienes o servicios de que se trate, lo que se hace constar en el acta respectiva y/o la resolución correspondiente.</p> <p>Cuando no aceptare la recomendación de la oferta mejor evaluada, deberá consignar y razonar por escrito su decisión y podrá optar por alguna de las otras ofertas consignadas en la misma recomendación, o declarar desierta la licitación o el concurso, lo que se hace constar en el acta respectiva y emite la resolución correspondiente.</p>
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	43	Firma Resolución de Adjudicación.
Secretaria de Dirección	44	Traslada a UACI Resolución de Adjudicación firmada.
Asistente UACI	45	Recibe Resolución de adjudicación y entrega a Técnico UACI.
Técnico UACI	46	<p>La UACI dará a conocer el resultado mediante la resolución del Consejo Directivo.</p> <p>Elabora acta de notificación a participantes del proceso de licitación pública o concurso, anexando copia de resolución del Consejo Directivo y notifica.</p> <p>Publica resultados en el sitio web institucional, en periódicos nacionales e internacionales, así como en el MODDIV.</p> <p>La resolución de adjudicación no estará firme hasta transcurridos cinco días hábiles posteriores a su notificación, periodo dentro del cual se podrá interponer el recurso de revisión regulado por la LACAP. Art. 56 LACAP, en caso transcurran los 5 días hábiles y no interponen recurso de revisión pasa al paso No. 59</p>

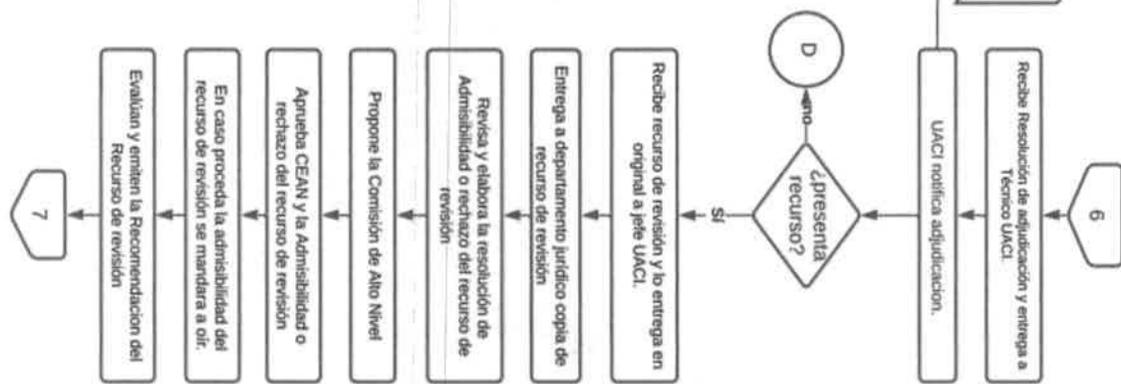
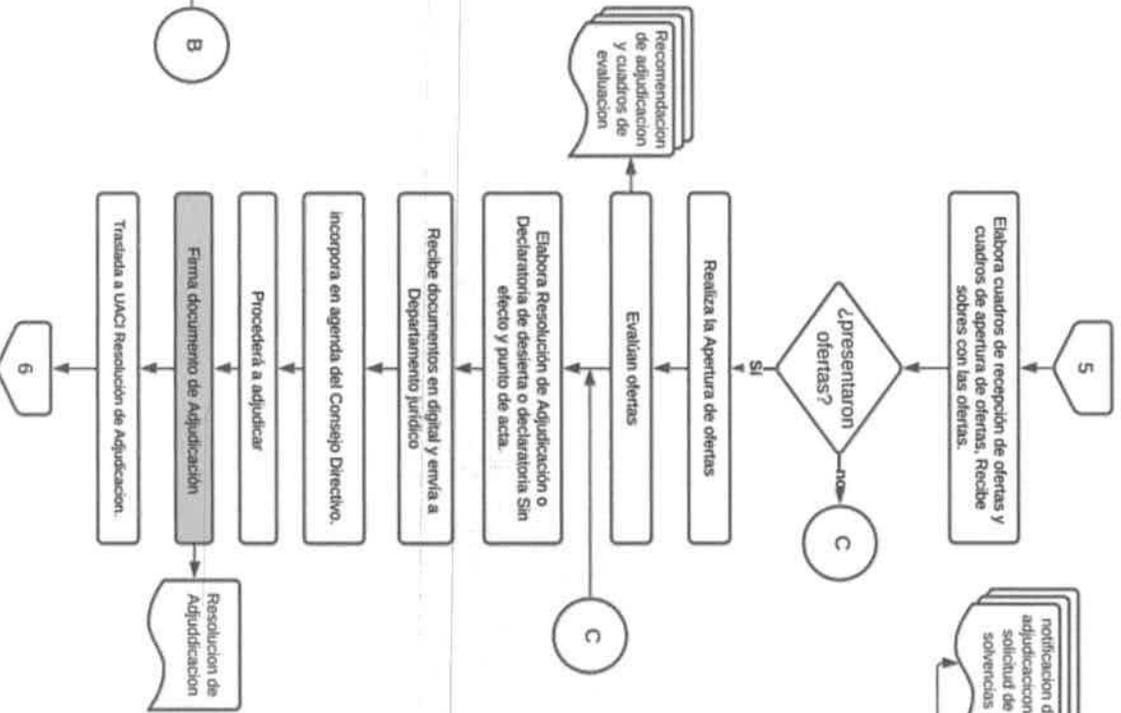
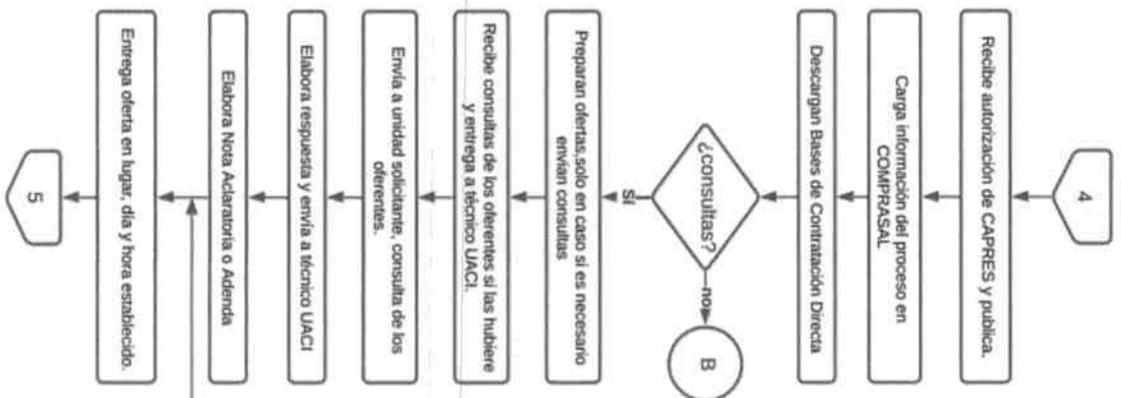
oferente notificado		Durante los 5 días hábiles posteriores a la notificación el oferente notificado presenta recurso de revisión según lo establecido en los Arts. 76, 77 y 78 LACAP, Art. 71 RELACAP.
Secretaría de dirección	47	Recibe recurso de revisión y lo entrega en original a jefe UACI.
Jefe UACI	48	Entrega a departamento jurídico copia de recurso de revisión
Colaborador jurídico	49	Revisa y elabora la resolución de Admisibilidad o rechazo del recurso de revisión y envía a firma del Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD, en un plazo de 3 días hábiles siguientes a partir de la recepción del mismo según Art. 72 RELACAP.
Jefe UACI	50	Propone la Comisión de Alto Nivel, para que sea aprobada por Presidente del Consejo Directivo y Representante legal de FOSALUD. según Art. 77 LACAP y Art. 73 RECALAP.
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	51	Aprueba CEAN y la Admisibilidad o rechazo del recurso de revisión
oferente notificado	52	En caso proceda la admisibilidad del recurso de revisión se mandara a oír, según el último inciso Art. 72 RELACAP.
Comisión Especial de Alto Nivel	53	Evalúan y emiten la Recomendación de recurso de revisión, 10 días contados a partir de la admisión del recurso según Art. 77 LACAP.
Colaborador jurídico	54	Elabora resolución de recurso de revisión y en caso procesada la modificativa a la Resolución de Adjudicación.
Consejo Directivo	55	Aprueban la Resolución de Recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación
Presidente del Consejo Directivo y representante legal de FOSALUD.	56	Firma Resolución de Recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación.
Colaborador jurídico	57	Notifica Resolución de recurso de revisión y en caso proceda la modificativa a la Resolución de Adjudicación. según lo definido en Art. 74 LACAP
Técnico UACI	58	Ordena, folea y entrega expediente a Colaborador Administrativo para elaboración de contrato.
Técnico UACI	59	Elabora arte de publicación de resultados detallando: nombres de proveedores adjudicados y monto total y traslada, vía correo electrónico, a Jefe UACI para aprobación.
Jefe UACI	59.1	Envía correcciones a técnico UACI quien supera las observaciones si las hay.
Jefe UACI	60	Aprueba arte Envía por correo arte aprobado a asistente UACI.
Asistente UACI	61	Recibe correo electrónico y remite arte por correo a periódico de circulación nacional para la elaboración de cotización respectiva, elabora nota de solicitud a Casa Presidencial para autorización de la publicación de resultados.
Asistente UACI	62	Recibe autorización de CAPRES y publica en periódico.
Técnico UACI	63	Carga información del proceso según lo establecido en "Guía de uso de Módulo de Divulgaciones (MODDIV)".
METAS: REALIZAR EL 100% CONTRATACIONES DIRECTAS SOLICITADAS.		

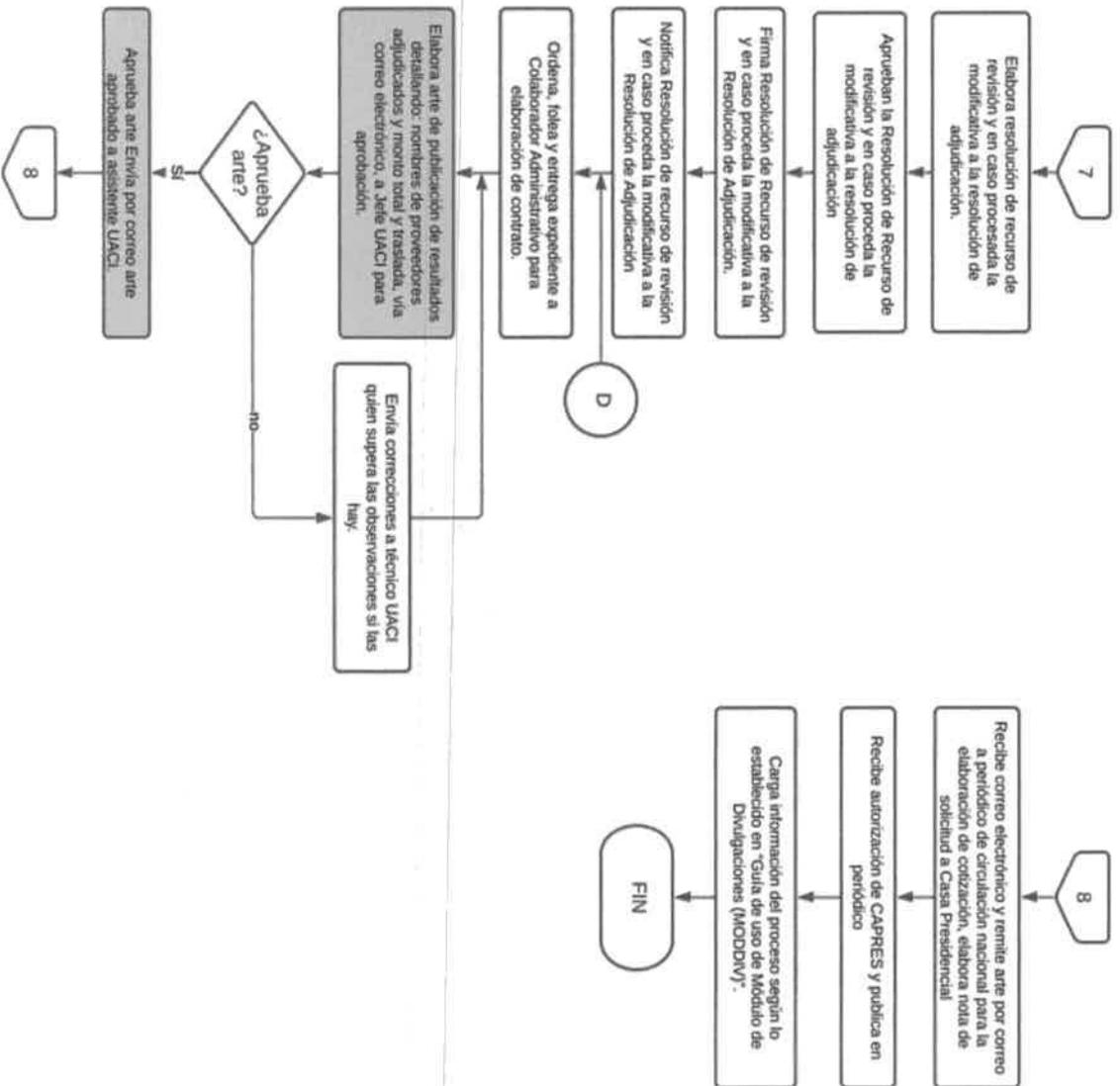
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Numero de proceso de contratación directa realizada sobre el número de contratación directa solicitado		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: ANUAL
--	--	---

PROCESO DE COMPRA POR CONTRATACIÓN DIRECTA









 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.	REVISIÓN (0) FECHA (de aprobación del doc.) PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)
2.4 PROCESO DE COMPRA POR BOLSA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE EL SALVADOR.		

<p>OBJETIVO: Adquirir los bienes y servicios que requiere la institución de manera oportuna y que cumpla los requerimientos del solicitante y los establecidos en el marco normativo.</p>
<p>ALCANCE: Están incluidas las compras de bienes y servicios que la institución defina que se realicen por Bolsa de productos y servicios de El Salvador.</p> <p><u>El inicio:</u> Recibe Solicitud de Compra enviada por Unidad Solicitante en formato digital. Art. 41 LACAP.</p> <p><u>La finalización:</u> Recibe y envía contrato e informe de negociación por ítem a técnico UACI, Gerente Financiero y Unidad Solicitante.</p>
<p>RESPONSABLE: Jefe de UACI</p>
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LEY DE BOLSA 2. REGLAMENTO GENERAL 3. INSTRUCTIVO DE OPERACIONES Y LIQUIDACIONES 4. INSTRUCTIVOS DE COMPETENCIAS Y LIQUIDACIONES 1. LACAP
<p>DEFINICIONES:</p> <p>Bolsa de productos de El Salvador S.A. de C.V.: la bolsa.</p> <p>Agentes de bolsa: El agente o los agentes.</p>

Certificado Real de Operaciones: Documento por medio del cual se autoriza la realización de operaciones a un puesto de bolsa o licenciario.

Contra oferta: Es una oferta en la que se cambia o mejora otra anterior.

Ley de bolsa de productos o servicios: la ley

Oferta Técnica: Es un documento que contiene los términos técnicos de los productos o servicios que el oferente manifiesta tener o estar dispuesto a cumplir y lo somete a evaluación del comprador.

Puesto de bolsa de productos y servicios: el puesto de bolsa.

Registro público: Es el asiento de los productos y servicios, que serán sujetos de una negociación, aprobados por la bolsa bajo normas específicas emitidas por esta y de conocimiento público. La inscripción de los productos y servicios es de obligatorio cumplimiento previo a la negociación de los mismos.

Superintendencia del Sistema Financiero: La superintendencia.

DESARROLLO:

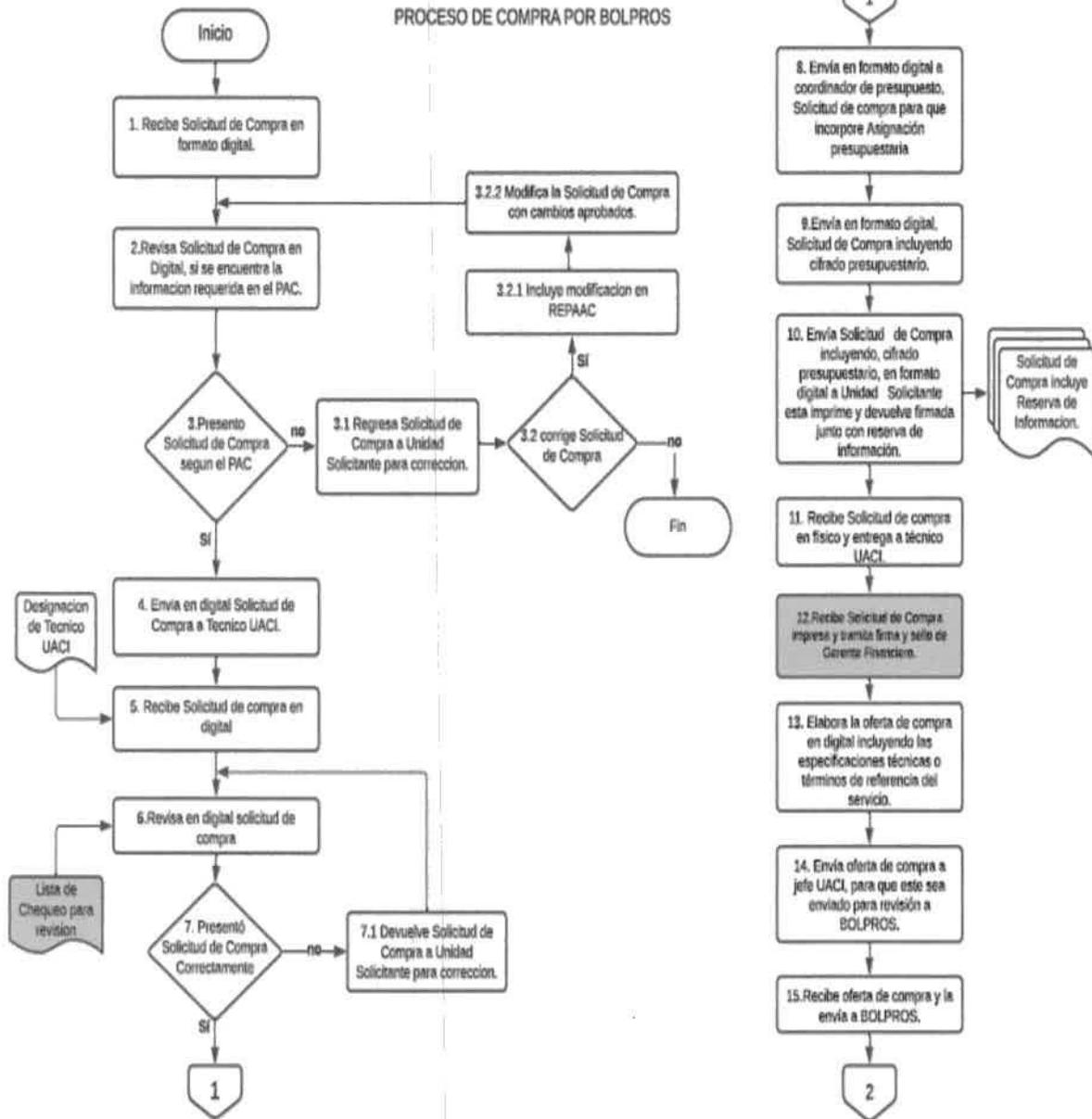
PROCESO N° 2.4: PROCESO DE COMPRA POR BOLSA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE EL SALVADOR.

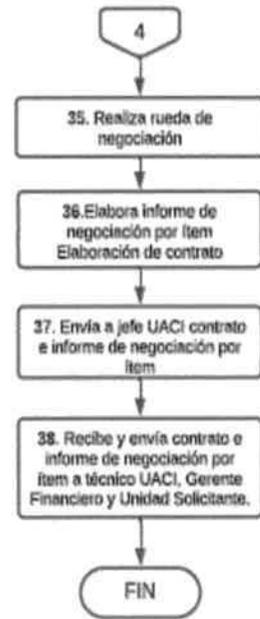
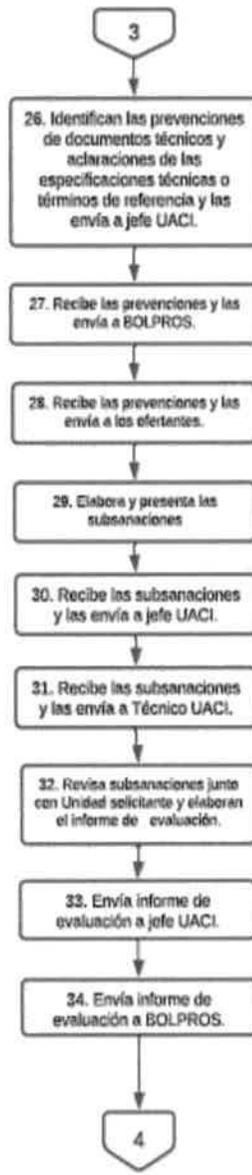
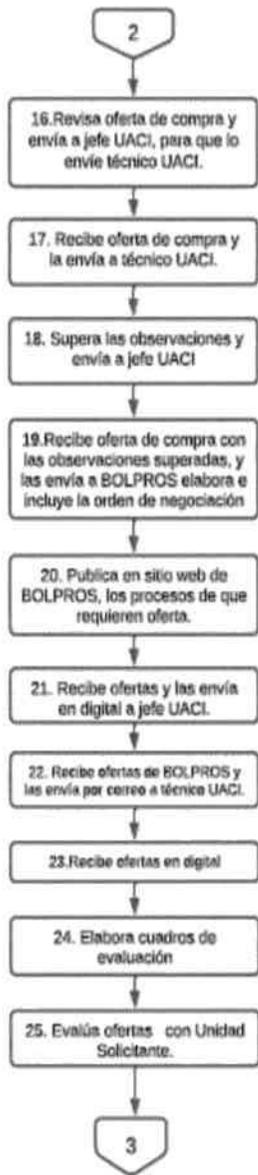
RESPONSABLE	No.	Descripción
Coordinadora UACI	1	Recibe Solicitud de Compra enviada por Unidad Solicitante en formato digital. Art. 41 LACAP
Coordinadora UACI	2	Revisa Solicitud de Compra en Digital, si se encuentra la información requerida en el PAAC Art. 15 RELACAP .
Unidad Solicitante	3	Presento Solicitud de Compra según el PAC.
Coordinadora UACI	3.1	Regresa Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.
Unidad Solicitante	3.2	Corrige Solicitud de Compra
Coordinadora UACI	3.2.1	Incluye modificación en REPAAC
Unidad Solicitante	3.2.2	Modifica la Solicitud de Compra con cambios aprobados.
Coordinadora UACI	4	Envía en digital Solicitud de Compra a Técnico UACI.
Técnico UACI	5	Recibe Solicitud de compra en digital
Técnico UACI	6	Revisa en digital Solicitud de compra
Unidad Solicitante	7	Presento Solicitud de Compra Correctamente
Técnico UACI	7.1	Devuelve Solicitud de Compra a Unidad Solicitante para corrección.

Técnico UACI	8	Envía en formato digital a coordinador de presupuesto, Solicitud de compra para que incorpore Asignación presupuestaria Art. 11 LACAP
Coordinador de presupuesto	9	Envía en formato digital, Solicitud de Compra incluyendo cifrado presupuestario.
Técnico UACI	10	Envía Solicitud de Compra incluyendo, cifrado presupuestario, en formato digital a Unidad Solicitante esta imprime y devuelve firmada junto con reserva de información.
Asistente UACI	11	Recibe Solicitud de compra en físico y entrega a técnico UACI.
Técnico UACI	12	Recibe Solicitud de Compra impresa y tramita firma y sello de Gerente Financiero.
Técnico UACI	13	Elabora la oferta de compra en digital incluyendo las especificaciones técnicas o términos de referencia del servicio.
Técnico UACI	14	Envía oferta de compra a jefe UACI, para que este sea enviado para revisión a BOLPROS.
Jefe UACI	15	Recibe oferta de compra y la envía a BOLPROS.
BOLPROS	16	Revisa oferta de compra y envía a jefe UACI, para que lo envíe técnico UACI.
Jefe UACI	17	Recibe oferta de compra y la envía a técnico UACI.
Técnico UACI	18	Supera las observaciones y envía a jefe UACI
Jefe UACI	19	Recibe oferta de compra con las observaciones superadas, y las envía a BOLPROS elabora e incluye la orden de negociación según Art 11 Instructivo de operaciones y liquidaciones.
BOLPROS	20	Publica en sitio web de BOLPROS, los procesos de que requieren oferta.
BOLPROS	21	Recibe ofertas y las envía en digital a jefe UACI.
Jefe UACI	22	Recibe ofertas de BOLPROS y las envía por correo a técnico UACI.
Técnico UACI	23	Recibe ofertas en digital
Técnico UACI	24	Elabora cuadros de evaluación
Técnico UACI	25	Evalúa ofertas con Unidad Solicitante.
Técnico UACI	26	Identifican las prevenciones de documentos técnicos y aclaraciones de las especificaciones técnicas o términos de referencia y las envía a jefe UACI.
Jefe UACI	27	Recibe las prevenciones y las envía a BOLPROS.
BOLPROS	28	Recibe las prevenciones y las envía a los ofertantes.

Oferentes	29	Elabora y presenta las subsanaciones
BOLPROS	30	Recibe las subsanaciones y las envía a jefe UACI.
jefe UACI.	31	Recibe las subsanaciones y las envía a Técnico UACI.
Técnico UACI	32	Revisa subsanaciones junto con Unidad solicitante y elaboran el informe de evaluación.
Técnico UACI	33	Envía informe de evaluación a jefe UACI.
jefe UACI.	34	Envía informe de evaluación a BOLPROS.
BOLPROS	35	Realiza rueda de negociación
BOLPROS	36	Elabora informe de negociación por ítem Elaboración de contrato de compraventa de entrega inmediata Art 4 Instructivo de operaciones y liquidaciones. elaboración de contrato de compraventa de entrega a plazos Art 5 Instructivo de operaciones y liquidaciones.
BOLPROS	37	Envía a jefe UACI contrato e informe de negociación por ítem
jefe UACI.	38	Recibe y envía contrato e informe de negociación por ítem a técnico UACI, Gerente Financiero y Unidad Solicitante.
METAS: 100% de procesos que cumplen con requerimiento técnico y legal.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: % de procesos que cumplen con requerimiento técnico y legal		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: SEMESTRAL.

PROCESO DE COMPRA POR BOLPROS





FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL.</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA (de aprobación del doc.)</p> <p>PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)</p>
<p align="center">3. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS PARA FORMALIZAR LA COMPRA (CONTRATOS Y ÓRDENES DE COMPRA)</p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Contar con un proceso que permita garantizar que las adquisiciones de bienes y servicios llenen los requisitos y procedimientos formales, previo a la elaboración de contratos u órdenes de compra para formalización de manera oportuna y cumpliendo con los requisitos legales aplicables.</p>
<p>ALCANCE:</p> <p>El proceso de formalización de compras, aplica para todas las contrataciones de bienes y servicios adquiridos por el Fosalud, a excepción de las adquisiciones que se realizan a través de la Bolsa de Productos y Servicios del El Salvador (BOLPROS), Fondo Circulante y Caja Chica y Convenios interinstitucionales. E inicia con la recepción de los documentos contractuales y finaliza con la distribución y archivo de contrato y orden de compra en el expediente de compra.</p>
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos</p>
<p>REFERENCIA:</p> <p>La formalización de las compras de bienes y servicios, se basa en la normativa que regula las compras del sector público, entre las que se tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la República. • Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) • Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (RELACAP) • Manuales, instructivos, lineamientos, políticas, criterios, etc., emitidos por la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC). • Sentencias y criterios de inconstitucionalidad y contencioso administrativo, etc. • Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fondo Solidario para la Salud (Fosalud)

DEFINICIONES:

BASES DE LICITACIÓN: Documento preparado por el FOSALUD, que regulará el proceso de compra, en el que se establece su objeto, requisitos y condiciones a cumplir, en el proceso de Licitación Pública.

SOLICITUD DE COTIZACIÓN: Documento preparado por el FOSALUD, que regula el proceso de compra, en el que se establece su objeto, requisitos y condiciones a cumplir, en el proceso de Libre Gestión.

CONTRATO: Documento suscrito entre el Representante Legal del FOSALUD y el Contratistas en el que se describe el objeto contractual, y se establecen las condiciones, obligaciones y derechos recíprocos.

ORDEN DE COMPRA: Documento suscrito por la Directora Ejecutiva del FOSALUD, en el que se describe el objeto contractual, y se establecen las condiciones, obligaciones y derechos recíprocos entre el contratista y el FOSALUD.

ADENDA: Modificaciones o aclaraciones que se realizan a las bases de licitación,

CEO: Comisión de Evaluación de Ofertas.

OFERTANTE: Persona natural o jurídica, que presenta oferta técnica y económica de conformidad a lo estipulado en las presentes Bases de Licitación.

CONTRATISTA: Ofertante con quién se ha suscrito un contrato u orden de compra.

DÍA HÁBIL: Es el día laboral en Sede Administrativa del FOSALUD, de conformidad con la legislación salvadoreña.

GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA: Es el documento emitido a favor del FOSALUD, por medio del cual se garantiza el mantenimiento de las condiciones y de los precios de las ofertas, desde la fecha de apertura de oferta estas hasta su vencimiento, de conformidad a lo establecido en las bases de licitación o concurso.

GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO: Es el documento emitido a favor del FOSALUD, por medio de la cual, se garantiza que el contratista cumplirá con todas las cláusulas establecidas en el contrato y que el equipo contratado, será proporcionado a entera satisfacción del FOSALUD.

GARANTÍA DE BUEN SERVICIO, FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DE LOS BIENES: Es el documento que se otorga cuando sea procedente a favor del FOSALUD, para asegurar que el Contratista responderá por el buen servicio y buen funcionamiento o calidad que le sean imputables durante el periodo que se establezca en el contrato.

CASO FORTUITO: Son aquellos sucesos provocados por la naturaleza tales como Naufragio, terremoto, maremoto, inundaciones, huracanes, tormentas tropicales, otros.

FUERZA MAYOR: Son aquellos sucesos provocados por la mano del hombre, tales como: Huelgas, paros, actos de autoridades ejercidos por un funcionario público, apresamiento de enemigos, privación de libertad, otros.

INTERÉS PÚBLICO: Todo aquello que sea de provecho o de beneficio para el FOSALUD y la población en general.

OFERTA ECONÓMICA: Valor del precio total ofertado, el cual será el resultado de

multiplicar el precio de la unidad de medida por la cantidad ofertada.

OFERTA TÉCNICA: Especificaciones técnicas del bien o servicio ofertados por los participantes en un proceso de adquisición o contratación.

ABREVIATURAS

FOSALUD: Fondo Solidario Para la Salud

CD: Consejo Directivo.

UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada

IVA: Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y la Prestación de Servicios.

LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

RELACAP: Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

UNAC: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

CEO: Comisión de Evaluación de ofertas.

DESARROLLO:

PROCESO No. 3

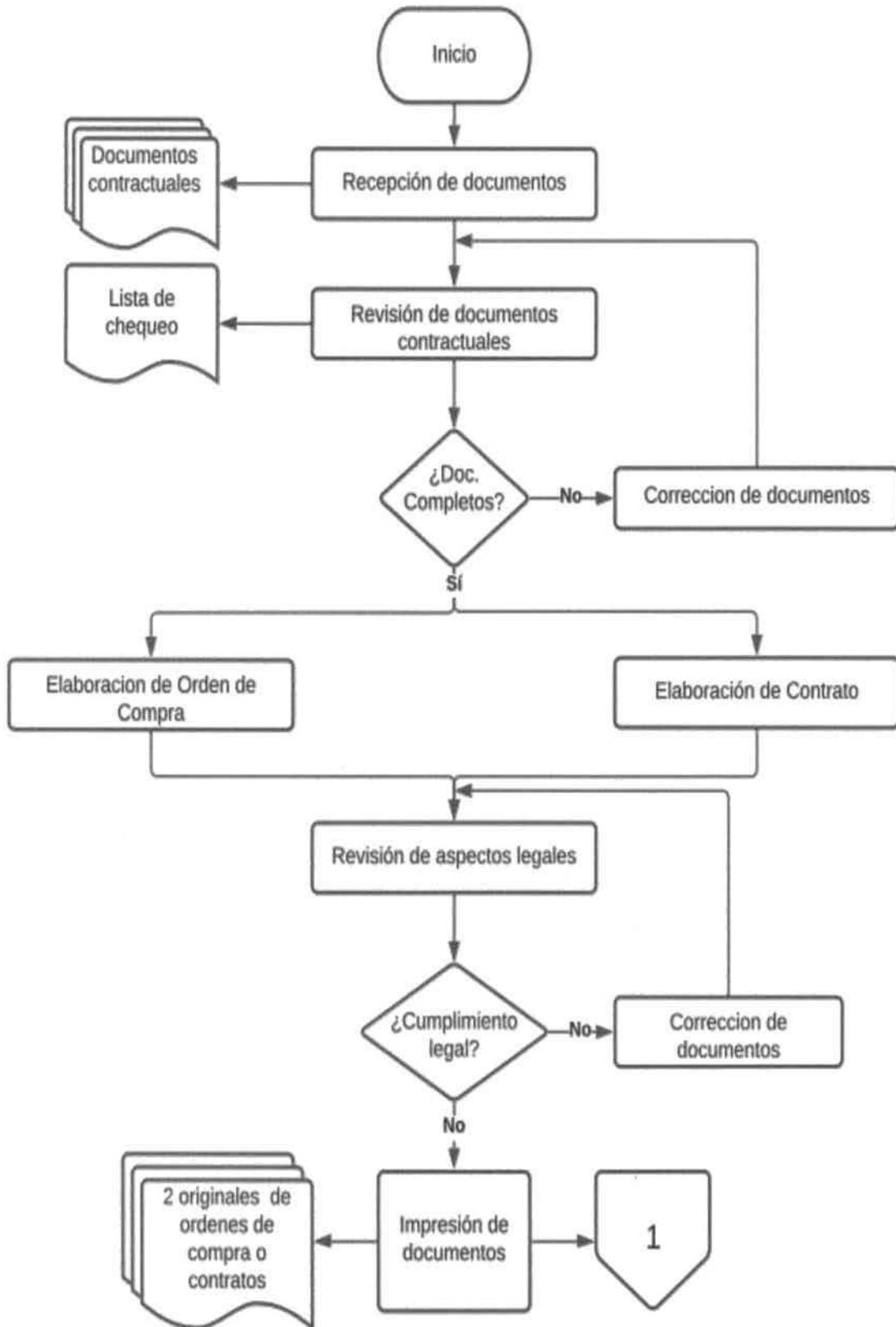
**ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS PARA FORMALIZAR LA COMPRA
(CONTRATOS Y ÓRDENES DE COMPRA)**

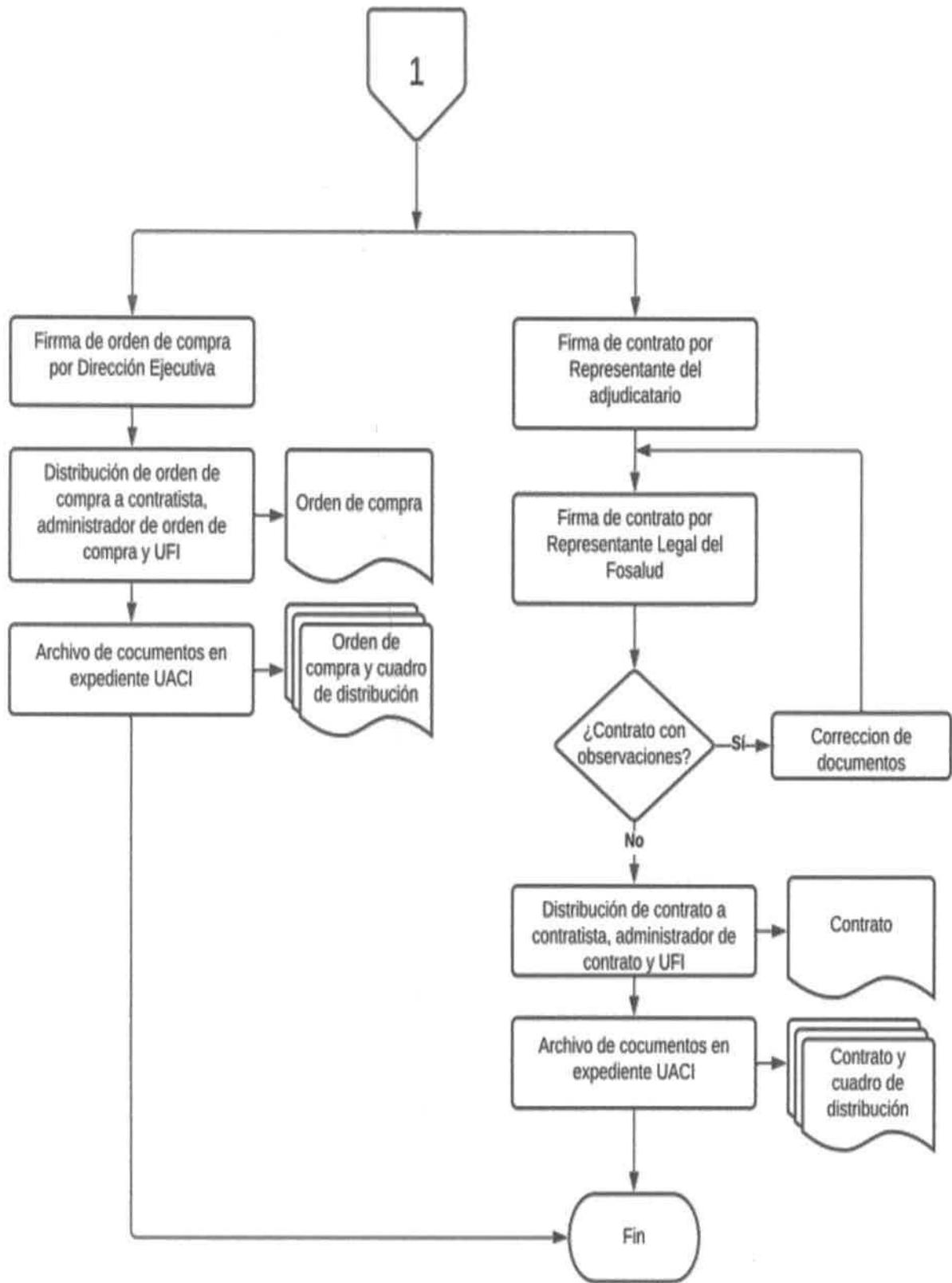
RESPONSABLE	No.	DESCRIPCIÓN
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	1.	Recibe el expediente físico de contratación correspondiente a procesos de Libre Gestión, Licitación Pública o Contratación Directa, de parte del técnico encargado del proceso de adquisición, y bases de licitación, solicitud de cotización y términos de referencia, en medio magnético a través de correo electrónico.
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	2.	Revisa que el expediente de adquisición esté completo con todos los documentos relacionados al proceso, según corresponda: Solicitud de compra, cifrado presupuestario, nombramiento de administrador de contrato u orden de compra, términos de referencia, especificaciones técnicas, bases de licitación, solicitud de cotización, ofertas, garantía de mantenimiento de ofertas, prevenciones, forma de pago, comprobante de microempresa para el pago a 30 días, cuenta bancaria, adendas, evaluación, recomendación de adjudicación, cuadro comparativo de ofertas, resolución de

		adjudicación, solvencias, documentos legales, escritura de constitución y todas las modificaciones al pacto social, asegurándose que no se haya interpuesto recurso de revisión o en caso contrario que haya sido resuelto, etc. (Arts. 18, 31, 43, 44, 52, 77, etc. de la LACAP)
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	3.	En caso que el expediente se encuentre incompleto se devuelve al técnico(a) encargado(a) del proceso para que sea completado, previo a darlo por recibido.
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	4.	Recibe el expediente con la documentación completa y elabora contrato u orden de compra, en medio magnético, según corresponda; de acuerdo a los formatos aprobados, asegurándose de incorporar los aspectos técnicos y condiciones establecidas en la solicitud de compra, términos de referencia, ofertas, adendas, garantías, etc. (Arts. 18, 31, 43, 44, 52, 77, 79, etc. de la LACAP)
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	5.	Remite el contrato u orden de compra en medio magnético a través de correo electrónico, para revisión del Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos, para asegurarse que existe coherencia entre la solicitud de compra o bases de licitación, oferta, resolución de adjudicación o cuadro comparativo de ofertas. (Arts. 18, 31, 43, 44, 52, 77, 79, etc. de la LACAP)
Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos	6.	Revisa el contrato u orden de compra, en cuanto a personería jurídica, objeto contractual, plazos de entrega, garantías y demás información establecida en las bases de licitación, solicitud de cotización, etc., en caso de existir observaciones se remite el expediente a Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos, en medio magnético para que sean superadas o corregidas. (Arts. 18, 31, 43, 44, 52, 77, 79, etc. de la LACAP)
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	7.	Corrige o supera las observaciones en contrato u orden de compra, y remite nuevamente al Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos, en medio magnético a través de correo electrónico.
Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos	8.	Remite contrato u orden de compra, en medio magnético a través de correo electrónico y expediente de contratación en físico a la Gerencia Legal, para que

		sean revisados los aspectos legales, tales como: personería jurídica, monto adjudicado, garantías, etc., y devuelve con o sin observaciones a la Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos (Arts. 31, 79, etc. de la LACAP)
Coordinador de Formalización y Gestión de Contratos y Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	9.	Recibe contrato u orden de compra, en medio magnético a través de correo electrónico; en caso que existan observaciones se corrigen y se imprimen dos ejemplares para suscribir dos originales por las partes contratantes. (Art. 79 de la LACAP)
	10.	Verifica que se encuentre solvente con la Hacienda Pública y con el municipio correspondiente, previo a convocar al contratista para firma de contrato. (Art. 25 literal "d" de la LACAP)
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	11.	Convoca al contratista para que firme y selle dos ejemplares de contrato y se remiten a través de la Gerencia Legal al Representante Legal del Fosolud para firma y sello de los mismos contratos. En el caso de las órdenes de compra se remiten a la Dirección Ejecutiva para firma y sello. (Arts. 79, 80 y 81 de la LACAP).
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	12.	Recibe los contratos u órdenes de compra debidamente firmados y sellados por las partes correspondientes y distribuye un ejemplar en original al contratista y una copia en medio magnético, a través de correo electrónico al administrador de contratos y a la Gerencia Financiera; requiriendo firma de recibido en cuadro de distribución de contrato u orden de compra.
Colaborador(a) Administrativo(a) / Formalización de Contratos	13.	Archiva en expediente de contratación un ejemplar en original de contrato u orden de compra junto al cuadro de distribución de contrato u orden de compra. (Art. 15 de la LACAP)
META: Elaborar el 100% de contratos u órdenes de compra solicitados cumpliendo los requisitos legales.		
INDICADOR DEL PROCESO: Número de contratos u órdenes de compra realizados cumpliendo los requisitos legales/ Número de contratos u órdenes de compra solicitados x 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: TRIMESTRAL

FLUJOGRAMA:
PROCESO DE FORMALIZACIÓN DE CONTRATOS Y ÓRDENES DE COMPRA







FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORANDO

Nº GTH-2020-251

PARA: Lic. Wilfredo Argueta Cazares
Jefe de Planificación

DE: Lic. Napoleón Ramírez Miranda
Gerente de Talento Humano

ASUNTO: Remisión de Manuales de Procesos de la Gerencia de Talento Humano

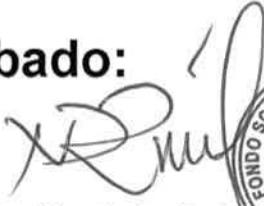
FECHA: San Salvador, 18 de diciembre de 2020



A través del presente remito Manuales de Procesos de las Gerencia de Talento Humano para su respectiva presentación y aprobación del Consejo Directivo.

- | | |
|--|------------|
| ✓ Unidad de Selección y Contratación de Personal | 1 original |
| ✓ Unidad de Compensaciones | 1 original |
| ✓ Unidad de Planillas | 1 original |
| ✓ Unidad de Desarrollo y Competencias | 1 original |

Atentamente,

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS</p>	<p>Revisión: No. 01 Fecha: 20/10/2020</p>
<p align="center">Manual de Procesos Unidad de Desarrollo de Competencias</p>		
<p>Alcance: El manual es aplicable a todo el personal permanente administrativo y operativo de las unidades organizativas y del FOSALUD, indistintamente de la modalidad de contratación (contrato/ley de salario), incluye los procesos capacitación, evaluación de desempeño y levantamiento de descriptores y perfiles de cargo. excepcionalmente para algunos procesos no aplica a personal interino.</p>		
<p>Responsable: Jefe/a Unidad</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Licda. Marlene Irene Zarsol Jefa Unidad de Desarrollo de Competencias</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Lic. Napoleón Domingo Ramírez Miranda Gerente de Talento Humano</p>	



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**UNIDAD
DE
DESARROLLO
DE
COMPETENCIAS**

Revisión No. 01

**Fecha:
20/10/2020**

Pág. N° 2/15

**Manual de Procesos
Unidad de Desarrollo de Competencias**

Introducción

El presente Manual de Proceso es un documento que permite a la Unidad de Desarrollo de Competencias garantizar la organización y mejora de la calidad de los procesos aquí descritos.

Constituye una herramienta para una adecuada planificación, ejecución y evaluación de la capacitación para desarrollar las competencias del personal del FOSALUD a fin de lograr un eficiente desempeño en beneficio del logro de los objetivos institucionales.

El manual tiene como propósito contar con un instrumento para encausar el proceso de evaluación del desempeño, como herramienta para la toma de decisiones en materia de Gestión del Talento Humano, tales como: la capacitación y desarrollo de personal, de acuerdo a las competencias individuales en busca de la idoneidad del puesto de trabajo

Marco jurídico

Ley de Especial de Constitución para Creación del Fondo Solidario para la Salud – FOSALUD.

Reglamento de la ley del Fondo Solidario para la Salud

Código de Trabajo

Ley de Servicio Civil

Reglamento Internos de Trabajo

Normas Técnicas de Control Interno

Manual de Evaluación de Desempeño

Manual de Descriptores y Perfiles de Cargo

Proceso 1: Evaluación de Desempeño

Proceso 2: Capacitación del Personal

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS</p>	<p>Revisión No. 01</p> <p>Fecha: 20/10/2020</p> <p>Pág. N° 1/6</p>
<p>EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Asegurar que las evaluaciones de desempeño se realicen en el tiempo establecido y que cumplan con los requisitos (normativos técnicos metodológicos).</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Aplicable a todas las unidades organizativas y personal, tanto administrativo como operativo que conforman el Fondo Solidario para la Salud. No aplica para personal en período de prueba ni interino.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Jefe/a Unidad</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <p>Ley de Especial de Constitución para Creación del Fondo Solidario para la Salud – FOSALUD.</p> <p>Reglamento de la ley del Fondo Solidario para la Salud</p> <p>Código de Trabajo</p> <p>Ley de Servicio Civil</p> <p>Reglamento Internos de Trabajo</p> <p>Normas Técnicas de Control Interno</p> <p>Manual de Evaluación de Desempeño</p>		
<p>DEFINICIONES.</p> <p>Carpeta de Evaluación de Desempeño: Sobre de manila conteniendo los formularios de Evaluación de Desempeño, Instructivo y Memo de indicaciones generales del proceso</p> <p>Evaluación de Desempeño: Es el proceso utilizada por la Gerencia de Talento Humano, que sirve para medir el desempeño de los trabajadores y trabajadoras en un período</p>		

determinado.

Evaluador/a: Jefe inmediato del trabajador que realiza la evaluación de desempeño a sus subalternos.

Evaluado/a: Persona sujeta de evaluación de desempeño.

Formulario de Planificación Individual de Resultados: Documento que contiene los objetivos, resultados y medios de verificación que se utilizarán para evaluar los Resultados anuales de determinado puesto de trabajo.

MINSAL: Ministerio de Salud

Personal Operativo: trabajadores que laboran en Sede Administrativa y Almacenes

Personal Administrativo: trabajadores que laboran en los diferentes establecimientos de salud.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

SATH: Sistema de Administración del Talento Humano

DESARROLLO:

PROCESO N° 1:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

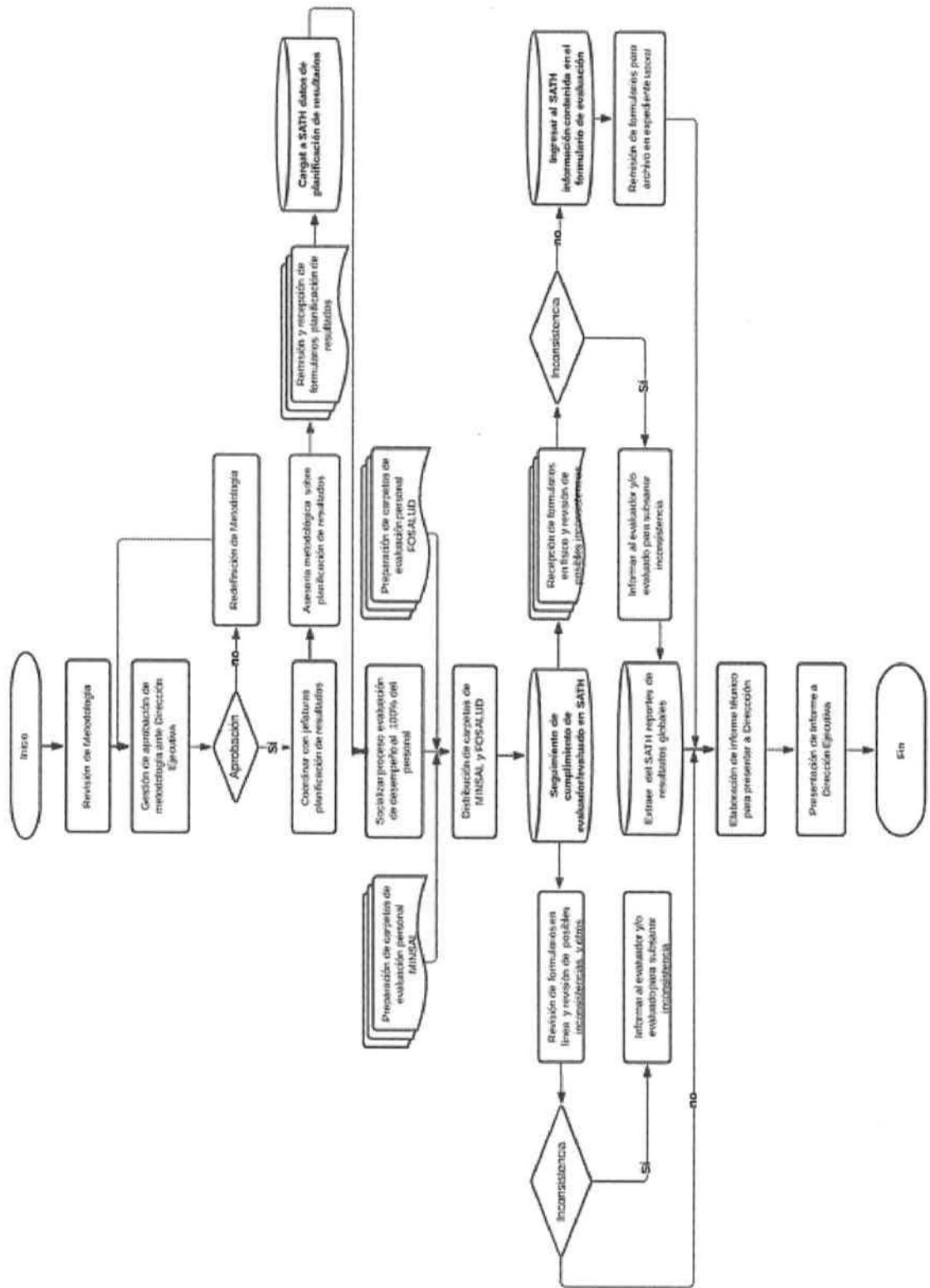
RESPONSABLE:		Descripción:
Jefe/a de Unidad	1	Establecer Metodología de Evaluación para ser presentada a Dirección Ejecutiva
Jefe/a de Unidad	2	Gestión de autorización y/o actualización de Metodología por parte de Dirección Ejecutiva, previa presentación de propuesta. Si es aprobado por Dirección Ejecutiva avanza a paso 4 y si no es aprobado sigue paso 3
Jefe/a de Unidad	3	Redefine metodología y regresa a paso 1
Jefe/a de Unidad	4	Coordinación con jefaturas de elaboración de planificación individual de resultados de cada uno de los puestos de trabajo la cual deben tomar en cuenta: el Plan Estratégico Institucional del Fosalud y el POA de la Unidad Organizativa a la que pertenece la persona

		<p>evaluada, por lo que, los resultados de la Planificación Individual deben estar acordes con estos planes.</p> <p>La planificación de personal Administrativo es realizada por cada una de las jefaturas de las unidades organizativas y para el personal operativo por jefes de programas especiales y supervisores, se efectúa por puesto de trabajo genérico.</p>
Jefe/a de Unidad	5	Asesoría metodológica a Jefaturas sobre la elaboración de Planificación individual de Resultados de la Evaluación de Desempeño de cada miembro del equipo de trabajo que lidera.
Jefe/a de Unidad	6	<p>Se remite a Jefaturas los formularios de planificación individual de resultados Excel para tal propósito</p> <p>Recepcionar los formularios de planificación individual de resultados, verificando coherencia de contenido, distribución de peso.</p> <p>Anexo No. 1</p>
Jefe/a de Unidad	7	Cargar formularios al Preparación de base digital del SATH – Módulo Evaluación de Desempeño, preparar y verificar que cada jefatura tenga asignado a su respectivo equipo de trabajo
Jefe/a de Unidad de Desarrollo de Competencias	8	Socialización del proceso a nivel administrativo y operativo, por medio de circular, memo, talleres y medios digitales (página web WhatsApp).
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	9	Preparación de carpetas de evaluación de desempeño para personal Operativo que labora en horario MINSAL conteniendo: memo a director, instructivo y formularios de cada uno de los trabajadores.
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	10	Preparación de carpetas de evaluación de desempeño para personal Operativo que solicita realizar evaluación de manera escrita debido a limitantes tecnológicos (falta

		Wifi, PC) conteniendo: instructivo y formularios de cada uno de los trabajadores del equipo.
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	11	Distribución y monitoreo de recepción de cada una de las carpetas de evaluación a cada uno de los establecimientos donde se cuenta con personal en horario MINSAL. Distribución y monitoreo de recepción de cada una de las carpetas de evaluación a cada uno de los equipos de trabajo que solicitaron formularios en físico personal horario Fosalud.
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	12	Seguimiento de cumplimiento de realización de proceso en SATH, el colaborador/a administrativo/a ejecuta seguimiento de acuerdo con la zona o unidad organizativa asignada: zona metropolitana, central, paracentral, occidental, oriental y Sede Administrativa Anexo No. X Asesoría personalizada de proceso que se realiza en línea y de manera física. Monitoreo en SATH de resultados de cada una de las evaluaciones de desempeño. Anexo No. X Si existe inconsistencia se le comunica vía telefónica al Evaluador y al evaluado para que superen las observaciones y se le indica la documentación pertinente a presentar según el caso (sólo es válido realizar correcciones en el apartado de Resultados).
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	13	Recepción de formularios en físico y revisión de posibles inconsistencias. Si hay inconsistencias sigue paso 14 y sino paso 15
	14	Informar a evaluador/a para subsanar inconsistencias Recepción de solicitud de corrección y formulario con las observaciones superadas. Recepción de solicitud de corrección y formulario con las observaciones superadas.
	15	Ingresa al SATH la información de los formularios cumplimentados correctamente

Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	16	Ingreso al SATH de correcciones solicitadas. Anexo No. X
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	17	Notificación al interesado/a de la corrección realizada para que Acepte o No los resultados de su evaluación
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	18	Recepción de formularios en físico de personal en horario MINSAL y operativo horario FOSALUD.
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	19	Revisión y verificación de cada uno de los formularios recibidos: Implica revisión y verificación de los cálculos valorativos de cada una de los apartados y cumplimentación de cada uno de los apartados con énfasis al chequeo de Aceptación o No Aceptación de la evaluación y firmas de evaluador/a y evaluado/a de cada uno de los
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	20	Se indica los apartados a corregir y la documentación pertinente a presentar según sea el caso, (sólo es válido realizar correcciones en el apartado de Resultados)
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	21	Recepción de solicitud de corrección y formulario con las observaciones superadas.
Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	22	Ingreso al SATH de correcciones solicitadas

Colaborador/a Administrativo/a Jefe de Unidad	23	Notificación al interesado/a de la corrección realizada para que Acepte o No los resultados de su evaluación
Jefe de Unidad	24	Elaboración de Informe Técnico basado en reportes obtenidos en SATH.
Jefe de Unidad	25	Entrega de y/o presentación de informe de resultados a Dirección Ejecutiva.
<p>METAS:</p> <p>Lograr el 100% evaluaciones de desempeño realizadas correctamente en el tiempo establecido.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Números de empleados evaluados/empleados totales X100</p> <p>Número de empleados evaluados en el plazo establecidos/total de empleados evaluados X 100</p> <p>Número de evaluaciones aceptadas o firmados/número de empleados totales X100</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Anual</p> <p>Anual</p>



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>UNIDAD DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS</p>	<p>Revisión No. 01</p> <p>Fecha: 20/10/2020</p> <p>Pág. Nº 1/5</p>
<p>PROCESO DE CAPACITACION DE PERSONAL Competencias Blandas para el Desarrollo Humano</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar que el Plan Institucional de Capacitación (PIC) incluya las necesidades de capacitación priorizadas en la institución y se cumpla según lo programado.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Aplicable a todas las unidades organizativas y personal, tanto administrativo como operativo que conforman el Fondo Solidario para la Salud. No aplica para personal en período de prueba ni interino.</p> <p>Las capacitaciones contenidas en el PIC están enfocadas al fortalecimiento y/o desarrollo de competencias blandas de desarrollo humano.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Jefe/a Unidad de Desarrollo de Competencias</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <p>Ley de Especial de Constitución para Creación del Fondo Solidario para la Salud – FOSALUD.</p> <p>Reglamento de la ley del Fondo Solidario para la Salud</p> <p>Código de Trabajo</p> <p>Ley de Servicio Civil</p> <p>Reglamento Internos de Trabajo</p> <p>Normas Técnicas de Control Interno</p> <p>Manual de la Capacitación del Fosalud</p>		
<p>DEFINICIONES.</p> <p>Capacitación: Conjunto de acciones, actividades o procesos organizados, que buscan</p>		

mediante la generación de conocimiento, el desarrollo de habilidades, el cambio de actitudes, conductas y destrezas, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios de salud y al desarrollo personal.

DNC: Diagnóstico de Necesidades de Capacitación

Competencia Organizacional: es el conjunto de características de la organización/institución, de modo fundamental vinculadas a su capital humano, en especial a sus conocimientos, valores y experiencias adquiridas, asociadas a sus procesos de trabajo esenciales.

Competencias Laborales: se refiere a los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para llevar a cabo exitosamente una determinada actividad laboral.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

SATH: Sistema de Administración del Talento Humano

DESARROLLO:

PROCESO N° 2:

**PROCESO DE CAPACITACION DE PERSONAL
Competencias Blandas para el Desarrollo Humano**

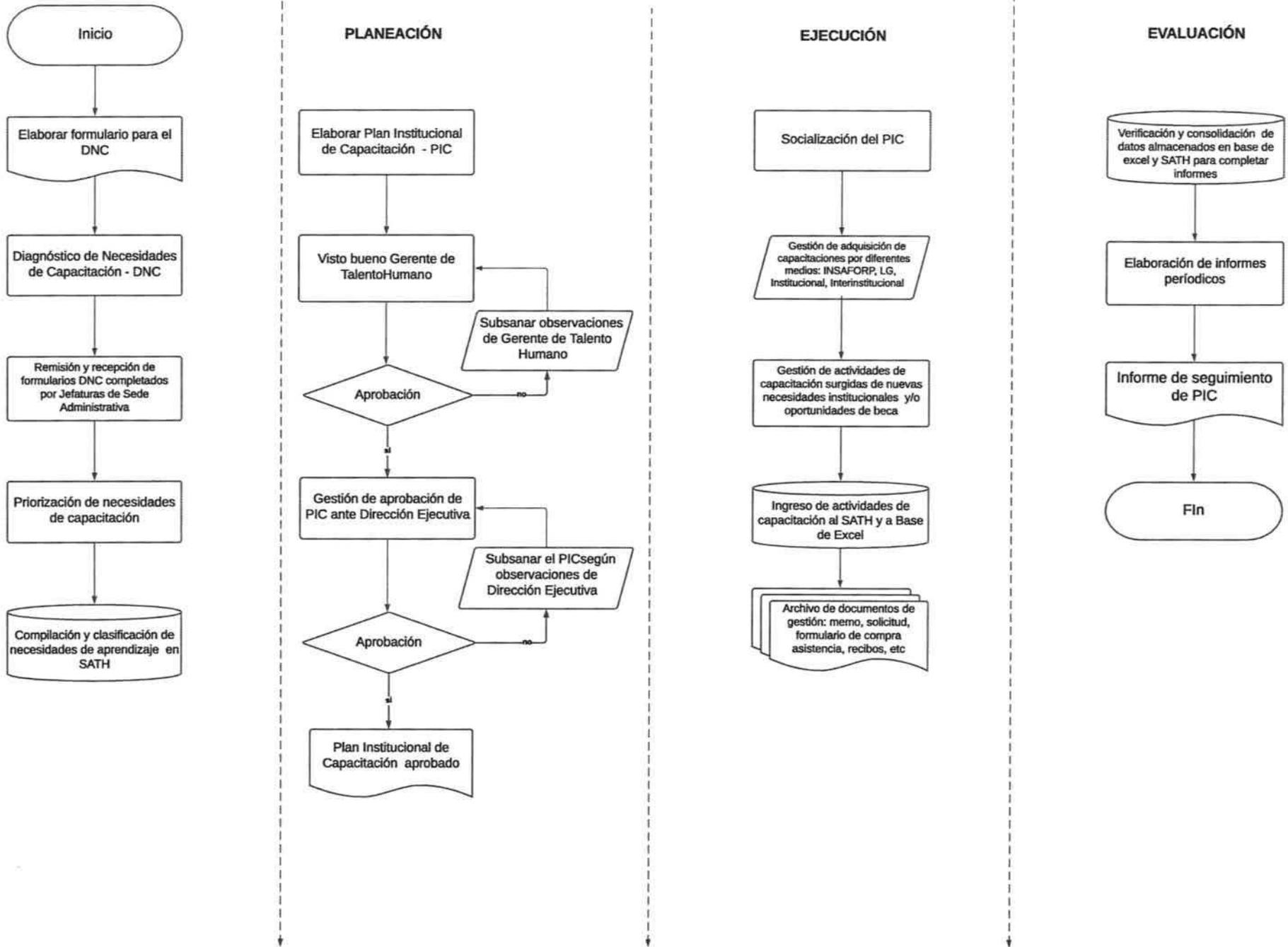
RESPONSABLE:		
Jefe/a de Unidad	1	Elaborar formulario para el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación (DNC)
Jefe/a de Unidad	2	Realizar anualmente el DNC de manera conjunta con la todas las Unidades Organizativas
Jefe/a de Unidad	3	Enviar y recepcionar los formularios del DNC
Jefe/a de Unidad	4	Priorizar las necesidades de capacitación plasmadas en los formularios para el DNC remitidos por las unidades organizativas del Fosalud
Jefe/a de Unidad	5	Compilar y realizar clasificación de necesidades de capacitación/aprendizaje contenidas en el SATH

		como parte de la información obtenida en el proceso de evaluación de desempeño de los trabajadores administrativos y operativos
Jefe/a de Unidad	6	Planear en base a presupuesto aprobado, oferta de cursos de INSAFORP y disponibilidad apoyo intra e interinstitucional las temáticas de capacitación a desarrollar en el año.
Jefe/a de Unidad	7	Elaborar Plan Institucional de Capacitación
Jefe/a de Unidad	8	Presentar a Gerente de Talento Humano para su visto bueno a fin de gestionar posteriormente la
Jefe/a de Unidad	9	Si es aprobado pasar a paso 10, sino regresa paso 7
Jefe/a de Unidad	10	Gestionar aprobación del PIC ante Dirección Ejecutiva previo visto bueno de Gerente de Talento Humano.
Jefe/a de Unidad	11	Si es aprobado pasar a paso 13, sino regresa a paso 12
Jefe/a de Unidad	12	Revisar el PIC con la finalidad de subsanar las observaciones determinadas por Dirección Ejecutiva
Jefe/a de Unidad	13	Socializar con jefaturas de Sede Administrativa el Plan Institucional de Capacitaciones por medios electrónicos
Jefe/a de Unidad	14	Se refiere al procedimiento de ejecutar según la clasificación de gestión contenida en el PIC

Jefe/a de Unidad	15	Gestionar la adquisición de capacitaciones por medio INSAFORP, comprar por Libre Gestión, in
Jefe/a de Unidad	16	Gestionar capacitaciones coordinando institucional e interinstitucional el apoyo respectivo
Jefe/a de Unidad	17	Gestionar las actividades de capacitación surgidas de nuevas necesidades como por ejemplo creación de nuevas unidades organizativas o puesto de trabajo, atender nuevos lineamientos o normativa gubernamental.
Jefe/a de Unidad Colaborado/a Administrativo/a	18	Ingresar el detalle de cada una de las actividades de capacitación realizadas al SATH y a Base de Excel
Jefe/a de Unidad Colaborado/a Administrativo/a	19	Archivar documentos de gestión de manera ordenada de acuerdo al tipo de gestión: formularios, notas de satisfacción, solicitudes, registro de asistencia, copias de diplomas, seguimiento de contratos por LG o LP, compra por Fondos Propios, Caja Chica etc.
Jefe/a de Unidad	20	Evaluar mensualmente la ejecución del PIC con la finalidad de implementar acciones de mejora de según el caso.
Jefe/a de Unidad	21	Verificar en SATH la realización de evaluaciones de satisfacción con la finalidad de completar proceso y verificar posibles acciones de mejora detalladas en las encuestas.
Jefe/a de Unidad	22	Elaborar informes de ejecución para ser subidos al Sistema de Información Gerencial SIG y también obtener los insumos de datos de cumplimiento de

		indicadores – actividades,
Jefe/a de Unidad	23	Fin del proceso
<p>METAS:</p> <p>Lograr el 100% el desarrollo de las acciones de capacitación contenidas en el Plan Institucional de Capacitaciones.</p> <p>Lograr que el 100% de los temas priorizados estén incluidos en el PIC anual.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Indicador: Porcentaje de cumplimiento Plan Institucional de Capacitaciones (PIC)</p> <p>Fórmula: (Capacitaciones ejecutadas/Total de capacitaciones definidas en el PIC) x 100%</p> <p>Indicador: Porcentaje de temáticas de capacitación priorizadas en el PIC</p> <p>Fórmula: Números de temas priorizados incluidos en el PIC / números de temas priorizados totales X 100</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Anual (seguimiento trimestral)</p>

PROCESO DE CAPACITACIÓN



FICHAS DE PROCESOS USC

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Selección y Contratación de Personal</p>	<p>Revisión: N° (0)</p> <p>Fecha: diciembre de 2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Selección y Contratación de personal”.</p>		
<p>Alcance: Aplica a todas las actividades de la unidad de selección y contratación de personal tales como reclutamiento, selección, contratación de personal, inducción de personal, promociones y traslados de personal.</p>		
<p>Responsable: Jefe Unidad de Selección y Contratación de personal</p>		
<p> Elaborado por: Ana Gloria Méndez de Palma</p> 	<p> Aprobado por: Lic. Napoleón Ramírez</p> 	

 <p>FONIDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la Unidad Organizativa: Unidad de Selección y Contratación de Personal</p>	<p>Revisión N° (0) Fecha: diciembre de 2020 Pág. N° 1/xx.</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción: EL presente manual brinda los lineamientos necesarios a seguir para realizar procesos transparentes de reclutamiento, Selección, Contratación, Inducción, Promociones y traslados de personal que permitan dotar a la institución del personal idóneo de acuerdo a sus necesidades y satisfacer las necesidades de crecimiento de los empleados dentro de la institución.</p>		
<p>Marco jurídico: Reglamento Interno de Trabajo, Ley especial del FOSALUD y reglamento de la ley especial del Fosalud, Código de Trabajo. Ley de Procedimientos Administrativos, Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento, Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fosalud, Ley del Servicio Civil, Manual de descriptores y perfiles. Ley de Licencias, asuetos y vacaciones.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Proceso 1: Reclutamiento y Selección de Personal</p>		
<p>Proceso 2 : Contratación de Personal</p>		
<p>Proceso 3: Inducción de Personal</p>		
<p>Proceso 4: Promociones y Traslados de personal</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA :</p> <p>Unidad de Selección y Contratación de Personal</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA diciembre 2020</p> <p>PAG No. 1</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>PROCESO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN</p>		

OBJETIVO: Garantizar el Reclutamiento y Seleccionar al personal, cumpliendo con la normativa, apegado al perfil del puesto, según los requerimientos de personal.

ALCANCE: Aplica a todas las actividades del proceso de selección en el cual inicia con el análisis de puesto, el reclutamiento es decir la búsqueda del candidato si es interno o externo, incluyendo la actividad de selección de personal donde se tiene la persona mejor evaluada de acuerdo a los parámetros establecidos. Inicia con la recepción de requerimiento o solicitud de personal y termina con la aprobación de la terna propuesta.

RESPONSABLE: Jefe/a de Unidad de Selección y Contratación de Personal

REFERENCIA: Reglamento Interno de Trabajo. Ley especial del FOSALUD y reglamento de la ley especial del Fosalud. Código de Trabajo. Ley de Procedimientos Administrativos. Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento, Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fosalud. Ley del Servicio Civil, Manual de descriptores y perfiles.

DEFINICIONES

Perfil del puesto. Identifica las cualidades personales específicas para desarrollar una tarea. Comprende el tipo de empleado necesario en términos de habilidades, experiencia, educación y otras habilidades que una persona deberá poseer para ser capaz de desarrollar las tareas.

Descriptor de Puesto: Consiste en enlistar y definir las funciones y responsabilidades que conforman cada uno de los puestos laborales incluidos en la estructura organizacional de la institución y detallando la misión y el objetivo que cumplen de acuerdo a la estrategia del FOSALUD. (incluye el perfil de puesto)

SATH. Sistema de Administración del Talento Humano.

Pruebas psicométricas. Examen que evalúa las aptitudes de las personas, con el

objetivo de analizar los rasgos, las capacidades o habilidades del candidato.

Personal Permanente. Personal contratado bajo la modalidad de Ley de Salarios y modalidad contrato Individual de Trabajo

Personal Temporal. Personal contratado bajo la modalidad de contrato individual de trabajo temporal, por un período, no mayor a 4 meses y/o casos especiales.

Requerimiento de Personal: Solicitud de personal donde se notifica la necesidad de contratar una vacante de personal ya sea por renuncia, incapacidad, abandono, permisos sin goce de salario, Refuerzos, creación de nuevas plazas.

Orientación de Campo: instrumento de orientación para personal operativo donde se describen actividades propias del cargo a desempeñar.

DESARROLLO:

PROCESO N° 1: Reclutamiento y Selección de Personal

RESPONSABLE	1	Descripción
Jefe/a		Se recibe un requerimiento de personal: requerimiento, memorando, solicitando la contratación de personal especificando (Formulario GTH – XXX Requerimiento de personal)
Jefe/a y Colaborador/a	2	Si esta correcto se registra requerimiento en Base o en SATH
Jefe/a y Colaborador/a	3	Se asigna requerimiento a técnico de la zona correspondiente.
Jefe/a y Colaborador/a	4	Se revisa el descriptor de puesto para proceder a la búsqueda del (los) candidatos solicitados. Se revisa Bolsa de trabajo ubicada en recepción y Correo de Talento Humano.
Jefe/a y Colaboradores	5	Candidato encontrados, se continua el proceso sino se publica en medios oficiales
Jefe/a y Colaboradores	6	En el caso que si se encontraron Se convocan a los candidatos
Jefe/a y Colaboradores	7	En el caso que no se encontraron ofertas se diseña publicación y se publica en medios oficiales
Jefe/a y Colaboradores	8	Recepción de curriculum de candidatos, sino vienen se hace segunda convocatoria

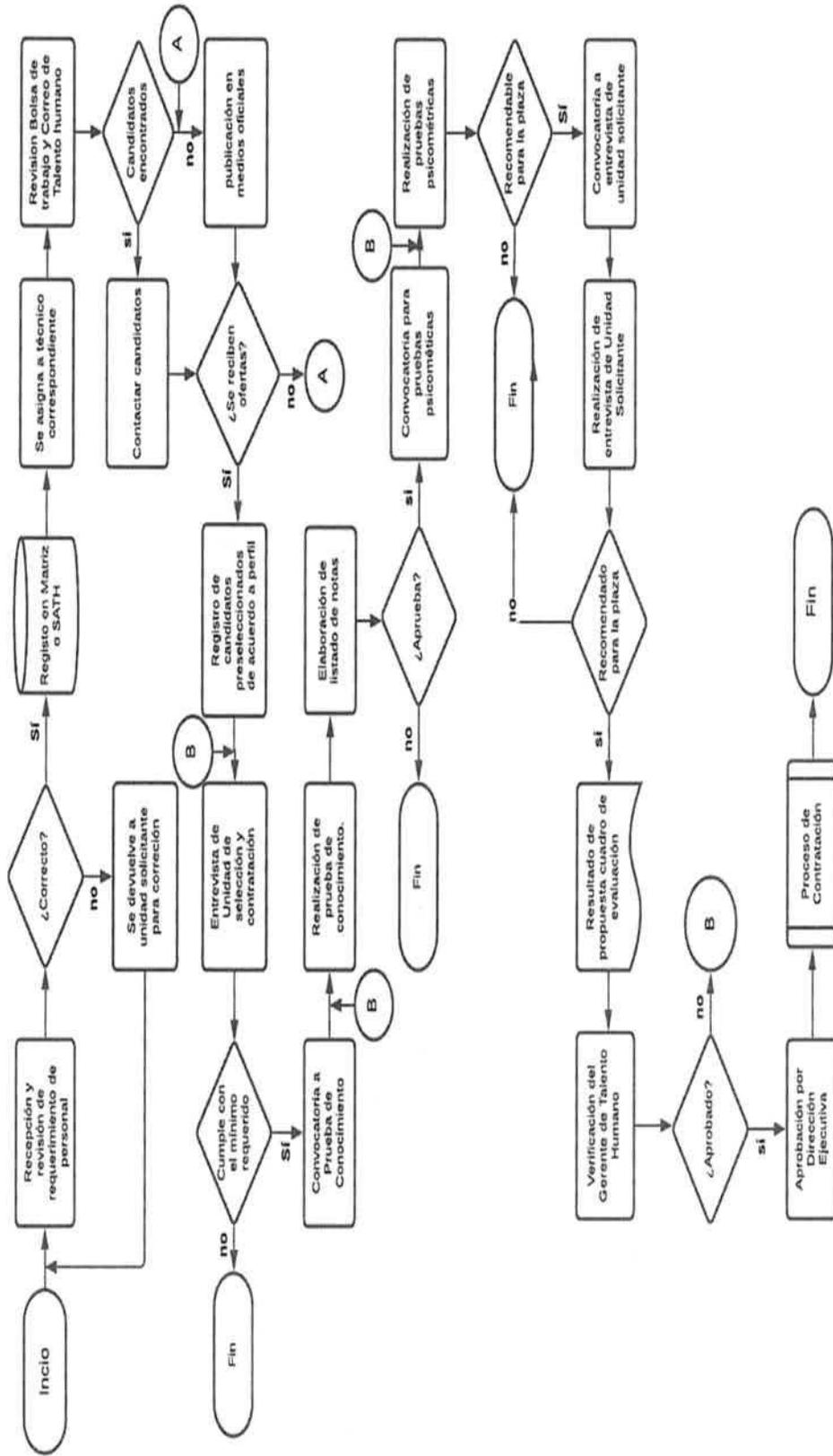
Jefe/a y Colaboradores	9	Registro de candidatos preseleccionados de acuerdo a perfil
Jefe/a y Colaboradores	10	Entrevista de Unidad de selección y contratación
Jefe/a y Colaboradores	11	De cumplir con el mínimo requerido para pasa al siguiente paso sino ahí termina el proceso
Jefe/a y Colaboradores	12	Si no existiese examen de conocimiento en registros de la unidad o son antiguos se solicita a la Gerencia Correspondiente.
Jefe/a y Colaboradores	13	Luego a los seleccionados se les programa examen de conocimiento a excepción del Auxiliar de Servicio y Ordenanza que no tiene prueba técnica.
Jefe/a y colaboradores	14	Se califica el Examen o se solicita los califique el área responsable si no ha entregado respuestas del mismo. Si logran obtener una nota igual o mayor a 7.0 han aprobado su examen de conocimiento.
Jefe/a y colaboradores	15	Se solicita hacer la prueba psicométrica a colaborador/a psicólogo/a este programa que fecha aplica la prueba a los candidatos, convocando a candidatos
Colaborador Psicólogo	16	Se llama a los seleccionados y les aplica la prueba psicométrica.
Colaborador Psicólogo	17	Se procesan las pruebas psicométricas y se genera un reporte de acuerdo al programa establecido.
Jefe/a y Colaboradores	18	Si hay inconvenientes con un aspirante con el reporte proporcionado que deje duda no pasa a entrevista con encargado de área responsable de la Gerencia Correspondiente.
Jefes/a y Colaboradores	19	Si no hay inconveniente con los resultados de la prueba psicométrica se convocan a entrevista con Encargado de área responsable de la Gerencia Correspondiente.
Encargados de área Responsable	20	El encargado de área responsable realiza entrevista programada; de acuerdo a su entrevista da su opinión si la persona es recomendable para la plaza o no y si tiene observaciones las hace saber.

Jefe/a y colaboradores	21	Recibe la entrevista de área responsable si es favorable Confirma al aspirante que ha sido seleccionado. Sino Inicia proceso.
Jefe/a y colaboradores	22	Con todos los resultados obtenidos se elabora cuadro de evaluaciones.
Jefe/a y colaboradores	23	Verificación del Gerente de Talento Humano; si todo esta correcto se procede a sacar firma de involucrados
Jefe/a y colaboradores	24	Se procede a firma de dirección Ejecutiva, sino hasta ahí llega el proceso.

METAS: 100% de los requerimientos y solicitudes con personal seleccionado

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
<p>1. 100% de Personal reclutado y seleccionado cumple con los requisitos de la plaza</p> <p>Cantidad de personal reclutado y seleccionado cumpliendo con los requisitos de la plaza solicitada /Cantidad de personal requerido *100</p> <p>2. 100% de personal requerido es seleccionado</p> <p>Número de personal seleccionado=Número para plaza requerida</p>	<p>Trimestral</p>

PROCESO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA : Unidad de Selección y Contratación de Personal	REVISIÓN (0) FECHA: DICIEMBRE 2020 PAG No. 1
TITULO DEL PROCESO: Contratación de Personal		

OBJETIVO: Realizar un proceso de contratación de personal de acuerdo a las necesidades de la institución; generando los documentos legales que garanticen la formalización de la entrada del candidato como empleado a la institución.

ALCANCE: Aplica a todas las actividades del proceso contratación personal donde se formaliza la relación contractual del empleado, sea por contrato individual de trabajo, acuerdo de nombramiento; contrato individual de trabajo temporal. que inicia con la notificación de la selección del candidato, aprobación de Documentos, entrega de carnet y uniforme y termina con el ingreso del empleado al SATH

RESPONSABLE: Jefe/a de Unidad de Selección y Contratación de personal

REFERENCIA: Reglamento Interno de Trabajo, Ley de Creación del FOSALUD, Código de Trabajo. Ley de Procedimientos Administrativos, Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento, Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fosalud, Código de Trabajo, Manual de descriptores y perfiles de cargo 2019

DEFINICIONES:

SATH. Sistema de Administración del Talento Humano.

Oferta de Servicio: Documento interno de carácter obligatorio donde se plasma un resumen de la información necesaria sobre condiciones de trabajo del empleado, y datos personales que da fe de lo manifestado.

Personal Permanente. Personal contratado bajo la modalidad de Ley de Salarios y modalidad contrato Individual de Trabajo

Personal Temporal. Personal contratado bajo la modalidad de contrato individual de trabajo temporal, por un período, no mayor a 4 meses y/o casos especiales.

DESARROLLO:

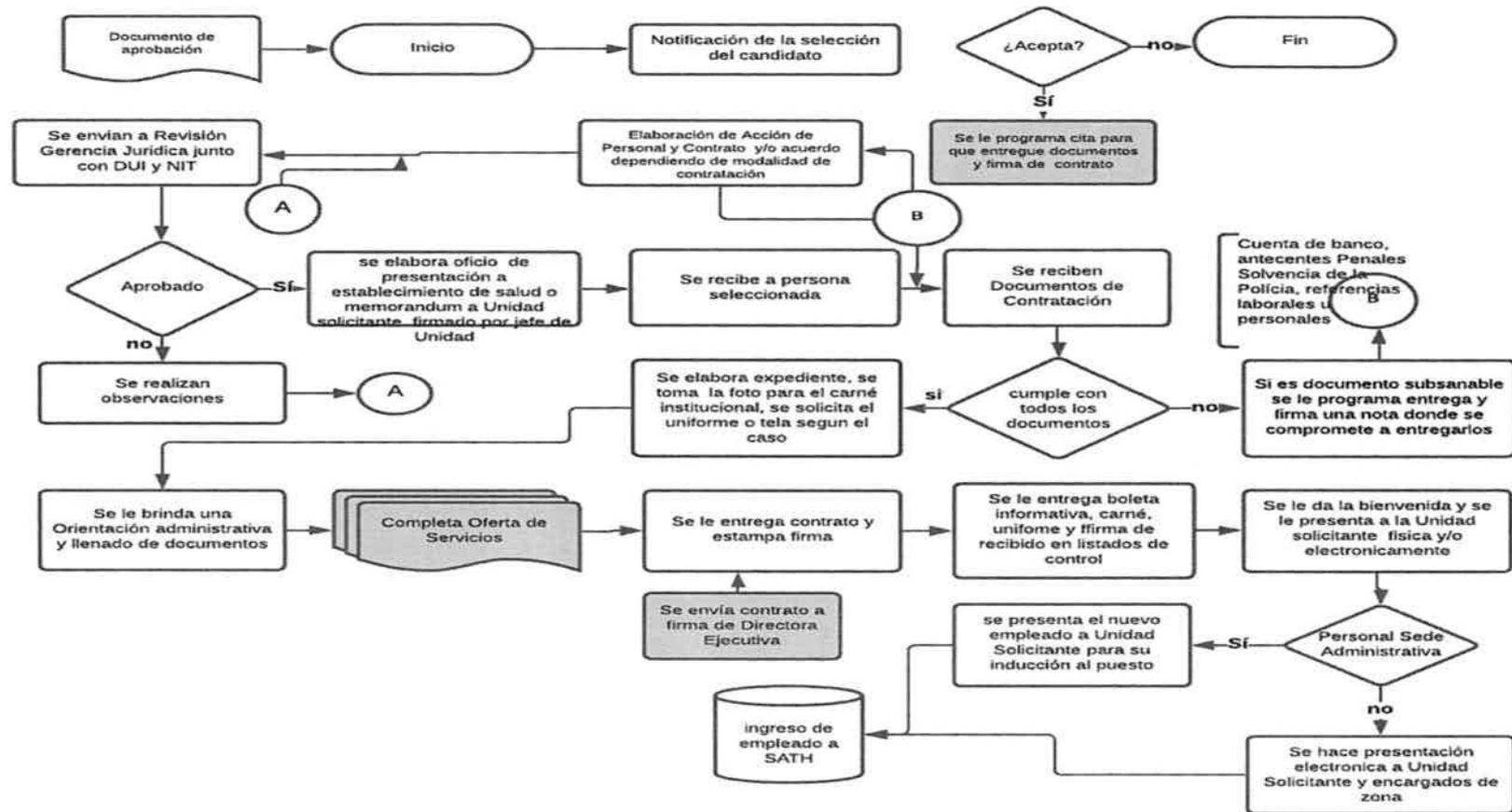
PROCESO N° 1: Contratación de Personal

RESPONSABLE	1	Descripción
Jefe/a y Colaboradores		Cuadro de evaluación de proceso de selección de candidato aprobados por dirección Ejecutiva.
Jefe/a y Colaboradores	2	Se le notifica al candidato su elección para el puesto, si acepta continua el proceso sino se termina el proceso e inicia nuevo proceso.
Jefe/a y Colaboradores	3	Se le programa cita para que entregue documentos y firma de contratos.
Jefe/a y Colaboradores	4	Se reciben documentos de contratación vigentes: cuenta de banco, antecedentes penales, solvencia de la policía, referencias laborales, auténticas de título si aplica, JV y Diploma de Junta. Recibo de anualidad si aplican, licencia de conducir según el puesto. Si es personal operativo de establecimientos de salud se le solicita entregar la hoja de orientación firmada y sellado por personal FOSALUD que oriento en establecimiento de salud, Y Se le reciben todos los documentos de contratación (Ver listados por cargo)
Jefe/a y Colaboradores	4	Se hace solicitud a compensaciones de enrolamiento de personal en reloj biométrico para su marcación si es personal de sede administrativa si es personal operativo se le asigna por parte de contrataciones el código para que lo enrolen en el establecimiento que laborará.
Jefe/a y Colaboradores	5	Si cumple con toda la documentación continua proceso si no cumple y son documentos subsanables firma carta compromiso.
Jefe/a y Colaboradores	6	Se elabora expediente, se toma la foto para el carné institucional, se solicita el uniforme según el caso
Jefe/a y Colaboradores	7	Se le brinda una orientación administrativa y llenado de documentos: Incluyendo oferta de servicio, seguro de vida si existiere esta prestación.
Jefe/a y Colaboradores	8	Se elabora acción de Personal de nuevo ingreso, si ya a cubierto interinatos no se hace acción de personal.

Jefe/a y Colaboradores	9	Se elabora contrato individual de trabajo, o acuerdo de nombramiento de según el caso.
Jefe/a y Colaboradores	10	Se le lee el contrato se le entrega al nuevo empleado y este estampa su firma.
Jefe/a y Colaboradores	11	Se entrega al empleado boleta informativa, carné uniforme y firma de recibido en listados de control
Jefe/a y Colaboradores	12	Se solicita al Gerente de Talento Humano la Firma de Acción de Personal dando visto bueno de contratación. Si hay observaciones se corrigen y se le entrega a Gerente nuevamente.
Jefe/a y Colaboradores	13	Se envía a Revisión a Gerencia legal Acción de Personal y Contrato y/o acuerdo. Si no hay observaciones, lo envían a firma de dirección si hay se elaboran de inmediato y se vuelve a enviar.
Jefe/a y Colaboradores	14	Se da la bienvenida al nuevo empleado y se le presenta a la unidad solicitante física y/o electrónicamente
Jefe/a y Colaboradores	15	Se elabora memorando u oficio de presentación para la Unidad Solicitante o Establecimiento de Salud dirigido a director o encargado del establecimiento especificando cargo a cubrir, horario a partir de qué fecha y la categoría de contratación.
Jefe/a y Colaboradores	16	Se entrega al seleccionado contrato para firma y se le entrega su boleta informativa de las condiciones de contratación
Jefe/a y Colaboradores	17	Se recibe contrato firmado del trabajador/a y se envía a Firma de Directora Ejecutiva del FOSALUD.
Jefe/a y Colaboradores	18	Si el contratado es personal de sede administrativa se le entrega a la Unidad solicitante o Jefe inmediato para su inducción en el puesto de trabajo.
Jefe/a y Colaboradores	19	Se envía presentación de personal a través de correo electrónico a todos los involucrados en las zonas asignadas si es personal de establecimiento de salud sino a todas las gerencias, dirección Ejecutiva y Staff.
Jefe/a y Colaboradores	20	Se completa el expediente con acción y contrato firmados por ambas partes con todos los requisitos y documentos completos

Jefe/a y Colaboradores	21	Se recibe contrato firmado por directora ejecutiva y se entrega a encargado/a para que agregue y/o archive en expediente de personal.
Jefe/a y Colaboradores	22	Se hace ingreso del empleado al SATH con todos sus datos personales y laborales
METAS: 100% del personal contratado cuenta con su expediente laboral		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>1. 100% de los empleados del fosalud cuenta con un expediente laboral</p> <p>Número de expedientes/Número de Contrataciones realizadas *100</p> <p>2. 100% expedientes de personal permanente se entrega a gerencia de talento humano para su resguardo.</p> <p>Número de expedientes entregados a Gerencia de Talento Humano/total de expedientes *100</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>DEL PROCESO TRIMESTRAL</p>

PROCESO DE CONTRATACIÓN



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA :</p> <p>Unidad de Selección y Contratación de Personal</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA: diciembre 2020</p> <p>PAG No. 1</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>Promociones y traslados de personal</p>		

OBJETIVO: Garantizar que los empleados permanentes del Fosalud cuenten con la oportunidad de ascensos y/o traslados, a través de un proceso de selección.

ALCANCE: Aplica a todas las actividades del proceso de Promociones, donde hay un ascenso para la persona seleccionada cumpliendo con del perfil del puesto. En los casos de los traslados

RESPONSABLE: Jefe/a de Unidad de Selección y Contratación

REFERENCIA: Reglamento Interno de Trabajo, Ley de Creación del FOSALUD, Código de Trabajo. Ley de Procedimientos Administrativos, Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento, Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fosalud, Código de Trabajo, Manual de descriptores y perfiles de cargo 2019

DEFINICIONES:

La promoción es el traspaso de un empleado de un puesto de trabajo a otro al que le corresponde mayor salario, mayor autoridad y responsabilidad, un nivel más elevado en la institución siendo requisito indispensable la adecuación entre la persona y el puesto de trabajo al que se la promociona.

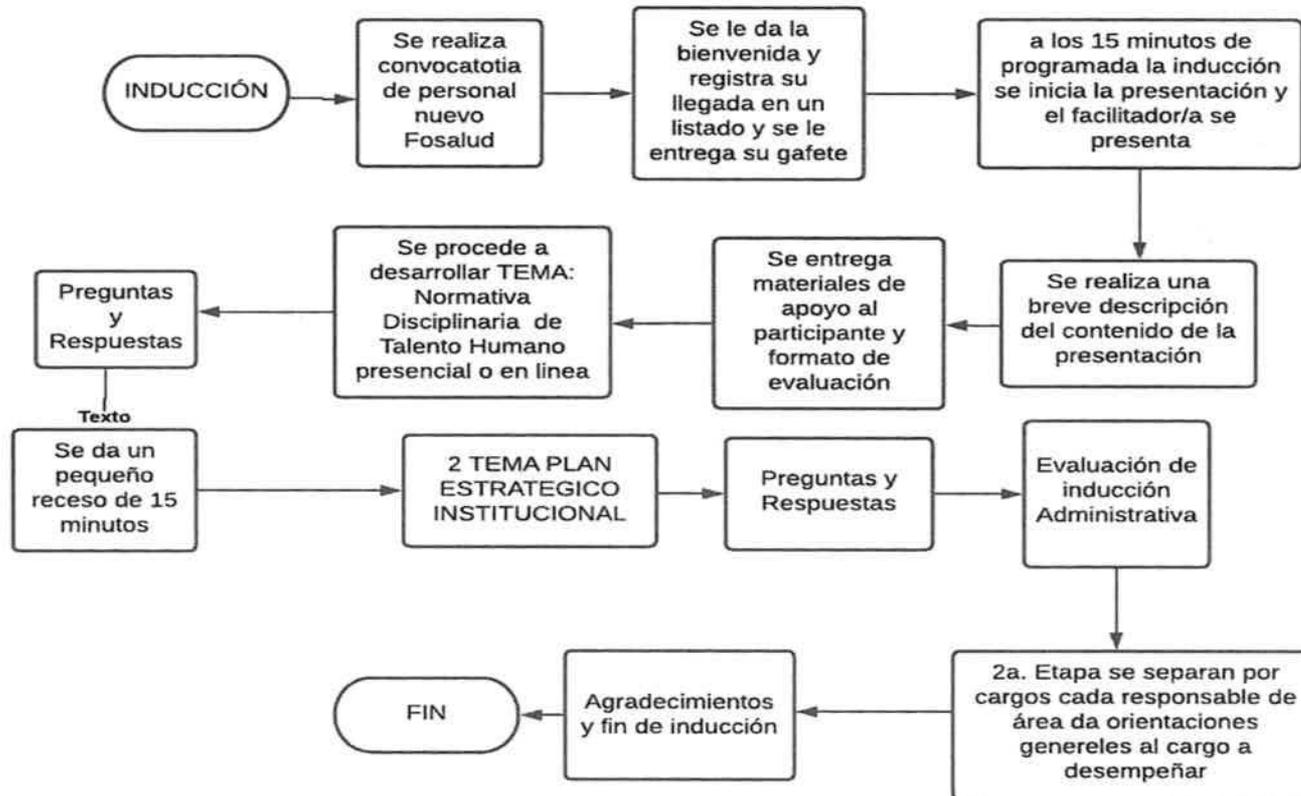
El Traslado de personal se refiere a cambiar de un establecimiento de salud o una dependencia a otra, con mismo salario, mismo cargo, por acercamiento a su domicilio.

DESARROLLO:

PROCESO N°4 “PROMOCIONES Y TRASLADOS DE PERSONAL”

RESPONSABLE Jefe/a y Colaboradores	1	Se realiza convocatoria de personal, citándolo según programación (duración 4 horas)
Jefe/a y Colaboradores	2	Se le da la bienvenida, se le registra su llegada en un listado y se le entrega su gafete
Jefe/a y Colaboradores	3	A los 15 minutos de programada la inducción inicia el facilitador con la presentación
Jefe/a y Colaboradores	4	Se realiza una breve descripción del contenido de la presentación
		Se entrega materiales de apoyo al participante y formato de evaluación
Jefe/a y Colaboradores	5	Se procede al desarrollo de la inducción administrativa: Pensamiento estratégico Fosalud programas y proyectos. (1.5 horas)
Jefe/a y Colaboradores	6	Evaluación intermedia de la jornada, preguntas al pleno individuales o colectivo
Jefe/a y Colaboradores	7	Normativa disciplinaria del Reglamento Interno de trabajo, (2 horas)
Jefe/a y Colaboradores	8	Se realiza una evaluación del contenido de la jornada
METAS: 100% del personal contratado con conocimiento de la oferta de servicio que presta la institución, el pensamiento estratégico y el conocimiento de las normas disciplinarias que respetar.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: 100 % del personal contratado cuenta con la inducción administrativa Cantidad de personal contratado/Cantidad de personal con inducción *100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: DEL PROCESO TRIMESTRAL

PROCESO DE INDUCCIÓN



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA :</p> <p>Unidad de Selección y Contratación de Personal</p>	<p>REVISIÓN (0)</p> <p>FECHA: diciembre 2020</p> <p>PAG No. 1</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>PROCESO DE INDUCCIÓN</p>		

OBJETIVO: Dar a conocer a los empleados de nuevo ingreso los lineamientos administrativos y el diseño estratégico institucional para que reconozcan y practiquen las normas institucionales, se identifiquen con los valores institucionales, con la misión y visión de Fosalud, que conozcan los programas y proyectos que Fosalud ejecuta, lineamientos técnicos administrativos de acuerdo al cargo.

ALCANCE: Aplica a todos los empleados de nuevo ingreso del FOSALUD, desde la divulgación del pensamiento estratégico, hasta los derechos y deberes de los empleados según el Reglamento Interno de Trabajo.

RESPONSABLE: Jefe/a de Unidad de selección y contratación

REFERENCIA: Reglamento Interno de Trabajo, Ley de Creación del FOSALUD, Código de Trabajo. Ley de Procedimientos Administrativos, Ley de Ética Gubernamental y su Reglamento, Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Fosalud, Código de Trabajo, Manual de descriptores y perfiles de cargo 2019

DEFINICIONES:

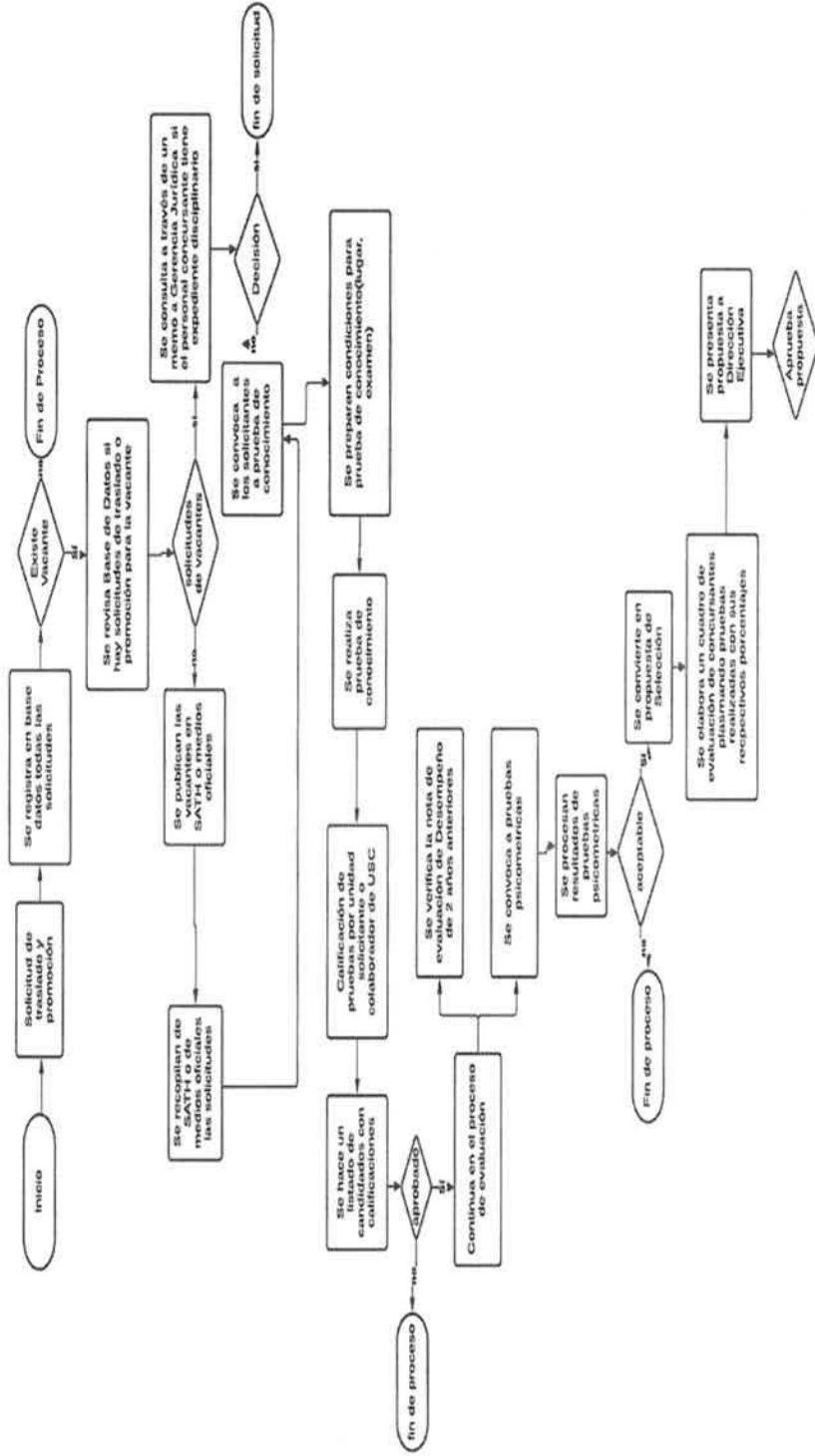
DESARROLLO:

PROCESO N° 1: Inducción de Personal

RESPONSABLE Jefe/a y Colaboradores	1	Se reciben solicitudes de traslados y promociones del personal
Jefe/a y Colaboradores	2	Se registran en una base de datos todas las solicitudes una de promociones y una de traslados
Jefe/a y Colaboradores	3	De acuerdo a la solicitud se verifican las vacantes disponibles, sino hay vacante se termina proceso si hay vacantes se inicia proceso de selección
Jefe/a y Colaboradores	4	Se revisa la base de datos de solicitudes según sea el caso (promoción o traslados)
	5	Si hay solicitudes se procede a la verificación de datos de la persona según expediente o se consulta a jurídico de forma escrita si esta persona tiene expediente disciplinario con amonestaciones y si esto según su juicio es causa de no elegibilidad para traslado o promoción, Si no tiene o no limita a continuar proceso. Si la respuesta es no continuamos.
Jefe/a y Colaboradores	5	En caso de traslado si solo una persona solicita el traslado y en su solicitud explica los motivos y estos son por acercamiento a su domicilio u otros motivos personales de salud, seguridad se procede a formalizar el traslado.
Jefe/a y Colaboradores	6	Si hay más solicitudes, se realiza un concurso entre los solicitantes realizando entrevistas y prueba de conocimiento. De igual forma se hace esta actividad en el proceso de promoción, de acuerdo al perfil de puesto de trabajo
Jefe/a y Colaboradores	7	Si hubiesen tres o más solicitud de promoción se hace proceso de promoción, sino se publica para conocer quienes están interesados a aplicar a la plaza
Jefe/a y Colaboradores	8	Se convocan los empleados a pruebas de conocimientos y una pequeña entrevista.
Jefe/a y Colaboradores	9	Se realiza prueba de conocimiento
Jefe/a y Colaboradores	10	Se califican los exámenes (por la unidad solicitante) o unidad de selección
Jefe/a y Colaboradores	11	Se elabora listado de candidatos evaluados

Jefe/a y Colaboradores	12	Los que aprueban continúan en el proceso los que no aprueban se termina el proceso
Jefe/a y Colaboradores	13	Se verifica la nota de evaluación de desempeño
Jefe/a y Colaboradores	14	Se convoca a pruebas psicométricas
Jefe/a y Colaboradores	15	Se procede a evaluación de pruebas psicométricas
Jefe/a y Colaboradores	16	Se elabora el cuadro de evaluación de resultados de los concursantes con resumen de pruebas.
Jefe/a y Colaboradores	17	Se presenta propuesta a dirección ejecutiva
Jefe/a y Colaboradores	18	Finaliza proceso con cuadro aprobado
Jefe/a y Colaboradores	19	Se notifica al empleado la decisión y se elabora acción de personal o su nuevo
METAS: 100% del personal contratado por ascenso cumpliendo con perfil de puesto		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: 100 % de personal fosalud promocionado cumple con perfil de puesto. Cantidad de personal promocionado. Cantidad de personal trasladado		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: DEL PROCESO MENSUAL,

PROCESO DE TRASLADOS Y PROMOCIONES



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la Unidad Organizativa: "Unidad de Compensaciones"</p>	<p>Revisión N° (0) Fecha: 30/10/2020</p>
<p>"Manual de Procesos de la Unidad de Compensaciones"</p>		
<p>Alcance:</p> <p>Los procesos de este manual aplican a todo el personal operativo y administrativo contratado tanto de forma permanente como temporal, incluyendo la verificación del cumplimiento de las jornadas laborales, reporte de pagos adicionales y descuentos, asegurando la continuidad del servicio en los establecimientos de salud y garantizando el goce de los beneficios del personal.</p>		
<p>Responsable:</p> <p>Jefe de la Unidad de Compensaciones</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Lic. Silvia Roxana García Castillo</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Lic. Napoleón Domingo Ramírez Miranda</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de Compensaciones</p>	<p>Revisión N^a (0) Fecha: 30/10/2020 Pág. N^o 2/14.</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>El presente manual contiene, en forma ordenada y sistemática, la información y/o las instrucciones de ejecución Operativo - administrativa de la Unidad de Compensaciones, con el objetivo de contribuir a la ejecución correcta y oportuna de las labores encomendadas al personal propiciando la uniformidad en el trabajo.</p>		
<p>Marco jurídico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento Interno de Trabajo • Ley de licencias, asuetos y vacaciones • Ley del Servicio Civil • Código de trabajo • Disposiciones generales del Presupuesto • Ley especial del Fosalud • Reglamento de la ley especial del Fosalud • Normas Técnicas de Control Interno 		
<p>Procesos:</p>		
<p>Procesos 1: Verificación del cumplimiento de la jornada laboral</p>		
<p>Procesos 2 : Gestión de coberturas</p>		
<p>Procesos 3: Gestión de beneficios</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de Compensaciones	Revisión N° (0) Fecha: 30/10/2020 Pág. N° 3/14.
TITULO DEL PROCESO: Verificación del cumplimiento de la jornada laboral		

OBJETIVO:

Garantizar la justa retribución por el cumplimiento de la jornada laboral, realizando los pagos adicionales y descuentos sobre la base de las normativas y lineamientos vigentes.

ALCANCE:

Aplica desde la recepción de asistencia, verificando el cumplimiento de los horarios y rotaciones establecidas, revisiones de permisos, licencias e incapacidades, verificación de pagos de turnos complementarios finalizando con la entrega de los reportes de pagos y descuentos entregados a la Unidad de Planillas.

RESPONSABLE:

Jefe de la Unidad de Compensaciones

REFERENCIA

Reglamento Interno de Trabajo, Ley de licencias, asuetos y vacaciones, Ley del Servicio Civil, Disposiciones generales del Presupuesto.

DEFINICIONES

GTH: Gerencia de Talento Humano

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SATH: Sistema de administración del Talento Humano

Referente de zona: Es el colaborador/a administrativo de la Unidad de Compensaciones a cargo de una región o un tipo de servicio según establecido en programación.

Reloj Biométrico: relojes de control de asistencia que permiten recabar información personalizada de cada usuario mediante un lector digital, reconociendo las características físicas e irrepetibles de cada persona y cotejando con la plantilla asociada en su memoria permitiendo en caso de validez la operación.

RIT: Reglamento Interno de Trabajo

Turno Complementario: Es el turno excedente laborado según su contratación.

Turno festivo/ fiestas patronales: Turno generado por programación especial debido a la cobertura de un turno festivo de fiestas patronales en el cual ha laborado el establecimiento.

UCSF: Unidad Comunitaria de salud Familiar

DESARROLLO:

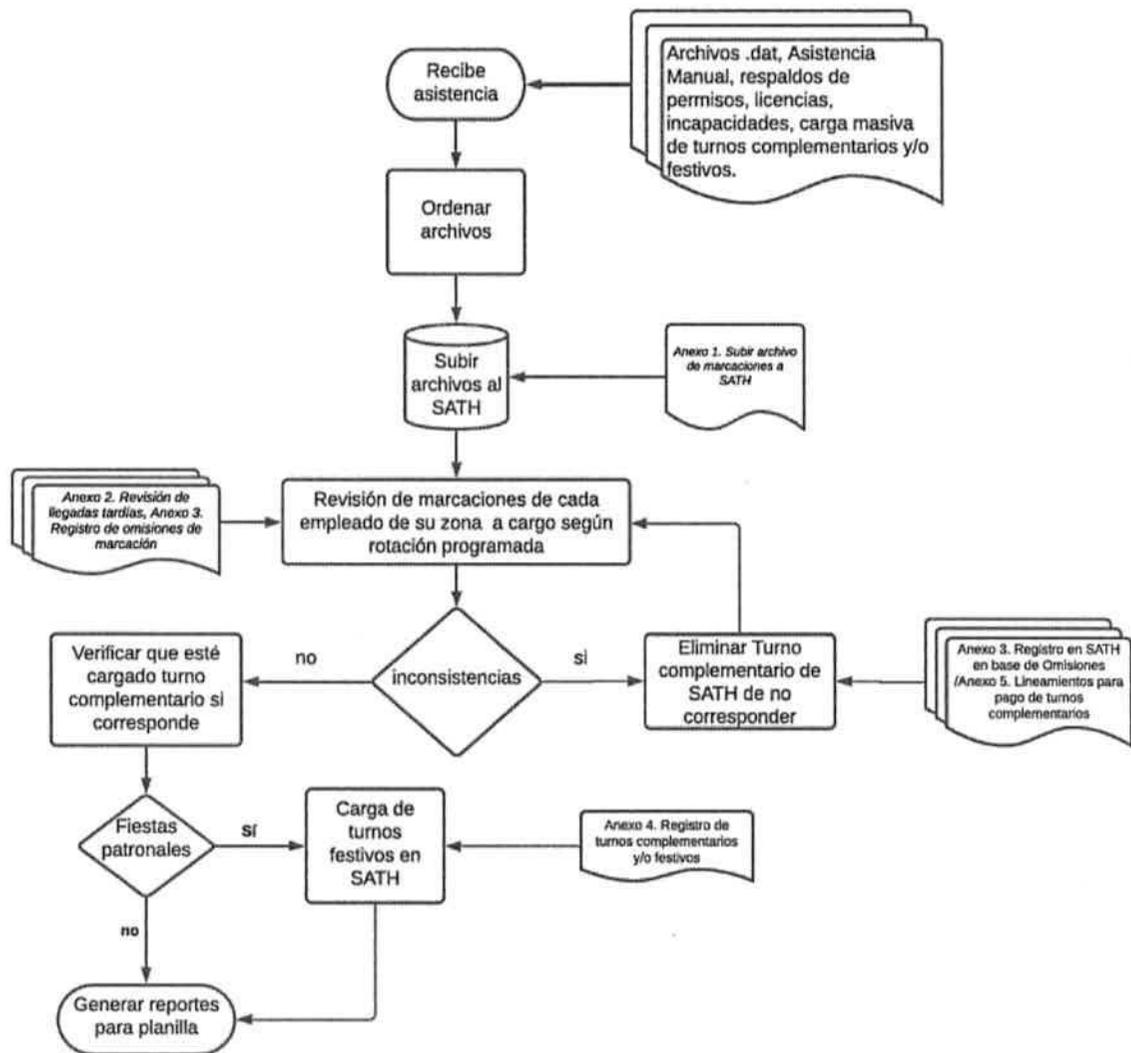
PROCESO N° 1:

Verificación del cumplimiento de la jornada laboral

RESPONSABLE		Descripción
Colaborador/a administrativo	1	Dentro de los primeros 3 días hábiles del mes, recibe archivo digital .dat o asistencia manual, junto con respaldos por ausencias.
Jefe de Unidad de Compensaciones	2	Realiza carga masiva de turnos complementarios y/o festivos según la programación de los equipos por cada tipo de programa de salud
Colaborador/a administrativo	3	Ordena por dependencia o establecimiento colocando en carpeta compartida de compensaciones "Asistencias 20xx" y renombrando el archivo "Dependencia_mes_año" Asistencia manual debe escanearse y archivar en digital colocando en carpetas según lo señalado para los archivos de biométricos.
Colaborador/a administrativo	4	El archivo renombrado deberá subirse al SATH en el área de Administración de marcaciones (<i>Anexo 1. Subir archivo de marcaciones a SATH</i>)
Colaborador/a administrativo	5	En administración de marcaciones busca la dependencia y el nombre de cada empleado asignado a su zona, revisando en cada uno: <ul style="list-style-type: none">• Cantidad de turnos realizados conforme con las rotaciones programadas,• Permisos, licencias e incapacidades generadas,• Llegadas tardías,• Salidas anticipadas• Ausencias y omisiones de marcación
Colaborador/a administrativo	6	Al revisar la asistencia y el equipo al que pertenece la empleada o empleado que genera turno complementario, se deberá verificar que este haya sido cargado en la opción de "Turnos Complementarios del SATH"

Colaborador/a administrativo	7	De existir inconsistencias en la asistencia que implique que el empleado o empleada no genera el derecho para pago de turno complementario se deberá modificar el registro con el cambio de horas y señalando en "comentarios" el motivo por el cual no genera el turno complementario del equipo. <i>(Anexo 5. Lineamientos para tener derecho al pago del turno complementario y/o festivo)</i>
Colaborador/a administrativo	8	Si alguno de los equipos de las UCSF bajo su cargo ha estado de fiestas patronales, deberá cargar de forma individual los turnos por festivos correspondientes.
Jefe de Unidad de Compensaciones	9	Hace revisión de turnos y descuentos reportados y genera reportes de adicionales, descuentos y llegadas tardías que son entregados en los primeros 10 días del mes según programación indicada a la Unidad de Planillas.
<p>METAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir en un 50% los errores en pagos y descuentos en relación al promedio mensual observado el año anterior. 		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de fallas identificadas en los reportes entregados 		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Mensual</p>

FLUJOGRAMAS: Verificación del cumplimiento de la jornada laboral.



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de Compensaciones	Revisión N° (0) Fecha: 30/10/2020 Pág. N° 7/14.
TITULO DEL PROCESO: GESTION DE COBERTURAS		

OBJETIVO:

Asegurar la continuidad del servicio de salud a la población dando seguimiento a toda ausencia reportada, revisando si cumple con los lineamientos de los permisos, licencias o incapacidades y generando las coberturas de personal necesarias.

ALCANCE:

Aplica desde el conocimiento de una ausencia verificando si esta es autorizada por licencia, permiso incapacidad o no autorizada según lo establecido en la normativa, generando las coberturas necesarias hasta la emisión del reporte del pago de turnos adicionales. No se considerará para efectos de cobertura al personal del servicio de odontología.

RESPONSABLE:

Jefe de la Unidad de Compensaciones

REFERENCIA

Reglamento Interno de Trabajo, Ley de licencias, asuetos y vacaciones, Ley del Servicio Civil.

DEFINICIONES

Casos emergentes: Ausencia que son notificadas el mismo día del turno y/o no son reportadas con la anticipación establecida en el RIT

Casos programados: Ausencias tramitadas bajo las reglas y con los días de anticipación establecidas según RIT.

Cobertura: Procedimiento en el cual, al existir la ausencia de un empleado o empleada a un turno determinado, se asigna a otro para que realice las funciones del ausente y se brinde el servicio a la población.

Continuidad del servicio: Prestación continua de los servicios de salud a la población con el equipo básico en los en los horarios establecidos para Fosalud.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SATH: Sistema de administración del Talento Humano

Referente de zona: Es el colaborador/a administrativo de la Unidad de Compensaciones a cargo de una región o un tipo de servicio según establecido en programación.

Reloj Biométrico: relojes de control de asistencia que permiten recabar información personalizada de cada usuario mediante un lector digital, reconociendo las características físicas e irrepetibles de cada persona y cotejando con la plantilla asociada en su memoria permitiendo en caso de validez la operación.

RIT: Reglamento Interno de Trabajo

Turno adicional: Turno realizado por alguna solicitud de cobertura y

UCSF: Unidad Comunitaria de salud Familiar

DESARROLLO:

PROCESO N° 2:
GESTION DE COBERTURAS

RESPONSABLE		Descripción
Colaborador/a administrativo y/o Auxiliar administrativo	1	Recibe informe vía telefónica (casos emergentes) o vía correo electrónico y/o físico (casos programados) aviso de ausencia a las labores (permiso/ licencia/ ausencias)
Colaborador/a administrativo	2	Registra informe de ausencia en SATH
Colaborador/a administrativo	3	Recibe el permiso/licencia colocando fecha y hora de recepción y verifica que lleve las formalidades establecidas en el Reglamento <ul style="list-style-type: none">• Llenado completo• Firma solicitante• Firma de jefe inmediato• Periodo de anticipación para solicitarlo (según lo establecido en Art. 51 del RIT)• Adjuntos de respaldo según sea el caso <i>(Anexo 6. Respaldos según tipo de licencia solicitado)</i>
Colaborador/a administrativo	4	Registra en SATH el permiso/licencia en los siguientes 3 días hábiles de recibido, indicando si está: <ul style="list-style-type: none">• Autorizado• No autorizado• En Proceso <i>(Anexo 7. Registro de licencias y permisos en SATH)</i>
Colaborador/a administrativo	5	Si el permiso/licencia reúne las formalidades, verifica si el genera cobertura.

Colaborador/a administrativo	6	Si el permiso/licencia no está autorizado o queda en proceso se deberá indicar los comentarios necesarios para cada caso y si hay documentación pendiente de entregar.
Colaborador/a administrativo	7	Si se reciben correcciones se regresa al paso 3
Colaborador/a administrativo	8	Si no genera cobertura y reúne las formalidades se registrará el permiso como autorizado notificado vía SATH
Colaborador/a administrativo	9	Archiva documento en carpeta mensual.
Jefe Unidad de compensaciones		Genera informe para entregar a Gerencia de Talento Humano
Colaborador/a administrativo	10	Si genera cobertura se traslada a auxiliar administrativo de sala de coberturas.
Auxiliar Administrativo	11	Registra solicitud en base de casos de cobertura
Auxiliar Administrativo	12	Si el documento ya tiene la propuesta de personal a cubrir se confirmará vía telefónica
Auxiliar Administrativo	13	Si la cobertura es aceptada se registra en base de cobertura y se traslada al referente de zona para su registro para pago (paso 18).
Auxiliar Administrativo	14	Si genera cobertura y no viene con propuesta, antes de su autorización se deberá realizar búsqueda en base de candidatos para que cargo no quede descubierto en turno solicitado.
Auxiliar Administrativo	15	Verificar el personal que se encuentra libre para el turno solicitado
Auxiliar Administrativo	16	Consultar vía telefónica disponibilidad del personal para cubrir el turno
Auxiliar Administrativo	17	Si acepta cubrir se registra la cobertura en base de coberturas, y se traslada a referente de zona. Si no se sigue con la búsqueda de personal disponible.
Colaborador/a administrativo	18	Registra en SATH la cobertura, señalando horas de cobertura y horas a pagar.
Colaborador/a administrativo	19	Recibe hoja de turno adicional firmada por coordinador u otro personal encargado en el turno
Colaborador/a administrativo	20	Si la cobertura genera pago de turnos adicionales se registra en SATH y se autoriza para pago.
Colaborador/a administrativo	21	Tanto si genera o no genera pago de horas, se archiva hoja en carpeta mensual.
Jefe de Unidad de Compensaciones	22	Genera reporte de turnos adicionales por coberturas para entregar a planilla y a Gerencia de Talento Humano

METAS:

Garantizar la cobertura del 95% de solicitudes presentadas por situaciones programadas.

Garantizar la cobertura del 88% de solicitudes presentadas por situaciones emergentes.

Elaborar línea base para indicador de tiempo que pasa incompleto el equipo básico en los establecimientos de salud.

INDICADOR (ES) DEL PROCESO:

(Coberturas realizadas completas/solicitudes de coberturas) x 100%

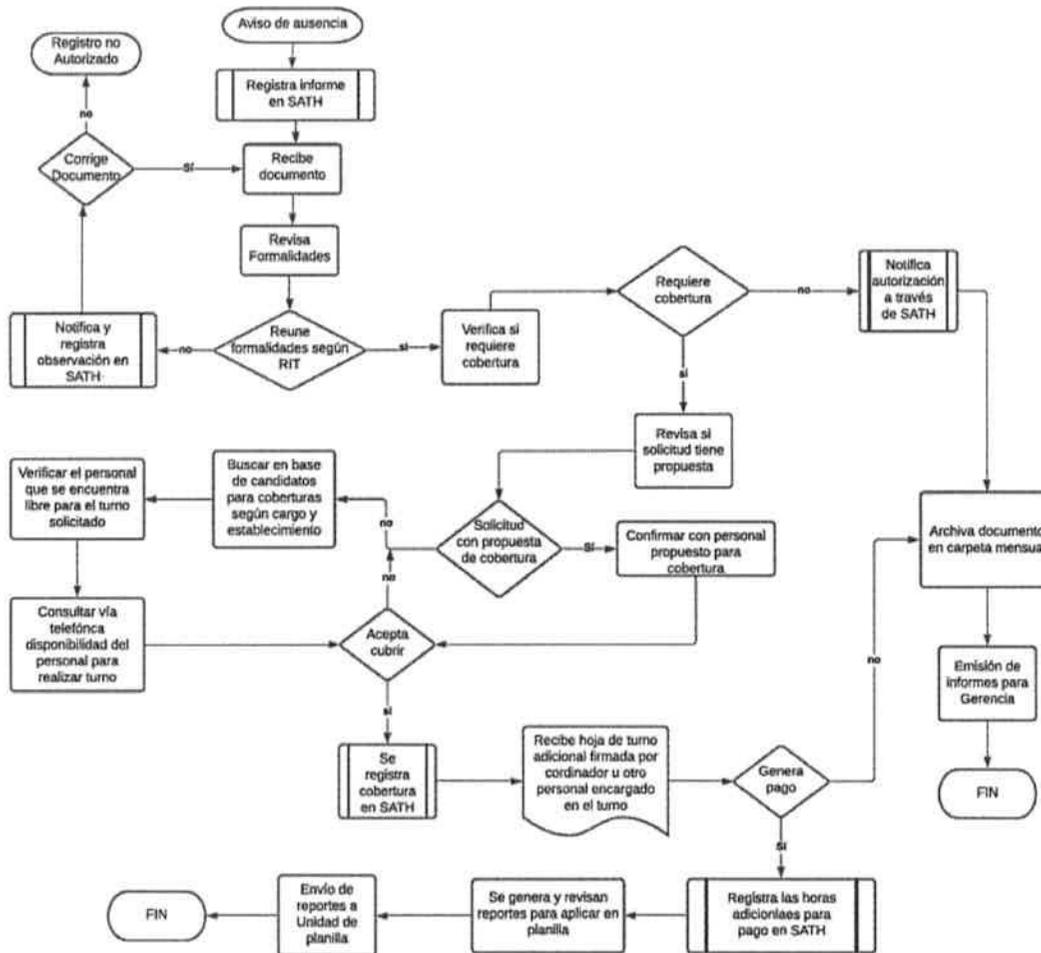
Promedio de tiempo en horas que pasa incompleto el equipo básico en los establecimientos de salud.

PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:

Mensual

Mensual

FLUJOGRAMAS: Gestión de coberturas



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Unidad de Compensaciones</p>	<p>Revisión N^a (0)</p> <p>Fecha: 30/10/2020</p> <p>Pág. N^o 11/14.</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>GESTION DE BENEFICIOS</p>		

OBJETIVO:

Asegurar que el personal goce de las vacaciones según los lineamientos institucionales.

ALCANCE:

Aplica desde la programación de vacaciones, su posterior publicidad y coordinación con Unidad de Contrataciones para la cobertura; así como la programación de la adquisición y entrega de beneficios otorgados por la institución.

RESPONSABLE:

Jefe de la Unidad de Compensaciones

REFERENCIA

Reglamento Interno de Trabajo, Ley de licencias, asuetos y vacaciones, Ley del Servicio Civil.

DEFINICIONES

Beneficios: Recompensa no monetaria que un empleado gana como parte de la relación laboral, además del salario básico.

Estudio de Mercado: Investigación sobre viabilidad y precios promedio de los bienes o servicios que se pretende contratar.

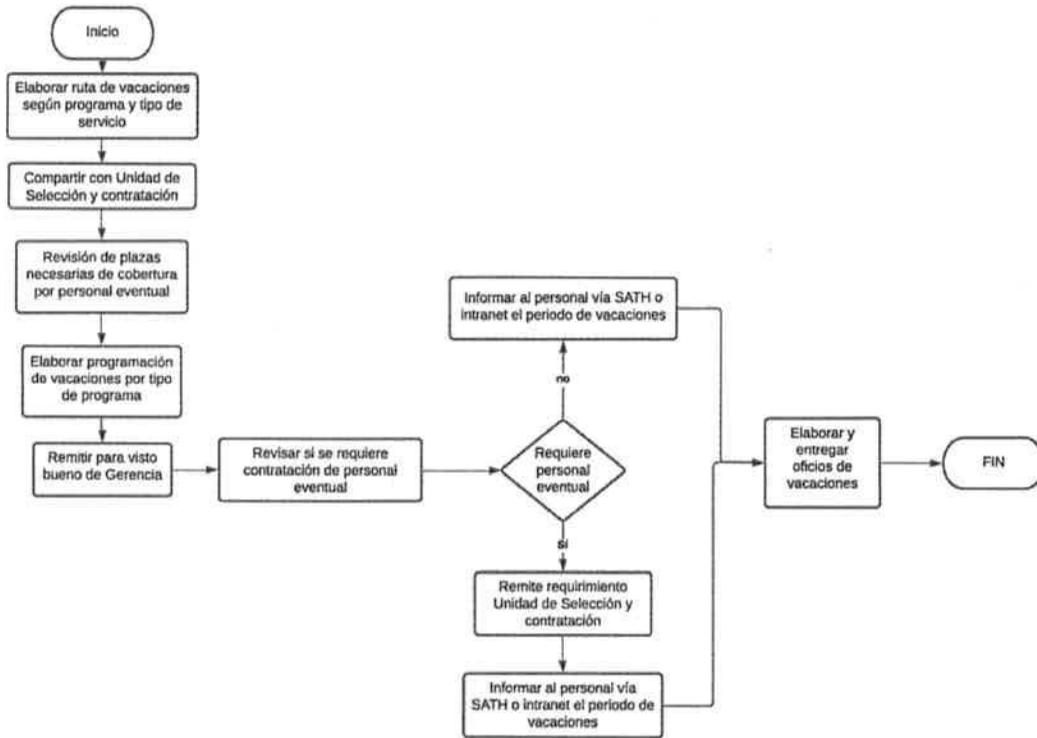
Vacaciones administrativas: Para efectos de este proceso se entenderá el personal que goza de vacaciones administrativas es decir personal de sede administrativa, almacenes y horario Minsal. (art.57 sección primera RIT)

Vacaciones anuales: Para efectos de este proceso se entiende al personal que goza de un periodo anual de vacaciones (Art, 57 sección segunda y tercera RIT).

Requerimiento: Solicitud de contratación de personal eventual para cobertura de ausencia.

DESARROLLO:		
PROCESO N° 3: GESTION DE BENEFICIOS		
RESPONSABLE		Descripción
Jefe de unidad	1	Elaborar ruta anual de goce de vacaciones según programa y tipo de servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Equipos rotativos • SEM • UCSF Fines de Semana • Personal de refuerzo • UCSF 24 horas • CAE • HEM • OSI • HOSPITALES
Jefe de unidad	2	Compartir ruta con Unidad de Selección y contratación para definir en conjunto
Jefe de unidad	3	Revisar junto con Unidad de Selección y contratación las plazas de las cuales se necesitará cobertura por personal eventual.
Jefe de Unidad	4	Elaborar programación de vacaciones según tipo y programa.
Colaborador/a administrativo	5	Remitir propuesta para Visto Bueno de Gerente de Talento Humano
Jefe de Unidad	6	Si requiere cobertura de personal eventual envía requerimiento a Unidad de Selección y contratación
Colaborador/a administrativo / Jefe Unidad	7	Con el Visto Bueno de Gerente, informar al personal vía intranet e individualmente vía SATH sobre la fecha propuesta
Colaborador/a administrativo	8	Elaborar oficios de informe de vacaciones para ser entregados en las dependencias correspondientes.
METAS: Garantizar que el 100% del personal goce de vacaciones anuales.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de cumplimiento del programa anual de vacaciones		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMAS: Gestión de beneficios



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Unidad de Planillas</p>	<p>Revisión: N° 0</p> <p>Fecha: 17/12/2020</p>
<p>“Manual de Procesos de la Unidad de Planillas”</p>		
<p>Alcance:</p> <p>Aplica a las actividades de la Unidad de Planillas que involucran la elaboración de planillas de salarios, remuneraciones, seguridad social y previsional.</p>		
<p>Responsable: Jefe Unidad de Planillas</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Lic Walter Rojas</p>	<p>Aprobado:</p>   <p>Lic Napoleón Ramírez</p>	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Nombre de la Unidad Organizativa:</p> <p>Unidad de Planillas</p>	<p>Revisión N° (0)</p> <p>Fecha: 17/12/2020</p> <p>Pág. N° 1/1.</p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción</p> <p>El presente manual tiene como propósito describir la secuencia de las actividades a realizar para ejecutar los procesos de la Unidad de planillas.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>Código de trabajo; Disposiciones generales del presupuesto; Ley de asuetos, vacaciones y licencias de los empleados públicos; Ley del servicio civil; Reglamento interno de trabajo; Ley y reglamento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Ley y reglamento Insaforp; Ley y reglamento del sistema de administración de pensiones; Ley y reglamento INPEP; Ley y reglamento IPSFA; otros Decretos, Instructivos, Manuales y Lineamientos en materia laboral.</p>		
<p>Procesos :</p>		
<p>Proceso 1:</p> <p>Elaboración de planillas de salarios y remuneraciones.</p>		
<p>Proceso 2:</p> <p>Elaboración y presentación de planillas al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Administradoras de Fondos de Pensiones e IPSFA.</p>		

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: UNIDAD DE PLANILLAS</p>	<p>REVISIÓN (0) FECHA 17/12/2020 Pag. No. 1/6</p>
<p>TITULO DEL PROCESO: Elaboración de planillas de salarios y remuneraciones</p>		

OBJETIVO:

Garantizar que la elaboración de las planillas de salarios y remuneraciones cumplen con el marco legal y técnico vigente, y presentar de manera oportuna dicha información a la Unidad Financiera.

ALCANCE:

El proceso inicia con la recepción de la información por parte de las Unidades de Contrataciones y Compensaciones, incluye la revisión de la información, y el procesamiento, generación y emisión de planillas; y finaliza con la entrega de la nómina y anexos a la Unidad de Tesorería para la realización de requerimiento de fondos y posterior pago de salarios.

RESPONSABLE:

- Jefe unidad de planillas

REFERENCIA:

- Manual del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH).
- Sistema de Administración de Talento Humano (SATH).
- Código de trabajo

- Disposiciones generales del presupuesto
- Ley de asuetos, vacaciones y licencias de los empleados públicos
- Ley del servicio civil
- Reglamento interno de trabajo
- Ley y reglamento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Ley y reglamento Insaforp
- Ley y reglamento del sistema de administración de pensiones
- Ley y reglamento INPEP
- Ley y reglamento IPSFA

DEFINICIONES:

Apertura de planilla: Asignación de los parámetros que identifican una planilla en el sistema SIRH.

Boleta electrónica: Comprobante de pago disponible para cada trabajador al ingresar con su usuario y contraseña a la intranet institucional.

Cierre de planilla: Autorización de planilla para emitir archivos y reportes definitivos, posterior a esta acción la planilla no puede modificarse.

Generación de planilla: Proceso mediante el cual el Sistema SIRH realiza los cálculos de planilla.

Migración de datos: Conversión de datos a un formato específico, compatible con un sistema informático determinado, a fin de realizar una carga masiva de información.

Modificación de planilla: Acción que tiene como propósito emitir planillas de ajustes o planillas adicionales, a efecto de modificar la planilla normal, sea permanente o interinos.

Movimientos de personal: Traslados, permutas, promociones, ascensos, cambios de plaza, incrementos nivelaciones salariales y renunciaciones.

Ordenes de descuento: Autorización otorgada por el trabajador o impuestas por instancias gubernamentales, para retener un determinado valor o porcentaje del salario.

Planillas adicionales: Planilla emitida posterior a haberse efectuado Requerimiento de Fondos y sujeta a disponibilidad financiera.

Planilla interinos: Planilla de pago de personal contratado temporalmente.

Planilla de ajuste: Planilla emitida para modificar los ingresos de un trabajador.

Planilla de salarios: Planilla normal de salarios personal permanente.

Planilla de turnos: Planilla de pago de turnos adicionales personal permanente.

Planilla 10%: Planilla personal permanente que se le retiene 10% de renta debido a que poseen otro empleador, el cual aplica tabla de retención.

Retenciones financieras: Descuentos efectuados a los trabajadores mediante ordenes de descuento.

Rubro: Agrupación de conceptos de planilla, tales como: Salario nominal, salario devengado, salario líquido, turnos adicionales, descuentos, cotizaciones, aportaciones patronales, impuesto sobre la renta, retenciones financieras.

Salario: Retribución en dinero que el patrono está obligado a pagar al trabajador por los servicios prestados en virtud de la relación laboral contractual.

SATH: Sistema de Administración de Talento Humano.

SIRH: Sistema de Información de Recursos Humanos.

Turnos adicionales: Valor pagado como excedente al salario por haber laborado tiempo adicional a su jornada laboral establecida, siempre que exista justificación y autorización para su pago.

DESARROLLO:

PROCESO N° 1:

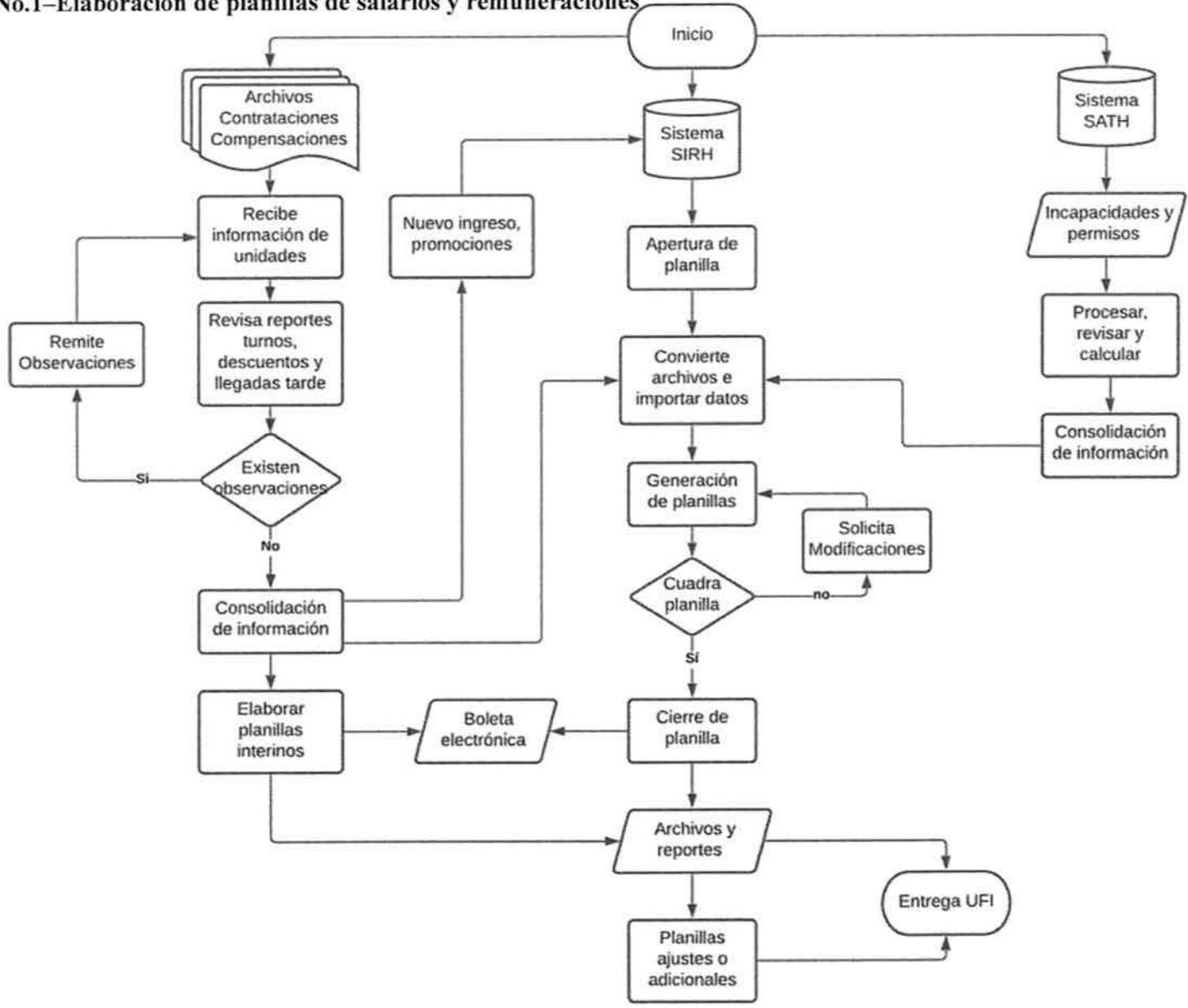
Elaboración de planillas de salarios y remuneraciones

RESPONSABLE		Descripción
Jefe de planillas	1	Actualiza archivos para que las Unidades de Contrataciones y Compensaciones reporten información para planillas.
Jefe de planillas	2	Descarga de sistema SATH información de incapacidades y permisos sin goce de salario.
Jefe de Planillas	3	Procesa y revisa información de incapacidades y

		permisos sin goce de salario y calcula descuentos a aplicar al personal.
Jefe de Planillas	4	Consolida información de incapacidades y permisos sin goce de salario para posteriormente importar los datos al sistema SATH.
Jefe de planillas	5	Recibe información correspondiente a: personal de nuevo ingreso, movimientos de personal reportes de personal interino, turnos adicionales, descuentos por omisiones de marcación y llegadas tardías.
Jefe de planillas	6	Revisa información proporcionada por Unidades de Contrataciones y Compensaciones a fin de determinar certeza y calidad en los datos que se incorporaran a la planilla.
Jefe de planillas	7	En caso de existir observaciones se realizan las consultas respectivas a través de correo electrónico con las unidades correspondientes.
Jefe de Planillas	8	De no existir observaciones, se consolida la información con los datos que se importaran al sistema SIRH.
Jefe de planillas	9	Elabora planilla de personal interino, incorpora pago de turnos adicionales y aplica descuentos.
Colaborador administrativo	10	Actualiza en sistema SIRH personal de nuevo ingreso y promociones.
Colaborador administrativo	11	Realiza apertura de planillas en sistema SIRH, planilla de salarios, planilla de turnos y planilla del 10%.
Colaborador administrativo	12	Convierte archivos consolidados de turnos, descuentos y llegadas tardías a formato compatible con el sistema SIRH y realiza la importación de archivos.
Colaborador administrativo	13	Genera planillas en el sistema SIRH.
Jefe de planillas	14	Revisa planilla y verifica que todos los valores cuadren.
Jefe de planillas	15	En caso de existir diferencias se determina su origen y se solicitan las modificaciones correspondientes.
Colaborador administrativo	16	De no existir diferencias se procede al cierre de la planilla en el sistema SIRH.
Jefe de planilla	17	Se genera los archivos de la planilla SIRH y de la planilla interinos para cargar la boleta electrónica al sistema

		SATH y que todo el personal tenga acceso a ella.
Colaborador administrativo	18	Genera archivos y reportes de planilla SIRH.
Jefe de planillas	19	Genera archivos y reportes de planilla interinos.
Jefe de planillas	20	Remite a la Unidad de Tesorería planillas de salarios del personal permanente e interinos, archivos y reportes anexos.
Jefe de planillas	21	En caso de existir planillas de ajustes o adicionales se remiten a la Unidad de Tesorería para su modificación o incorporación a las planillas entregadas previamente.
METAS:		
<p>1)- 100% de planillas entregadas a la Gerencia Financiera</p> <p>2)- 100% planillas presentadas a Gerencia Financiera cumplen marco legal vigente.</p>		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
<p>1)- Planillas entregadas oportunamente / panillas totales (x) 100</p> <p>2)- Planillas presentadas cumplen con marco legal vigente / planillas totales (x) 100</p>		<p>Entregar a más tardar 16 de cada mes = 100% planillas</p> <p>Lista de verificación (check list) aplicada a cada una de las planillas = 100%</p>

Proceso No.1–Elaboración de planillas de salarios y remuneraciones



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: UNIDAD DE PLANILLAS</p>	<p>REVISIÓN (0) FECHA 17/12/2020 Pag. No. 1/5</p>
<p>TITULO DEL PROCESO: Elaboración y presentación de planillas al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Administradoras de Fondos de Pensiones e IPSFA.</p>		

OBJETIVO:

Garantizar que las planillas de seguridad social y previsional son presentadas oportunamente y atendiendo las directrices y normativas vigentes.

ALCANCE:

El proceso inicia considerando la información tramitada en la planilla mensual, la cual se procesa según los requerimientos de los aplicativos informáticos autorizados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) e Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA), a fin que el personal sea reportado a dichas instituciones y puedan gozar de los beneficios de seguridad social y previsional.

RESPONSABLE:

- Jefe de unidad de planillas

REFERENCIA:

- Ley y Reglamento del Sistema de Ahorro para Pensiones.
- Ley y Reglamento del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Ley y Reglamento del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.

- Ley y Reglamento del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada.
- Instructivo sistema elaboración de planillas previsionales (SEPP).
- Manual de servicios en línea del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (OVISSS).
- Instructivo de uso del sistema IPSFA de planillas previsionales (SIPP)

DEFINICIONES:

AFP: Administradoras de Fondos de Pensiones.

Aprobar planilla: Proceso de cierre de planilla, permite emitir planilla definitiva para pago.

Códigos de observación: Códigos designados en los aplicativos informáticos para identificar el estado del trabajador durante un periodo determinado, por ejemplo: nuevo ingreso, retiro, incapacidad, licencia, etc.

Generar planilla: Proceso de apertura de planilla, permite revisar, modificar y emitir reportes preliminares.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

IPSFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada.

Migración de datos: Conversión de datos a un formato específico, compatible con un sistema informático determinado, a fin de realizar una carga masiva de información.

OVISSS: Oficina Virtual del ISSS, aplicativo informático para la elaboración, presentación y pago de planillas de cotizaciones.

SAP: Sistema de Ahorro para Pensiones.

SEPP: Sistema de Elaboración de Planillas Previsionales, aplicativo informático para la elaboración, presentación y pago de planillas de cotizaciones.

SIPP: Sistema IPSFA de Planillas Previsionales, aplicativo informático para la elaboración, presentación y pago de planillas de cotizaciones.

DESARROLLO:

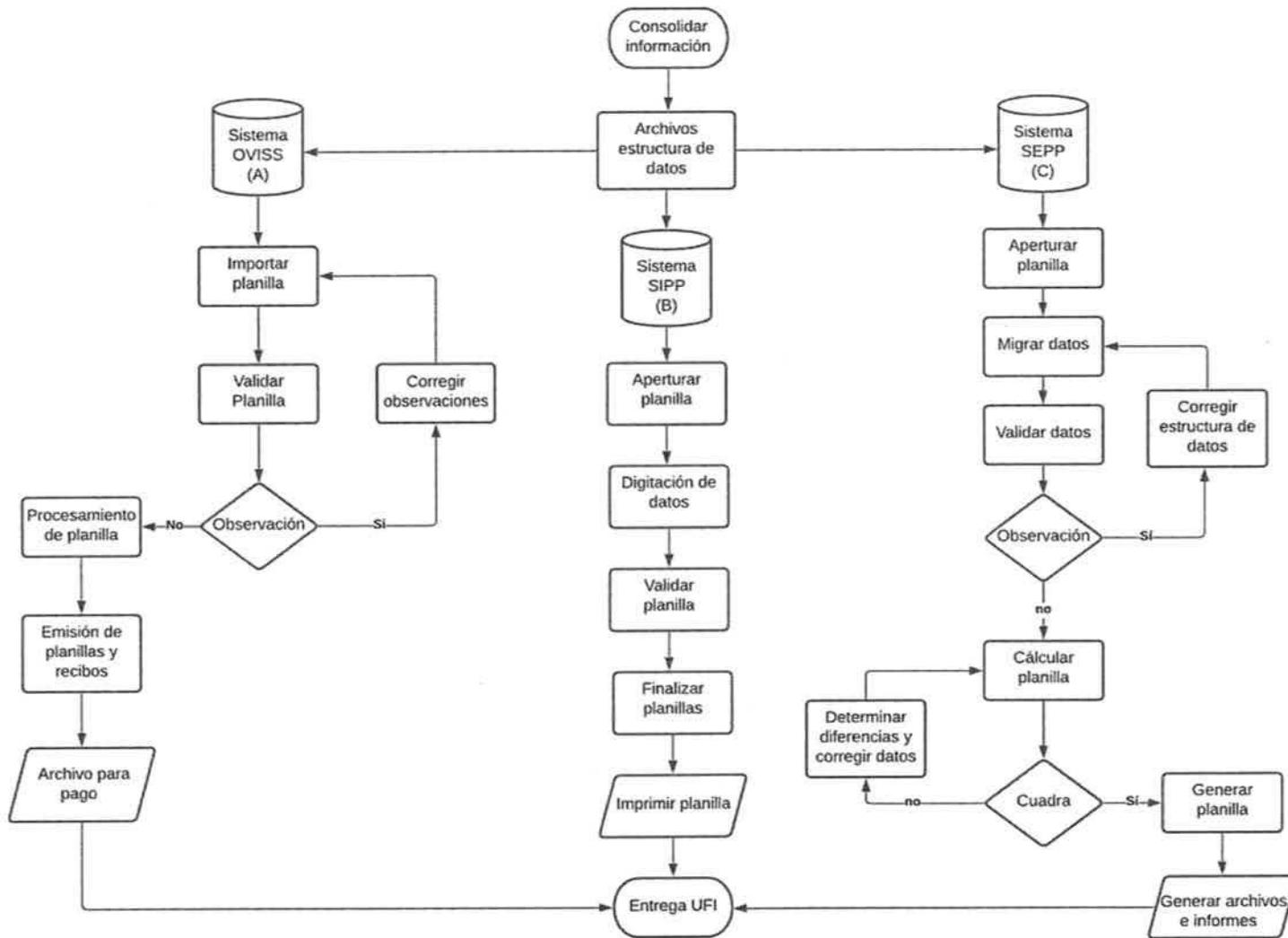
PROCESO N° 2:

Elaboración y presentación de planillas al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Administradoras de Fondos de Pensiones e IPSFA.

RESPONSABLE		Descripción
Jefe de planillas	1	Actualizar y consolidar información de las planillas tramitadas en el mes, tanto de personal permanente como interino.
Jefe de planillas	2	Preparar archivos según la estructura de datos requeridos por los sistemas OVISSS, SEPP y SIPP.
Jefe de planillas	3A	Importar datos de planilla en el sistema OVISSS.
Jefe de planillas	4A	Validar planillas sistema OVISSS.
Jefe de planillas	5A	En caso que existan observaciones del sistema OVISSS se procede a corregir la información y se realiza una nueva importación de datos.
Jefe de planillas	6A	De no haber observaciones se realiza el procesamiento de la planilla en el sistema.
Jefe de planillas	7A	Genera emisión de planillas y recibos.
Jefe de planillas	8A	Genera archivo para pago.
Jefe de planillas	9A	Remite archivos a Unidad de Tesorería para pago.
Jefe de planillas	3B	Apertura planilla en el sistema SIPP.
Jefe de planillas	4B	Digitación de datos en sistema SIPP.
Jefe de planillas	5B	Validar datos de planilla en sistema SIPP.
Jefe de planillas	6B	Finalizar y cerrar planilla.
Jefe de planillas	7B	Imprimir planillas.
Jefe de planillas	8B	Remite archivos a Unidad de Tesorería para pago.
Jefe de planillas	3C	Apertura planilla en sistema SEPP.
Jefe de planillas	4C	Migración de datos al sistema SEPP.
Jefe de planillas	5C	Validar datos de planilla
Jefe de planillas	6C	En caso de resultar observaciones producto de la validación del sistema, se corrige y se realiza una nueva migración de datos.
Jefe de planillas	7C	De no haber observaciones del sistema se procede a realizar el cálculo de planilla.

Jefe de planillas	8C	En caso que existan diferencias se determinan su origen y se realizan las modificaciones respectivas y se vuelve a calcular la planilla.
Jefe de planillas	9C	De no existir diferencias se genera la planilla.
Jefe de planillas	10C	Genera e imprime los archivos y reportes de planilla.
Jefe de planillas	11C	Remite archivos a Unidad de Tesorería para pago.
METAS:		
1)- 100% de planillas entregadas a la Gerencia Financiera		
2)- 100% planillas presentadas cumplen marco legal vigente.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Planillas entregadas oportunamente / planillas totales (x) 100%		Entregar a más tardar 10 días hábiles de cada mes = 100% planillas
Planillas presentadas cumpliendo normativa vigente / planillas totales (x) 100%		Lista de verificación (check list) aplicada a cada una de las planillas = 100%

Proceso No. 2 – Elaboración y presentación de planillas de seguridad social y previsional





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

MEMORÁNDUM

De: **José Ángel Portillo**
(Gerente Técnico)

Para: **Lic. Wilfredo Argueta**
(Jefe de Planificación)

Asunto: **Remisión de procesos de programas especiales Gerencia Técnica 2020.**

Fecha: 22 de diciembre de 2020



GT /2020-145

*Reciba un cordial saludo y éxitos en sus labores,
Por este medio, envío manual de procesos finalizados por los diferentes coordinadores de programas especiales de la Gerencia Técnica.*

- *Dra. Elena Margoth Palma. Coordinadora del Primer Nivel de Atención.*
- *Dr. Ottoniel Sánchez. Coordinador de Hábitos Saludables*
- *Dr. Milton Estupinian. Coordinador de Salud Bucal*
- *Dr. Roberto Gavidia Coordinador de Emergencias Médicas*
- *Dr. Carlos Orellana. Coordinador de Operaciones del SEM*
- *Dr. Ricardo Salinas. Coordinador de Unidades Móviles*
- *Dra. Jackie Alvarado. Unidad de Epidemiología*
- *Dr. Oswaldo Izaguirre. Jefe de UGEMT*
- *Dra. Evelyn Rivera. Coordinadora de Programa Niñez, Adolescencia y Mujer*

Atentamente



**Programa de
Atención
Primaria en
Salud**

**Revisión:
Fecha:
Diciembre 2020**

**“Manual de Procesos de la Atención Primaria en
Salud”.**

Alcance:

Este Manual aplica para la atención médico general,
medico odontológica tanto curativas y preventivas, en
las UCSF

Responsable: Dra. Elena Margoth Palma

**Elaborado:
Dra. Elena Margoth
Palma**



**Aprobado:
Dr. José Ángel Portillo**





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Nombre de la Unidad Organizativa:
Programa de Atención Primaria en Salud.**

Revisión N° (0)

Fecha: diciembre 2020

CONTENIDO

Introducción:

El presente documento ofrece de forma clara y sencilla los servicios que son brindados en los diferentes establecimientos de salud donde existe atención del Fondo Solidario para la salud, FOSALUD, así también la referencia acerca de donde estos servicios pueden ser obtenidos y aquellos procedimientos y requisitos que se establecen para poder acceder a los mismos. Es importante tomar en cuenta que los servicios que presta el FOSALUD son brindados, en algunos casos, en establecimientos del Ministerio de salud y en alternancia de horario. Tal es el caso de las Unidades comunitarias de salud familiar. Es así como en la información que se brinda en el presente se trata de alcanzar un nivel de detalle que sea útil para brindar a la población los servicios de salud de manera ordena.

Marco jurídico:

El Fondo solidario para la Salud (FOSALUD), fue creado como una entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, de duración indefinida y con personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, adscrita al Ministerio de Salud. Nace como parte de una reforma fiscal desarrollada en El Salvador en el año 2004. por medio de una Ley Especial aprobada por la totalidad de diputados de la Asamblea Legislativa de El Salvador el 17 de diciembre de 2004 y que entró en vigencia el 1 de enero del año 2005. Desde su creación, FOSALUD ha venido realizado distintas acciones en apoyo al Ministerio de Salud (MINSAL), entre las que destaca la atención especializada por parte de pediatras y ginecólogos en Unidades de Salud; la introducción de atención odontológica durante los fines de semana y días festivos; el financiamiento para la introducción de la vacuna contra el rotavirus en el Esquema Nacional de Vacunación; el suministro de medicamento, equipos, insumos médicos y odontológicos a Unidades de Salud; la introducción de más 70 ambulancias en hospitales y Unidades de Salud a través de 32 circuitos a nivel nacional entre otras

Actualmente, FOSALUD ha conseguido extender sus servicios en: 165 Unidades de Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), 68 Unidades de Salud con extensión de horarios de servicios médicos las 24 horas y 97 con extensión de servicios médicos para todos los días del año, incluyendo los fines de semana y días festivos.

Procesos: 1. ATENCIÓN A PACIENTES EN UCSF

Proceso: 1.1 EVALUACION(TRIAGE)

Proceso: 1.2 ATENCION CURATIVA.

Proceso: 1.3 ATENCION PREVENTIVA.

Proceso: 1.4 ATENCION DE ENFERMERIA.

Proceso: 1.5 DESPACHO DE MEDICAMENTOS.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Programa de Atención Primaria en Salud</p>	<p>Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>1. Proceso de Atención a Pacientes en UCSF</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar una adecuada y oportuna atención a los pacientes que son atendidos en las UCSF en los horarios de atención de FOSALUD.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Este proceso aplica para todos los pacientes que son atendidos en las diferentes UCSF en horarios FOSALUD.</p> <p>Inicia con la evaluación (triage) e incluye la consulta y atenciones necesarias, así la dispensación de los medicamentos, en caso de ser necesario.</p> <p>Finaliza con el despacho del paciente a su domicilio o referencia, según sea el caso.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Médico Coordinador de UCSF</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lineamientos técnicos para medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia vigentes avalados por MINSAL para la atención del ser humano en las diferentes etapas de la vida.2. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS3. Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud.4. Lineamientos para aplicación del código amarillo en la RIIS5. Formulario Terapéutico Institucional.6. Listado Institucional de Medicamentos.		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar</p>		

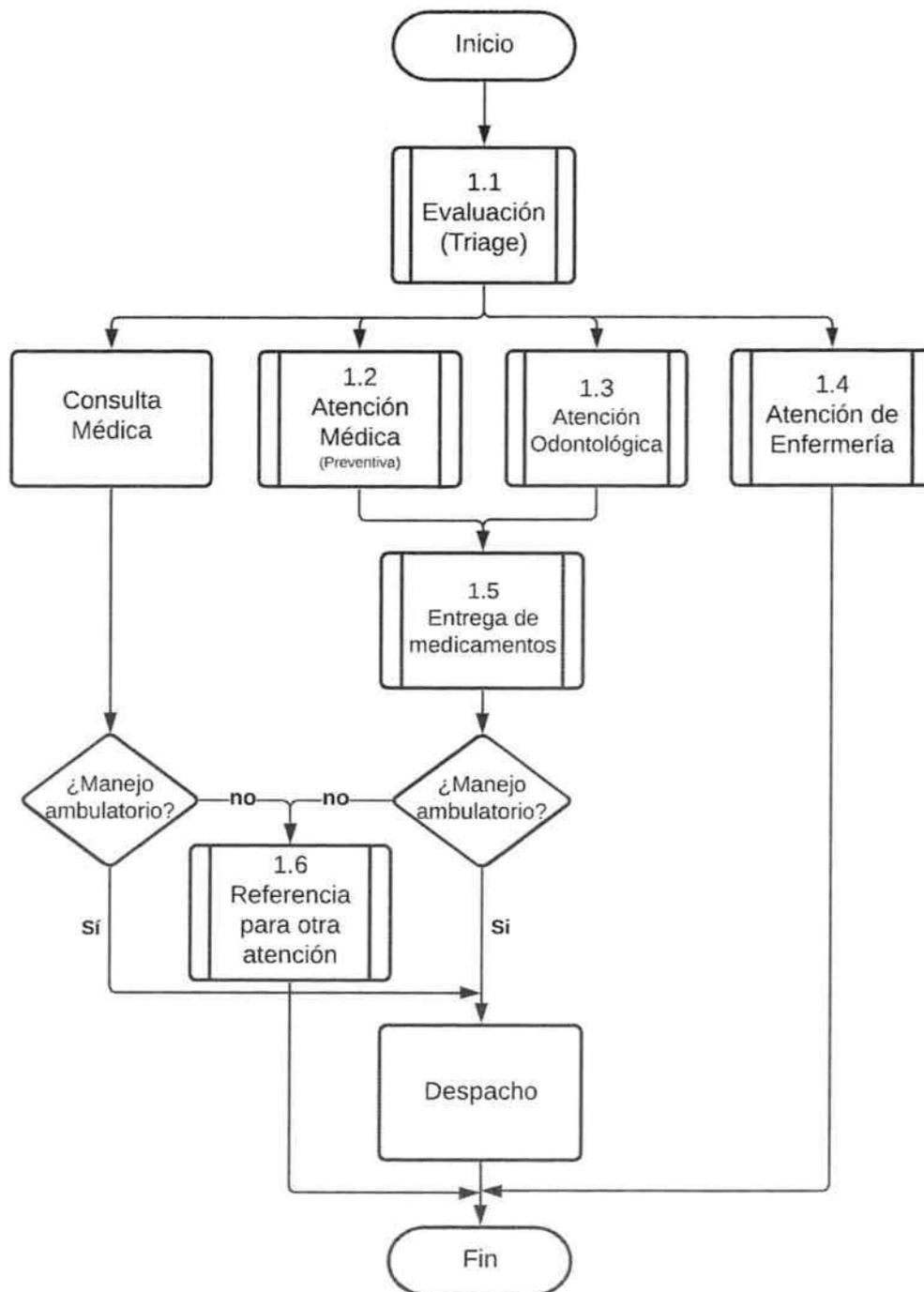
TAES: Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado**USUARIO:** Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF**TRIAGE:** Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.**DESARROLLO:
Proceso de Atención en Salud**

RESPONSABLE	No	Actividad
Personal médico o de enfermería	1	La atención del primer nivel de atención en las UCSF inicia con la demanda de atención generada por el usuario, en un ambiente limpio y ordenado. Al llegar al establecimiento es atendido por el personal médico o de enfermería quien realiza el TRIAGE y define el tipo de atención requerida por el /la usuaria.
Médico	2	Brinda atención médica general, medico odontológica según la clasificación establecida en el triage.
Encargado de Farmacia	3	Al recibir la atención médica, odontología o por procedimientos de enfermería el/la usuaria pasaría a retirar el medicamento prescrito, los cuales son entregados por el encargado/a de farmacia, según la receta.
Enfermería	4	Si el paciente requiere el cumplimiento de algún medicamento o la realización de algún procedimiento, pasa a enfermería; de lo contrario se traslada a su domicilio a continuar el tratamiento prescrito.
Meta: 1. 100% de pacientes atendidos cumpliendo los requisitos de atención establecidos. 2. 100% de pacientes atendidos en menos de 15 minutos ¹ .		
Indicador:	1. Porcentaje de pacientes atendidos cumpliendo los requisitos establecidos = $\frac{\text{Número de pacientes atendidos cumpliendo los requisitos establecidos}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} * 100$	

¹ Este parámetro será validado durante el primer semestre de 2021.

	2. Tiempo promedio de espera de los pacientes en UCSF, medido entre la llegada al establecimiento y la hora de la atención en el triage.
Periodicidad de Medición:	Mensual

Flujograma del Proceso de Atención a Pacientes en UCSF



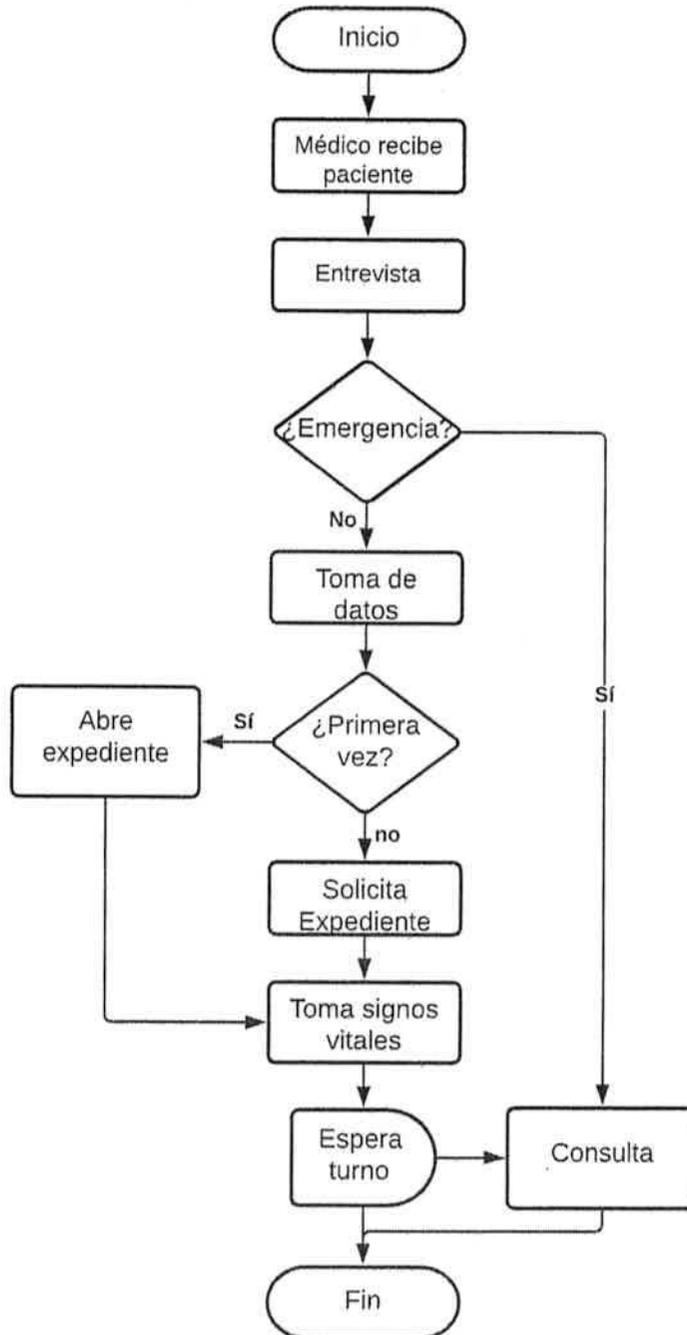
 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Programa de</p> <p>Atención Primaria en Salud</p>	<p>Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>1.1 EVALUACION (TRIAGE)</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar una adecuada y oportuna evaluación (triage) a los pacientes que son atendidos en las UCSF en los horarios extendidos de FOSALUD.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Este proceso aplica para todos los pacientes que son atendidos en las diferentes UCSF en horarios FOSALUD.</p> <p>Inicia con la entrevista al paciente que se presenta a las UCSF, incluye la toma de datos y la toma signos vitales; y</p> <p>Finaliza con la clasificación y priorización para la atención médica.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Médico Coordinador de UCSF y enfermera.</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lineamientos técnicos para medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia vigentes avalados por MINSAL para la atención del ser humano en las diferentes etapas de la vida. 2. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS 3. Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud. 4. Lineamientos para aplicación del código amarillo en la RIIS 5. Formulario Terapéutico Institucional. 6. Listado Institucional de Medicamentos. 		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar</p> <p>TAES: Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado</p>		

USUARIO: Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF
TRIAGE: Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.

DESARROLLO:
Proceso de Evaluación (Triage)

RESPONSABLE	No	Actividad
Médico y enfermería	1	a) La clasificación de TRIAGE de paciente se realiza según lineamientos técnicos derivando al usuario de acuerdo a la urgencia de atención. b) Se interroga la frecuencia de consulta con el fin de identificar si tiene o no expediente clínico creado en esa UCSF.
Médico y enfermería	2	Si la respuesta es 2 a) no se solicita la creación del expediente clínico al encargado de archivo, siguiendo los lineamientos de la creación de expediente clínico, y 2 b) si su respuesta es si , se solicita el retiro del expediente al mismo personal.
Enfermería	3	Posteriormente el usuario retorna con el personal de enfermería para la toma de signos vitales y medidas antropométricas.
Enfermera	4	Clasifica paciente y envía a consulta
Meta: 1. 100% de usuarios de la UCSF son evaluados.		
Indicador:	Porcentaje de pacientes evaluados = $\frac{\text{Número de pacientes evaluados}}{\text{Número total de pacientes}} * 100$	
Periodicidad de Medición:	Mensual	

Flujograma del Proceso de Evaluación (Triage)





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:
Programa de Atención Primaria en Salud

Fecha: Diciembre 2020

TITULO DEL PROCESO:
1.2 Atención Curativa

OBJETIVO:

Garantizar una **adecuada y oportuna** atención a los pacientes que son atendidos en las UCSF en los horarios de extendidos de FOSALUD.

ALCANCE:

Este proceso aplica para todos los pacientes que son atendidos en las diferentes UCSF en horarios FOSALUD.

Inicia con la entrevista al paciente que se presenta al consultorio médico; y

Finaliza con el manejo clínico (impresión diagnóstica y plan de seguimiento).

RESPONSABLE:

Médico consultante

REFERENCIA:

1. Lineamientos técnicos para medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia vigentes avalados por MINSAL para la atención del ser humano en las diferentes etapas de la vida.
2. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS
3. Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud.
4. Lineamientos para aplicación del código amarillo en la RIIS
5. Formulario Terapéutico Institucional.
6. Listado Institucional de Medicamentos.

DEFINICIONES:

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar

TAES: Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado

USUARIO: Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF

TRIAGE: Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.

DESARROLLO:

PROCESO 1.2: LA ATENCION CURATIVA.

RESPONSABLE:

Médico

DESARROLLO:

- 1** El usuario requiere atención por una afección por enfermedad común, de emergencia y urgencia serán atendidos dentro de los consultorios médicos o áreas requeridas. Con los usuarios que requieren atención de enfermedades respiratorias serán atendidos en el área de IRAS destinada por la dirección de la UCSF.
- 2** El médico será el responsable de brindar la atención completa y escribirla en el expediente clínico respectivos, registrar la atención en los tabuladores, libros e instrumentos oficiales descritos en los lineamientos requeridos.
- 3** Además, el profesional médico explicara el manejo y tratamiento al paciente y familiares o responsables que acompañe al usuario.
- 4** Cuando se defina el manejo y presenta la necesidad de referencia será el medico apoyado con el personal de enfermería quien gestionara la referencia en el circuito de ambulancia,

Meta: 1. 100% de usuarios de la UCSF son atendidos.

Indicador:

Porcentaje de pacientes atendidos = $\frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número total de pacientes}} * 100$

Periodicidad de Medición:

Mensual



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:

**Programa de
Atención Primaria en Salud**

Fecha: Diciembre 2020

TITULO DEL PROCESO:

1.3 Atención Preventiva

OBJETIVO:

Garantizar una **adecuada y oportuna** atención a los pacientes que son atendidos en las UCSF en los horarios de extendidos de FOSALUD.

ALCANCE:

Este proceso aplica para todos los pacientes que son atendidos en las diferentes UCSF en horarios FOSALUD.

Inicia con la entrevista al paciente que se presenta al consultorio médico; y
Finaliza con el manejo clínico (impresión diagnóstica y plan de seguimiento).

RESPONSABLE:

Médico consultante

REFERENCIA:

1. Lineamientos técnicos para medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia vigentes avalados por MINSAL para la atención del ser humano en las diferentes etapas de la vida.
2. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS
3. Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud.
4. Lineamientos para aplicación del código amarillo en la RIIS
5. Formulario Terapéutico Institucional.
6. Listado Institucional de Medicamentos.

DEFINICIONES:

UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar

TAES: Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado

USUARIO: Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF

TRIAGE: Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.

DESARROLLO: **PROCESO 3: LA ATENCION PREVENTIVA.**

RESPONSABLE:

Médico

DESARROLLO:

1. El usuario requiere atención por control prenatal, control infantil, consulta por mujer en edad reproductiva, consulta de planificación familiar, u otro control requerido en los programas preventivos que el MINSAL determine.
2. El medico será el responsable de brindar la atención completa y escribirla en el expediente clínico respectivos, registrar la atención en los tabuladores, libros e instrumentos oficiales descritos en los lineamientos requeridos.
3. Además, el profesional médico explicara el manejo y tratamiento al paciente y familiares o responsables que acompañe al usuario.
4. Cuando se defina el manejo y presenta la necesidad de referencia será el medico a poyado con el personal de enfermería quien gestionara la referencia en el circuito de ambulancia, así lo requiera el caso.

Meta: 1. 100% de usuarios de la USCF son atendidos.

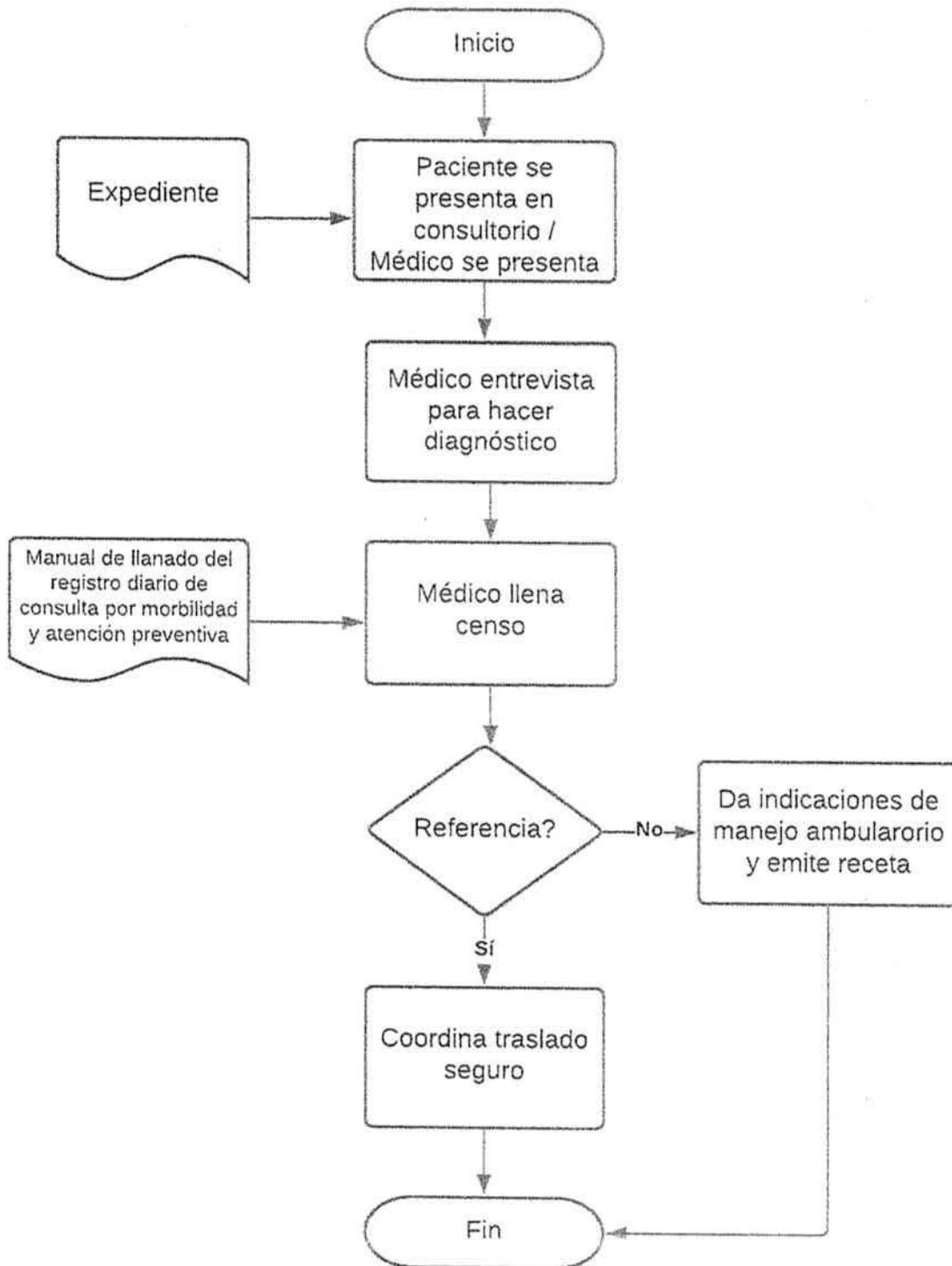
Indicador:

Porcentaje de pacientes atendidos = $\frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número total de pacientes}} * 100$

Periodicidad de Medición:

Mensual

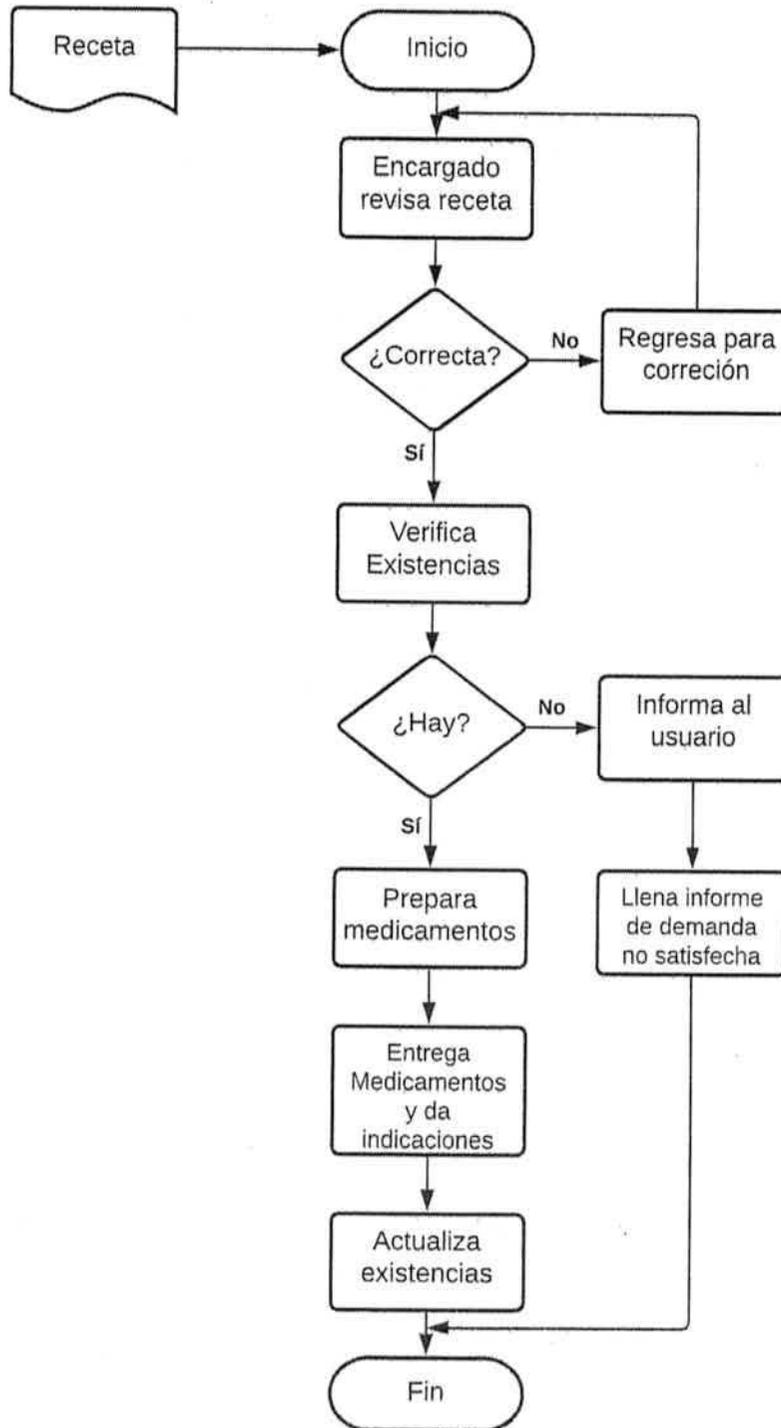
Flujograma del Proceso de Atención Médica (Preventiva y curativa)



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Programa de Atención Primaria en Salud</p>	<p>Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>1.4 Despacho de Medicamentos</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar una adecuada y oportuna atención a los pacientes que son atendidos en las UCSF en los horarios de extendidos de FOSALUD.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Este proceso aplica para todos los pacientes que son atendidos en las diferentes UCSF en horarios FOSALUD.</p> <p>Inicia con la recepción de las recetas médicas del paciente que recibió la atención en la UCSF; y</p> <p>Finaliza con la entrega de medicamento al paciente.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Encargado de farmacia</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manual de organización y funcionamiento de los equipos de trabajo FOSALUD en las UCSF. 2. Lineamientos para Gestión de Farmacias en Establecimientos Fosalud. 3. Formulario Terapéutico Institucional. 4. Listado Institucional de Medicamentos. 		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar</p> <p>TAES: Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado</p> <p>USUARIO: Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF</p> <p>TRIAGE: Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.</p>		

DESARROLLO:		PROCESO 5: DESPACHO DE MEDICAMENTOS.
RESPONSABLE: Personal encargado de farmacia		DESARROLLO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente llega a la farmacia FOSALUD con las recetas extendidas por el médico. 2. El encargado de farmacia será el responsable de verificar el buen llenado de las recetas con los siguientes ítems: nombre y apellido del paciente, número de expediente, edad del paciente, fecha de expedición, prescripción que incluye nombre del fármaco, concentración, presentación, dosificación del medicamento, vía de administración, horario de administración; además de sello y firma del médico. 3. Posteriormente el encargado de farmacias identificara el medicamento de los lugares de almacenamiento en la farmacia, contara el medicamento a despachar, lo rotulara con la prescripción descrita y lo colocara dentro de una bolsa para ser despachado. Al entregarlo al usuario explicara la vía de administración, la cantidad y el horario de administración. 4. Sera el encargado de farmacia el responsable de tabular los datos en los instrumentos definidos en los lineamientos correspondientes.
Meta: 1. 100% de criterios cumplidos por el encargado de farmacia.		
Indicador:	Porcentaje de criterios cumplidos en la atención a los pacientes por el encargado de farmacia	
Periodicidad de Medición:	Mensual	
Flujograma		

Flujograma del Proceso de despacho de medicamentos en farmacias UCSF





FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

**Nombre de la
unidad
organizativa:
Centros de
Prevención y
Tratamiento
de Adicciones**

Revisión N^a (1)

Fecha: 22/12-20

Pág. N^o 1/18.

Título del documento:

**Manual de Procesos de los Centros de Prevención
y Tratamiento de Adicciones**

Alcance: La labor en los Centros de Prevención inicia desde la llegada del paciente, buscando ayuda para tratar su problema de adicción, el interesado recibe toda la información relacionada con el proceso al cual deberá someterse que se divide en etapas, las cuales tienen como objetivo sacar al paciente por completo de su estado adictivo y finalizar con la graduación como resultado final de su proceso.

Responsable:

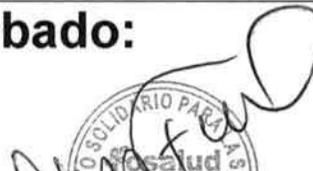
Coordinador de Programa de Hábitos Saludables.

Elaborado:



Dr. Ottoniel Sánchez Murgas
Coordinador de Programa Hábitos
Saludables

Aprobado:



Dr. José Portillo
Gerente Técnico



FONDO SOLIDARIO
PARA LA SALUD

**Nombre de la
Unidad
Organizativa:
Centros de
Prevención y
Tratamiento de
Adicciones**

Revisión N^a (1)

Fecha: 22/12-20

Pág. N^o 2/18.

CONTENIDO

Introducción: Los CPTA, de acuerdo a su enfoque de atención integral, están conformados por un Equipo Multidisciplinario para la ejecución de las diferentes actividades en cuanto a la prevención y tratamiento de las adicciones. Los profesionales que conforman dicho equipo están formados en las áreas de: Medicina, Psicología, Trabajo Social y Educación para la Salud. El equipo multidisciplinario es coordinado por un médico asignado a cada CPTA, quien transmite los lineamientos y regulaciones que implica la ejecución del programa y quien está auxiliado por el/la profesional de enfermería asignado al mismo. Dicho equipo multidisciplinario está bajo la supervisión del Coordinador del Programa Especial de Hábitos Saludables.

Marco jurídico

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

LEY DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Art. 8.- Son atribuciones de los integrantes del Sistema, en coordinación con el ente rector, las siguientes:

- a) Determinar las directrices de la Política y el Plan Nacional de Salud.
- b) Planificar la integración del Sistema, coordinar la formulación de políticas, estrategias, planes, proyectos y acciones.
- c) Definir en el ámbito de su acción y con su presupuesto, las actividades que ejecutarán bajo planificación estratégica, las cuales quedarán incorporadas en la Política Nacional de Salud.
- d) Proponer las reformas en sus marcos jurídicos para propiciar la articulación e integración del Sistema, en lo relativo a la implementación de los modelos de atención, gestión, administración y provisión en salud, para su implementación progresiva.
- e) Implementar un modelo nacional de atención con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral, sin descuidar los aspectos curativos, de rehabilitación y paliativos.
- f) Realizar todas las acciones y estrategias para brindar a la población la provisión de servicios de salud que se defina en la Política Nacional de Salud.
- g) Integrar y trasladar con carácter obligatorio y oportuno sus aportes al sistema único de información y de la vigilancia sanitaria, así como la información epidemiológica al ente rector para establecer indicadores nacionales.

- h) Celebrar convenios entre los distintos miembros del Sistema, para complementar la atención de la población.
- i) Establecer mecanismos de retribución en casos de urgencia y emergencias médicas, y en todos aquellos casos cuando se acuerde interinstitucionalmente.

Art. 20.- El Sistema debe establecer un modelo de atención centrado en la persona, la familia, el entorno laboral y la comunidad, con enfoque de derecho humano y bien común. Este modelo se fundamenta en los programas y proyectos definidos en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral –APSI- asegurando la atención continua, el acceso permanente, progresivo y universal a servicios de salud integral y de calidad, en función del perfil epidemiológico y las determinantes de la salud.

Art. 21.- El Sistema definirá las prestaciones integrales por niveles de atención y complejidad para la protección, promoción y educación de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamientos, cuidados paliativos, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas por medio de un financiamiento equitativo, solidario, sostenible y público, lo que asegurará la gratuidad de la prestación de los servicios de salud en el sector público, a través de las redes integrales e integradas de salud.

LEY DE SALUD MENTAL

Art. 15.- En relación a la salud mental, todas las personas tienen los siguientes derechos:

- a) Participar de la planificación e implementación de acciones de fomento, promoción, protección, prevención, tratamiento, restablecimiento y rehabilitación basada en la salud comunitaria con enfoque inclusivo y universal.
- b) Recibir atención en salud mental de manera integral, así como su atención especializada e interdisciplinaria.
- c) Recibir tratamientos no farmacológicos de manera responsable, con prescripción por facultativo.
- d) Recibir tratamiento oportuno y pertinente, que promueva su participación, faciliten el restablecimiento y la rehabilitación familiar, escolar, laboral y comunitaria, incluidas las víctimas de todas las formas de violencia.
- e) Ser acompañado antes, durante y posterior al tratamiento por sus familiares o representante.
- f) A que se le proporcione la información a la persona y su familia, a fin de que conozca su diagnóstico, el cual puede modificarse mediante tratamiento adecuado y oportuno.
- g) Recibir un trato igualitario, digno, sin ningún tipo de estigmatización y discriminación.
- h) Recibir un tratamiento personalizado en un ambiente adecuado con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derechos, con el pleno respeto de su integridad física, vida privada y libertad de comunicación.
- i) A ser ingresado en un establecimiento de salud, bajo prescripción médica, por solicitud voluntaria y previa evaluación de su condición de salud mental, severidad de los síntomas y riesgos de lesionarse así mismo o a terceros, contando con su autorización o la de sus familiares o tutor, y bajo la vigilancia de la Procuraduría General de la Republica.
- j) A no ser abandonado por sus familiares posterior al tratamiento recibido o estar medicamente estable.
- k) Asegurar el acceso oportuno de medicamentos eficaces que faciliten la pronta estabilización y recuperación del paciente.

Art. 17.- En relación a la salud mental, todas las instituciones tienen los siguientes deberes:

- a) Informarse, organizarse y participar, a través de los mecanismos correspondientes, de la planificación e implementación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y restablecimiento basada en la salud comunitaria con enfoque inclusivo y universal.
- b) Dar a conocer las alternativas de atención en salud mental y los servicios que se ofertan desde la intersectorialidad e interinstitucionalidad.
- c) Contribuir a la construcción de ambientes saludables que generen una mejor convivencia social.
- d) Desarrollar programas de capacitación en salud mental para todo su personal de salud; así como capacitación a los familiares y responsables en el manejo básico de las personas con problemas de salud mental.

Art. 19.- Toda familia que tenga al cuidado personas con trastornos mentales y del comportamiento, tiene derecho a recibir asistencia, asesoría, orientación, capacitación y adiestramiento necesario, por parte de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y entes privados que prestan servicios de salud mental, para realizar actividades que promuevan la

integración y el desarrollo de las potencialidades acordes al padecimiento del usuario. De igual forma, tiene derecho a participar en actividades culturales, recreativas, deportivas y de esparcimiento, que contribuyan al desarrollo integral de la persona con trastornos mentales.

Art. 21.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, desarrollarán mecanismos de intersectorialidad e interinstitucionalidad para la atención integral de la salud mental de la población. Para tal efecto deberán considerar lo siguiente:

- a) Promover acciones para el fomento y protección de la salud mental.
- b) Implementar acciones de prevención y detección temprana de la discapacidad intelectual, de los trastornos mentales y del comportamiento, con énfasis en la prevención y control de adicciones, drogadicción y de todas las formas de violencia.
- c) Implementar un modelo de atención integral de salud mental en todos los niveles de complejidad que contemplen servicios de prevención, consejería y diagnóstico oportuno, a fin de establecer tratamientos y rehabilitación temprana de los trastornos mentales y del comportamiento, y sus discapacidades relacionadas.
- d) Mecanismos de coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y establecimientos privados, para atender eficazmente los trastornos mentales y del comportamiento, priorizando en todo momento, la prevención.
- e) Promover la asignación de personal multidisciplinario para la atención integral de los trastornos que requieran atención prioritaria.
- f) Sensibilizar a la sociedad, a través de la psico-educación sobre los factores que determinan la salud mental en la familia, la comunidad, la escuela y el trabajo; así como las alternativas para abordar la salud mental en las redes integrales de salud.

Art. 22.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud establecerán las modalidades para la atención integral e integrada en salud mental, bajo los principios de progresividad y su mejoramiento continuo.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DESERVICIOS DE SALUD

Art. 10.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

Art. 11.- El paciente recibirá en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

Art. 13.- El paciente o su representante, deberá recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud, durante su atención, la siguiente información, de manera oportuna, veraz, sencilla y comprensible de acuerdo a su problema:

- a) Nombre completo del profesional de la salud que lo atenderá y su número de registro en la Junta de Vigilancia.
- b) Su diagnóstico, tratamiento, alternativas, riesgo, evolución y pronóstico respectivo.
- c) Recibir la información y explicación de manera oportuna y lo más clara posible de su diagnóstico, de sus exámenes de laboratorio, de su tratamiento, imágenes, biopsias; así como de los efectos secundarios de medicamentos y procedimientos.
- d) Duración estimada de estadía en caso de hospitalización y tratamiento; en los casos que se puedan precisar.
- e) Las posibilidades de éxito, riesgo y las consecuencias de rechazar o interrumpir un tratamiento.

Art. 15.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.

Art. 19.- A todo paciente se le garantizará la privacidad e intimidad durante su exploración clínica y estadía hospitalaria. El paciente podrá hacerse acompañar de un familiar si así lo estimare. Para los casos en los que esté involucrado un niño, niña o adolescente o discapacitado, siempre deben estar acompañados de familiar o representante legal.

Art. 20.- Los pacientes tendrán derecho a que se respete el carácter confidencial de su expediente clínico y toda la información relativa al diagnóstico, tratamiento, estancia, pronósticos

y datos de su enfermedad o padecimiento, a menos que por autorización escrita del mismo o porque existan razones legales o médicas imperiosas, se deba divulgar tal información.

Art. 21.- Los pacientes, familiares o representante, tendrán derecho a realizar sugerencias, consultas, quejas y reclamos que estimen pertinentes, en una oficina establecida localmente para tal fin, respecto de la atención de salud que reciban, y obtener respuesta por escrito conforme a los procedimientos y formas establecidos por el prestador de los servicios de salud públicos o privados, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, debiendo clasificar y resolver de manera inmediata según el nivel de prioridad; el reglamento de la presente ley regulará la priorización de los casos y su tiempo de respuesta.

Art. 24.- Los pacientes en el ámbito público y los pacientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tienen derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.

Art. 26.- Todo paciente, familiar, acompañante o representante legal, que solicite o reciba un tratamiento ambulatorio u hospitalario, deberá tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos; así como a otros pacientes que se encuentren solicitando o recibiendo servicios de salud; a excepción de aquellos pacientes cuyo estado clínico comprometa su conducta.

Art. 27.- Todo paciente o representante legal que solicite o reciba un servicio de salud ambulatorio u hospitalario, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, tendrá los siguientes deberes:

- a) Proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización.
- b) Cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública.
- c) Cuidar las instalaciones, equipo y mobiliario en que son atendidos al igual que sus familiares y visitas, así como colaborar con el mantenimiento, orden e higiene de las mismas.
- d) Hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral.
- e) Dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria.

Art. 28.- Todo paciente, familiares o representante legal deberá asumir y cumplir con las prescripciones generales y específicas emanadas del prestador de servicios de salud, a fin de cumplir su tratamiento y restablecer su estado de salud; esto incluye aceptar el alta médica hospitalaria cuando haya finalizado su proceso asistencial.

Art. 30.- Recibir de parte de todo paciente, acompañante o familiares, del equipo y personal relacionado con su trabajo, un trato respetuoso, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, así como la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.

Art. 31.- Además de los derechos regulados por el Código de Salud en su artículo 34 y otras disposiciones relativas a la materia, los profesionales de la salud gozarán de los siguientes derechos:

- a) El profesional de la salud de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados, decidirá el mejor procedimiento de atención, respetando las normas, protocolos institucionales y los reconocidos internacionalmente.
- b) Obtener del paciente y los familiares, la colaboración necesaria para el mejor desempeño de sus funciones.
- c) Dejar constancia por escrito de su negativa a efectuar actos ajenos a la naturaleza de su profesión, las funciones de su cargo y las condiciones acordadas con el paciente o la institución.
- d) Contar con instalaciones apropiadas y seguras que garanticen el buen desempeño de sus labores.
- e) Recibir de la autoridad competente la colaboración necesaria para el mejor desarrollo de sus funciones.

Art. 32.- Todo prestador de servicios de salud en todo el proceso de espera, consulta, u hospitalización, deberá proporcionar al paciente, representante legal o familiar un trato digno y respetuoso.

Art. 33.- Todo prestador de servicios de salud, tendrá los deberes siguientes:

- a) Dar cumplimiento y asegurar la difusión de los derechos y deberes que esta ley consagra, a todas las personas en atención a su salud.
- b) Explicar a los pacientes y usuarios, de forma clara, concisa y detallada sobre la enfermedad o padecimiento que adolezcan, y su diagnóstico, tratamiento, medicación, duración y posibles efectos secundarios.
- c) Garantizar el secreto profesional, tal como se especifica en el artículo 20 de la presente ley.
- d) Custodiar los expedientes clínicos de los pacientes, adoptando las medidas técnicas y procedimientos adecuados para el resguardo y protección de los datos contenidos en los mismos y evitar su destrucción o pérdida.
- e) Tener una actuación diligente, profesional, ética y moral, y deberá responder cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte a un paciente.
- f) Colocar en sus instalaciones y establecimientos de manera pública y visible, los derechos y deberes de los pacientes.
- g) Aplicar el mejor procedimiento de atención, respetando las normas institucionales establecidas, de acuerdo a su experiencia, capacidad y recursos instalados.

Art. 34.- Todo prestador de servicios de salud, explicará al paciente de manera detallada lo estipulado en el artículo 13 de la presente ley.

Art. 36.- Todo paciente que acude a recibir un servicio de salud, tendrá prohibido lo siguiente:

- a) Ofrecer a prestadores de servicios públicos de salud cualquier tipo de recompensa en carácter de pago directo por un servicio recibido.
- b) Proferir todo tipo de insultos, maltratos físicos, a los prestadores de servicios de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, otros pacientes o acompañantes.
- c) Consumir todo tipo de drogas no prescritas o ilegales, bebidas embriagantes y consumo de tabaco al interior de todo tipo de establecimiento de salud.
- d) Consumir alimentación y medicamentos no prescritos por el facultativo en el momento de estar hospitalizado, y que pongan en peligro o retrase su recuperación.
- e) Proporcionar información no veraz, incompleta y falta de datos personales de su salud, al profesional de la salud.
- f) No acatar los tratamientos y las indicaciones médicas que prescribe el profesional de la salud, salvo las excepciones indicadas en el literal e) del artículo 27.
- g) Irrespetar la intimidad de los demás pacientes y realizar actos indecorosos.
- h) Atentar contra la dignidad, honor y credibilidad de los prestadores de servicios de salud.

Art. 37.- Se prohíbe a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en cualquiera de sus profesiones y especialidades:

- a) Proferir todo tipo de insultos a los pacientes, familiares o responsables estando en el interior de todo establecimiento público o privado de salud.
- b) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión.
- c) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión.
- d) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anticientíficos o dudosos.
- e) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.
- f) Anunciar o aplicar fármacos sin efectos terapéuticos, atribuyéndoles alguna acción; excepto aquellos utilizados con efecto placebo, debidamente justificado por el profesional de la salud.
- g) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño.
- h) Expedir certificados en los que se exalten o se elogien la calidad o cualidad de los instrumentos o productos elaborados y distribuidos, sin respaldo de estudios validados.
- i) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño.
- j) Utilizar y publicar en medios de difusión, falsas referencias a técnicas o procedimientos personales, o que no correspondan a su formación profesional y que induzca al engaño.
- k) Publicar cartas de agradecimiento de los pacientes.
- l) Practicar hipnosis con otra finalidad, que no sea del ejercicio mismo de su profesión.
- m) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión.

- n) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes.
- o) Aplicar tratamientos que no sean adecuados, con el objeto de mantener latente la enfermedad o afección, con el propósito de obtener honorarios permanentes del paciente. Lo anterior sin perjuicio de las demás prohibiciones establecidas en las leyes relativas a la salud, y los reglamentos.

Art. 39.- Los trabajadores de la salud, en el área pública, serán sancionados de acuerdo a las normas y protocolos de los prestadores de servicios de salud; y en el área privada de acuerdo a los contratos laborales.

Art. 40.- Cuando un paciente, su familia o representante, realicen acciones que se consideren han vulnerado derechos, deberes y prohibiciones contenidas en esta ley, y las normas internas de los establecimientos de salud, la autoridad del establecimiento prestador de servicios de salud informará verbalmente al paciente sobre la posible infracción y que se informará por escrito a la Oficina Tramitadora de Denuncias para continuar con el proceso administrativo correspondiente, establecido en el artículo 54 de la presente ley; si se determina que se ha cometido una infracción, se remitirá una amonestación escrita al prestador de salud, para ser incorporada al expediente del paciente.

Art. 41.- Las infracciones a la presente ley, para los prestadores de servicios de salud, y profesionales de la salud, se clasifican en graves, menos graves y leves

LEY PARA EL CONTROL DEL TABACO

Art. 20.- Es responsabilidad del Estado a través de los Ministerios de Salud y de Educación, promover y fomentar la prevención del consumo del tabaco a través de:

- a) Diseñar e implementar programas de información y educación sobre los riesgos en la salud ocasionados por el consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental del mismo, en coordinación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- b) Dar a conocer las características adictivas del consumo del tabaco.
- c) Difundir los beneficios que genera el abandono del consumo del tabaco en la salud y en el medio ambiente.
- d) Promover el desarrollo de eventos para difundir información sobre las consecuencias dañinas a la salud de la población, ocasionados por el consumo del tabaco.
- e) Desarrollar campañas de divulgación sobre los efectos y daños causados por el consumo del tabaco y la exposición al humo ambiental del mismo, en las instituciones públicas y privadas.
- f) Incorporar en los programas de enseñanza escolar en todos los niveles el tema de la prevención del consumo del tabaco.
- g) Desarrollar acciones para promover la generación de ambientes libres del humo de tabaco.
- h) Desarrollar estrategias de capacitación para el personal del sector salud que será responsable de la implementación de los programas de información y prevención.
- i) Desarrollar estrategias de capacitación para los docentes que serán responsables de la implementación de los programas de prevención en la enseñanza escolar.
- j) Desarrollar investigaciones y actividades científicas sobre los efectos del consumo de tabaco, sus implicaciones en la salud y en el ámbito socioeconómico de la población.

Art. 21.- Es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de Salud promover y fomentar el abandono del consumo del tabaco a través de:

- a) Programas para fomentar el abandono del consumo del tabaco y la rehabilitación de los fumadores en los establecimientos del sistema nacional de salud.
- b) Incorporar en el diagnóstico médico el tabaquismo como enfermedad, en el sistema de vigilancia epidemiológico del Ministerio de Salud.

CÓDIGO DE SALUD

Art. 33.- Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:

- a) Atender en la mejor forma a toda persona que solicite sus servicios profesionales, ateniéndose siempre a su condición humana, sin distingos de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social;
- b) Cumplir con las reglas de la ética profesional adoptadas por la Junta respectiva.

Art. 37.- El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del

profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art. 38.- El Secreto profesional se recibe bajo dos formas:

- a) El secreto explícito formal, textualmente confiado por el paciente al profesional; y,
- b) El secreto implícito que resulta de las relaciones del paciente con el profesional. El secreto profesional es inviolable; salvo el caso de que, mantenerlo, vulnere las leyes vigentes o se tenga que revelar en un peritaje o para notificar enfermedades infecto contagiosas ante las autoridades de salud.

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.

Art.55.- El Ministerio, realizará dentro de su programa de salud mental, actividades contra el alcoholismo, tabaquismo, drogodependencia y demás factores que contribuyen al desarrollo de las deficiencias y enfermedades mentales o degenerativas, propiciando la terapia grupal para los que adolecen de neurosis, trastornos de conducta y drogodependencia.

Art. 186.- El Ministerio dictará las medidas necesarias para evitar y combatir el alcoholismo y drogodependencia mediante las siguientes acciones:

- a) Programas de orientación científica sobre los efectos de las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo, en la salud y en las relaciones sociales del individuo. Dichos programas deberán desarrollarse de preferencia en los planteles educativos, centros de trabajo, comunidades urbanas y rurales; y,
- b) El fomento de las actividades culturales, cívicas y deportivas que coadyuven en la lucha contra el uso de las drogas, el alcoholismo y tabaquismo. En la ejecución de sus actividades coordinará con todas aquellas instituciones públicas y privadas que de una manera u otra se relacionan con el problema.

Art. 188.- El control, tratamiento y desintoxicación de los alcohólicos y drogodependientes, se hará en las instituciones públicas que el Ministerio designe y en las privadas que estén autorizadas por el Consejo.

LEY REGULADORA DE LAS ACTIVIDADES RELATIVAS A LAS DROGAS

Art. 12.- Las entidades privadas debidamente autorizadas y las gubernamentales, cuya finalidad sea prevenir la drogadicción, deberán someter sus planes de trabajo a la aprobación de la Comisión. La Comisión deberá emitir resolución sobre los planes de trabajo que se sometan a su aprobación en un plazo máximo de treinta días hábiles.

Procesos:

Procesos 1: Atención de pacientes

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

1.LOGO DE LA INSTITUCION	Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones	REVISIÓN (0) FECHA (de aprobación del doc.) PAG (anotar el N° correlativo de la pag. Ej. ½)
TITULO DEL PROCESO: Atención de pacientes		

OBJETIVO:

Garantizar la atención integral en los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CPTA) que existen en el país, a los pacientes que requieren de la asistencia especializada, efectivos para la prevención y abordaje de las adicciones con equipos multidisciplinares, a fin de reducir la demanda de consumidores de sustancias psicoactivas y mejorando la efectividad en su rehabilitación.

ALCANCE:

El inicio:

- La actividad de los CPTA inicia desde la recepción del paciente, donde es entrevistado y se determina si se procede a dar la información para posteriormente otorgar cita de atención.

La finalización:

- El paciente al realizar el tratamiento de Deshabitación (Terapia Individual, Grupal, Familiar y/o Pareja, Extramural y Reunión Grupal Familiar) se le realiza una evaluación general de paciente para egreso del programa, si todo se encuentra de acorde a lo establecido se promociona a la graduación donde termina el proceso.

RESPONSABLE: Médico Coordinador, Médico Psiquiatra, Enfermera/o, Psicólogo Clínico, Trabajador Social, Educador para la Salud

DEFINICIONES.

Plan de Tratamiento Individual o Plan Terapéutico Individualizado (PTI): es un programa de tratamiento estructurado e interdisciplinario que detalla los pasos esenciales del abordaje y prevé una orientación diagnóstica, un diseño terapéutico y una indicación pronóstica que se ajusta a las necesidades específicas de cada paciente.

Programa Terapéutico de Deshabitación: Es un complejo y progresivo Plan de actividades y actuaciones terapéuticas con un enfoque biopsicosocial a través del cual se busca la superación o remisión de la dependencia psicológica y las secuelas psicopatológicas, relacionales y sociales derivadas de una vida adictiva, procurando capacitar para evitar futuras recaídas, trabajando la maduración psicológica e interviniendo sobre las posibles complicaciones psicopatológicas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Rehabilitación: Es el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles» y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

Terapia de Pareja: La terapia de pareja, también denominada psicoterapia de pareja, es el tratamiento clínico psicológico que se brinda a ambos miembros de una relación sentimental, en su condición de enamorados, novios, esposos, convivientes, separados y/o divorciados, por parte de un psicoterapeuta o terapeuta profesional, quien se centrará fundamentalmente en mejorar la comunicación en la relación. De esta manera, se aprenderá a controlar los impulsos y emociones para afrontar y resolver los conflictos que puedan surgir de una manera más eficiente.

Terapia familiar: tipo de terapia psicológica (psicoterapia) que puede ayudar a los miembros de la familia a mejorar la comunicación y resolver conflictos. La terapia familiar, por lo general, es proporcionada por un psicólogo, un asistente social clínico o un terapeuta acreditado.

Terapia Grupal: terapia psicológica que se lleva a cabo con un grupo de personas en lugar de con una persona. Mientras que el término técnicamente se puede aplicar a cualquier tipo de psicoterapia en la que se participa un grupo, se asocia a un tipo de terapia específica que hace uso de la dinámica de grupo.

Terapia Individual: Encuentro entre el terapeuta y el paciente, en donde en un ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura el paciente puede expresar sus problemas y emociones.
Terapia Ocupacional: La terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

DESARROLLO:

Una vez elaborado el Plan Terapéutico Individualizado, la ejecución del mismo deberá correr a cargo del equipo terapéutico apoyado por el resto del personal de cada CPTAs, a través de diferentes estrategias como: terapia individual, terapia grupal (en sus diferentes modelos), intervenciones familiares y de pareja si fuera necesario, entre otras.

Seguimiento.

Los planes de tratamiento son procesos dinámicos que requieren supervisión de forma periódica debido a las siguientes razones:

- La evaluación/ monitoreo de los progresos del usuario (evaluación y entrega de retroalimentación) contribuye a mejorar significativamente los resultados del tratamiento (Goodman et al., 2013).
- Evaluar si las metas del tratamiento consensuadas con la persona son las adecuadas. Por ejemplo, un usuario podría haber determinado la meta "disminuir el consumo de..." como la meta preferida, pero le ha sido difícil alcanzar lo que se ha propuesto. Por ejemplo, la cantidad de la sustancia consumida o la frecuencia de consumo. En este caso, es necesario reformular la meta para reemplazarla por "desarrollar habilidades para abstenerse del consumo de...", y determinar con la persona los comportamientos (objetivos) que le ayudarán a alcanzar la meta reformulada (Berg y Miller, 1996).
- Evaluar si las intervenciones de tratamiento (actividades) -seleccionadas por el equipo para ayudar a la persona a alcanzar los objetivos de tratamiento co-construidos- han sido efectivas; y reemplazarlas por otras intervenciones cuando se advierte que no han tenido efecto.
- En el transcurso del tratamiento pueden ocurrir problemas que no estaban presentes en la vida del usuario o usuaria cuando se realizó la evaluación integral, o que emergieron en el transcurso del proceso de recuperación (por ejemplo, eventos de vulneración de derechos en la niñez, y se requiere la implementación de intervenciones de tratamiento específicas).

El periodo de tiempo en el cual los PTI deberían estar siendo evaluados para realizar algún cambio deberá estar en consonancia a las metas de corto plazo que se han consensuado.

Para el monitoreo de dichos planes se tomará en cuenta:

- Reuniones de equipo terapéutico de estudios de caso, a las cuales se puede incorporar algún otro recurso del CPTA que pueda ayudar a tener una visión más amplia del mismo, en dichas reuniones se discutirá cada caso en particular.
- Monitoreo en forma sistemática por medio del **Instrumento de Medición de Resultados del Tratamiento**, elaborado por el grupo de expertos en reducción de la demanda de la CICAD en el periodo del 2017 al 2019 y de cuyo proceso de validación formó parte FOSALUD a través de los CPTAs de los Hospitales Rosales y Santa Gertrudis, de San Salvador y San Vicente, respectivamente. La información que se consigna en este instrumento corresponde al autoreporte que cada persona entrega de los ámbitos evaluados, esta información servirá para apreciar el avance del usuario comparándolo con las propias valoraciones del equipo terapéutico.

El monitoreo continuo de los planes de tratamiento harán que estos no queden desfasados apoyando en la rehabilitación de los usuarios, pero también ayudará a tomar decisiones como la necesidad de referir a un paciente si se considera en su momento que amerita un manejo residencial más que uno ambulatorio.

Evaluación

La evaluación se desarrollará en diferentes momentos (al final de cada fase o cuando se crea conveniente) y se hará para verificar el proceso de avance del usuario en el programa de deshabitación.

Es importante destacar que, aunque todo el Programa de Deshabitación está conformado por cuatro fases de cinco meses cada una, algunos pacientes pueden avanzar más rápidamente que otros en su proceso individual; ante estos casos, el paciente puede ser evaluado por parte del Equipo Terapéutico antes de la finalización de la fase para considerar su avance a la

siguiente etapa de proceso de deshabituación, aclarando que su avance estará sujeto a evaluación para reajustar su Plan de Tratamiento, de acuerdo a las variables presentadas.

Avance del Usuario:

Indicadores para cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Cesación del Consumo (Abstinencia).

Asistencia a Terapia Grupal.

Estos indicadores serán la base de la discusión de cada caso en las Reuniones de Evaluación, las cuales se llevarán a cabo para valorar el pase del usuario de una fase a otra del Programa de deshabituación y en su momento para evaluar la graduación del mismo y su promoción a la etapa de Monitoreo extramural.

Criterios de finalización

La decisión se tomará en reunión de equipo terapéutico y deberá ser definido por una evaluación previa del grado de recuperación del o la paciente. Los criterios a ser tomados en cuenta son los siguientes:

Cumplimiento de los objetivos terapéuticos de cada una de las fases que componen el programa, los cuales se ven reflejados en el Plan de Tratamiento Individualizado

1. Mantenimiento de la Abstinencia
2. No traslado del consumo hacia otra sustancia
3. Evidencias de mejoramiento en el manejo de contingencias o disparadores del consumo sin el consumo de sustancias psicoactivas.

Seguimiento Extramural.

El usuario una vez haya finalizado y habiendo egresado del programa de deshabituación, continuará en contacto con el CPTA a través de un proceso de Seguimiento que tendrá una duración de 5 años.

En estos 5 años los controles de seguimiento se dividirán de la siguiente manera:

Año uno: Citas cada 3 meses

Años 2 al 5: Citas anuales

Este monitoreo contará con un diseño metodológico en el cual cada abordaje velará por el mantenimiento y mejoramiento de los aspectos trabajados en las fases del Programa de deshabituación.

Entre los aspectos a monitorear se pueden mencionar: la actividad familiar o redes de apoyo, integración en el ámbito productivo, satisfacción vital, apareamiento de complicaciones en sus condiciones de salud para el abordaje integral de la misma por parte del Equipo terapéutico (seguimiento tanto por el médico, el psicólogo y trabajador social), u otros que se puedan considerar.

Igual que durante el programa de deshabituación, de encontrar algún problema durante los controles de seguimiento, será intervenido por el profesional de la respectiva área a tratar, el cual podrá solicitar el apoyo de los demás profesionales, si lo considera necesario. Estos controles de seguimiento deberán quedar registrados en el expediente clínico del paciente.

PROCESO N° 1:

FASE 1

Objetivo: Promover y lograr la abstinencia para el consumo de la (s) sustancia (s) psicoactiva (s), según el caso.

Duración: 5 meses.

Diagnóstico:

1. Identificar motivo de consulta.

Detallar el motivo por el cual accede el paciente al programa, considerando los factores impulsores de dicha decisión. Los cuales pueden considerar complicación física o clínica por el consumo (ingreso hospitalario reciente, ataque epiléptico, reacciones ansiosas, etc.), procesos legales, referencia hospitalaria, decisión personal o por influencia familiar, etc.

2. Identificar la intensidad de consumo.

Valorar la frecuencia y la intensidad del consumo (dosis y días de consumo).

Aplicar pruebas de acuerdo a la sustancia de consumo, los cuales son:

Evaluación para el consumo de Alcohol.

Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

Evaluación para el consumo de Tabaco.

Test de Fagerstrom.

Test de Glover-Nilsson.

Evaluación para el consumo de drogas.

Cuestionario de Abuso de drogas (CAD – 20)

3. Identificar el nivel de disposición al cambio, luego considerar un pronóstico.

Aplicar el Cuestionario de los Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente.

4. Identificar carencias personales, factores protectores y factores de riesgo, para lo cual, se deberá aplicar las siguientes pruebas:

Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ).

Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP).

Elaboración e implementación del Plan Terapéutico.

Diseñar objetivos terapéuticos y establecer las estrategias de intervención a nivel individual, grupal y familiar.

Brindar atención de seguimiento terapéutico a nivel individual.

Establecer la incorporación del usuario a las Terapias Grupales.

Promover la incorporación de (los) familiar (es) más significativo (s) para el usuario a la Terapia Grupal Familiar.

FASE 2

Objetivo: Motivar la modificación del carácter a través de un abordaje integral y enfocado en la preparación para la superación de carencias personales y sociales.

Duración: 5 meses.

Terapia Individual:

Deberá dársele cumplimiento a los Objetivos terapéuticos y Plan de Tratamiento conforme a las necesidades de cada usuario. Será necesario considerar aspectos del área social y médica y si lo requiere, realizar los respectivos ajustes al plan. Para esta fase, se sugiere realizar preferentemente, un abordaje con técnicas de la Terapia Cognitiva-Conductual y otras que ameriten según cada caso.

Terapia Grupal:

Programa para Habilidades Sociales.

Se llevará a cabo la realización de talleres que se desarrollarán con el objetivo de reforzar las siguientes áreas:

Autoestima y personalidad.

Logoterapia y Proceso de perdón.

Manejo de Estrés.

Comorbilidad y Codependencia.

Programa de Prevención de Recaídas.

En cuanto a esta área, se debe trabajar con mayor énfasis previo a los períodos vacacionales o actividades conmemorativas (festejos, reuniones familiares, etc.). Es decir, se deberá abordar conforme a las eventualidades y particularidades de cada caso.

Terapia familiar y de Pareja:

Reunión Grupal Familiar Educativa: Se abordarán temáticas relacionadas a la sensibilización y necesidad de apoyo para el paciente consumidor de sustancias psicoactivas con el objetivo de lograr una apertura y consolidar una red de apoyo.

Terapia Familiar y de Pareja: se debe establecer un primer acercamiento entre el paciente y el familiar significativo con el cual, el usuario ha identificado la necesidad de mejorar su relación o iniciar el proceso de reparación de daños. Debe ser necesario preparar al paciente para dicho proceso y considerar las particularidades de cada caso.

FASE 3

Objetivo: Establecer acuerdos o tareas para consolidar el proceso de reparación de daños consigo mismo y con su entorno social.

Duración: 5 meses.

Terapia Individual: Reforzar las actitudes con respecto al cambio mostrado en su estilo de vida y consolidación de la abstinencia. Así mismo, indagar sobre las carencias psicológicas aún no resueltas, para restablecer nuevos acuerdos y cumplimiento de metas. Además, debe iniciar el proceso de reparación de daños personales, para lo cual se debe realizar de preferencia un abordaje mediante técnicas de Terapia Racional Emotiva y otras que se consideren necesarias acorde a cada caso.

Terapia Grupal:

Desarrollar actividades haciendo uso de técnicas a través de las cuales el usuario pueda realizar ejercicios prácticos con los cuales pueda proyectar el aprendizaje adquirido y el proceso de reparación de daños en la realización de ejercicios prácticos y el inicio de su restablecimiento de las relaciones afectadas. Se sugiere hacer uso de técnicas que permitan la proyección de sentimientos y emociones del usuario con el enfoque de Terapia conductual y cognitivo-conductual.

Terapia de Familia y de Pareja:

Debe verificarse periódicamente la consolidación de los acuerdos y compromisos adquiridos por parte del usuario y el familiar significativo que lo ha acompañado en el proceso. Considerando la evolución del caso, debe evaluarse el surgimiento de nuevas problemáticas para su intervención oportuna, procurando que el compromiso lo adquiera principalmente el usuario.

FASE 4

Objetivo: Promover el desarrollo de la autoeficacia y autoconfianza para generar el desprendimiento paulatino del programa de deshabituación.

Duración: 5 meses.

Terapia Individual:

Durante esta fase, se debe procurar la consolidación de habilidades sociales desarrolladas, estrategias de afrontamiento, autoconfianza y autoeficacia. También, deberá considerarse ajustes al Plan de Tratamiento, si se llegase a presentar alguna situación no contemplada en su abordaje inicial, tomando en cuenta el progreso del paciente y las observaciones realizadas por el área Médica y de Trabajo Social.

Terapia Grupal: Durante esta fase se requiere que el usuario participe activamente en el desarrollo de las diferentes actividades, por lo que será necesario asignar responsabilidades que permita el protagonismo con el fin de consolidar las habilidades sociales, afrontar temores y fomentar la productividad. Debe considerarse el involucramiento voluntario en pro del mejoramiento del programa como un indicador positivo de la superación de carencias. Así mismo, el involucramiento en grupos de apoyo social o de formación personal, permitirá el desprendimiento paulatino que garantice la creación de redes de apoyo.

Terapia Familiar y de Pareja: En esta fase, debe considerarse la capacidad que haya desarrollado el usuario para haber consolidado al menos una relación significativa, ya sea de pareja, familiar o de amistad que le permita garantizar el cumplimiento de compromisos y fortalecer su red de apoyo.

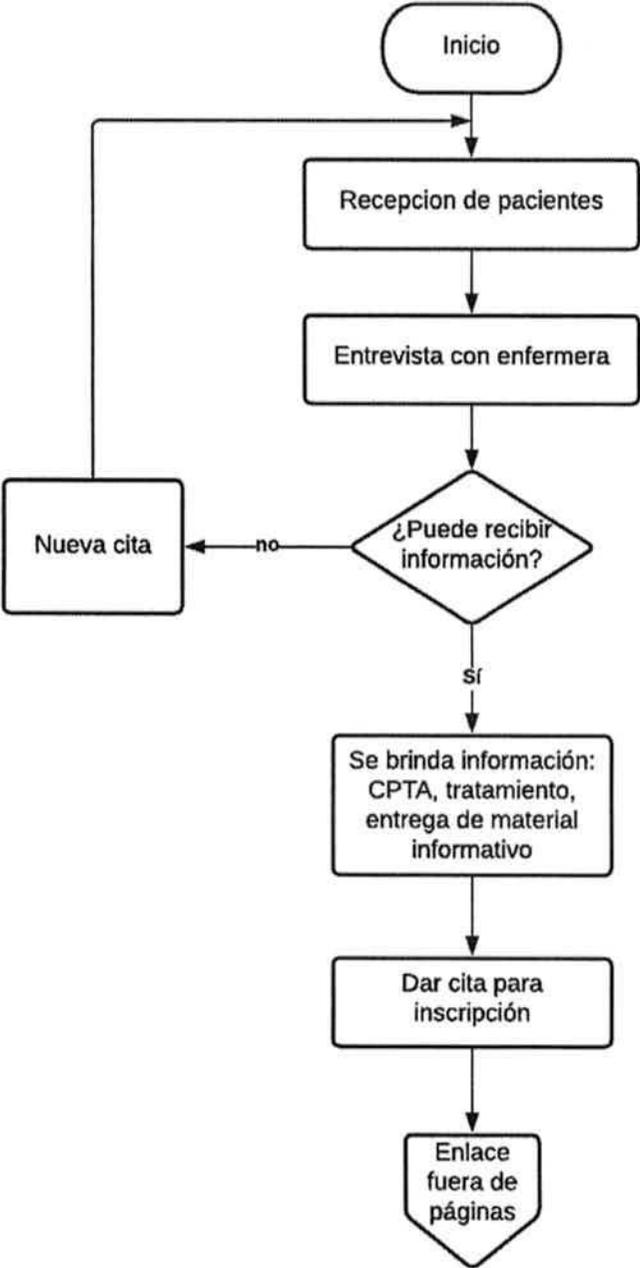
Consideraciones especiales: Se requerirá del apoyo del área de Trabajo social para la búsqueda de espacios o actividades productivas, en las cuales el usuario pueda involucrarse, para garantizar un desprendimiento paulatino efectivo del programa que no disminuya el soporte del mismo, sino que al contrario, le permita ampliar los factores motivacionales que lo preparen para la experimentación de la autoeficacia y fortalezca la autoconfianza, lo cual se evaluará en la etapa de monitoreo extramural.

RESPONSABLE		Descripción
Coordinador de programa	1	Supervisión del cumplimiento del manual de funcionamiento, protocolos e indicadores, monitoreo y evaluación.
Enfermera	2	Primer Contacto de Usuario con el CPTA: Entrevista inicial y otorgamiento de citas. Entrevista motivacional, apertura de expediente, llenado de documentación de ingreso.
Equipo terapéutico	3	Segundo Contacto de Usuario con el CPTA: Evaluación y diagnóstico integral. Plan de tratamiento individualizado. Implementación del programa de deshabituación, terapia individual, grupal y familiar en cada fase.

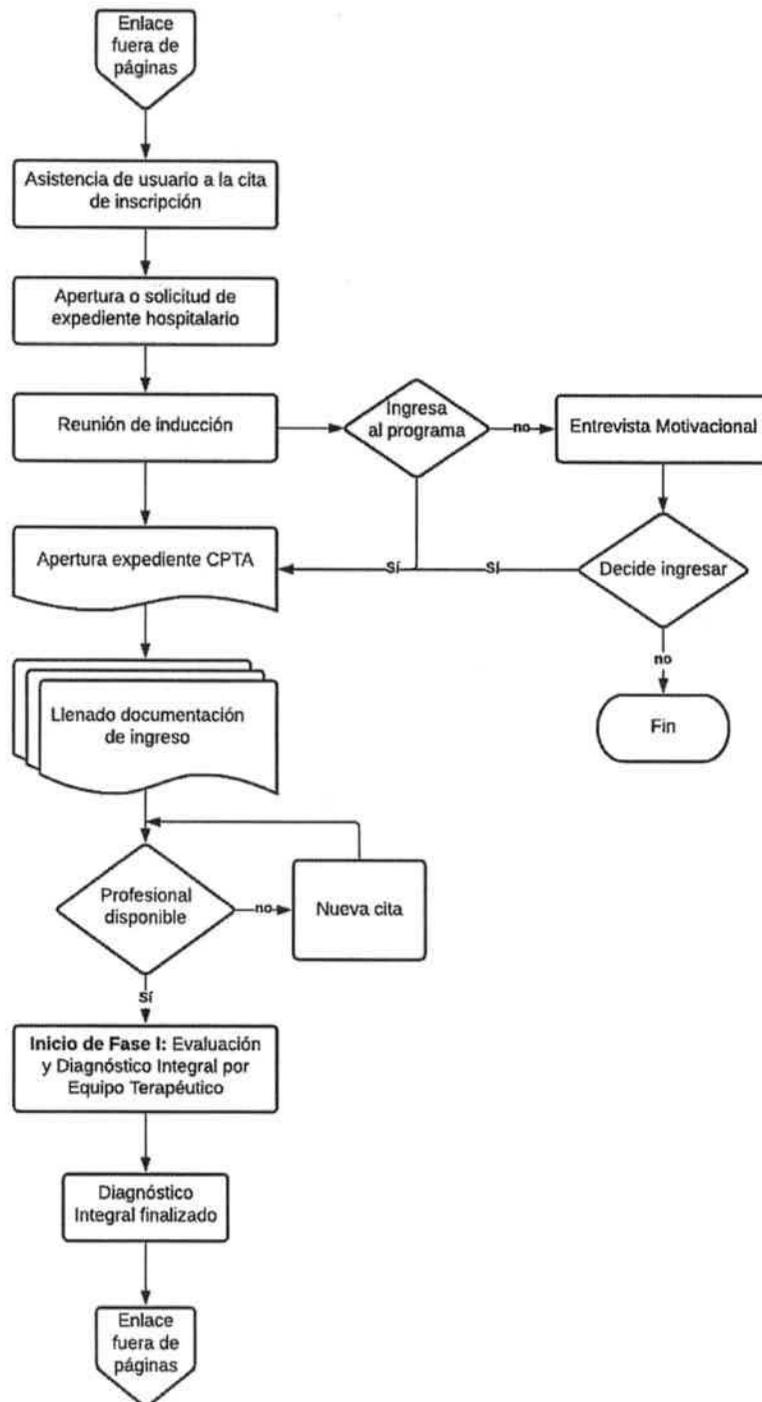
METAS: 100% Cumplimiento de talleres y sesiones preventivas		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Cumplimiento de talleres y sesiones preventivas Numero de talleres realizados sobre talleres programados por cien		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Semestral
METAS: 100% de atención brindadas a personas con adicciones		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Cumplimiento del programa de sesiones del tratamiento integra de adicciones. Promedio de cumplimiento de los programas de cada uno de las Clínicas de Prevención y Tratamiento de Adicciones		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Semestral

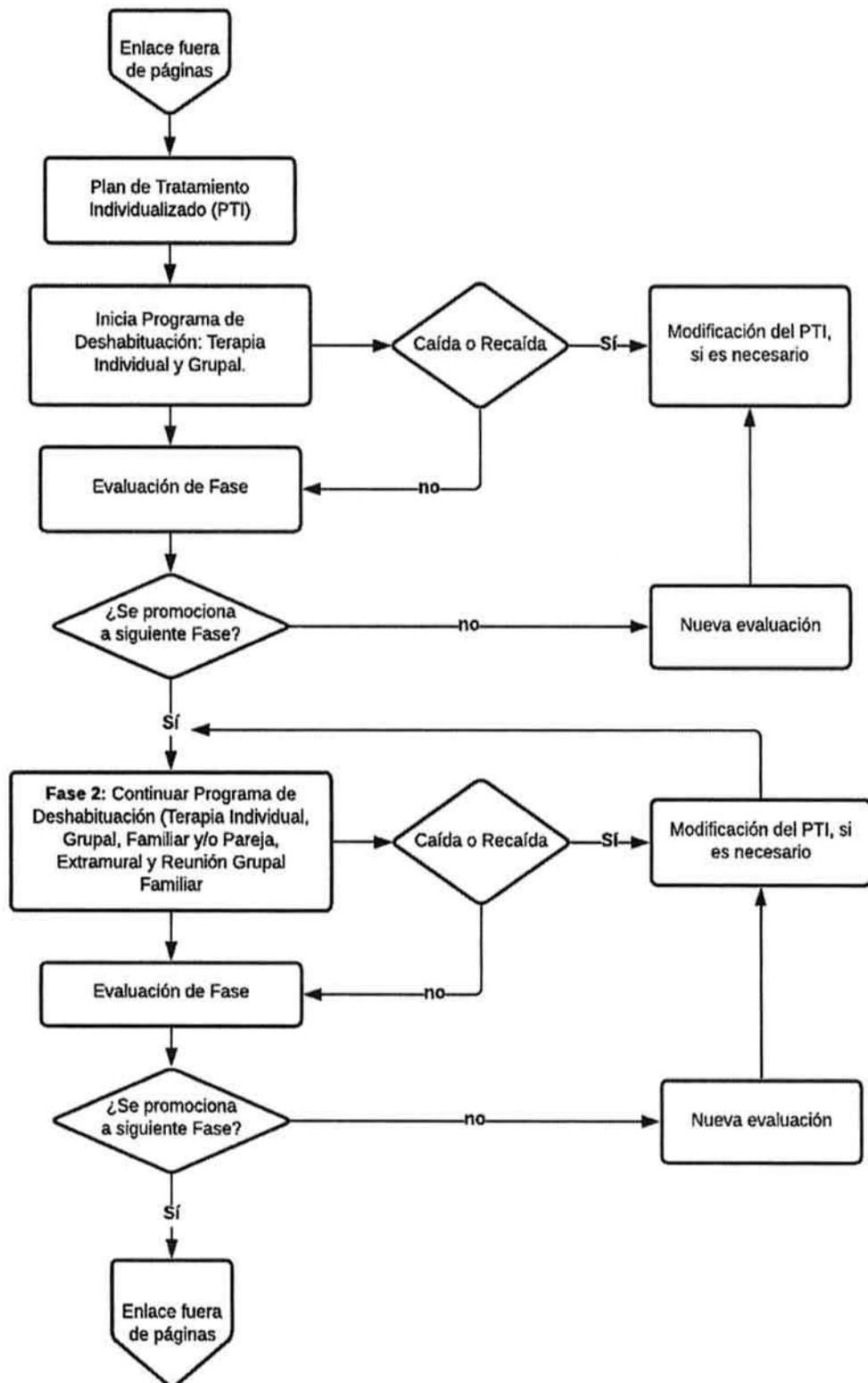
FLUJOGRAMAS

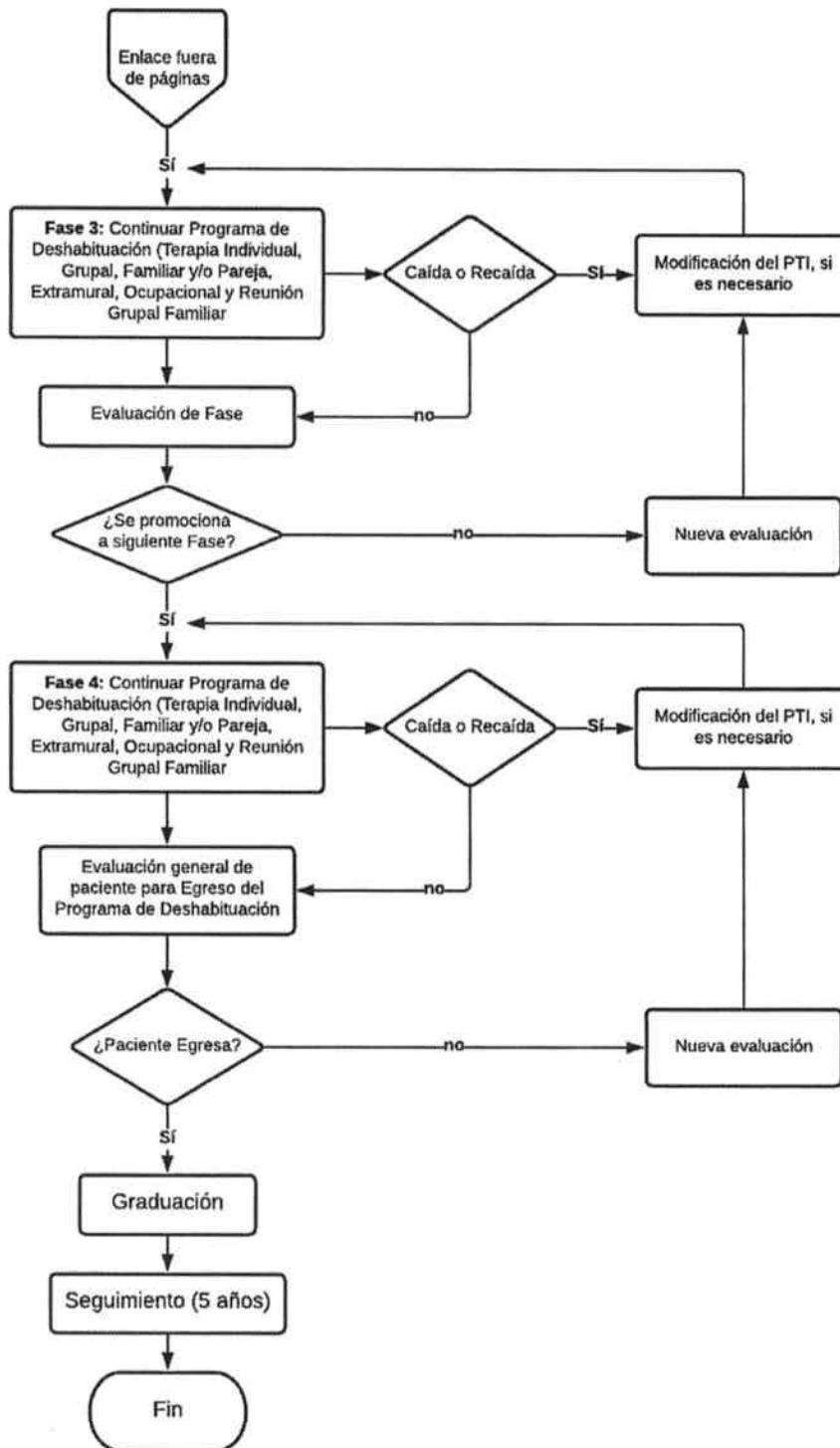
Primer Contacto de Usuario con el CPTA.

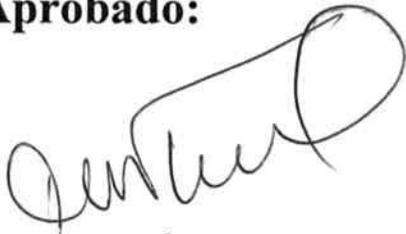


Segundo Contacto de Usuario con el CPTA.







 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Programa de Emergencias Médicas y Manejo de Desastres</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos del Programa de Emergencias Médicas y Manejo de Desastres”</p>		
<p>Alcance: Aplica a las Bases Operativas del SEM, CAE San Martín y Unidades Móviles Fosalud Se describen los procesos aplicables en el manejo del programa de emergencias médicas y atenciones pre-hospitalarias.</p>		
<p>Responsable: Coordinador Programa Especial, Coordinador Operativo del SEM, Coordinador Médico, Coordinador Móviles</p>		
<p>Elaborado:</p>   <p>Dr. Carlos Orellana Coordinador Operativo del SEM</p>	<p>Aprobado:</p>  <p>Dr. José Ángel Portillo Gerente Técnico</p>	



FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Programa de Emergencias
Médicas y Manejo de
Desastres**

**Revisión
Fecha: Diciembre 2020
Pág. N° 02/32.**

CONTENIDO

Introducción

En los últimos años la sociedad de nuestro país ha incrementado las exigencias en salud debido a la serie de emergencias y desastres que se han suscitado, surgiendo la necesidad de nuevas transformaciones para la atención de enfermedades y accidentes, donde los profesionales de salud necesitan cada vez más de una serie de conocimientos, actualizaciones y cualificación específica para la ejecución de los cargos para realizar las funciones según el puesto laboral que desarrollan en atención a la salud principalmente en el área pre-hospitalaria

Por lo anterior el Fondo Solidario para la Salud considera que nuestro talento humano es nuestro elemento más importante, esto es de especial importancia en una organización que presta servicios de salud a la población, en la cual el conocimiento y actualización de la información de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan, por ello surge la necesidad de la educación continua institucional para poder brindar capacitaciones a nuestro personal para crear capacidades y conocimiento actualizado para mejorar las atenciones y brindar servicios con calidad y calidez

Sistema de Emergencias Médicas (SEM) coordina atención Prehospitalaria, su inauguración fue el 17 de diciembre del 2013. Para su funcionamiento, cuenta con un Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas (CCSEM) y Bases Operativas del Sistema de Emergencias Médicas (BOSEM) en las cuales Fosalud es el que ejecuta el brazo operativo del SEM.

La realización de diversos aspectos operativos se traduce en procedimientos que permitirán a las BOSEM estandarizar su trabajo, analizar la eficacia de sus actividades y medir resultados.

Las BOSEM se definen entonces como las bases de operaciones desde donde se desplaza las ambulancias asignadas, ubicadas geográficamente en puntos de mejor acceso por zona.

Uno de los objetivos de la Atención Pre-hospitalaria es precisamente la de asignar recursos o transporte como resultado de un llamado al 132, para realizar el traslado de un paciente a un Centro de asistencia.

Es importante definir los dos tipos de ambulancias usadas en el SEM, Ambulancia TIPO “A” o Medicalizada es la que cuenta en su tripulación con un médico. La ambulancia TIPO “B” es atendida por un técnico de Emergencias Médicas.

Este proceso incorpora una serie de indicadores de tiempos de verificación del nivel de servicio en la Atención Pre-hospitalaria, lo cual ha permitido generar una serie de estándares de servicios, que mediante la aplicación de procesos pueden mejorar e inclusive analizar posibles ajustes, este manual plantea practicas realizadas al día de hoy que según la filosofía de la mejora continua, desde el momento que son identificados los procesos su constante análisis conduce a la eficiencia de operaciones.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los beneficios potenciales para una organización de implementar un sistema de gestión de la calidad son la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente; abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos; la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

El CAE San Martín, constituye el único centro de segundo nivel administrado por FOSALUD bajo las líneas del Hospital Nacional de San Bartolo, ubicado en una zona geográfica estratégica, brindando cobertura en Emergencias y Urgencias médicas a los municipios de San Martín, Ilopango y San Bartolo entre otros del gran San Salvador y brindando apoyo a los departamentos de Cuscatlán y San Vicente.

A través del CAE San Martín, FOSALUD brinda de manera oportuna y rápida atenciones de emergencias y urgencias médicas, ya sean estas de carácter colectivo o individual; dichas emergencias pueden constituirse los accidentes vehiculares, heridas por arma de fuego o complicaciones de enfermedades agudas o crónicas degenerativas, las cuales pueden llegar a colapsar los sistemas de emergencia locales si no se cuenta con un

plan adecuado de triage.

En ese sentido, el Centro de Atención de Emergencias de San Martín, presta atenciones de salud de primer y segundo nivel, es decir, emergencias, máxima urgencia, área de evaluación y observación pediátrica, área de observación de hombres, área de observación de mujeres, consulta externa, servicio de laboratorio y servicio de ambulancia para traslado de pacientes.

Así pues, el CAE San Martín responde a las estrategias de planificación trazadas en el Programa Estratégico Institucional siendo parte del Programa de Emergencias Médicas de FOSALUD.

Marco jurídico:

Constitución de la Republica

Código de Salud

Ley especial Fosalud

Reglamento interno de Trabajo modalidad Ley de Salario

Reglamento interno de Trabajo modalidad Contrato

Lineamientos técnicos para la atención pre-hospitalaria del Sistema de Emergencias Médicas

Manual de Operativización de las Unidades Móviles del FOSALUD

Manual de Descriptores y Perfiles de Cargo FOSALUD

Procesos :

Proceso 1: Atención pre-hospitalaria SEM

Proceso 2: Capacitación Técnica

Proceso 3: Participación en Emergencias y Desastres

Proceso 4: Atenciones médicas – odontológicas en zonas vulnerables y en situaciones de emergencia o desastre

Sub-Proceso 4.1: Reconocimiento de Jornada

Sub-Proceso 4.2: Jornada Médico – Odontológica Móviles

Proceso 5: Servicios de Atención Pre-hospitalaria en CAE

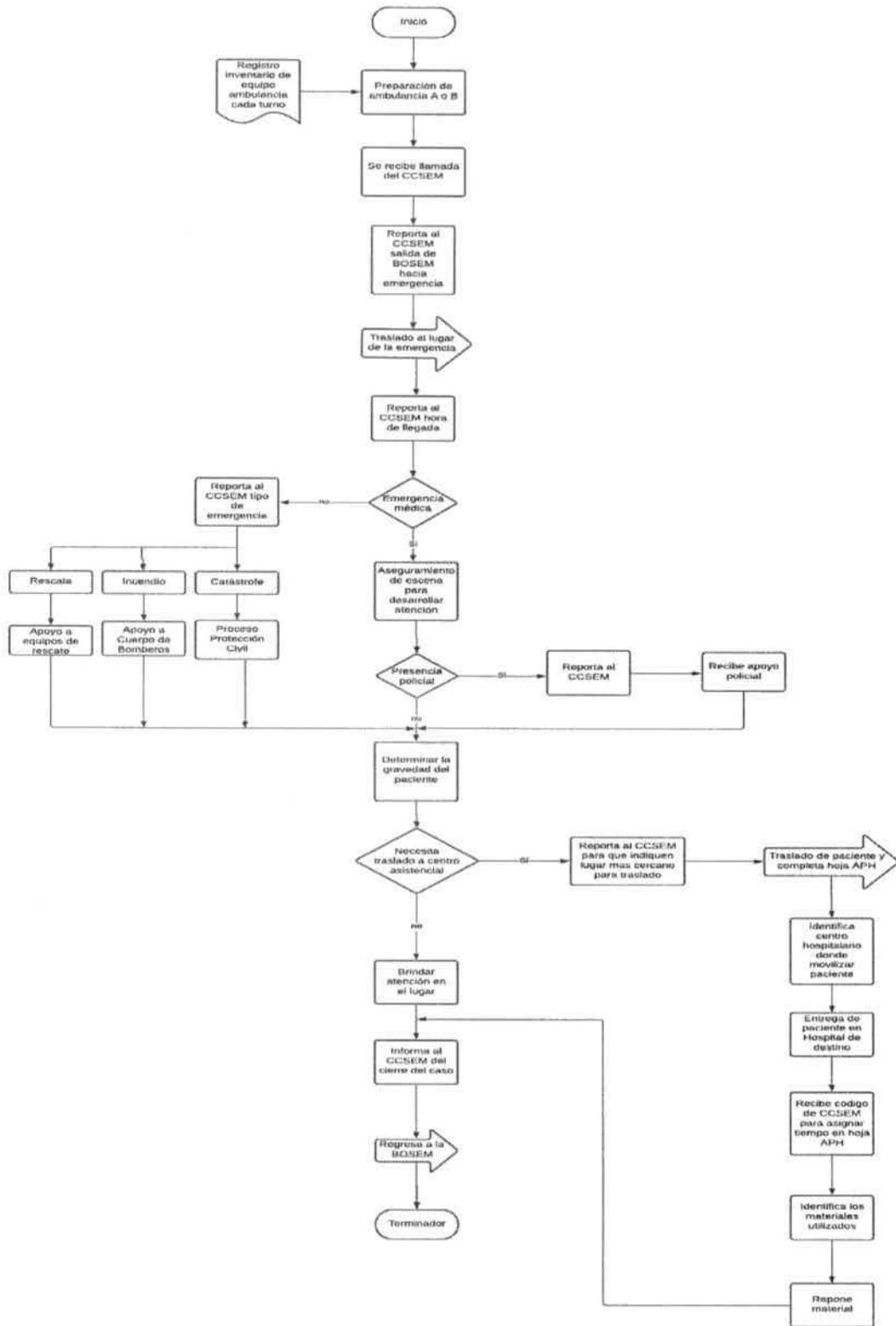
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Sistema de Emergencias Médicas</p>	<p align="center">Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/32</p>
<p align="center">PROCESO 1: ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA SEM</p>		
<p>OBJETIVO: Brindar una asistencia pre-hospitalaria oportuna que garantice la atención del paciente, minimizando la morbimortalidad pre-hospitalaria.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a las Bases Operativas del SEM Comprende desde el momento que es activada la ambulancia desde que se desplaza, describe los estados de la ambulancia, determinar el tipo de apoyo requerido según la emergencia hasta el momento.</p>		
<p>RESPONSABLE: Médico atención pre-hospitalaria, TEM (Técnico en Emergencias Médicas, AEM (Asistente en Emergencias Médicas).</p>		
<p>REFERENCIA: Lineamientos técnicos para la atención pre-hospitalaria del Sistema de Emergencias Médicas.</p>		
<p>DEFINICIONES SEM: Sistema de Emergencias Médicas Medico APH: Médico Atención Pre-hospitalaria TEM: Técnico en Emergencias Médicas AEM: Asistente en Emergencias Médicas BOSEM: Base Operativa del Sistema de Emergencias Médicas CCSEM: Centro Coordinador del Sistema de Emergencias Médicas</p>		
<p>DESARROLLO: PROCESO No. 1:</p>		

FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS INSTITUCIONAL		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Equipo de emergencias de la ambulancia	1	Preparación de ambulancia A o B
Equipo de emergencias de la ambulancia	2	Recepción de llamada del CCSEM
Médico APH o TEM	3	Reportar al CCSEM salida de BOSEM hacia emergencia
Equipo de emergencias de la ambulancia	4	Reportar al CCSEM hora de llegada a emergencia
Equipo de emergencias de la ambulancia	5	Verifica las condiciones mínimas de seguridad en un espacio físico perimetral para desarrollar el proceso de atención de manera segura para el personal y para el paciente.
Equipo de emergencias de la ambulancia	6	Determina número, gravedad de pacientes y reporta al CCSEM.
Equipo de emergencias de la ambulancia	7	<p>Establece nivel de apoyo</p> <p>Si es rescate, llama al CCSEM y este llama a los cuerpos de socorros.</p> <p>Si es incendio, llama al CCSEM y este llama a bomberos.</p> <p>Si es catástrofe, llama al CCSEM y este activa el proceso del Protección Civil en caso de desastres.</p> <p>Si es una emergencia médica, procede a la atención del paciente, sigue el paso 8.</p> <p>Si se requiere presencia de la PNC, llama al CCSEM quien llama al 911.</p>
Médico APH o TEM	8	<p>Determinar la gravedad del paciente</p> <p>Si el paciente amerita traslado, se reporta al CCSEM para indicar centro hospitalario donde trasladar</p>

		paciente, sigue <i>paso 9</i> . Si no amerita traslado, se brinda atención en el lugar, se informa al CCSEM del cierre del caso y se regresa a BOSEM.
Equipo de emergencias de la ambulancia	9	Identifica centro hospitalario donde movilizar paciente
Equipo de emergencias de la ambulancia	10	Entrega de paciente en hospital de destino
Equipo de emergencias de la ambulancia	11	Recibe código de CCSEM para asignar tiempo en hoja de APH
Médico APH o TEM	12	Identifica los materiales utilizados
Médico APH o TEM	13	Repone material
Equipo de emergencias de la ambulancia	14	Informa al CCSEM del cierre del caso
Equipo de emergencias de la ambulancia	15	Regresa a la BOSEM
METAS: tiempo de respuesta menor de 15 minutos en atención pre-hospitalaria en paciente no sospechoso o positivo a COVID-19 u otra enfermedad pandémica.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Tiempo Promedio de respuesta de ambulancias especializadas = (Sumatoria de los tiempos de respuesta / total de movilizaciones)		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 1

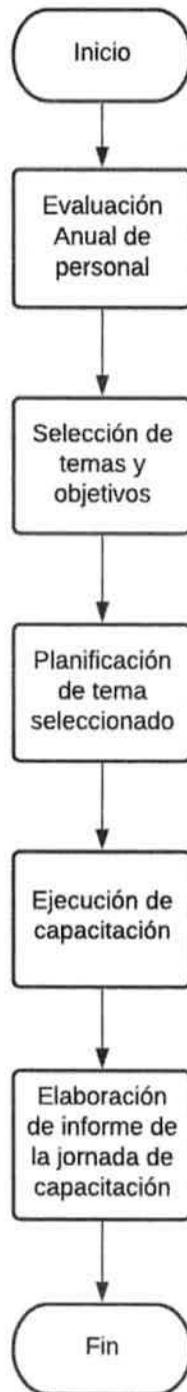


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Centro de Capacitación Técnica	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/32
PROCESO 2: PROCESO DE CAPACITACION TÉCNICA		
OBJETIVO: Preparar al personal del Fondo Solidario Para la Salud de forma técnica en el ejercicio de sus perfiles laborales, brindándole oportunidades de capacitación para mejorar la prestación de los servicios de salud de forma eficiente y eficaz.		
ALCANCE: Es aplicable a las áreas que desarrollan procesos de atención en salud a la población salvadoreña en áreas técnicas – operativas del Fondo Solidario para la Salud. Inicia con la evaluación anual del personal Finaliza con el informe de capacitación		
RESPONSABLE: Coordinador de Programa Especial		
REFERENCIA: Plan Cuscatlán Estrategia de Fortalecimiento institucional		
DEFINICIONES Personal Técnico Operativo: Personal que desarrolla actividades en el ejercicio de sus funciones laborales bajo cierto grado de habilidades creadas de forma especializada para lograr las metas fijadas.		
DESARROLLO: <p align="center">PROCESO No. 2: PROCESO DE CAPACITACION TÉCNICA</p>		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Coordinador de Programa Especial	1	Se realizan las evaluaciones anuales, en las cuales surgirán necesidades de capacitación, así como

		necesidades emergentes
Coordinador de Programa Especial	2	Realizará el análisis de las necesidades de capacitación y seleccionará el tema y los objetivos.
Coordinador de Programa Especial	3	Planificará el tema seleccionado para ser impartido de forma presencial o virtual
Coordinador de Programa Especial	4	Ejecutará la capacitación, la cual puede ser en dos modalidades: Presencial o Virtual
Coordinador de Programa Especial	5	Realizará un informe de la jornada de capacitación
METAS:		
Ejecutar el 100% de las capacitaciones planificadas, lograr la asistencia de al menos el 80% de participantes, lograr al menos culminen el 70% de los participantes, registrar el 100% de los participantes en listas de asistencia		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
(No. de Capacitaciones realizadas / No. capacitaciones programadas)* 100		Trimestral
(No. participantes/ No. de personas inscritas)* 100		
(No. de Graduados / No. de Inscritos)* 100		

FLUJOGRAMA PROCESO 2



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Centro de Capacitación Técnica	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/32
PROCESO 3: PARTICIPACION EMERGENCIAS Y DESASTRES		
OBJETIVO: Contribuir al abordaje de las acciones de emergencias y desastres tanto a nivel nacional como internacional, en la búsqueda de salvaguardar vidas humanas, organizar la reconstrucción del sistema de salud y la resiliencia de la población		
ALCANCE: Aplica a nivel nacional e internacional bajo los lineamientos del MINSAL y MGDT bajo los documentos establecidos, así como normas internacionales de integración de países Inicia con la preparación para el abordaje de la misión Finaliza con la evaluación post-misión		
RESPONSABLE: Coordinador de Programa Especial		
REFERENCIA: Plan Cuscatlán Estrategia de Fortalecimiento institucional		
DEFINICIONES: MINSAL: Ministerio de Salud El Salvador CLOUSTER: Grupos de Salud relacionadas con temáticas específicas MGDT: Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial		
DESARROLLO: <p align="center">PROCESO No. 3:</p> <p align="center">PARTICIPACION EMERGENCIAS Y DESASTRES</p>		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Coordinador de Programa	1	Cuando exista una emergencia o desastre se realizará

Especial		el monitoreo de esta, se estará apresto a la decisión de las autoridades ya sea MINSAL o MGDT y se realizará la preparación para el abordaje de la misión. (capacitación del personal, compra de insumos, herramientas y equipo que se requiera)
Coordinador de Programa Especial	2	Realizará la movilización a la zona de impacto, asegurando que el personal tenga la documentación y equipo, gestionando la lógica de transporte.
Coordinador de Programa Especial	3	Al llegar a la zona se realizarán las coordinaciones con las autoridades nacionales y locales, así como los CLOUSTER para analizar las áreas de trabajo (Terreno, Acciones específicas)
Coordinador de Programa Especial	4	Al finalizar la emergencia o se decida culminarla se realizará la desmovilización de los equipos de trabajo, se cierra operaciones en el terreno, se hacen los inventarios de equipos, herramientas y medicamentos.
Coordinador de Programa Especial	5	Realizará una evaluación de la post-misión y presentará un informe.
METAS: Ejecutar el 100% de las misiones encomendadas, brindar cobertura de al menos el 50% de acciones en la misión de emergencia, cumplir el 100% de los protocolos nacionales e internacionales establecidos		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (No. de participaciones en emergencias /Total de misiones encomendadas) * 100 (Misiones con cumplimiento de protocolos / Total de Misiones encomendadas) * 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 3



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p><i>Unidades Móviles</i></p>	<p><i>Revisión</i> <i>Fecha: Diciembre 2020</i> <i>Pág. N° 03/32</i></p>
<p>PROCESO 4: ATENCIÓNES MÉDICAS - ODONTOLÓGICAS EN ZONAS VULNERABLES Y EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRES.</p>		
<p>OBJETIVO: Asegurar la correcta y adecuada organización de jornadas médico-odontológicas de Unidades Móviles</p>		
<p>ALCANCE: Inicia con la solicitud aprobada de brigadas médico-odontológicas, el proceso comienza con el reconocimiento, el cual se realiza con una semana de anticipación a la fecha de la jornada y está a cargo del médico de la Unidad Móvil destinada a la jornada. Se realiza visitas técnicas a funcionarios públicos para dar a conocer la logística de la jornada y coordinar ayuda mutua. El proceso finaliza con los reportes de jornada los cuales se entregan a las instituciones involucradas en la jornada y queda en los registros de la Unidad Móvil.</p> <ul style="list-style-type: none">o Reporte de jornadao Producción por recursoo Reporte epidemiológicoo Charlas odontológicas		
<p>RESPONSABLE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordinador de Unidades Móviles<ul style="list-style-type: none">o Realizar coordinaciones para la ejecución de jornadas médico odontológicas extramurales, dirigidas poblaciones de difícil acceso a los servicios de salud.• Coordinadores de Unidad Móvil<ul style="list-style-type: none">o Coordinar jornadas médicas odontológicas a través de comunicación directa con personas solicitantes y la organización de cada jornada a realizar, basados en el manual de funciones de unidades móviles.		

- Médico Unidad Móvil
 - Brindar atención médica preventiva y curativa de calidad a los usuarios, en las jornadas médica odontológicas programadas, siguiendo la normativa nacional de atención en salud.
- Odontólogo Unidad Móvil
 - Brindar atención odontológica dentro del primer nivel de atención, mediante la realización de tratamientos preventivos y curativos, cumpliendo con lo establecido en los documentos regulatorios de salud vigentes.
- Auxiliar de enfermería de Unidad Móvil
 - Brindar cuidado de enfermería en usuarios de bajo riesgo, proporcionando atención pertinente y oportuna en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la persona.
- Encargado de Farmacia de Unidad Móvil
 - Efectuar acciones de dispensación de medicamentos a pacientes de acuerdo a prescripción médica, así como la recepción, manejo y control de suministros médicos, a través de registros informáticos y manuales de los medicamentos y suministros médicos dispensados.
- Auxiliar de servicio de Unidad Móvil
 - Mantener el ornato y limpieza de los establecimientos de salud a través de la adecuada administración de los insumos de limpieza bajo el cumplimiento de los lineamientos de bioseguridad y normas institucionales relacionadas al puesto que desempeña.
- Promotor Antidengue
 - Ejecutar actividades de prevención, educación y control vectorial, por medio de charlas, fumigación, abatización y entrega de boletines informativos a las comunidades.
- Asistente dental de Unidad Móvil
 - Brindar asistencia efectiva al personal odontológico a través de la provisión de instrumental, suministros e insumos adecuados para el tipo de procedimiento que ejecutará el odontólogo.

REFERENCIA:

Manual de Operativización de las Unidades Móviles del FOSALUD

Manual de Descriptores y Perfiles de Cargo FOSALUD

Reglamento Interno de Trabajo del Fondo Solidario para la Salud FOSALUD

DEFINICIONES

Unidad móvil: es una clínica que cuenta con la infraestructura totalmente desmontable, lo que permite llevar los servicios básicos de salud (curativos y preventivos), lo más cerca posible de las personas que no tienen acceso fácil a los mismos.

Reconocimiento: Actividad que se realiza idealmente con una semana de anticipación de la fecha de la jornada y está a cargo del médico coordinador de cada unidad móvil, quien debe hacerse acompañar por el electricista, motorista de camión, para que estos verifiquen las condiciones del lugar donde se realizara la actividad.

Consulta de morbilidad: atenciones curativas de toda índole, a los usuarios de todas las edades que acudan a la jornada.

Atención de emergencia: emergencias que atenten contra la vida de los usuarios en condiciones de desastre.

Visitas domiciliarias: se harán con la finalidad de llevar las atenciones hasta la casa de las personas que por una u otra razón no se puedan movilizar hasta el lugar de la jornada médica.

DESARROLLO:

PROCESO No. 4:

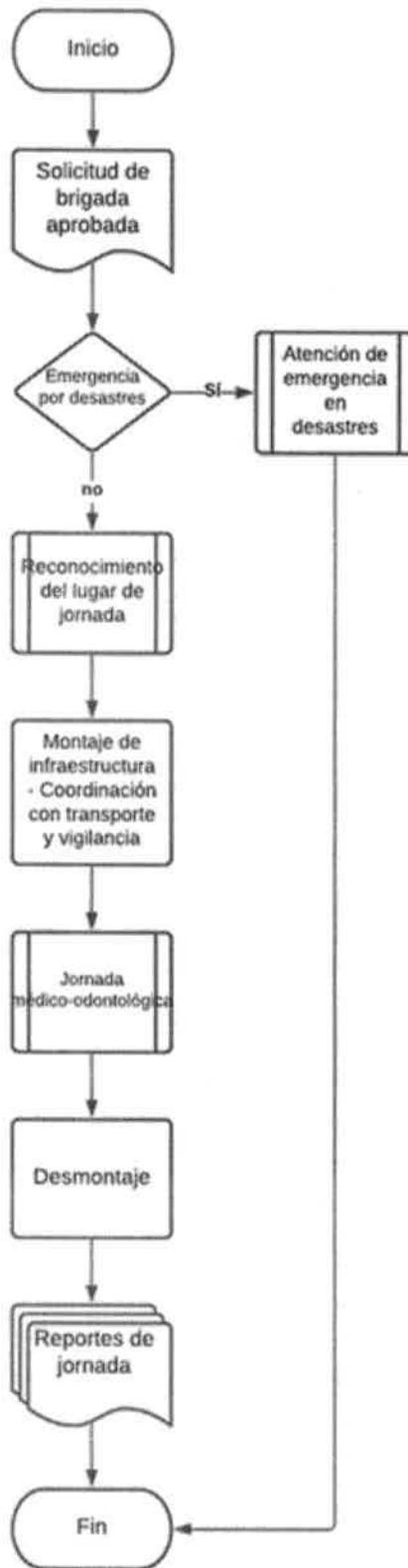
**ATENCIÓNES MÉDICAS - ODONTOLÓGICAS EN ZONAS VULNERABLES
Y EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRES.**

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Dirección Ejecutiva	1	Se recibe solicitud por parte del solicitante de la brigada dirigida a la Dirección Ejecutiva y aprobada por la misma
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada, motorista y electricista de Unidad Móvil	2	Se realiza reconocimiento del área donde se realizará la jornada con una semana de anticipación a la fecha de realización de la misma, esto para garantizar que todas las coordinaciones y detalles están cubierto y que la jornada se desarrolle de mejor manera.
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada	3	Se deberá visitar a funcionarios públicos para dar a conocer la fecha de la actividad, el lugar donde se desarrollará y coordinar el préstamo de algún equipo o instrumental.
Gerente Técnico, Coordinador de programa de Unidades Móviles,	4	Si están las condiciones adecuadas se realiza la solicitud de transporte por médico coordinador de la unidad móvil quien realizará el llenado de la hoja

Coordinador de Unidad Móvil responsable de la jornada y jefe de Servicios Generales		para solicitar transporte. Se debe llenar una hoja por cada uno de los vehículos a utilizar tanto en el montaje de la infraestructura; como el día de la jornada médico-odontológica. Será el coordinador del programa de unidades móviles quien la firme para dar fe de la necesidad del transporte y luego se pasará a firma del jefe de servicios generales y autorización del gerente técnico.
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada y jefe de Seguridad.	5	Se hará solicitud a vigilancia donde se enviara programación mensual al jefe de seguridad para que este asigne al personal que acompañara a las móviles desde el día del montaje hasta su retomo de la jornada. Se notificara las jornadas que no necesitaran seguridad, las que se suspenden y en los casos en que los agentes no portaran armas.
Coordinador y personal de Unidad Móvil responsable de la jornada	6	El Montaje de la unidad móvil será instalada un día antes de la jornada; para asegurar que todo esté listo para el día de la actividad. En algunas ocasiones se hará el montaje de la infraestructura el mismo día de la jornada, tal es el caso de cárcel de mujeres, los centros de inserción social del ISNA y algún otro lugar que se considere. El personal responsable del montaje será el asignado por cada coordinador.
Coordinador y personal de Unidad Móvil responsable de la jornada	7	Modalidad de trabajo se hará con jornadas médico-odontológicas en zonas vulnerables
Coordinador y personal de Unidad Móvil responsable de la jornada	8	Desmontaje
Coordinador Unidad Móvil responsable de la	9	Se finaliza con el reporte de jornada realizada.

jornada		
METAS:		
100% de ítems cumplidos en la organización de la jornada.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Porcentaje de cumplimiento de ítem a considerar en la organización de la jornada = Ítems cumplidos / Ítems totales x 100		Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 4



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidades Móviles</p>	<p align="center"><i>Revisión</i> <i>Fecha: Diciembre 2020</i> <i>Pág. N° 03/32</i></p>
<p align="center">SUB-PROCESO 4.1: RECONOCIMIENTO DEL LUGAR DE JORNADA</p>		
<p>OBJETIVO: Garantizar que el lugar reúna las condiciones mínimas necesarias para el correcto montaje de las Unidades Móviles.</p>		
<p>ALCANCE: Se inicia con la solicitud de transporte para ir a verificar el lugar más adecuado donde se realizará la jornada. En el reconocimiento se hace reunión con los solicitantes para ver el lugar más adecuado donde se realizará la jornada. Finaliza con el informe escrito del reconocimiento.</p>		
<p>RESPONSABLE: Coordinador de Unidades Móviles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar coordinaciones para la ejecución de jornadas medico odontológicas extramurales, dirigidas poblaciones de difícil acceso a los servicios de salud. <p>Coordinadores de Unidad Móvil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar jornadas médicas odontológicas a través de comunicación directa con personas solicitantes y la organización de cada jornada a realizar, basados en el manual de funciones de unidades móviles. 		
<p>REFERENCIA: Manual de Operativización de las Unidades Móviles del FOSALUD Manual de Descriptores y Perfiles de Cargo FOSALUD Reglamento Interno de Trabajo del Fondo Solidario para la Salud FOSALUD</p>		
<p>DEFINICIONES Unidad móvil: es una clínica que cuenta con la infraestructura totalmente desmontable, lo</p>		

que permite llevar los servicios básicos de salud (curativos y preventivos), lo más cerca posible de las personas que no tienen acceso fácil a los mismos.

Reconocimiento: Actividad que se realiza idealmente con una semana de anticipación de la fecha de la jornada y está a cargo del médico coordinador de cada unidad móvil, quien debe hacerse acompañar por el electricista, motorista de camión, para que estos verifiquen las condiciones del lugar donde se realizara la actividad.

DESARROLLO:

**SUB-PROCESO No. 4.1:
RECONOCIMIENTO DEL LUGAR DE JORNADA**

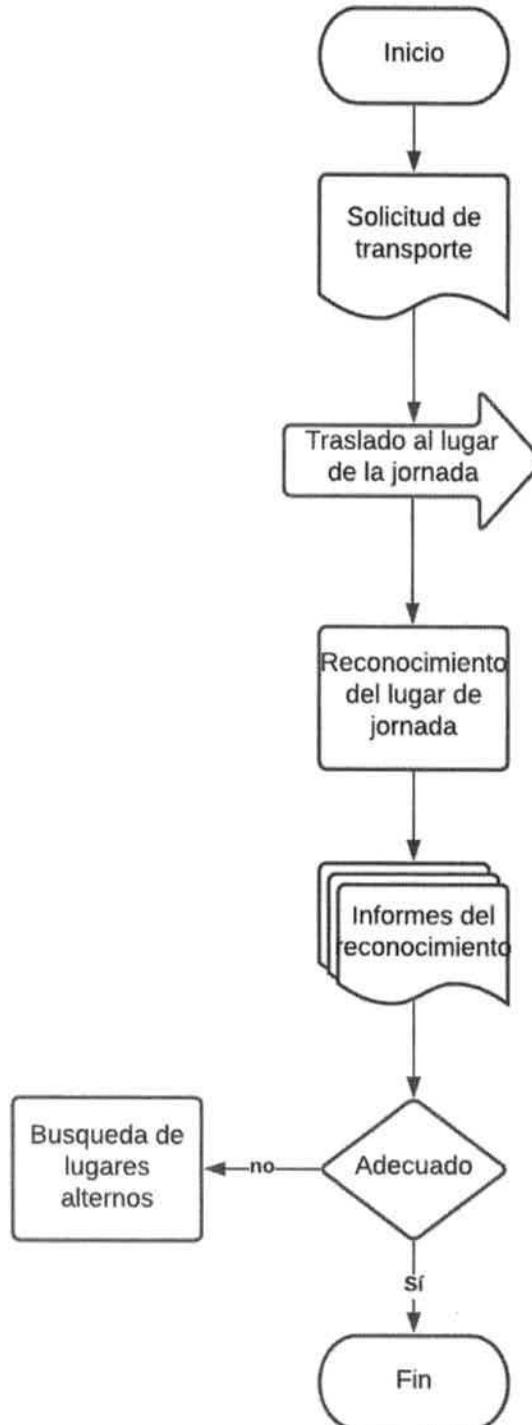
<i>RESPONSABLE</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN</i>
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada	1	Se hará la solicitud de transporte a Unidad de Servicios Generales para el día el reconocimiento y a la Unidad de Mantenimiento para asignación de electricista
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada, motorista y electricista de Unidad Móvil	2	Traslado al lugar del reconocimiento que está a cargo del médico coordinador de cada unidad móvil, quien debe hacerse acompañar por el electricista, motorista de camión para que estos verifiquen las condiciones del lugar donde se realizara la actividad.
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada, motorista y electricista de Unidad Móvil	3	Se deberá elegir un lugar adecuado para instalar la unidad móvil, los cuales pueden ser: Escuelas, plazas, parques, canchas de fútbol, casa comunal, etc. pertenecientes a la comunidad visitada. Además de contar con un transformador de energía eléctrica a una distancia no mayor de 50 metros. Además de las visitas al lugar destinado para la jornada, se deberá visitar a los siguientes funcionarios públicos.
Coordinador Unidad Móvil responsable de la jornada	4	Informe del reconocimientos

METAS:

100% de cumplimiento de las condiciones indispensables.

<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Porcentaje de condiciones indispensables que se cumplen para el montaje de Unidades Móviles =</p> <p>$\frac{\text{Número de condiciones indispensables cumplidas}}{\text{Número de condiciones indispensables totales}} \times 100$</p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>Trimestral</p>
---	---

FLUJOGRAMA SUB-PROCESO 4.1



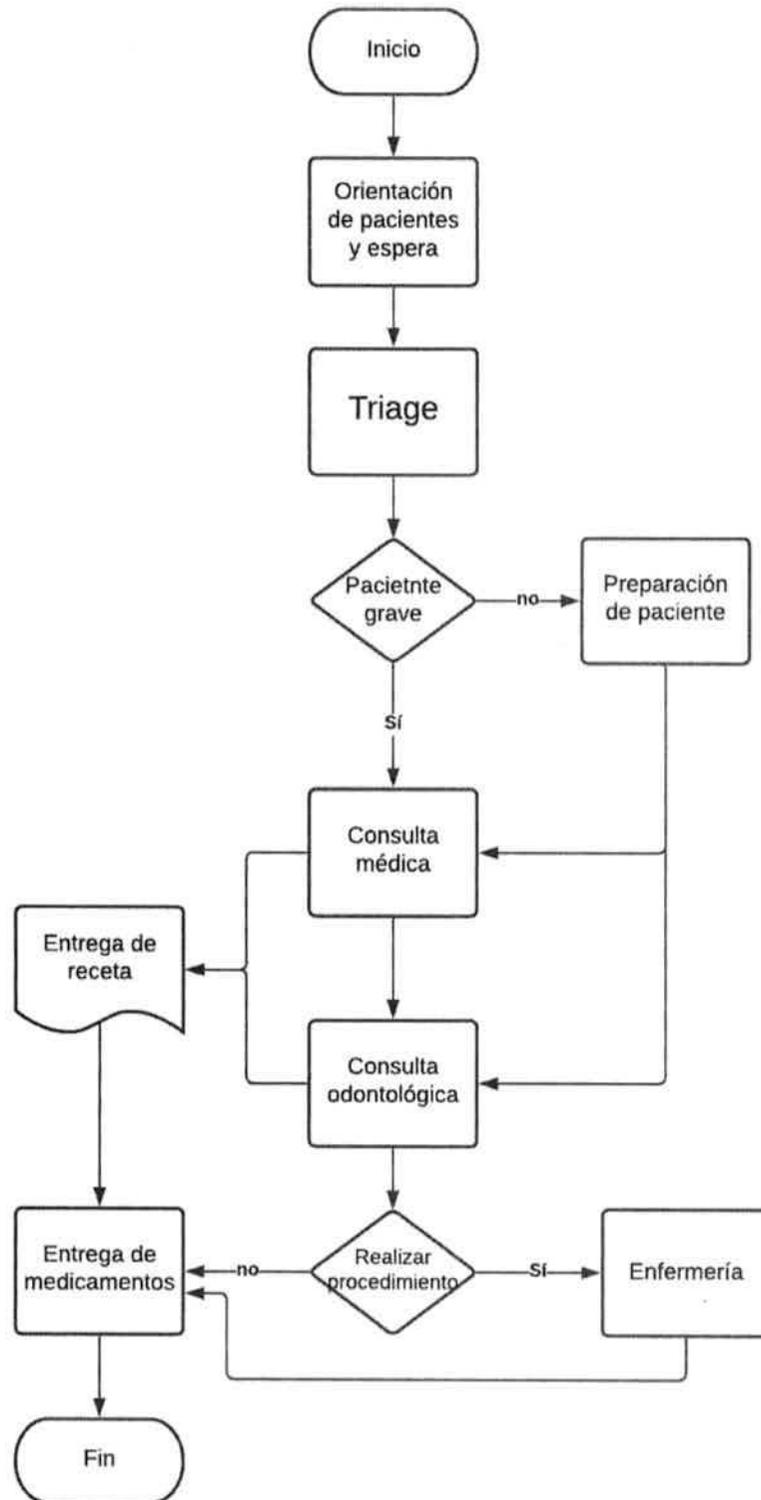
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center">Unidades Móviles</p>	<p align="center">Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/32</p>
<p align="center">SUB-PROCESO 4.2: JORNADA MÉDICO-ODONTOLÓGICA</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Asegurar que las atenciones médico-odontológicas de Unidades Móviles en zonas vulnerables se realicen cumpliendo con los lineamientos del Manual de Operativización de Unidades Móviles, buscando la satisfacción de los usuarios.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Este proceso aplica para todas las jornadas de Unidades Móviles.</p> <p>Se inicia con la orientación de los pacientes asistentes a la jornada médico-odontológica y TRIAGE.</p> <p>De acuerdo a la gravedad del paciente evaluado en el TRIAGE puede ir a sala de espera o directamente a consulta.</p> <p>Finaliza con la entrega de medicamentos posterior a la consulta médica-odontológica.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinador de Unidades Móviles • Coordinadores de Unidad Móvil • Médico Unidad Móvil • Odontólogo Unidad Móvil • Auxiliar de enfermería de Unidad Móvil • Encargado de Farmacia de Unidad Móvil • Auxiliar de servicio de Unidad Móvil • Promotor Antidengue • Asistente dental de Unidad Móvil 		
<p>REFERENCIA:</p> <p>Manual de Operativización de las Unidades Móviles del FOSALUD</p> <p>Manual de Descriptores y Perfiles de Cargo FOSALUD</p> <p>Reglamento Interno de Trabajo del Fondo Solidario para la Salud FOSALUD</p>		
<p>DEFINICIONES</p>		

<p>Consulta de morbilidad: atenciones curativas de toda índole, a los usuarios de todas las edades que acudan a la jornada.</p> <p>Visitas domiciliarias: se harán con la finalidad de llevar las atenciones hasta la casa de las personas que por una u otra razón no se puedan movilizar hasta el lugar de la jornada médica.</p>		
<p>DESARROLLO:</p> <p style="text-align: center;">SUB-PROCESO No. 4.2:</p> <p style="text-align: center;">JORNADA MÉDICO-ODONTOLÓGICA</p>		
RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Auxiliar de enfermería de Unidad Móvil, Promotor anti dengue y auxiliar de servicios de Unidad Móvil	1	A la llegada del paciente se orientará del flujo de la jornada médico-odontológica y se pasará a sala de espera.
Auxiliar de enfermería de Unidad Móvil	2	Se realiza TRIAGE a los asistentes a la Jornada
Auxiliar de enfermería de Unidad Móvil	3	Dependiendo de la evaluación según TRIAGE realizada un paciente con signos de gravedad pasa directamente a consulta médica y paciente estable pasa a preparación de paciente donde se le entrega ticket para pasar a consulta de acuerdo a numeración asignada.
Médico Unidad Móvil, Odontólogo Unidad Móvil y Asistente dental de Unidad Móvil.	4	Consulta médica y/o Consulta odontológica
Médico Unidad Móvil y Odontólogo Unidad Móvil	5	Entrega de receta generada en la consulta
Médico Unidad Móvil, Odontólogo Unidad Móvil y Auxiliar de	6	Procedimiento médico-odontológico si fuera necesario (pequeña cirugía, citología, inyección, etc.)

enfermería de Unidad Móvil.		
Encargado de Farmacia de Unidad Móvil	7	Entrega de medicamentos
METAS:		
1. 90% de satisfacción del usuario 2. 100% de criterios del manual de operativización de Unidades Móviles Cumplidos		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Indicador # 1: Resultado de encuesta de satisfacción del usuario. Indicador # 2: Porcentaje de cumplimiento del Manual de Operativización de Unidades Móviles = $\frac{\text{Número de criterios cumplidos}}{\text{Número de criterios totales}} \times 100$		Trimestral

FLUJOGRAMA SUB-PROCESO 4.2



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center"><i>Centro de Atención de Emergencias de San Martín (CAE San Martín)</i></p>	<p align="center"><i>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 03/32</i></p>
<p align="center">PROCESO 5:</p>		
<p>OBJETIVO: Garantizar la atención medica profesional e integral de los servicios de emergencias y urgencias pre-hospitalarias en el 100% de la población meta de manera oportuna.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a las atenciones brindadas en el CAE San Martín Se brinda atención médica de emergencia/urgencia des el momento que la población lo solicite hasta el alta o, en su defecto, referencia hacia un establecimiento de salud mayor complejidad, siempre de manera oportuna.</p>		
<p>RESPONSABLE: Coordinador Médico</p>		
<p>REFERENCIA: Reglamento Interno del FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD (FOSALUD). Código de Salud de La Republica de El Salvador. Constitución de la Republica de El Salvador. Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.</p>		
<p>DEFINICIONES <i>Qué es una urgencia y una emergencia</i> La atención urgente se brinda cuando es necesaria la asistencia inmediata, puede ser por: Por accidente, aparición súbita de un cuadro grave, empeoramiento de una enfermedad crónica, para evitar sobrecargas en los servicios hospitalarios de urgencias. Urgencia: se presenta en aquellas situaciones en las que se precisa atención inmediata. Emergencia: Una emergencia: es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y</p>		

que requiere una actuación inmediata, estamos frente a una emergencia cuando: La persona afectada está inconsciente, sospecha que ha sufrido un infarto o tiene un paro cardiaco, hay una pérdida abundante de sangre, sospecha que puede haber huesos rotos (fracturas), haber heridas profundas, por ejemplo, de arma blanca o armas de fuego, personas con dificultades para respirar, quemaduras severas y reacción alérgica severa, entre otras...

En estos casos llama al 132 o acude de inmediato al servicio de urgencias más cercano.

Poli traumatizado: Se define como aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos, es decir, que afecte 2 huesos largos (húmero, fémur, tibia y una cavidad (cráneo, tórax, abdomen y pelvis) y que compromete la vida.

Pre hospital o medicina pre-hospitalaria: es una subespecialidad de la medicina de emergencias y desastres y comprende la suma de acciones y decisiones necesarias para prevenir la muerte o cualquier discapacidad futura del paciente durante una crisis de salud o urgencia.

CAD: Cetoacidosis Diabética, entidad propia de la descompensación metabólica en personas con Diabetes Mellitus.

CHNC: Coma Híper osmolar no cetosico.

IAM: Infarto agudo al miocardio.

DESARROLLO:

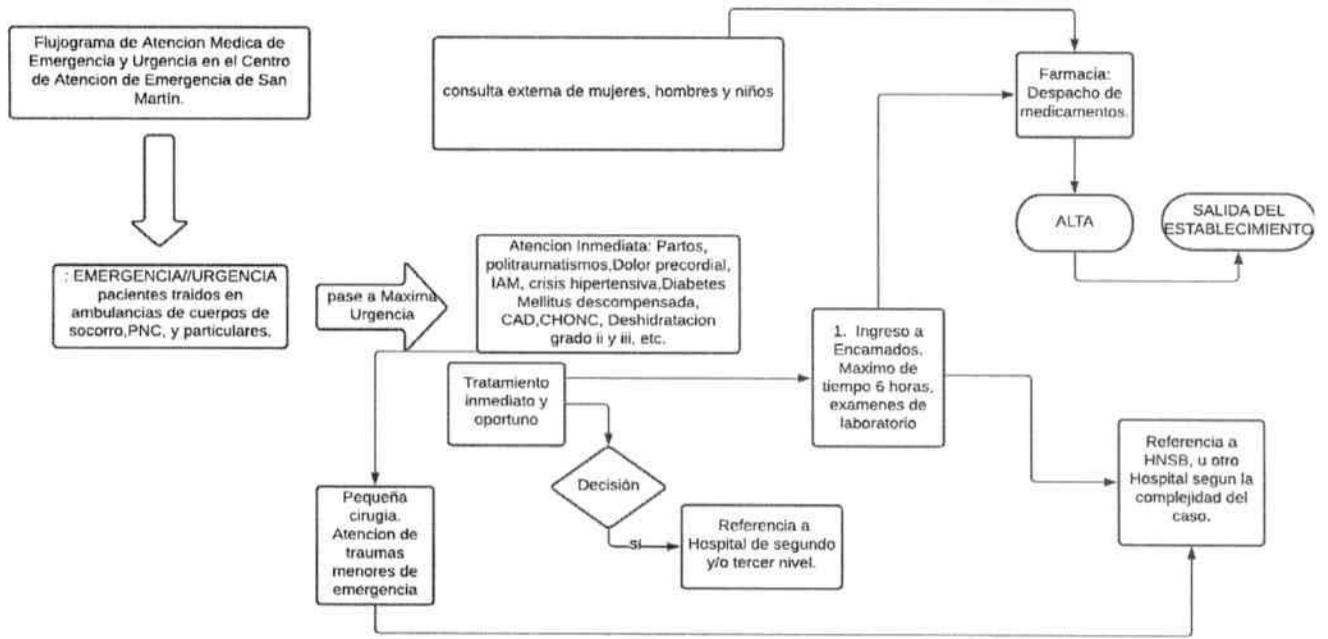
PROCESO No. 5:

FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS INSTITUCIONAL

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
	1	Coordinar y brindar la prestación de servicios médicos profesionales de emergencias y urgencias pre hospitalarias, en máxima urgencia hasta el alta o referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.
	2	Atención con personal capacitado, con disponibilidad de insumos, equipos y vehículos.

	3	Contamos con cuadros básicos de medicamentos comunes y controlados en el ámbito de atención de emergencias y urgencias pre-hospitalarias.
	4	Ejecutamos tratamientos de pequeña cirugía y luego se brinda alta o referencia de manera oportuna e inmediata a un centro de mayor complejidad.
METAS:		
Atender el 100 % de la población que consulta con cuadros de emergencias y urgencias médicas, de manera eficaz, oportuna y con calidad.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
(Emergencias y urgencias atendidas por mes. Total, de atenciones por mes) x 100 (Existencias/consumo promedio mensual. (#de medicamentos de emergencia disponibles #de medicamentos del cuadro básico para atención de emergencias y urgencias) x 100		Trimestral

FLUJOGRAMA PROCESO 5





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

**Unidad de
epidemiología**

Diciembre 2020

“Manual de Procesos de la Unidad de Epidemiología”.

Alcance: Se refiere a las actividades de epidemiología e incluye la supervisión de OSI, Vigilancia epidemiológica y el procesamiento de datos estadísticos.

**Responsable:
Medico epidemióloga
Analista Digitador 1.**

**Elaborado:
Dra. Jackie Sughey Alvarado
Licda. Priscila Monterrosa**

Aprobado:





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Nombre de la Unidad Organizativa: Unidad de epidemiología.

**Fecha: diciembre 2020
Pág. N° 2/22.**

CONTENIDO

Introducción:

Ante la responsabilidad del gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Salud de aplicar medidas internacionales de control a eventos de Salud Pública de importancia epidemiológica nacional e internacional, se adopta el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005. La presencia de servicios de transporte para viajeros nacionales y extranjeros; determinan la necesidad de contar con una estructura de vigilancia epidemiológica en materia de salud internacional en las áreas fronterizas terrestres, aéreas y portuarios, como son las Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI). Su implementación radica en el propósito de prevenir la diseminación en el territorio nacional de los eventos considerados como objeto de vigilancia en el RSI y aquellos que el Ministerio de Salud como ente rector considere pertinente. El funcionamiento de estas está determinado por lineamientos previamente establecidos, los cuales a su vez tienen su base en el RSI. Existe una coordinación con diferentes entidades de salud, para la implementación del Reglamento entre los cuales se mencionan: SIBASI, Regiones de Salud, Dirección de Vigilancia Sanitaria y Salud Ambiental, Fondo Solidario para la Salud, quienes dictaminan la organización y las funciones que el personal destacado en la OSI debe de realizar en los horarios de trabajo y son los responsables de verificar el cumplimiento de lineamientos y reglamento. Las OSI buscan garantizar la seguridad sanitaria nacional e internacional a partir de la atención oportuna en los diferentes puntos de entrada a nuestro país. De igual forma ejercer la vigilancia sanitaria oportuna, precisa, eficiente y efectiva, para prevenir el riesgo y la propagación de enfermedades, controlarlas y dar respuesta de salud pública, contribuyendo a la seguridad sanitaria nacional e internacional.

Marco jurídico:

El 30 de agosto de 1930 por decreto legislativo N.º 147 y publicado en el diario oficial de enero de 1931 se emitió el Código de Salud (art 134-135; 164-171) que dictamina las normativas que se deben desarrollar sanitariamente para prevenir la propagación de enfermedades; entre ellas las cuarentenas que se mantienen en diversos países por lo cual deben ser identificadas en puntos fronterizos para evitar el ingreso de estas. Así como, leyes que busquen la forma de prevenir la propagación y controlar el desarrollo de una enfermedad para dar una respuesta a la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), creó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) el cual fue modificado en el año 2005 y 2016, con el propósito de realizar un abordaje ante un posible evento de salud pública tanto de importancia nacional como internacional a través de todos los pasos fronterizos sean estos aéreos, marítimos o terrestres (art 21-23).

En 2012, por acuerdo N° 1904, el órgano legislativo en el ramo de la salud acuerda crear las Oficinas Sanitarias Internacionales, basándose en la constitución de la república art. 65, el código de salud art. 164 y siguientes y en el RSI. Por lo que se crearon el manual de organización y funciones de la OSI,

como también lineamientos técnicos que permiten orientar de manera efectiva el trabajo que se realiza en las oficinas.

Procesos:

- 1. Supervisión de Oficina Sanitaria Internacional.**
- 2. Vigilancia Epidemiológica.**
- 3. Gestión de la información en Salud.**

Procesos 1: Supervisión de Oficina Sanitaria Internacional

Sub proceso 1.1: Procedimiento de supervisión de Oficina Sanitaria Internacional

Procesos 2: Vigilancia epidemiológica

Sub Proceso 2.1: Procedimiento de Vigilancia Epidemiológica.

Proceso 3: Gestión de la información en Salud.

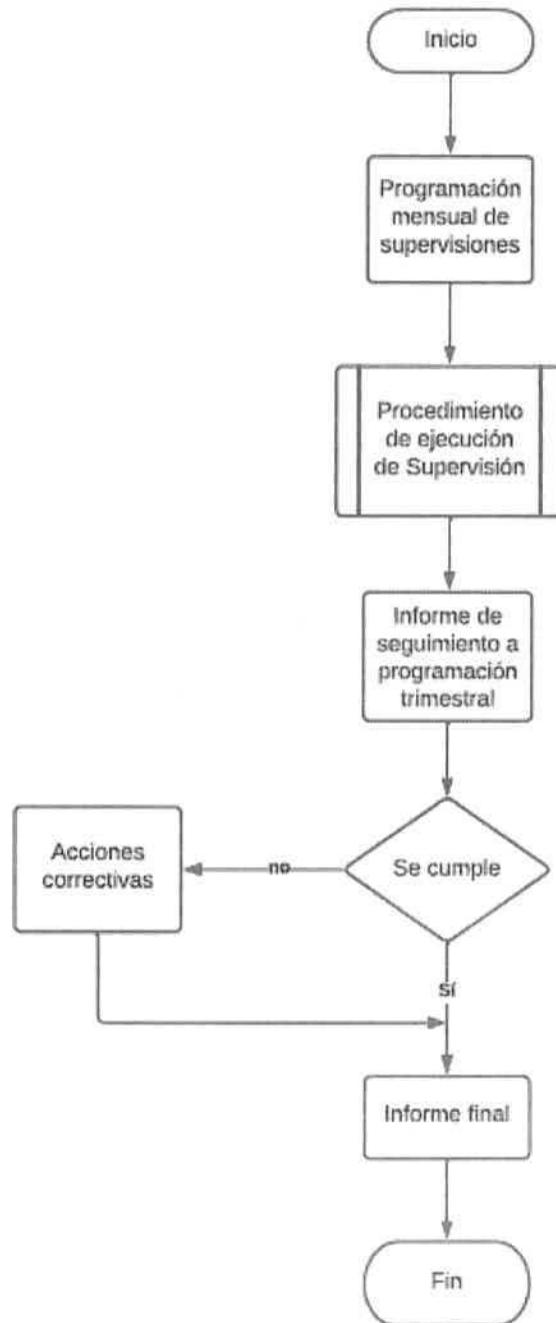
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Unidad de Epidemiología.</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p> <p>Pág. N° 4/22.</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>Supervisión de Oficina Sanitaria Internacional.</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Garantizar que las Oficinas Sanitarias, laboren y brinden atención a los viajeros que transitan por los diferentes puntos de entrada de El Salvador, cumpliendo lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional, lineamientos de Minsal y disposiciones de Fosalud.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Aplica, la supervisión realizada a las OSIs a nivel Nacional. (12 OSIs)</p> <p>Siendo la primera actividad la elaboración de una calendarización mensual, en la cual se detallarán: fechas de supervisiones a cada una de las 12 OSIs.</p> <p>Finalizando con la elaboración de un informe trimestral de seguimiento a lo programado.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <p>Los parámetros a evaluar durante monitoreo y supervisión, están establecidos en las siguientes normativas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Constitución de la republica de El Salvador Resolución Ministerial 2007.2) Reglamento Sanitario Internacional3) Lineamientos Técnicos sobre el funcionamiento de las OSI.4) Manual de Organización y Funciones de las Oficinas Sanitarias.5) Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud.		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>Fosalud: Fondo Solidario para la Salud</p> <p>OSI: Oficina Sanitaria Internacional.</p> <p>RSI: Reglamento Sanitario Internacional.</p>		

PROCESO N° 1:		
Supervisión de Oficina Sanitaria Internacional.		
RESPONSABLE		DESARROLLO
		INICIO DE PROCESO
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	1	<p align="center">ELABORACIÓN DE PROGRAMACIÓN O CALENDARIZACIÓN MENSUAL.</p> <p>Se elaborará una programación de supervisiones detallando, las posibles fechas de supervisión para cada una de las 12 Oficinas Sanitarias Internacionales. Estas fechas están sujetas a modificación, debido a cualquier imprevisto que se presente.</p>
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	2	<p align="center">PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE SUPERVISIÓN</p> <p>Este lleva una serie de actividades las cuales se describen en el subproceso de supervisión.</p>
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	3	<p align="center">ELABORACIÓN DE INFORME DE SEGUIMIENTO A PROGRAMACIÓN TRIMESTRAL</p> <p>En dicho informe se detalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Número de visitas programadas. b) Numero de supervisiones realizadas y nombre de las OSIs donde se realizaron. c) El literal a y b, permitirá formular un indicador y establecer el porcentaje de cumplimiento del proceso. d) Problemas encontrados durante la supervisión: Serán divididas en las del componente técnico y componente administrativo. e) Actividades realizadas para dar solución a los problemas encontrados durante las supervisiones. <p>Este informe se realizará de forma trimestral y será entregado a Gerencia técnica, de forma impresa y digital.</p>
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	4	<p align="center">CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No se cumple: Se verificarán las razones que contribuyeron a la falta de cumplimiento a lo establecido: falta de transporte, inclemencias del clima, incapacidad de medico supervisor, entre

		<p>otras. De igual forma se establecerán las acciones correctivas para evitar dichos inconvenientes en programaciones futuras. Reprogramación de supervisiones que no se llevaron a cabo.</p> <p>b) Se cumple: se continuará con la misma dinámica de trabajo.</p>
		FINALIZACIÓN DEL PROCESO
META:		100% de cumplimiento del programa de supervisiones.
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:	
<p>Porcentaje de cumplimiento de supervisión.</p> <p>El cual, se calcula de la siguiente forma:</p> <p>Número de OSIs programadas para supervisión, entre el número de OSIS supervisadas y esto, multiplicado por 100</p>	<p>Se realizará cada 3 meses y se dará a conocer de forma impresa y digital a Gerencia Técnica.</p>	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN DE OFICINA SANITARIA INTERNACIONAL



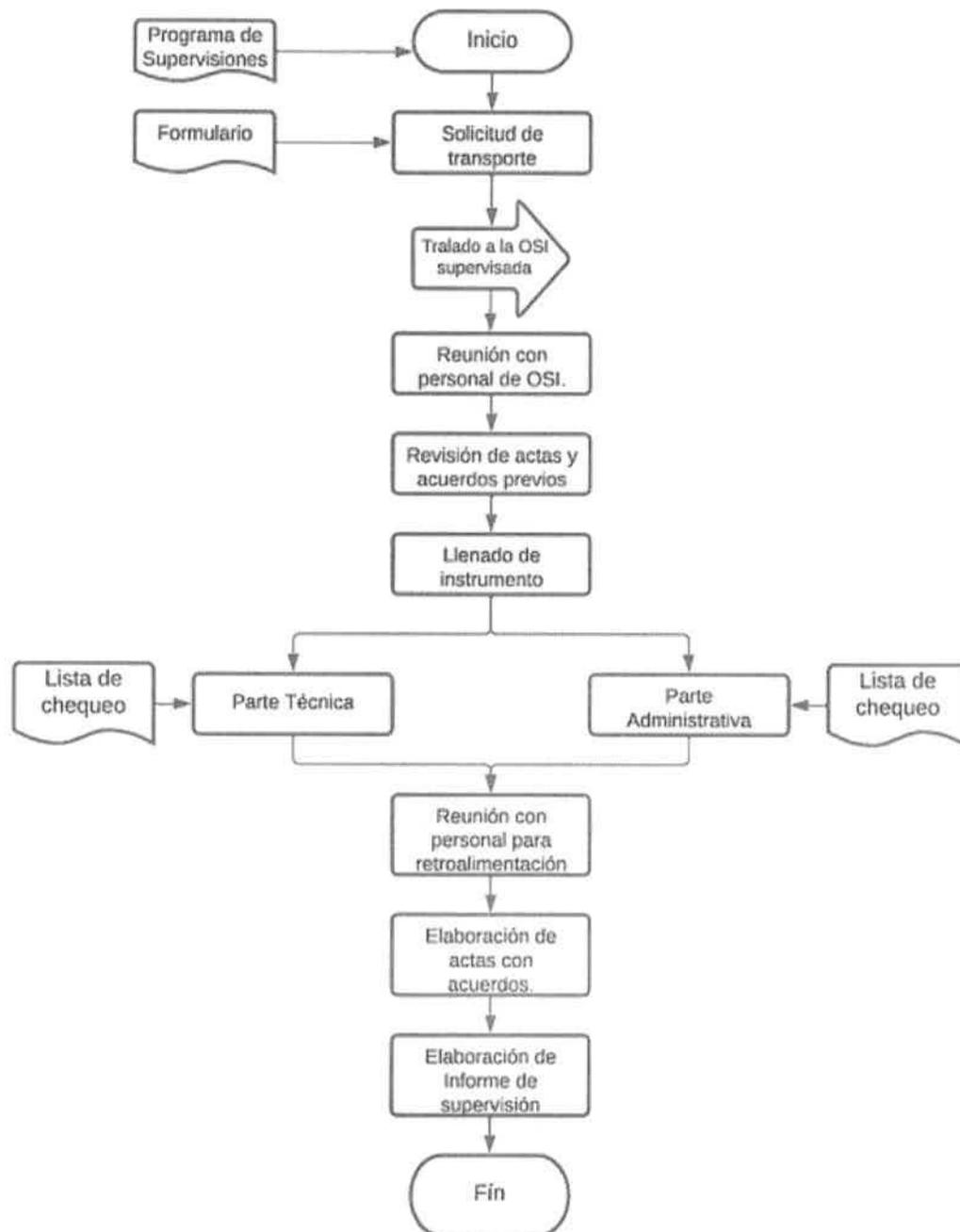
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Unidad de Epidemiología.</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p> <p>Pág. N° 8/22.</p>
<p>TITULO DEL PROCESO:</p> <p>Sub proceso de Ejecución de supervisión en OSI</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Establecer el cumplimiento de la normativa vigente que rige el adecuado funcionamiento de las OSIs, tanto en la parte técnica como administrativa.</p>		
<p>ALCANCE:</p> <p>Aplica, la supervisión realizada a las 12 OSIs a nivel Nacional. Siendo la primera actividad la solicitud de transporte. Finalizando con la elaboración de un informe de cada una de las supervisiones.</p>		
<p>RESPONSABLE:</p> <p>Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)</p>		
<p>REFERENCIA:</p> <p>Los parámetros para evaluar durante monitoreo y supervisión están establecidos en las siguientes normativas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Constitución de la republica de El Salvador: Resolución Ministerial 2007.2) Reglamento Sanitario Internacional3) Lineamientos Técnicos sobre el funcionamiento de las OSI.4) Manual de Organización y Funciones de las Oficinas Sanitarias.5) Manual de funcionamiento de farmacias de Fosalud.		
<p>DEFINICIONES:</p> <p>Fosalud: Fondo Solidario para la Salud</p> <p>OSI: Oficina Sanitaria Internacional.</p> <p>RSI: Reglamento Sanitario Internacional.</p>		

PROCESO N° 2:		
Sub proceso de Ejecución de supervisión en OSI		
RESPONSABLE		DESARROLLO
		INICIO DEL PROCESO.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	1	SOLICITUD DE TRANSPORTE. Se realiza la solicitud, con una semana de anticipación y de acuerdo con la programación mensual realizada de supervisiones a OSIs.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	2	TRASLADO A LA OSI, PROGRAMADA PARA SUPERVISIÓN. La salida se realiza desde la Sede Fosalud. La hora dependerá de la distancia que haya que recorrer a la OSI y de los objetivos de la visita.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	3	REUNIÓN CON PERSONAL DE OSI. La reunión se realiza previo a la supervisión administrativa y técnica. El objetivo de la reunión es el siguiente: a) Verificar la asistencia de todos los recursos que deben de estar de turno el día de la supervisión. b) Verificar que cada uno de ellos este debidamente uniformado e identificado con su carnet institucional. c) Dar a conocer los objetivos de la supervisión.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	4	REVISIÓN DE ACTAS Y ACUERDOS PREVIOS. Se verifican los inconvenientes o situaciones que se identificaron en la supervisión previa, así como también los acuerdos tomados por los recursos. Esto con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los acuerdos durante la supervisión.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	5	LLENADO DE INSTRUMENTO. Se procede a llenar el instrumento (Lista de Chequeo), tanto la parte administrativa como la técnica. Posterior a verificar el cumplimiento de cada uno de los ítems que lo conforman, esto a través de revisión de tabuladores, Kardex y cualquier documento que acredite su cumplimiento.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	6	REUNIÓN CON PERSONAL PARA RETROALIMENTACIÓN. En reunión con el personal de OSI de turno, se procede a discutir los resultados obtenidos en la visita, los cuales pueden ser favorables o desfavorables, en ambos casos se realiza una retroalimentación de los aspectos positivos y negativos encontrados.

Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	7	ELABORACIÓN DE ACTAS CON ACUERDOS. Posterior a la retroalimentación, se procede a elaborar el acta de supervisión en el libro administrativo de cada OSI. En dicha acta queda plasmado, los acuerdos que el personal de la OSI debe dar cumplimiento y que se verificarán en una segunda supervisión.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	8	ENLACE A PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE SUPERVISIÓN. Para verificar el cumplimiento de los acuerdos, se reinicia el proceso de supervisión.
Medico epidemióloga (Supervisor de OSI)	9	ELABORACION DE INFORME DE SUPERVISIÓN Se procede a elaborar un informe por cada supervisión, en el cual se detalla los objetivos de la visita, asistencia de recursos, aspectos positivos y negativos encontrados y actividades y sus periodos a desarrollar para solventar las problemáticas encontradas.
		FINALIZACIÓN DEL PROCESO
META:		100% de OSIs cumpliendo la normativa vigente.
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de cumplimiento de normativa vigente. El cual, se calcula de la siguiente forma: Número de OSIs programadas para supervisión que cumplen la normativa vigente, entre el número de OSIS programadas para supervisión y esto, multiplicado por 100		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

**DIAGRAMA DE FLUJO DE SUB PROCESO DE EJECUCIÓN DE SUPERVISIÓN DE OFICINA
SANITARIA INTERNACIONAL**



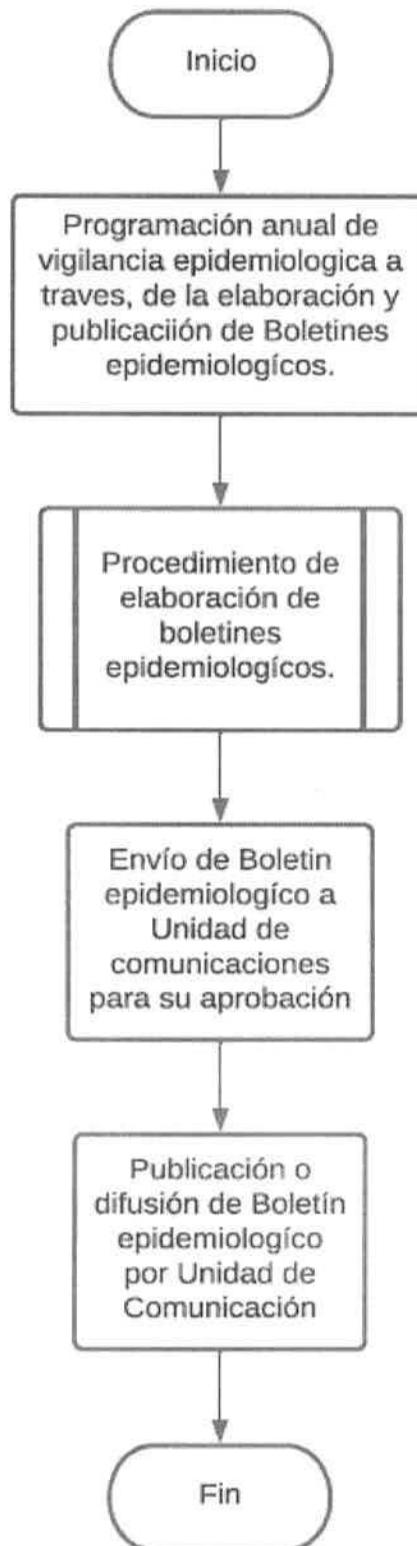
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de Epidemiología.	Fecha: diciembre 2020 Pág. N° 12/22.
TITULO DEL PROCESO: Vigilancia Epidemiológica.		
OBJETIVO: Establecer un monitoreo continuo, de las enfermedades de importancia epidemiológica reportadas en los diferentes sistemas de vigilancia a Nivel Nacional, para la toma de decisiones.		
ALCANCE: Incluye los sistemas de vigilancia a nivel nacional. El proceso inicia con la elaboración de una programación anual sobre las fechas de elaboración y publicación de Boletines epidemiológicos. La actividad final es la difusión del boletín terminado a todos los recursos de Fosalud.		
RESPONSABLE: Médico epidemióloga de Fosalud.		
REFERENCIA: Sistemas de vigilancia epidemiológica de El Salvador establecidos por Ministerio de Salud.		
DEFINICIONES: SIMMOW- Sistema de Morbi-Mortalidad vía web. SEPS. Sistema de producción de Servicios VIGEPES: Vigilancia epidemiológica.		

DESARROLLO:		PROCESO N° 2: Vigilancia epidemiológica
RESPONSABLE		DESARROLLO
		INICIO DEL PROCESO
Dra. Jackie Sughey Alvarado de Barrera	1	PROGRAMACIÓN ANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. La vigilancia se realizará a través de la elaboración de boletines epidemiológicos. La frecuencia con la que se realizará será de forma mensual. Es decir, al mes serán 12 boletines epidemiológicos los que se deberán realizar.
Dra. Jackie Sughey Alvarado de Barrera	2	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. Este se desglosa en el Sub proceso 2.1, Procedimiento de Vigilancia epidemiológica.
Dra. Jackie Sughey Alvarado de Barrera	3	ENVÍO DE BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO A UNIDAD DE COMUNICACIONES PARA SU APROBACIÓN. El boletín al ser finalizado deberá ser aprobado por Unidad de comunicaciones, en cuanto a formato, estilo, color, diseño, entre otras cosas.
Dra. Jackie Sughey Alvarado de Barrera	4	PUBLICACIÓN O DIFUSIÓN DE BOLETIN EPIDEMIOLOGÍCO. Una vez aprobado, la unidad de Comunicación será la encargada de distribuirlo a través de correos electrónicos o página web, para el conocimiento de todos los recursos Fosalud.
		FINALIZACIÓN DEL PROCESO
METAS: 100% del cumplimiento del programa de Vigilancia Epidemiológica.		

<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de boletines publicados. El cual, se calcula de la siguiente forma: Numero boletines programados entre el total de boletines publicados y esto multiplicado por 100</p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual</p>
--	---

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.



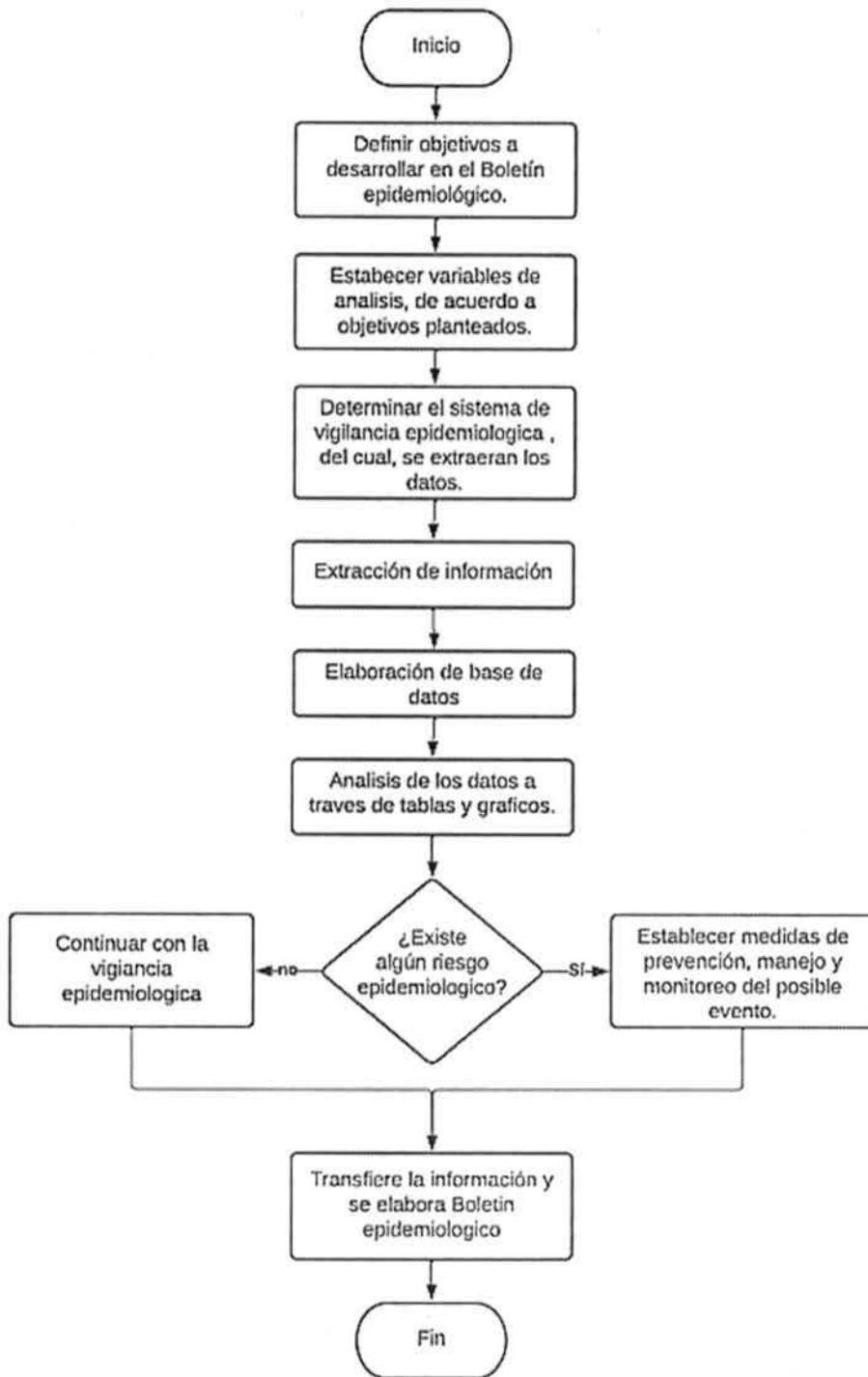
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA: Unidad de Epidemiología.	Fecha: diciembre 2020 Pág. N° 2/22.
TITULO DEL PROCESO: Sub proceso de Vigilancia Epidemiológica.		
OBJETIVO: Establecer un sistema de vigilancia a través de la elaboración y difusión de boletines epidemiológicos, de las enfermedades de importancia reportadas en los diferentes sistemas de vigilancia a Nivel Nacional, para la toma de decisiones.		
ALCANCE: Incluye los sistemas de vigilancia a nivel nacional. El proceso inicia definir los objetivos a desarrollar en el boletín epidemiológico. La actividad final es la elaboración del boletín epidemiológico.		
RESPONSABLE: Médico epidemióloga de Fosalud.		
REFERENCIA: Sistemas de vigilancia epidemiológica de El Salvador establecidos por Ministerio de Salud.		
DEFINICIONES: SIMMOW- Sistema de Morbi-Mortalidad vía web. SEPS. Sistema de producción de Servicios VIGEPES: Vigilancia epidemiológica.		

DESARROLLO:		PROCESO N° 2: Sub proceso de Vigilancia Epidemiológica.
RESPONSABLE		DESARROLLO
		INICIO DEL PROCESO
Médico epidemióloga		DEFINIR OBJETIVOS A DESARROLLAR EN EL BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. Los objetivos dependerán de las condiciones epidemiológicas en las que se encuentre el país al momento de elaborar el boletín epidemiológico, pudiendo variar en cuanto a alertas sanitarias internacionales o nacionales.
Médico epidemióloga		ESTABLECER VARIABLES DE ANALISIS. Las variables por estudiar dependerán de los objetivos planteados para cada Boletín.
Médico epidemióloga		DETERMINAR EL O LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA A UTILIZAR PARA LA EXTRACCION DE DATOS. El sistema por utilizar dependerá de las variables de estudio puede ser: SIMMOW, SEPS, VIGEPES, entre otros, así como las diferentes rutas de búsqueda dentro de cada uno de ellos.
Médico epidemióloga		EXTRACCION DE LA INFORMACIÓN
Médico epidemióloga		ELABORACION DE LA BASE DE DATOS Todos los datos obtenidos, se colocarán en una base de datos, para su fácil manipulación y filtrado, para facilitar la fase de análisis. Extraen los datos en Excel. Se procede a la limpieza de las bases de datos. Se establece el cruce de variables y como se podrán analizar cada una de ellas, basados en los objetivos establecidos previamente.
Médico epidemióloga		ANALISIS DE LOS DATOS

	Para facilitar el análisis de los datos, se elaborarán tablas y gráficos y corredores endémicos, para una mejor percepción del comportamiento de los mismo y establecer el riesgo de algún evento de importancia epidemiológica con anticipación.
Médico epidemióloga	IDENTIFICACION DE ALGUN RIESGO EPIDEMIOLOGICO. SI: Se establecerán medidas de prevención, manejo y monitoreo. NO: Continuar con el proceso de vigilancia epidemiológica.
Médico epidemióloga	ELABORACION DE BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. Una vez elaboradas las tablas y graficas y la lectura y análisis de estas se procede a elaborar el Boletín Epidemiológico.
Médico epidemióloga	ENLACE AL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Médico epidemióloga	FINALIZACION DEL PROCESO
METAS: 100% de boletines elaborados de acuerdo con programación anual.	
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Porcentaje de boletines elaborados. El cual, se calcula de la siguiente forma: Numero boletines programados entre el total de boletines elaborados y esto multiplicado por 100	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual

SUB PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.



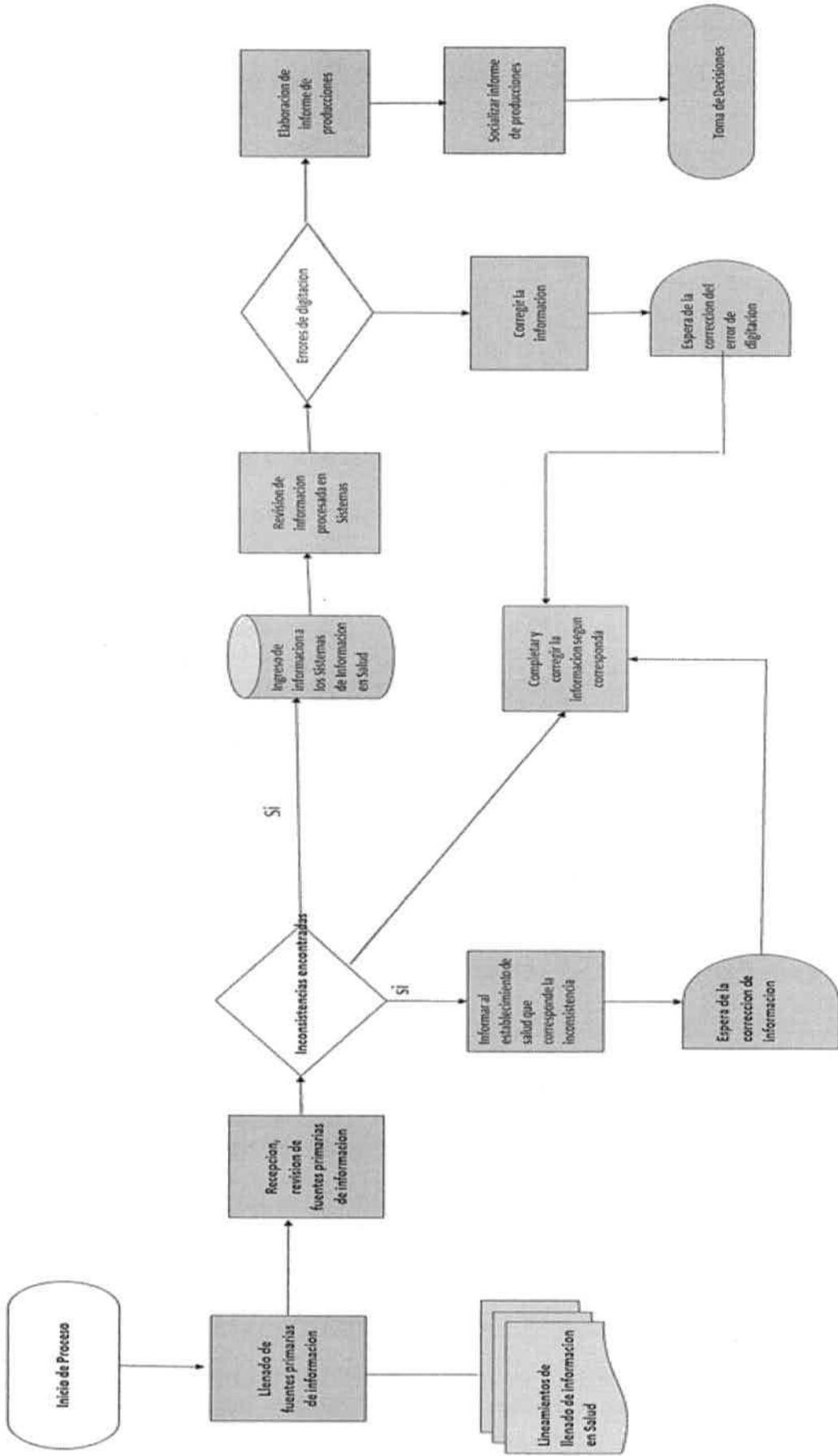
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

<p>I.LOGO DE LA INSTITUCION</p>  <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA UNIDAD ORGANIZATIVA:</p> <p>Unidad de Procesamiento de Datos</p>	<p>Fecha: diciembre 2020</p> <p>Pág. N° 2/22.</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO:</p> <p align="center">GESTION DE LA INFORMACION EN SALUD</p>		

<p>OBJETIVO:</p> <p>Gestionar acciones orientadas a obtener información completa y oportuna, que apoye la gestión de los procesos y sustente la toma de decisiones, por medio del procesamiento de datos de producciones generada por los Establecimientos de Salud, análisis de información y emisión de informes.</p>
<p>Alcance: Ingreso y control de calidad de la información de producciones y atenciones reportada por todas las Unidades Comunitarias de Salud familiar, que cuentan con horario FOSALUD y los diferentes programas de FOSALUD (excepto SEM); realizado por la Unidad de Procesamiento de Datos, esta información es utilizada por las diferentes áreas o gerencias de FOSALUD y las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud para la toma de decisiones.</p>
<p>RESPONSABLE: Analista Digitador I</p>
<p>REFERENCIA: El procesamiento de información se realiza basado en manuales y normativas de MINSAL, entre las que podemos mencionar: Manual de Llenado de Tabulador Diario de Actividades, Manual de Llenado de Registro Diario de Consulta por Morbilidad y Atenciones Preventivas, Manual de VIGEPES</p>
<p>DEFINICIONES SIMMOW- Sistema de Morbi-Mortalidad vía web; SEPS. Sistema de producción de Servicios; VIGEPES: Vigilancia epidemiológica</p>

PROCESO N° 3:		
Gestión, monitoreo e ingreso de producciones de los establecimientos de Salud		
RESPONSABLE		Descripción
Personal operativo de Establecimientos de Salud y Programas especiales.	1	Llenar fuentes primarias de información en cada Establecimiento de Salud.
Analista digitador 1	2	Gestión de compra de papelería impresa para el llenado de fuentes primarias de información
Analista Digitador	3	Notificar inconsistencias encontradas en la revisión física de la información a cada Establecimiento Responsable.
Analista Digitador y Digitadores	4	Ingreso de información a los Sistemas de Información en salud
Analista Digitador 1, Analista Digitador y Digitador Estadístico	5	Revisión de la información procesada en los Sistemas de Información.
Digitador Estadístico, Analista Digitador, Analista Digitador 1	6	Cuando se encuentren errores de digitación, se notifica al responsable para que efectúe la corrección a la brevedad posible.
Analista Digitador y Analista Digitador 1	7	Elaboración de informes de producciones
Analista Digitador 1	8	Socialización de informes de producciones
Analista Digitador 1	9	La información servirá para la toma de decisiones.
METAS: El 100% de establecimientos de salud deben llenar y entregar la información para su procesamiento en los Sistemas de Información		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: cumplir con las fechas de cierre de información y total de establecimientos con inconsistencias en la información		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Mensual, semanal

FLUJOGRAMA UNIDAD DE PROCESAMIENTO DE DATOS



	<p style="text-align: center;">UNIDAD DE GESTION DE MEDICAMENTO S Y TECNOLOGIAS MÉDICAS</p>	<p style="text-align: center;">Revisión: N° 1</p> <p style="text-align: center;">Fecha: noviembre 2020</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE GESTION DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS MÉDICAS</p>		
<p>Alcance: aplica a todas las actividades de la Unidad de Gestión de medicamentos y tecnología médica, tales como: POA y PEI, y ciclo de gestión de suministros, entre otros.</p>		
<p>Responsable: Jefe UGEMT</p>		
<p style="text-align: center;">Elaborado: Dr. Oswaldo Izaguirre</p> 	<p style="text-align: center;">Aprobado: Dr. José Ángel Portillo</p>	



CONTENIDO**INTRODUCCIÓN**

La Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Médicas, en adelante UGEMT, es la dependencia responsable en el FOSALUD, de los procesos relacionados al ciclo logístico de las tecnologías sanitarias, incluyendo, pero no limitado a las actividades de adquisición, distribución, evaluación, selección, determinación de necesidades, información sobre consumos y existencias, uso apropiado, investigación, vigilancia de la seguridad y calidad de los medicamentos y las tecnologías médicas.

Se entenderá para el término de Tecnologías Médicas, a todas las intervenciones utilizadas para promover la salud, prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad aguda o crónica, o para la rehabilitación. Incluye dispositivos, procedimientos y sistemas organizativos utilizados en la prestación de servicios de salud en los establecimientos con cobertura FOSALUD, los cuales están detallados en sus respectivos listados oficiales; considerándose también dentro de este término a los equipos y dispositivos.

Las actividades gestionadas por la UGEMT y sus secciones permiten asegurar el acceso equitativo y oportuno de los medicamentos y las tecnologías médicas a los usuarios de los servicios de salud en los establecimientos con cobertura FOSALUD. Sin embargo, dada la alta complejidad inherente a los mismos, la importancia de un marco normativo garantiza la eficiencia y la identificación de oportunidades de mejora.

El presente documento establece los diferentes procesos y procedimientos de la UGEMT, y cada una de las secciones que la conforman, tanto aquellos considerados Misionales y los considerados de Apoyo.

Tomando como referencia el marco regulatorio vigente, incluyendo la Ley de creación del Fondo Solidario para la Salud, las Normas Técnicas de Control Interno Específicas y sus Reglamentos, las particularidades de la institución, su relación con el MINSAL como ente rector del SNIS etc.

Con la finalidad de sistematizar, estandarizar y aprobar los esfuerzos del personal, así como todas las acciones encaminadas al cumplimiento eficiente de los objetivos y metas de la institución.

MARCO JURÍDICO**CONSTITUCION DE LA REPUBLICA**

Establece en su artículo 65, "que la salud de los habitantes de la republica constituye un bien público, por lo que el Estado y las personas deben velar por su conservación y restablecimiento".

LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCIÓN DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Art. 1. establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos.

Art. 2. Créase el Fondo Solidario para la Salud que en adelante podrá denominarse FOSALUD, como una entidad de derecho público, de carácter técnico, de utilidad pública, de duración indefinida y con personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario, el cual estará adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 3. El FOSALUD tendrá como responsabilidad administrar eficientemente los recursos que le corresponden, dándole estricto cumplimiento a lo que la presente Ley señala en su artículo 1; sin perjuicio de la responsabilidad de dar cuenta pública de sus acciones al menos una vez al año.

Art. 4. Los objetivos fundamentales del FOSALUD son: a) Velar por su sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia y eficacia institucional.

REGLAMENTO DE LA LEY ESPECIAL PARA LA CONSTITUCION DEL FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Art. 6.- El FOSALUD deberá implementar mecanismos que permitan la mejora continua de su gestión y obtener el mayor rendimiento posible de los recursos asignados.

LEY DE MEDICAMENTOS Y SU REGLAMENTO

LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y SU REGLAMENTO

LACAP Y RELACAP

LEY DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA.

LEY DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD Y SU REGLAMENTO

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SALUD Y SU REGLAMENTO

Procesos:

Procesos 1: Planificación de necesidades institucionales de tecnologías médicas (medicamentos, insumos médicos, equipos y dispositivos)

Procesos 2: Abastecimiento de tecnologías medicas

Procesos 3: Administración de medicamentos y tecnologías médicas en las farmacias

Proceso 4: Descargo y disposición final de tecnologías medicas vencidos u averiados.

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

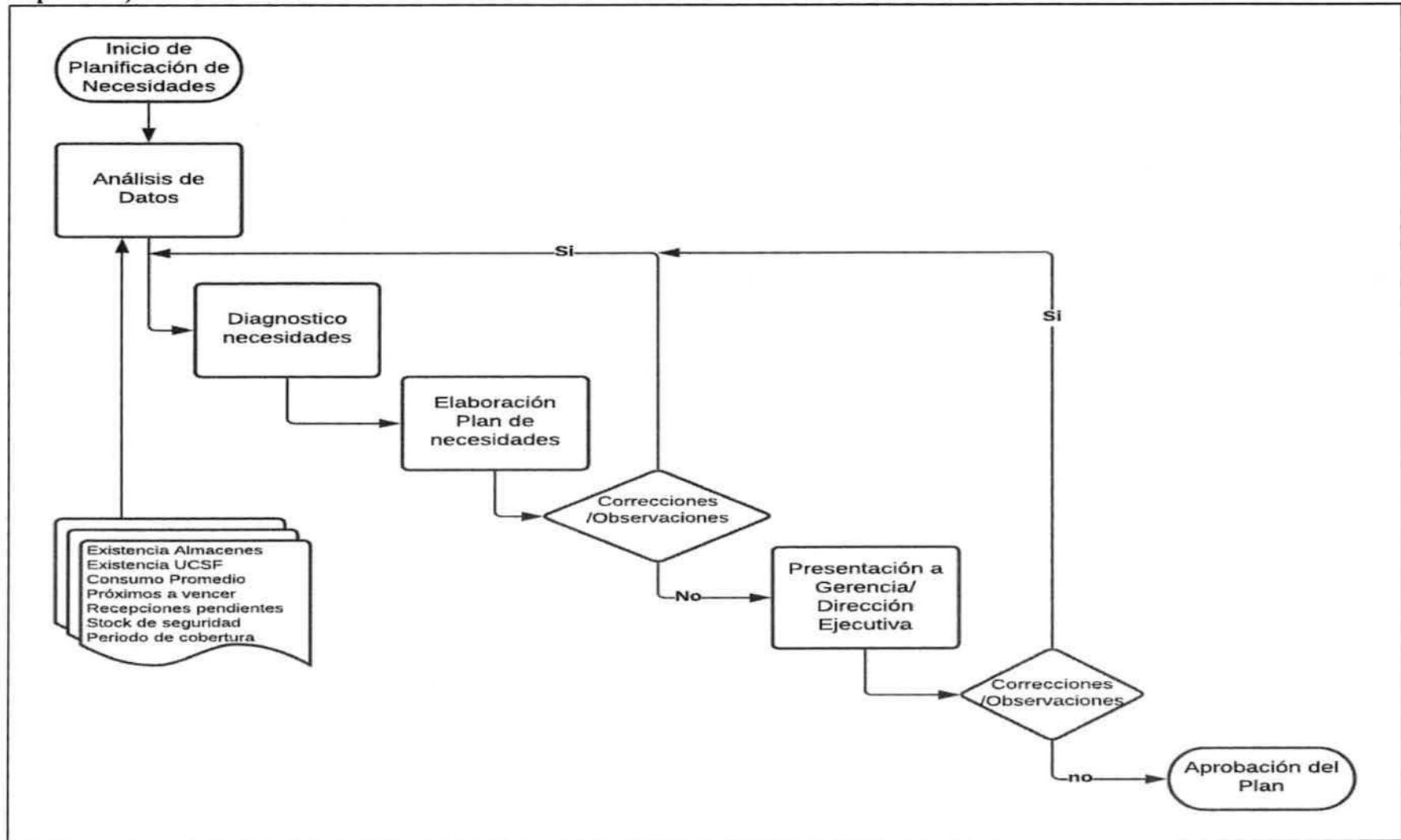
	Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Medicas	REVISIÓN 1 Noviembre 2020 PAG 4/17
TITULO DEL PROCESO:		
Planificación de necesidades institucionales de tecnologías médicas (medicamentos, insumos médicos, equipos y dispositivos)		

<p>OBJETIVO: Realizar la correcta planificación y estimación de necesidades de tecnologías medicas de la institución a través de un Programa Anual de Compras contenido en el marco del Plan Operativo Anual y del Presupuesto anual, dando estricto cumplimiento al marco legal y normas técnicas y administrativas de la institución</p>
<p>ALCANCE: La planificación y estimación de necesidades de medicamentos y tecnologías médicas se iniciará con la aplicación del cálculo de necesidades, utilizando una metodología de análisis basada en consumos reales, considerando un stock de seguridad mínimo de meses (3 o más); y tomando como referencia los Listados Institucionales oficiales de Medicamentos e Insumos Médicos; así como cualquier marco regulatorio institucional, nacional o del SNIS aplicable y vigente. Y finalizara con la elaboración del Plan anual de adquisiciones de la UGEMT y la estimación de requerimientos presupuestarios. Documentos que se entregaran posterior a su autorización por parte de la Gerencia Técnica a las unidades de Presupuesto y UACI.</p>
<p>RESPONSABLE: Jefe UGEMT, Gestor de compras y Encargado de Logística y Distribución.</p>
<p>REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos, del SIGEMIN • Base de datos del SINAB • Suministros médicos pendientes de recibir • Necesidades de programas especiales de la gerencia técnica. • Descargar y analizar el reporte de transferencias de suministros a instituciones del SNS.
<p>DEFINICIONES.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SINAB Sistema Nacional de Abastecimiento • SIGEMIN Sistema Gestión de Medicamentos e insumos • SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

<ul style="list-style-type: none"> • PAAC Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones • TEC. MEDICA Cumulo de conocimientos y habilidades en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas, desarrollados para resolver problemas de salud y mejorar la calidad de vida. 		
DESARROLLO: PROCESO N° 1: Planificación de necesidades institucionales de tecnologías médicas (medicamentos, insumos médicos, equipos y dispositivos)		
RESPONSABLE		Descripción
Jefe UGEMT / Gestor de Compras UGEMT / Encargado Distribución y Abastecimiento UGEMT	1	Análisis de la base de datos de consumo histórico de medicamentos, del SIGEMIN y analizar el consumo promedio mensual y consumo anual de cada suministro médico, identificando desabastecimientos, tendencias y definiendo montos totales de consumo.
	2	Aplicar si es factible modelos matemáticos predictivos para previsión de la demanda de medicamentos y otras tecnologías medicas
	3	revisión de la base de datos del SINAB y analizar las existencias de medicamentos y otras tecnologías médicas en almacenes
	4	Revisar los registros de seguimiento de contratos e identificar los suministros médicos pendientes de recibir
	5	Revisión de la base de datos de existencias de medicamentos y otras tecnologías médicas consolidada de las farmacias obtenida del SIGEMIN
Jefe UGEMT / Gestor de Compras UGEMT / Encargado Distribución y Abastecimiento UGEMT	7	Solicitar y consolidar necesidades de coordinadores de programas especiales de la gerencia técnica.
	8	Descargar y analizar el reporte de transferencias de suministros a instituciones del SNS, para identificar necesidades futuras y definir consumos reales
	9	Completar la matriz de diagnóstico de necesidades de compra de suministros médicos.

Jefe UGEMT	10	Realización de correcciones Observaciones a las necesidades en coordinación con la Gerencia Técnica
Jefe UGEMT	11	Presentación final de Plan de necesidades y PAAC, Gerencia Técnica y Dirección ejecutiva
METAS: 100% de ejecución presupuestaria >90% de adquisición de suministros planificados		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Eficacia en compra de medicamentos		Trimestral
Eficacia en la compra de insumos médicos equipos y dispositivos		Trimestral
Presupuesto Ejecutado		Trimestral

PROCESO N° 1: Planificación de necesidades institucionales de tecnologías médicas (medicamentos, insumos médicos, equipos y dispositivos)



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

	Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Medicas	REVISIÓN 1 Noviembre 2020 PAG 8/17
TITULO DEL PROCESO: Abastecimiento de tecnologías medicas		

OBJETIVO:

Disponer de los productos en la cantidad necesaria y en forma oportuna en los establecimientos con servicios FOSALUD gestionando la logística de distribución de Medicamentos y Tecnologías Médicas, a través de una red de coordinación entre la Unidad de Servicios Generales, y diferentes Gerencias de la institución.

ALCANCE:

1. Este proceso inicia con la programación anual de rutas y fechas de abastecimiento, este documento es elaborado en los meses de noviembre y diciembre y es remitido a todas las áreas involucrada en el abastecimiento de diferentes suministros, a los establecimientos de salud. El plan de abastecimiento anual se integra de cuatro suministros al año.

2. La distribución de medicamentos y tecnologías médicas será planificada anualmente por la Sección de Distribución de Medicamentos y Tecnologías Médicas de la UGEMT; la cual coordinará con los establecimientos de Salud las requisiciones de necesidades; estableciendo comunicación oportuna y directa con la Unidad de Almacenes y la Unidad de Servicios Generales, a fin de garantizar la preparación y entrega de los suministros de manera oportuna.

3. El proceso de abastecimiento es cíclico y periódico, estableciéndose los tiempos de ejecución de acuerdo con capacidades institucionales de logística. Cada ciclo de abastecimiento finaliza con los productos necesarios entregados en las UCSF.

4. La sección de Distribución apoyara el análisis de la disponibilidad de productos médicos, que pudiesen ser destinados a realizar apoyos al Sistema Nacional de Salud.

RESPONSABLE: Jefe UGEMT, Encargado de Logística y Distribución.

REFERENCIA

- Base de datos, del SIGEMIN
- Base de datos del SINAB
- Suministros médicos pendientes de recibir
- Necesidades de programas especiales de la gerencia técnica.

- Descargar y analizar el reporte de transferencias de suministros a instituciones del SNS..

DEFINICIONES

- SINAB Sistema Nacional de Abastecimiento
- SIGEMIN Sistema Gestión de Medicamentos e insumos
- SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud
- TEC. MEDICA Cumulo de conocimientos y habilidades en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas, desarrollados para resolver problemas de salud y mejorar la calidad de vida.

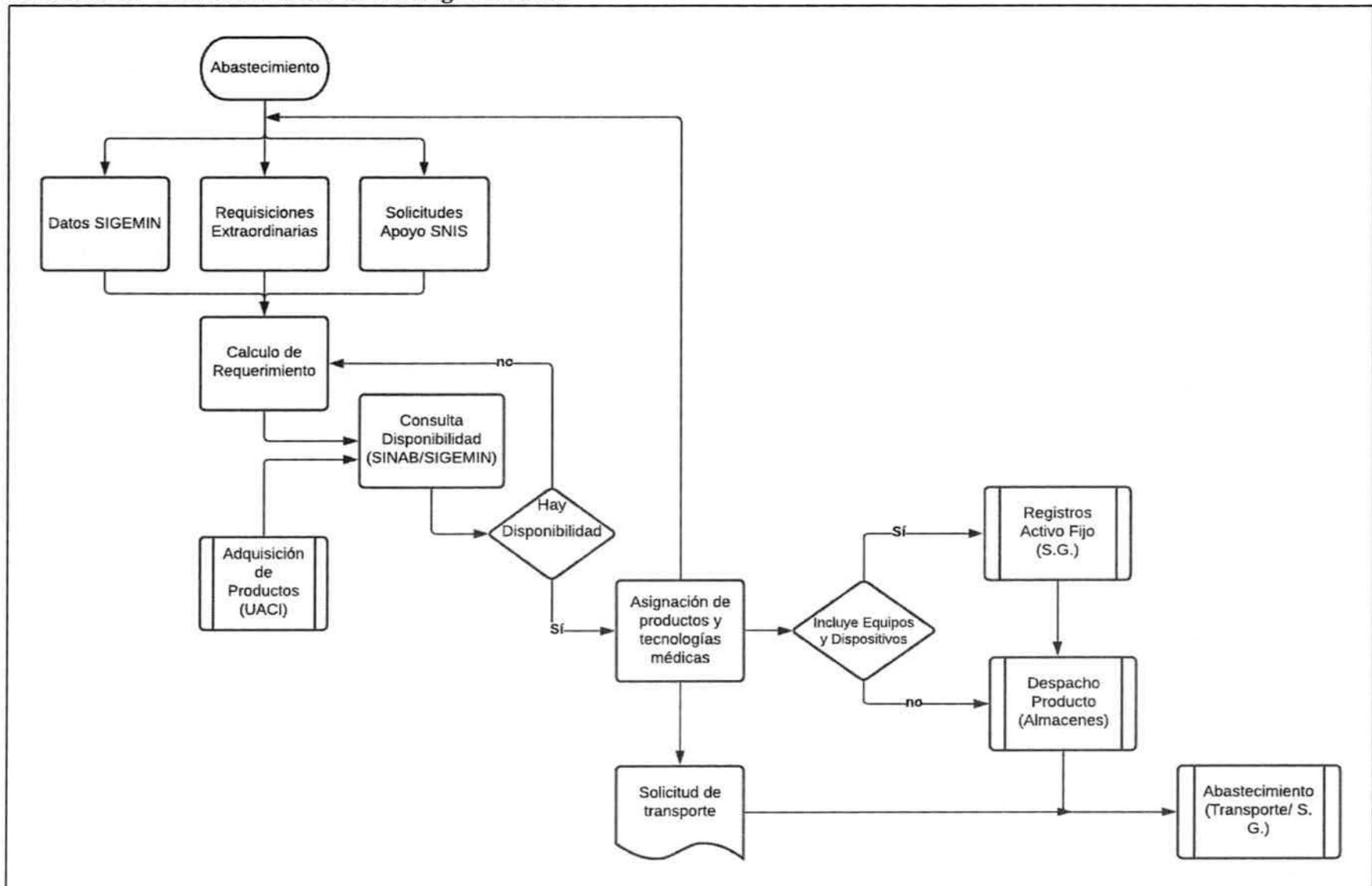
DESARROLLO:

PROCESO N° 2: Abastecimiento de tecnologías medicas

RESPONSABLE		DESCRIPCIÓN
Encargado de Logística y Distribución	1	Se utilizará el módulo de asignaciones del sistema de gestión de medicamentos (SIGEMIN), a fin de determinar las necesidades de suministros médicos de los establecimientos con cobertura FOSALUD, para ello el sistema hará el cálculo de necesidades basándose en los consumos mensuales registrados, así como la última existencia reportada y digitada en el SIGEMIN.
	2	Se realizará un análisis mensual de las existencias de suministros en el nivel local y almacenes utilizando como referencia el CPM (consumo promedio mensual, SIGEMIN y SINAB), determinando así el tiempo de cobertura, en meses con el que cuenta la institución.
	3	Se realizarán los ajustes que se consideren oportunos a los montos asignados a los establecimientos, esto en base a condiciones especiales (aumento de consumo, desabastecimientos en el SNS, periodos de emergencia, etc.)
	4	El SIGEMIN, emitirá los vales necesarios en formato digital y físico, los cuales serán remitidos por la sección de logística y distribución a la Unidad de Almacenes, para la aplicación de su procedimiento de despacho.
Jefe UGEMT, Encargado de Logística y Distribución	5	Realizar revisión periódica programada de los diferentes medios de información (sistemas informáticos, soporte documental, inventarios, etc.) a fin de garantizar una adecuada rotación de las existencias de los suministros; previniendo

		vencimientos y sobreabastecimiento de medicamentos y tecnologías médicas.
	6	Si las asignaciones contienen tecnologías medicas sujetas de control por Activo Fijo, se activa el procedimiento específico de dicha área
METAS: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de cobertura no menor a 2 meses, para un mínimo del 85% del total de productos del cuadro básico institucional de medicamentos y tecnologías médicas vigente • Un monto de referencia máximo para medicamentos y tecnologías médicas vencidas en almacenes; el cual en ningún caso podrá ser mayor a un cinco por ciento (5%) del monto total de inventario realizado al inicio del periodo de análisis 		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Disponibilidad de medicamentos trazadores en establecimientos		Mensual
Cobertura de medicamentos del Sistema de Emergencias Médicas		Mensual
Cobertura de medicamentos de los CPTA		Mensual
Monto de medicamentos próximos a vencer		Mensual
Medicamentos y tecnologías sanitarias vencidos en almacén		Mensual

PROCESO N° 2: Abastecimiento de tecnologías medicas



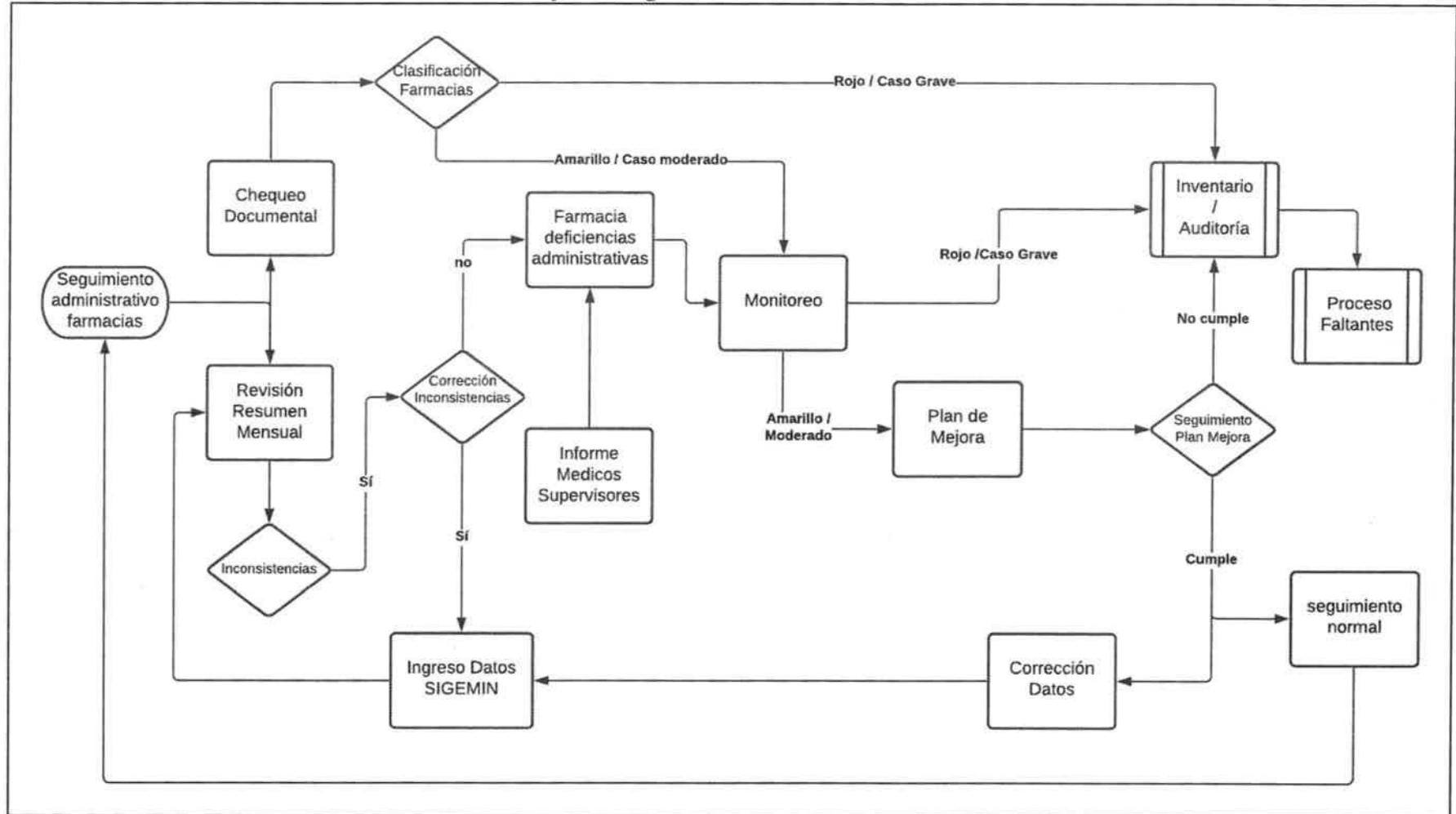
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

	Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Médicas	REVISIÓN 1 Noviembre 2020 PAG 12/17
TITULO DEL PROCESO: Administración de medicamentos y tecnologías médicas en las farmacias		

OBJETIVO: Establecer los procedimientos necesarios para el correcto seguimiento y acompañamiento al funcionamiento administrativo-técnico de las farmacias de las UCSF con cobertura FOSALUD		
ALCANCE: El procedimiento de seguimiento administrativo a las farmacias se iniciará cuando esta sea catalogada como farmacia con incumplimientos recurrentes, debilidades administrativas, categoría amarilla o roja.		
RESPONSABLE: Sección de gestión de Farmacias UGEMT/ Médicos Supervisores		
REFERENCIA <ul style="list-style-type: none"> • Listado Institucional de Medicamentos • Listado Institucional de Insumos Médico-Quirúrgicos • Lineamientos para gestión de farmacias en establecimientos Fosalud • Manual de procedimientos en caso de faltantes y/o sobrantes de suministros médicos en los establecimientos con servicio Fosalud. 		
DEFINICIONES		
DESARROLLO: PROCESO N° 3: Administración de medicamentos y tecnologías médicas en las farmacias		
RESPONSABLE		Descripción
Sección de gestión de Farmacias UGEMT	1	Farmacia en categoría ROJA, posterior a realización de chequeo documental realizado en los talleres semestrales.
	2	Inconsistencias recurrentes en la información contenida en los resúmenes mensuales remitidos a la UGEMT, sin que se logre su corrección por otras vías (mensajes, llamadas, etc.)

Médicos Supervisores	3	Seguimiento a solicitud de médicos supervisores del Primer Nivel de Atención (médicos supervisores) de la Gerencia Técnica
Sección de gestión de Farmacias UGEMT	4	Se realizará el monitoreo administrativo facilitar a la farmacia con la subsecuente instauración de un PLAN DE MEJORA, el cual se informará a medico coordinador, medico supervisor
Sección de gestión de Farmacias UGEMT/ Médicos Supervisores	5	Certificación de Incumplimiento no justificado a indicaciones giradas expresamente por parte de la UGEMT, UPA o Coordinadores de programas especiales, se realizar inventario /auditoria
	6	Finalizado el plazo estipulado para la implementación del PLAN DE MEJORA, se realizar revisión y seguimiento del cumplimiento.
Sección de gestión de Farmacias UGEMT	7	En caso sea satisfactorio el nivel de cumplimiento se dará por concluido el procedimiento
	8	Si la farmacia por su incumplimiento del PLAN de MEJORA es catalogada como caso rojo o grave, se podrá planificar visita de inventario, donde se podrá instaurar el procedimiento institucional de faltantes y sobrantes
METAS: 80% de farmacias de la institución con correcto manejo administrativo		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Calidad de documentos administrativos de farmacia		Trimestral
Avance plan de mejora en farmacias		Trimestral
Nivel de precisión de pronóstico de demanda de medicamentos		Mensual
Monto de medicamento vencido en farmacias		Mensual

PROCESO N° 3: Administración de medicamentos y tecnologías médicas en las farmacias



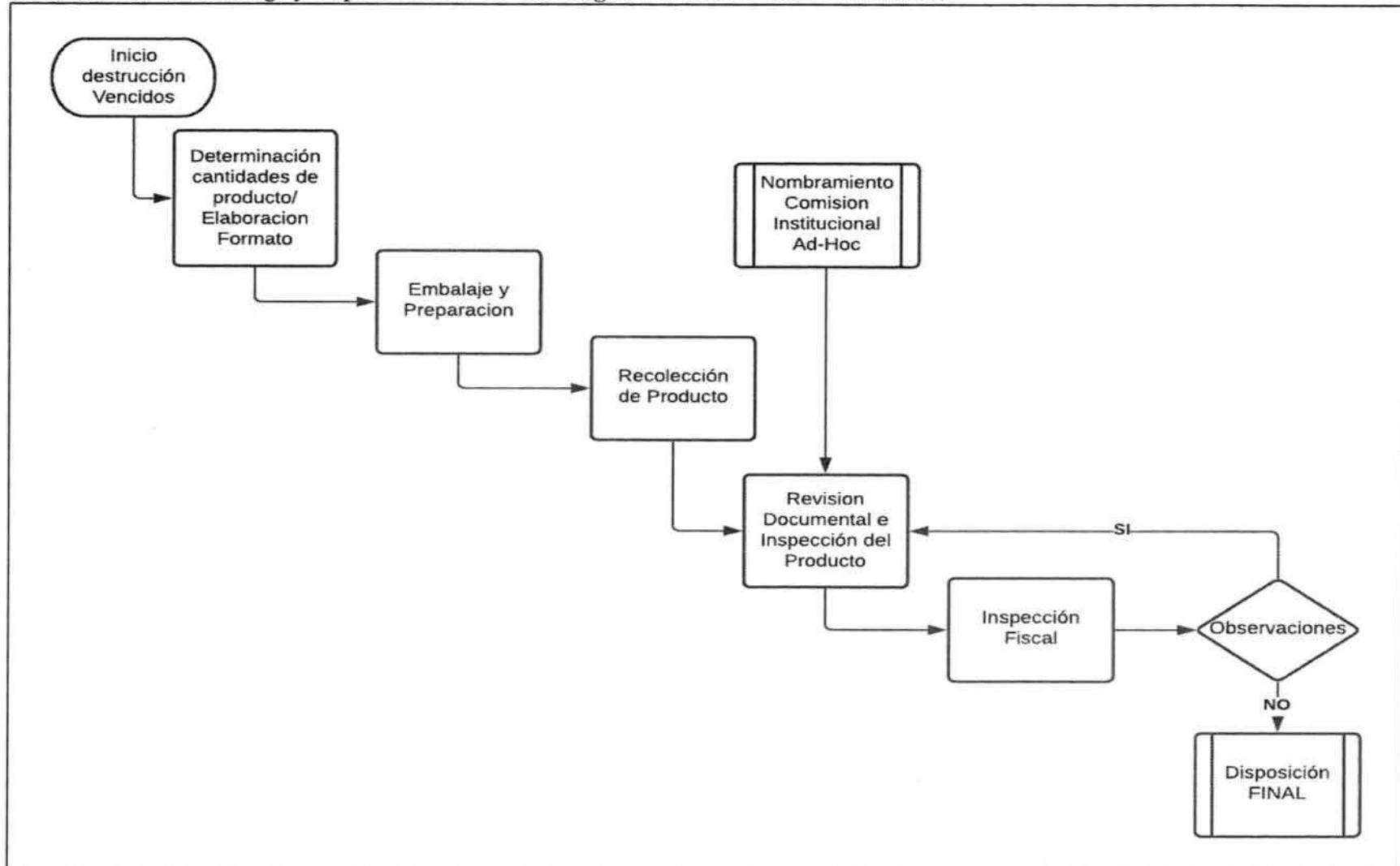
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

	Unidad de Gestión de Medicamentos y Tecnologías Medicas	REVISIÓN 1 Noviembre 2020 PAG 16/17
TITULO DEL PROCESO: Descargo y disposición final de tecnologías medicas vencidos u averiados.		

OBJETIVO: Realizar el correcto descargo y disposición final de suministros vencidos en la institución		
ALCANCE: Este Procedimiento iniciara cuando se planifica la realización de recolección y disposición final de suministros vencidos en los establecimientos con cobertura Fosalud		
RESPONSABLE: Jefe UGEMT, Unidad de almacenes y Comisión Ad-hoc		
REFERENCIA		
DEFINICIONES.		
DESARROLLO: PROCESO N° 4: Descargo y disposición final de tecnologías medicas vencidos u averiados.		
RESPONSABLE		Descripción
UCSF	1	El médico coordinador con el apoyo de los encargados de farmacia procederá al levantamiento de inventario de los suministros médicos vencidos y averiados, con la finalidad de identificar cuantificar y separar de los suministros médicos activos.
UCSF	2	Elaborar el listado provisional, tomando como modelo el formulario de solicitud de descargo bienes.
UCSF	3	El listado provisional deberá ser firmado y sellado por el Médico coordinador y encargado de farmacia del establecimiento de salud.
UGEMT/ Transporte	4	Se procederá a su recolección y posterior traslado a centro de acopio designado que cumpla con siguientes requisitos mínimos, tales como: techado,

		acceso vehicular, con ambiente seco, acceso restringido, (bajo llave), y manejado bajo control.
Comisión Institucional Ad-Hoc	5	Revisión de la documentación remitida y los suministros vencidos y averiados, para su correcta inspección posterior
	6	Acompañamiento de la inspección fiscal
	7	Acompañamiento a la disposición final de los suministros por la empresa contratada para tal fin.
METAS: < del 5% de vencidos, respecto al inventario anual de existencias		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO:		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:
Monto total de Producto Vencido a destruir		Anual

PROCESO N° 4: Descargo y disposición final de tecnologías médicas vencidos u averiados.



 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Atención Integral Materna Perinatal e Infantil</p>	<p>Revisión: Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>“Manual de Procesos del programa Atención Integral Materna Perinatal e Infantil”.</p>		
<p>Alcance: Establecer límites.</p> <p>Aplica a los servicios de salud (Hogares de espera materna, Centro Integral Atención Materno Infantil y Nutrición, Centro estimulación temprana), que intervienen en la atención perinatal, recuperación nutricional, estimulación temprana a niños en la primera infancia (<6 años) y estimulación prenatal a mujeres gestantes).</p> <p>Es de observancia obligatoria para todo el personal médico, enfermería, licenciadas maternas infantiles y resto de personal involucrado en la atención de usuarios.</p>		
<p>Responsable:</p> <p>Coordinadora Programa de Atención Integral Materna Perinatal e Infantil</p>		
<p>Elaborado</p> <p>Dra. Evelyn Patricia Rivera Coordinadora de Programa Niñez, Adolescencia y Mujer</p>	<p>Aprobado:</p> <p>Dr. José Ángel Portillo Gerente Técnico</p>  	

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p><i>Atención Integral Materna Perinatal e Infantil</i></p>	<p><i>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 02/27</i></p>
<p>CONTENIDO</p>		
<p>Introducción:</p> <p>Este documento contiene los procesos básicos identificados en el Programa Especial Atención Integral Materna Perinatal e Infantil, los cuales están conformados por actividades y procedimientos; esta información se presenta a través de la caracterización de los procesos, diagramas de flujo, los que permite garantizar la organización y mejorar la calidad del servicio.</p> <p>La estandarización de los procesos y procedimientos permiten cumplir los objetivos y principios del programa, establece los niveles de responsabilidad de los recursos humanos en cada actividad, facilitando el seguimiento y control de las actividades en cada uno de los procesos.</p>		
<p>Marco jurídico:</p> <p>“Plan Cusco”, numeral 13. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL CICLO DE LA VIDA, establece la necesidad de invertir en los niños, desde la primera infancia, desde que se encuentran en el vientre materno.</p> <p>Política “Crece Juntos”, busca que el desarrollo de la primera infancia sea una prioridad y que se asuma el compromiso de enseñar a los niños de manera inclusiva “destrezas, habilidad y conocimientos”.</p> <p>Manual de funcionamiento de centros rurales de salud y nutrición. MINSAL 2005.</p> <p>Organización y funcionamiento para brindar atención a niños (2 a < 6 años) en la primera infancia en salud, nutrición y educación inicial.</p> <p>Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años. Incluye la promoción prevención y evaluación del crecimiento y desarrollo y manejo integral de enfermedades frecuentes en la infancia.</p> <p>“Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”, ofrece la información para promover e implementar los HEM para la mujer embarazada, para que a toda mujer se le pueda atender el parto hospitalario.</p> <p>Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”.</p> <p>Normas para la atención de la embarazada y su recién nacido en los diferentes niveles de atención para asegurar la salud de ambos.</p> <p>Manual de capacitación para manipuladores de alimentos, 2007 MINSAL.</p>		

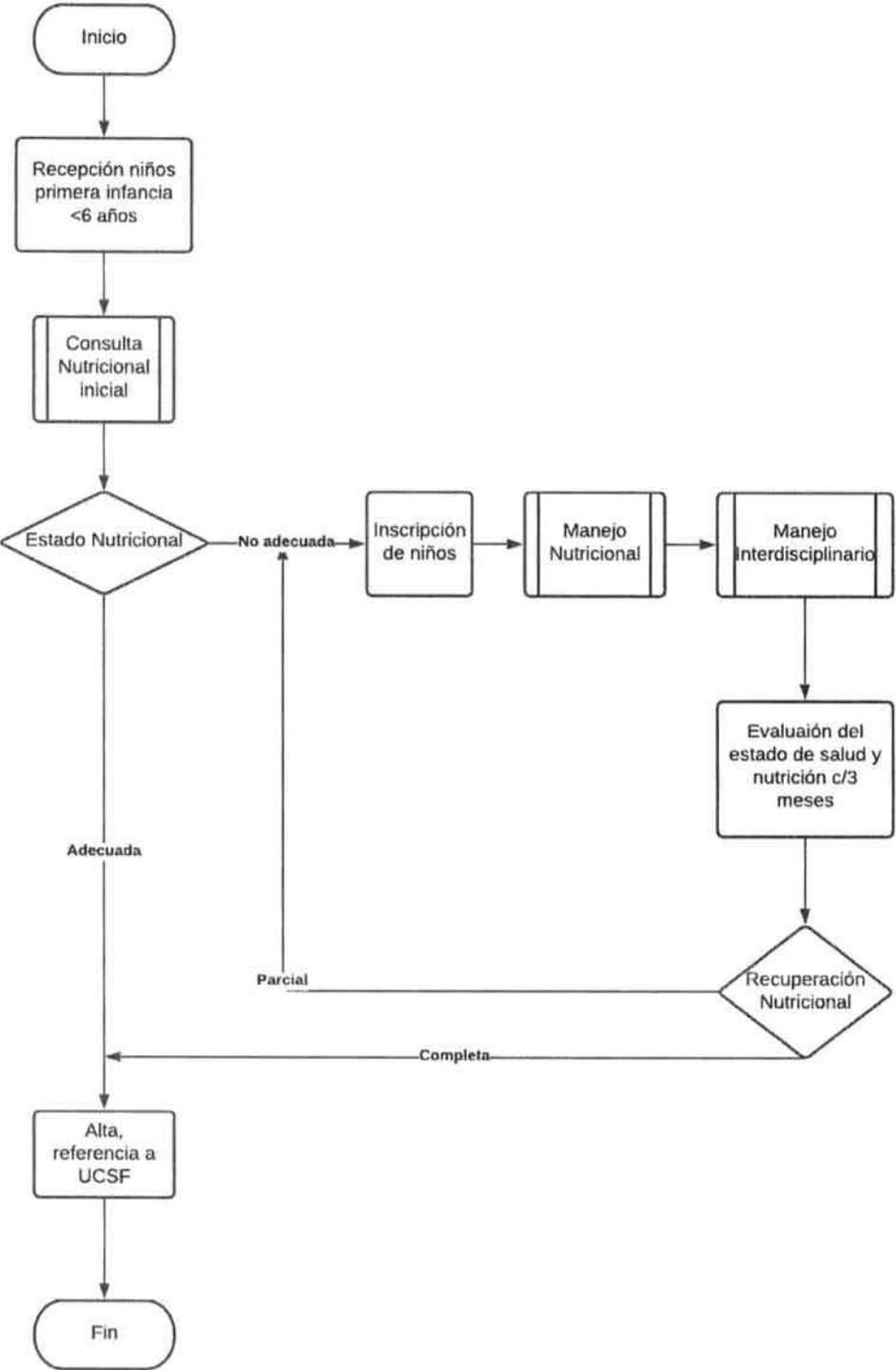
<i>Procesos:</i>
<i>Procesos 1: Atención integral especializada infantil</i>
<i>Subproceso 1.1: Consulta Nutricional Inicial</i>
<i>Subproceso 1.2: Manejo Nutricional</i>
<i>Subproceso 1.3: Manejo Interdisciplinario</i>
<i>Procesos 2: Atención integral especializada perinatal</i>
<i>Subproceso 2.1: Manejo integral en salud</i>
<i>Proceso 3: Atención especializada de estimulación temprana</i>

FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 04/27
PROCESO 1: ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA INFANTIL		
OBJETIVO: Garantizar una atención integral especializada a niños en la primera infancia con riesgo nutricional o desnutrición, cumpliendo los lineamientos establecidos.		
ALCANCE: Aplica en el CIAMIN desde la consulta inicial nutricional hasta el alta por recuperación nutricional de niños en la primera infancia.		
RESPONSABLE: Coordinadora Programa, Médico Coordinador CIAMIN, personal multidisciplinario.		
REFERENCIA Plan Cuscatlán Política “Crecer Juntos” Manual de funcionamiento de centros rurales de salud y nutrición. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años.		
DEFINICIONES: CIAMIN: Centro Integral Atención Materno Infantil y Nutrición Primera Infancia: periodo que va del nacimiento hasta los seis años de edad (en este caso), y constituye una edad en que el cerebro se desarrolla notablemente. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos. Actividades de IEC: Información, Educación y Comunicación. Cuidador: persona con el mayor apego al niño y encargada de brindarle atención y apoyo. CRSN: Centros Rurales de Salud y nutrición. Atención integral: es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS Periodo perinatal: se define como el espacio de tiempo entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida extrauterina.		
RESPONSABLE	No.	Descripción

Enfermería	1	Da inicio con la Recepción de los niños referidos y sus cuidadores.
Personal CIAMIN	2	<u>Consulta nutricional inicial.</u> Subproceso 1.1, Si es adecuado pasa al numeral 7 y si no lo es al numeral 3.
Enfermería	3	Inscripción de niños, llenado de la hoja de inscripción al CIAMIN.
Personal CIAMIN	4	<u>Manejo Nutricional,</u> Subproceso 1.2
Personal CIAMIN	5	<u>Manejo interdisciplinario,</u> Subproceso 1.3
Nutricionista Médico	6	Realizar <u>Evaluación del estado de salud y nutrición,</u> el diagnóstico nutricional y médico se realiza cada 3 meses, si el resultado establece la recuperación nutricional completa se da alta y se refiere a UCSF para control, este es el fin del proceso. Si existe recuperación nutricional parcial, vuelve al numeral 3, el niño sigue en su proceso de recuperación hasta llegar a su estado normal.
Nutricionista Médico	7	Se le da el alta y se refiere a la USCF.
METAS: El 90% de los niños en la primera infancia en recuperación nutricional presentan un alto nivel (100%) de asistencia al centro mensualmente.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número de niños primera infancia en recuperación nutricional que asisten diariamente al centro /Número de niños en recuperación nutricional) x100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral (calidad)

FLUJOGRAMA PROCESO 1

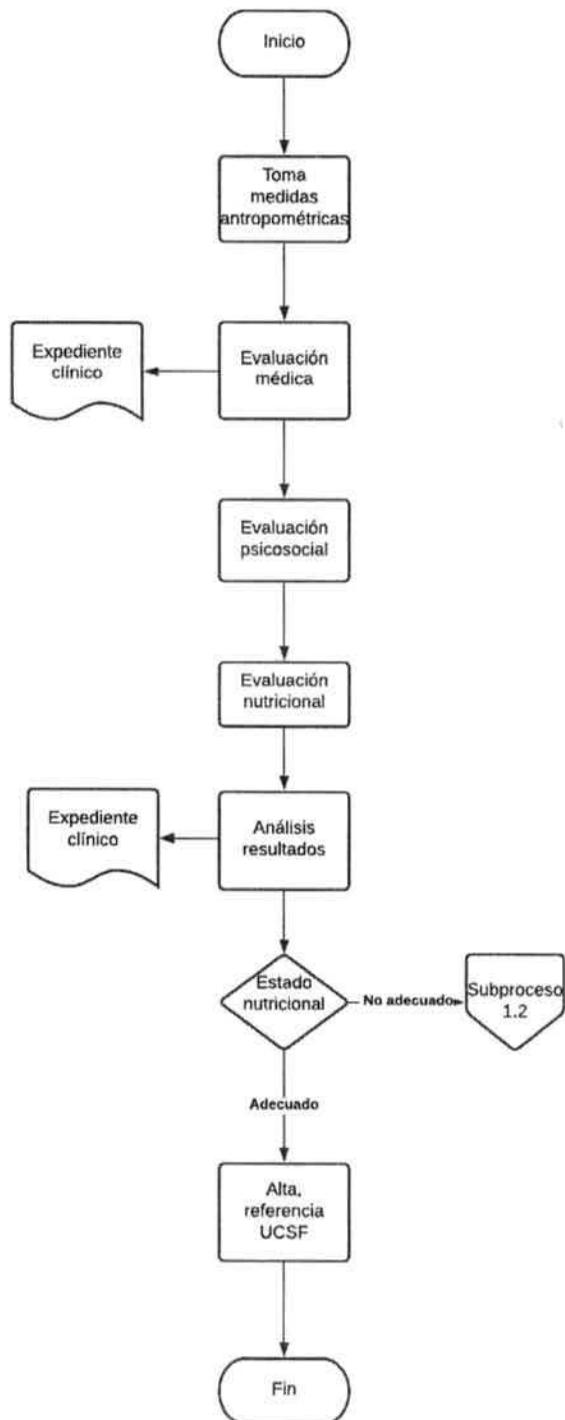


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO 1.1

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center"><i>Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil</i></p>	<p align="center"><i>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 07/27</i></p>
<p align="center">TITULO DEL SUBPROCESO 1.1: Consulta Nutricional Inicial</p>		
<p>OBJETIVO: Evaluar el estado nutricional inicial de los niños referidos, detectando las posibles deficiencias nutricionales y psicosociales.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica en el CIAMIN, desde que se recibe a los niños referidos, hasta que realiza el diagnóstico y clasificación del estado nutricional.</p>		
<p>RESPONSABLE: Coordinadora Programa, Personal del CIAMIN</p>		
<p>REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> *Plan Cuscatlán *Política “Crece Juntos” *Manual de funcionamiento de centros rurales de salud y nutrición. *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años. *Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido 		
<p>DEFINICIONES</p> <p>CIAMIN: Centro Integral Atención Materno Infantil y Nutrición</p> <p>Primera Infancia: periodo que va del nacimiento hasta los seis años de edad (en este caso), y constituye un momento único del crecimiento en que el cerebro se desarrolla notablemente. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos.</p> <p>Actividades de IEC: información, Educación y Comunicación.</p> <p>Cuidador: persona con el mayor apego al niño y encargada de brindar atención y apoyo a los niños pequeños.</p> <p>CRSN: Centros Rurales de Salud y nutrición.</p> <p>La atención integral: es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS</p>		
<p align="center">SUBPROCESO N° 1.1: Consulta Nutricional Inicial</p>		

RESPONSABLE	No.	Descripción
Enfermera	1	Revisa referencia y toma las medidas antropométricas y prepara expediente.
Médico Coordinador	2	Evaluación médica, historia clínica, examen físico completo inicial y orienta a los cuidadores sobre el estado de salud, y lo refiere a la evaluación con Psicólogo
Psicólogo	3	Realiza la evaluación psicosocial inicial para detectar los factores e indicadores de riesgo psicológico para malnutrición infantil y emite sus recomendaciones y lo refiere a la nutricionista.
Nutricionista	4	Realiza la historia de la dieta usual que le proporciona información sobre los hábitos alimentarios y el tipo de alimentos que se consumen, ayuda a detectar posibles deficiencias y a conocer los factores que influyen en los hábitos alimentarios.
Médico Coordinador Nutricionista	5	Se realiza el análisis de la evaluación médica, psicológica, nutricional y se realiza el diagnóstico y clasificación del estado nutricional del niño. Si el resultado es estado nutricional adecuado , sin riesgos, ni deficiencia, se da alta para su control en UCSF. Si el estado nutricional es inadecuado o presenta riesgos psicosociales que influyen en la malnutrición se inscribe en el Centro para el manejo nutricional. (Pasa al Subproceso 1.2).
Médico Coordinador Nutricionista	6	Alta y referencia para la UCSF
METAS: El 100% de los niños referidos al CIAMIN que tienen un diagnóstico nutricional integral.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: (Número de niños primera infancia referidos al CIAMIN con un diagnóstico nutricional inicial integral/ número de niños referidos) x100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

Flujo grama: Subproceso 1.1, Consulta Nutricional Inicial

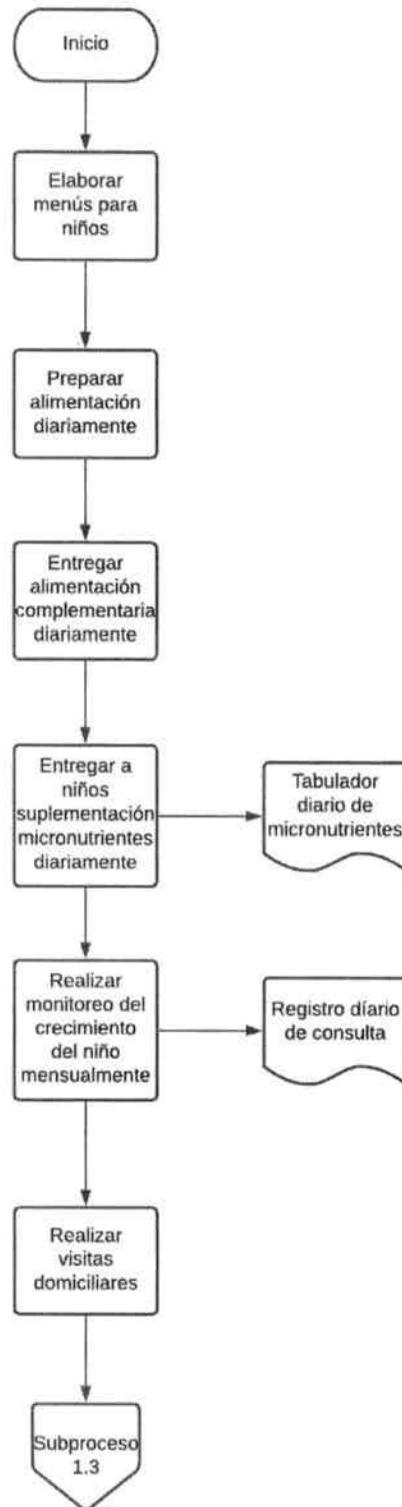


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO 1.2

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 10/27
TITULO DEL SUBPROCESO 1.2: Manejo nutricional		
OBJETIVO: Restablecer el estado nutricional normal, suministrando cantidades apropiadas de nutrientes para el crecimiento y el desarrollo óptimo.		
ALCANCE: Aplica en el CIAMIN, desde que el niño con estado nutricional <i>inadecuado</i> o con riesgos psicosociales que influyen en la mal nutrición es inscrito hasta la evaluación nutricional mensual.		
RESPONSABLE: <i>Coordinadora Programa, Personal del CIAMIN</i>		
REFERENCIA <ul style="list-style-type: none"> *Plan Cuscatlán *Política “Crece Juntos” *Manual de funcionamiento de centros rurales de salud y nutrición. *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años. *Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido Manual de capacitación para manipuladores de alimentos, 2007 MINSAL.		
DEFINICIONES CIAMIN: Centro Integral Atención Materno Infantil y Nutrición Primera Infancia: periodo que va del nacimiento hasta los seis años de edad (en este caso), y constituye un momento único del crecimiento en que el cerebro se desarrolla notablemente. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos. Actividades de IEC: información, Educación y Comunicación. Cuidador: persona con el mayor apego al niño y encargada de brindar atención y apoyo a los niños pequeños. CRSN: Centros Rurales de Salud y nutrición. La atención integral: es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por		

completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS		
SUBPROCESO N° 1.2: Manejo nutricional		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Nutricionista	1	Elaborar menús de acuerdo al riesgo o estado nutricional del niño. Verifica la elaboración de alimentos de acuerdo a requerimientos nutricionales establecidos.
Promotora de nutrición encargada cocina	2	Prepara los alimentos según menús establecidos siguiendo la normativa de manipuladores de alimentos.
Promotora de nutrición encargada cuidado niños	3	Realizar la entrega diaria de la alimentación complementaria a niños en la primera infancia.
Enfermería	4	Realizar la entrega diaria de suplementación con micronutrientes.
Nutricionista	5	Realiza el monitoreo de crecimiento del niño mensualmente que puede requerir cambios sencillos en el régimen alimentario y en alimentos o nutrientes apropiados para recuperar el peso. Las atenciones nutricionales se registran en "Registro diario de consulta"
Personal CIAMIN	6	Realizar visitas domiciliarias, cuando sea necesario, para verificar condiciones psicosociales que contribuyen a la malnutrición. Pasa a subproceso 1.3
METAS: El 100% de los niños en la primera infancia inscritos en el CIAMIN con monitoreo de crecimiento mensual.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de niños con monitoreo de crecimiento mensual/Número de niños primera infancia inscritos en recuperación nutricional x100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

Flujo grama: Subproceso 1.2. Manejo Nutricional

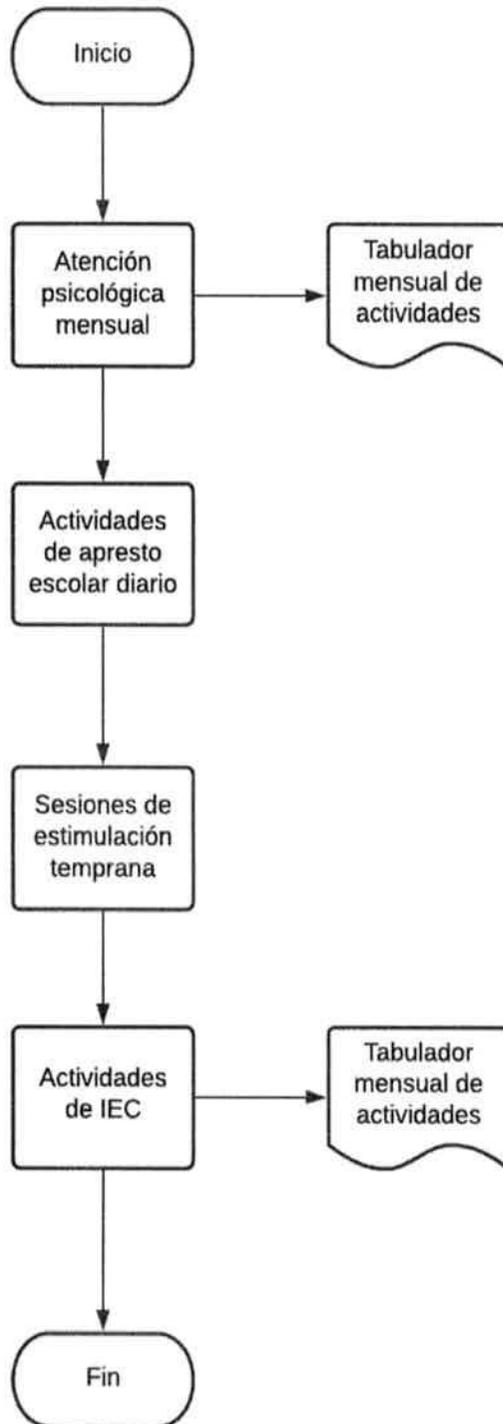


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO 1.3

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 13/27
TÍTULO DEL SUBPROCESO 1.3: Manejo interdisciplinario		
OBJETIVO: Maximizar el tratamiento terapéutico de la desnutrición, con apoyo de acciones de estimulación del desarrollo, psicológico y emocional.		
ALCANCE: Aplica en el CIAMIN, desde que el niño es inscrito para recuperación nutricional hasta el alta del niño ya recuperado.		
RESPONSABLE: Coordinadora Programa, Personal del CIAMIN		
REFERENCIA *Plan Cuscatlán *Política “Crecer Juntos” *Manual de funcionamiento de centros rurales de salud y nutrición. *Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años. *Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.		
DEFINICIONES CIAMIN: Centro Integral Atención Materno Infantil y Nutrición Primera Infancia: periodo que va del nacimiento hasta los seis años de edad (en este caso), y constituye un momento único del crecimiento en que el cerebro se desarrolla notablemente. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos. Actividades de IEC: información, Educación y Comunicación. Cuidador: persona con el mayor apego al niño y encargada de brindar atención y apoyo a los niños pequeños. CRSN: Centros Rurales de Salud y nutrición. La atención integral: es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS		
SUBPROCESO N° 1.3: Manejo interdisciplinario		

RESPONSABLE	No.	Descripción
Psicólogo	1	Realizar el seguimiento mensual del riesgo familiar y psicosocial que pueden incidir en la malnutrición y realiza las intervenciones necesarias.
Promotoras en nutrición	2	Desarrollar diariamente las guías didácticas de apresto escolar (preparación de los niños en la transición desde el Preescolar a la Escuela Primaria) de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Educación.
Licenciada materno infantil	3	Ejecutar acciones de estimulación temprana que promueven en el niño habilidades y destrezas y la adquisición de hábitos y actitudes que le favorecen para alcanzar éxito en el aprendizaje.
Enfermería Promotoras de nutrición Nutricionista	4	Desarrollar acciones de IEC sobre aspectos nutricionales y alimentarias a cuidadores y demostración de hábitos higiénicos a niños.
METAS: El 100% de los cuidadores de niños en la primera infancia inscritos en el CIAMIN reciben intervenciones educativas mensualmente para maximizan la recuperación nutricional.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de cuidadores de niños inscritos que reciben intervenciones educativas mensualmente/Número de cuidadores de niños primera infancia en recuperación nutricional CIAMIN x100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral

FLUJOGRAMA DEL SUBPROCESO 1.3: Manejo interdisciplinario

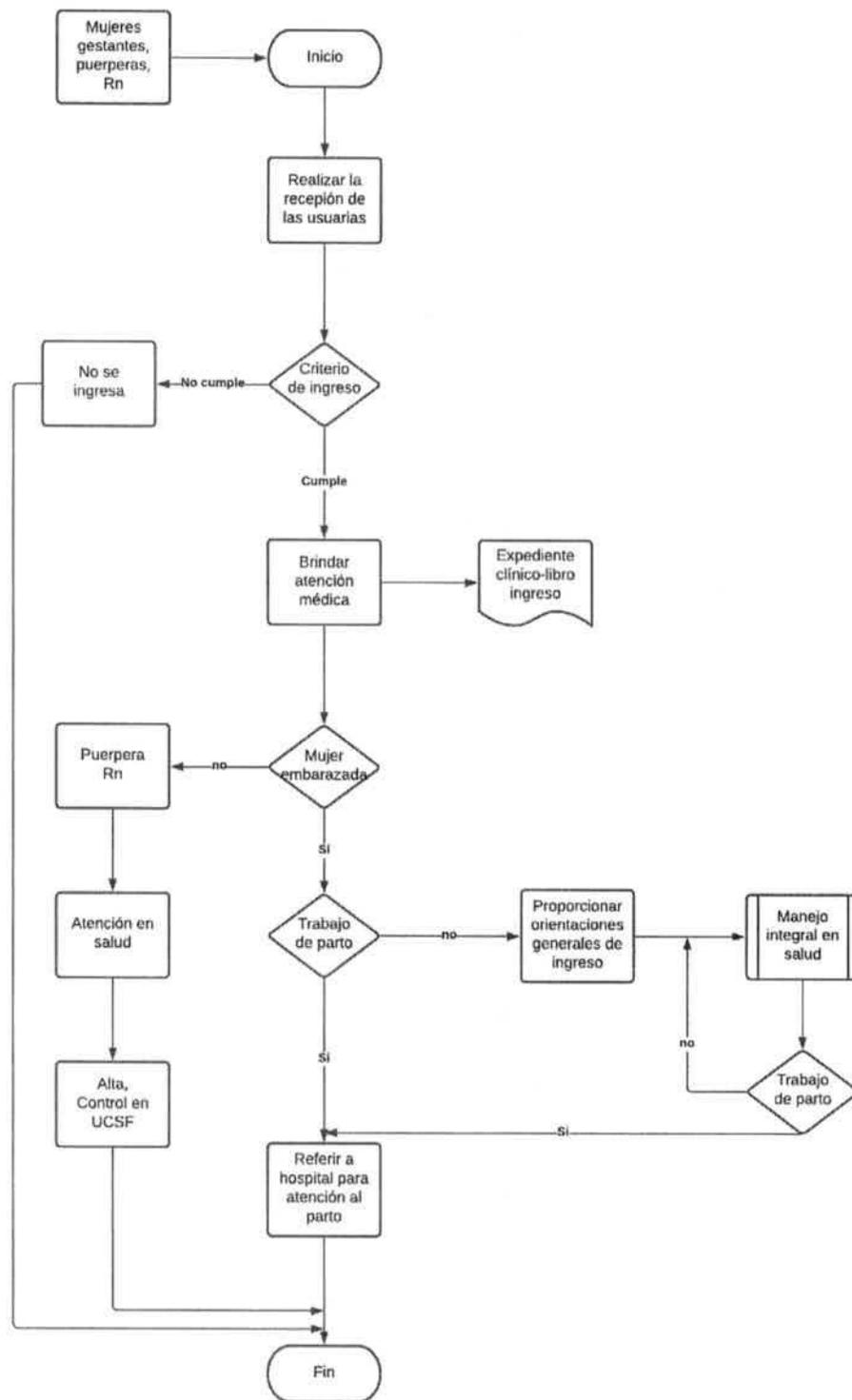


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 2.

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 16/27
PROCESO 2: ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA PERINATAL		
OBJETIVO:		
Garantizar una atención integral especializada a mujeres embarazadas, puérperas y RN		
ALCANCE:		
Aplica en los HEM desde el ingreso de mujeres gestantes 10 días antes de su fecha probable de parto hasta verificar parto hospitalario.		
RESPONSABLE:		
Coordinadora Programa y Licenciadas Materno Infantiles de HEM		
REFERENCIA		
Plan Cuscatlán		
Política “Crecer Juntos”		
“Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”		
“Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”		
DEFINICIONES		
HEM, Hogares de espera materna		
Actividades de IEC, información, Educación y Comunicación.		
Estimulación prenatal, estimula a los bebés que están en el vientre de la madre mediante la estimulación de sus sentidos. Su objetivo es desarrollar las capacidades del bebé desde el inicio de la vida.		
La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS		
Periodo perinatal: se define como el espacio de tiempo entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida extrauterina.		
RN, recién nacido o neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento		
Puerperio periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.		
RESPONSABLE	No.	Descripción
	1	El proceso inicia con la Recepción de usuarios; mujer embarazada,

Licenciada Materno Infantil		<p>puérpera y su RN, referida o llegada espontánea al HEM.</p> <p>La encargada revisa la hoja de referencia, donde se resume la historia obstétrica de la usuaria y verifica la veracidad de la misma, revisa el plan de parto.</p> <p>Se comprueban si la mujer gestante cumple los criterios de alojamiento en el HEM, si no cumple con los criterios establecidos en la normativa, no se acepta en el HEM; si cumple los criterios de ingreso se prosigue con el siguiente paso.</p>
Personal médico de UCSF	2	<p><u>Atención médica</u>, el personal médico llena la ficha médica de ingreso de la usuaria, realiza el examen físico completo, toma y registra los signos vitales.</p> <p>En mujeres embarazadas: FCF, actividad uterina, movimientos fetales activos y deja el plan a seguir.</p> <p>El RN y puérpera ingresa y recibe atención en salud durante los días de ingreso y luego a su alta se refiere a la UCSF para sus controles.</p> <p>Con la mujer embarazada se puede presentar dos situaciones después de realizar el examen físico, si presenta trabajo de parto se refiere al Hospital para atención del parto; si no existe trabajo de parto se ingresa en el HEM y se continúa con el siguiente paso.</p> <p>Registrado en el expediente clínico.</p>
Licenciadas Materno Infantil	3	<p><u>Orientaciones generales de ingreso</u>, consiste en el recorrido por las instalaciones, la socialización de las normas de convivencia y responsabilidades dentro del hogar.</p>
Licenciadas Materno Infantil	4	<p><u>Manejo integral en salud</u></p> <p>Subproceso 2.1</p>
<p>METAS: El 80% de las mujeres embarazadas en los HEM reciben atención integral en salud por personal médico a su ingreso.</p>		
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Número de mujeres embarazadas que en su ingreso tuvieron una evaluación médica integral/Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el HEMI) x100%</p>		<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>MENSUAL</p>

FLUJOGRAMA PROCESO 2: Atención integral especializada perinatal

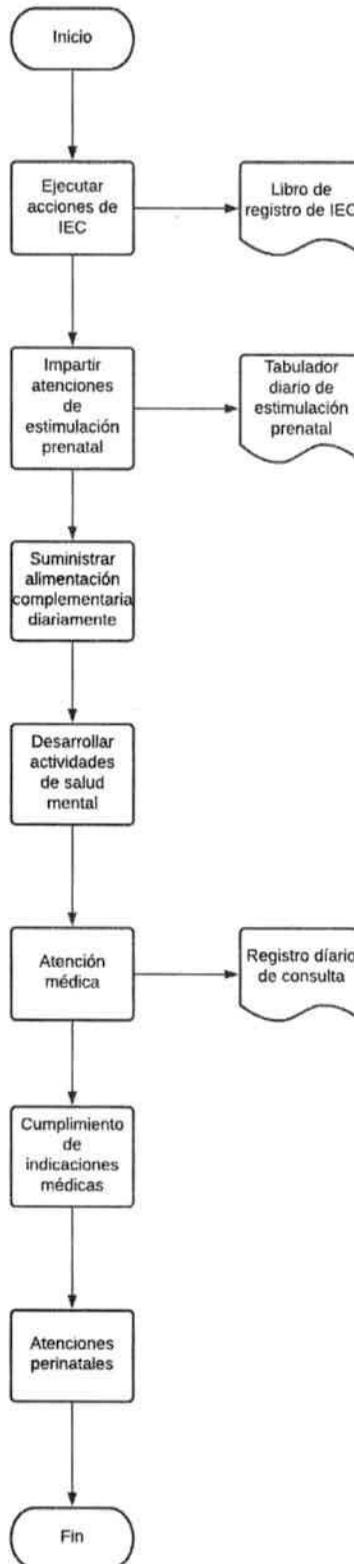


FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO 2.1

 <p align="center">FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p align="center"><i>Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil</i></p>	<p align="center"><i>Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 10/27</i></p>
<p align="center">SUB PROCESO 2.1: <i>Manejo integral en salud</i></p>		
<p>OBJETIVO: Garantizar la atención integral perinatal a mujeres embarazadas, puérperas y RN, durante su ingreso en el HEM.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica en los HEM, con mujeres embarazadas, puérperas y RN posterior a recibir las orientaciones generales de ingreso hasta verificar parto hospitalario en mujeres gestantes y el alta en mujeres puérperas y su RN.</p>		
<p>RESPONSABLE: Coordinadora Programa y Licenciadas Materno Infantiles de HEM</p>		
<p>REFERENCIA Plan Cuscatlán Política “Crecer Juntos” “Lineamientos técnicos para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido” “Lineamientos técnicos para el funcionamiento de los hogares de espera materna”</p>		
<p>DEFINICIONES HEM, Hogares de espera materna Actividades de IEC, información, Educación y Comunicación. Estimulación prenatal, estimula a los bebés que están en el vientre de la madre mediante la estimulación de sus sentidos. Su objetivo es desarrollar las capacidades del bebé desde el inicio de la vida. La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, OMS Periodo perinatal: se define como el espacio de tiempo entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida extrauterina. RN, recién nacido o neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento Puerperio periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características</p>		

que tenía antes de iniciarse el embarazo.		
RESPONSABLE	No.	Descripción
Licenciada Materno Infantil	1	Ejecutar actividades de IEC, a usuarias durante su estancia y a sus familiares que asisten a las visitas diarias.
Personal médico de UCSF	2	Brindar atenciones de estimulación prenatal, el número de atenciones impartidas a la mujer gestante, dependerá del número de días que permanezcan ingresadas mientras esperan el parto institucional y además dependen de otras actividades de la encargada del hogar.
Licenciadas Materno Infantil	3	Suministrar alimentación diaria a las usuarias alojadas, de acuerdo a menús establecidos.
Licenciadas Materno Infantil	4	Desarrollar actividades de salud mental a usuarias alojadas (manualidades, pintura, bordados).
Personal médico de UCSF	5	Atención médica diaria en salud.
Licenciadas Materno Infantil	6	Cumplimiento de indicaciones médicas, administrar los medicamentos prescritos por el médico, acompañar a toma de USG, NST u otros exámenes de gabinete.
Licenciadas Materno Infantil	7	Atenciones perinatales (examen físico completo, tomar y registrar los signos vitales, FCF, actividad uterina, movimientos fetales activos), de acuerdo a indicaciones médicas. Si al momento de la atención en salud se verifica que presenta trabajo de parto se refiere al Hospital para verificar parto hospitalario; si no presenta trabajo de parto continúa ingresada en el HEM hasta desencadenar trabajo de parto y efectuar parto institucional que es la finalización del proceso.
METAS: El 90% de las mujeres embarazadas ingresadas reciben atención integral en salud por Licenciadas Materno Infantil en los HEM.		
INDICADOR (ES) DEL PROCESO: Número de mujeres embarazadas ingresadas con manejo integral en salud (estimulación temprana, atención perinatal) /Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el HEMI) x100%		PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: MENSUAL

Flujograma subproceso 2.1: Manejo integral en salud



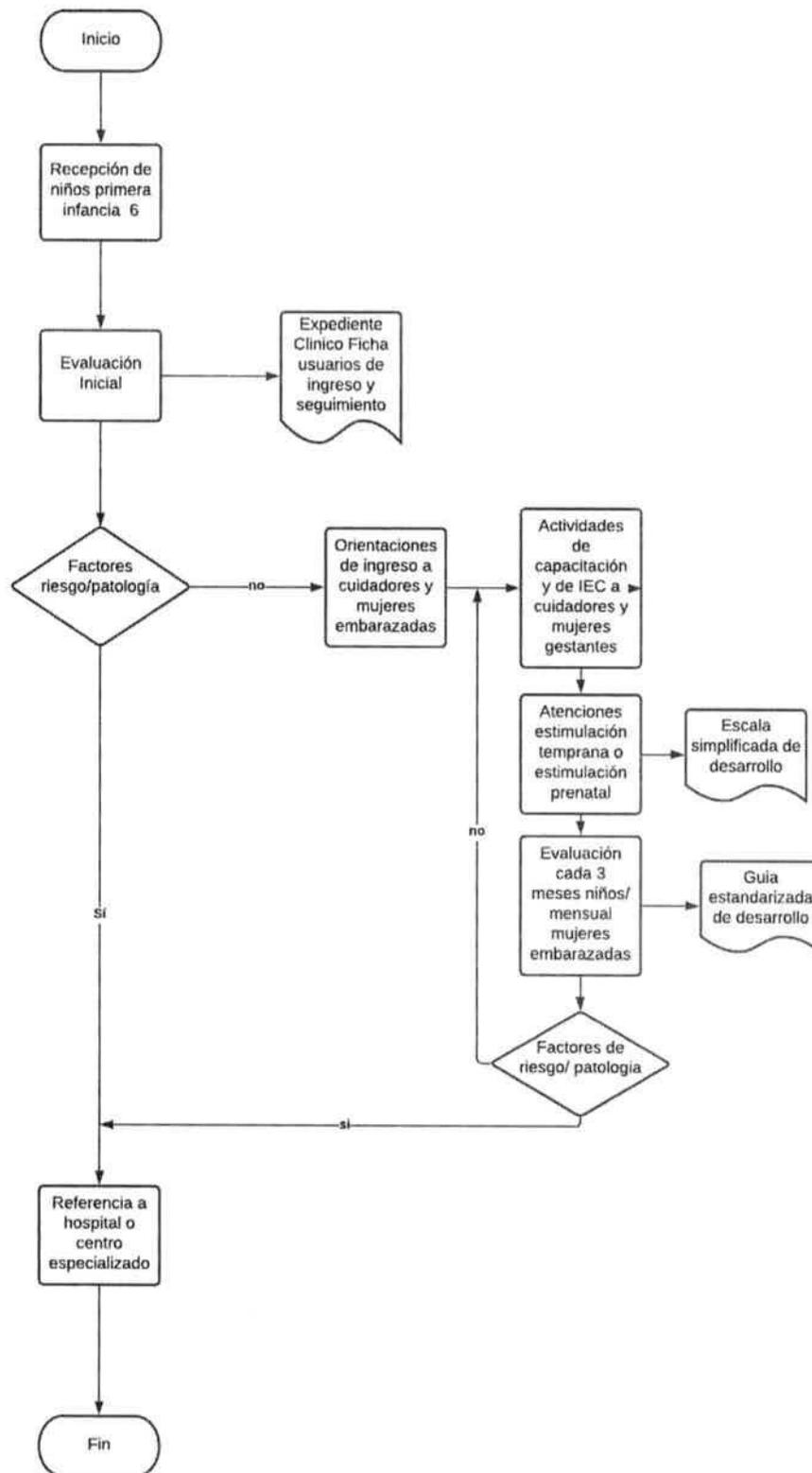
FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO 3

 FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD	Programa Atención Integral Materno Perinatal e Infantil	Revisión Fecha: Diciembre 2020 Pág. N° 24/27
PROCESO 3: ATENCIÓNES ESPECIALIZADAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
OBJETIVO: Asegurar la atención especializada en estimulación temprana a Mujeres Embarazadas y a niños en la Primera Infancia		
ALCANCE: Aplica desde la inscripción de mujeres gestantes y niños en la primera infancia hasta el desarrollo normal de niños <6 años y hasta que las mujeres embarazadas verifiquen parto.		
RESPONSABLE: Coordinadora Programa, Licenciadas Materno Infantiles		
REFERENCIA Plan Cuscatlán Política “Crecer Juntos” Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años.		
DEFINICIONES HEM, Hogares de espera materna CET, Centro Estimulación Temprana Primera Infancia, periodo que va del nacimiento hasta los seis años de edad (en este caso), y constituye un momento único del crecimiento en que el cerebro se desarrolla notablemente. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos. Estimulación temprana, es el grupo de técnicas educativas especiales empleadas en niños entre el nacimiento y los seis años de vida para estimular su desarrollo. La estimulación prenatal , son una diversidad de técnicas y ejercicios con los que se puede trabajar el desarrollo del cerebro del feto, para el desarrollo físico, emocional y social del niño, así como la vinculación afectiva con los padres.		
RESPONSABLE	No.	Descripción

Licenciada Materno Infantil	1	<p>El proceso inicia con la <u>Atención integral</u>, a niños en la primera infancia o mujeres embarazadas; se valora el estado físico del niño y la mujer embarazada, así como el diagnóstico psicosocial del cuidador.</p> <p>Historia clínica completa, examen físico, identificación de patologías y factores de riesgo para el desarrollo en el niño; en el caso de mujeres embarazadas se valoran riesgos obstétricos concomitantes.</p> <p>Si se detecta alguna patología o riesgo en el niño o en la mujer embarazada se refiere a un centro especializado.</p> <p>Si no presentan ninguna patología o riesgos, se realiza la inscripción en el centro de estimulación temprana.</p>
Licenciada Materno Infantil	2	<p><u>Orientaciones generales</u>, esta actividad va dirigida a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuidadores de los niños, en donde se explica la metodología de trabajo del cuidador con el niño, rol del cuidador o cuidadora en el desarrollo integral del niño, la responsabilidad de continuar los ejercicios lúdicos de estimulación temprana en su hogar y el compromiso de acompañar a su hijo en las sesiones mensuales. -mujeres embarazadas, para que adquieran el compromiso de asistir a las sesiones mensuales; la práctica de los ejercicios en su hogar.
Licenciada Materno Infantil	3	<p><u>Actividades de capacitación, de información, educación y comunicación</u> con cuidadores y mujeres gestantes, Además, aprendizaje de uso de libro base para el óptimo desarrollo de niños.</p>
Licenciada Materno Infantil	4	<p><u>Atenciones de estimulación temprana</u>, seguimiento cada mes durante el primer año de vida, luego seguimiento cada dos meses durante el segundo año y cada 3 meses hasta <6 años.</p> <p><u>Atenciones de estimulación prenatal</u>, cada mes hasta verificar parto.</p>
Licenciada Materno Infantil	5	<p><u>Evaluación del desarrollo</u>, esta actividad dependerá del llenado e interpretación de escalas y gráficas</p>

	<p>correctamente, esto llevará a una clasificación, diagnóstico y tratamiento adecuado.</p> <p>Mensualmente se realiza la evaluación del desarrollo en la Escala <i>Simplificada de Desarrollo</i>; cada 3 meses a través de Guías estandarizadas para la Vigilancia del Desarrollo del Niño, que es el proceso de medición del desempeño de un niño en comparación con niños de la misma edad.</p> <p>Si el desarrollo es normal continua con las atenciones hasta cumplir los 6 años en donde recibe el alta; si el desarrollo no es adecuado se refiere a consulta especializada.</p> <p>Igualmente, la mujer embarazada se evalúa mensualmente para verificar signos de alarma o de riesgo, si los presenta se refiere a hospital, si no los presenta continua en estimulación prenatal hasta verificar parto</p>
<p>METAS: El 90% de niños en la primera infancia tienen un desarrollo óptimo para su edad (4 dimensiones) cada tres meses</p>	
<p>INDICADOR (ES) DEL PROCESO:</p> <p>Número de niños <6 años atendidos en estimulación temprana con desarrollo óptimo /Número de niños < 6 años en atendidos en estimulación temprana x100%</p>	<p>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN:</p> <p>TRIMESTRAL</p>

PROCESO N°3: Flujoograma de Atención especializada de estimulación temprana. CET





FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD

Programa de Atención
Primaria en Salud

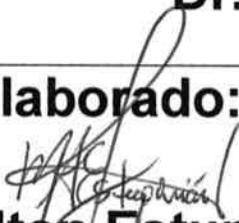
Diciembre del 2020

“Manual de Procesos del Programa de Salud Bucal”.

Alcance:
**Atenciones odontológicas curativas y preventivas
en las UCSF**

Responsable:
Dr. Milton Estupinian

Elaborado:


Dr. Milton Estupinian



Aprobado:


Dr. José Ángel Portillo
Gerente Técnico



FICHA DE DESCRIPCIÓN DEL PROCESO.

 <p>FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD</p>	<p>Atención Primaria en Salud</p>	<p>Revisión Fecha: Diciembre 2020</p>
<p>PROCESO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN UCSF</p>		
<p>OBJETIVO: Brindar atenciones odontológicas preventivas, curativas y de emergencia, en las UCSF que cuentan con este servicio</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a la atención odontológica brindada a la población en los horarios ampliados de las UCSF que cuentan con servicio FOSALUD, de manera ordenada, lógica y precisa. Inicia con la recepción del paciente Finaliza con la entrega de medicamento al usuario en farmacia</p>		
<p>RESPONSABLE: Coordinador de Programa de Salud Bucal, Odontólogo y Asistente Dental</p>		
<p>REFERENCIA: Lineamientos técnicos para medicina interna, cirugía, pediatría, ginecoobstetricia y odontología, vigentes y avalados por MINSAL, para la atención del ser humano en las diferentes etapas de la vida. Manual de funcionamiento de farmacias de FOSALUD Lineamientos para la atención de pacientes odontológicos después de la pandemia por COVID-19. Manual organizacional y de funcionamiento institucional</p>		
<p>DEFINICIONES UCSF: Unidades Comunitarias de Salud Familiar USUARIO: Persona natural que se acerca a solicitar los servicios de salud a las UCSF TRIAGE: Estrategia de clasificación de pacientes de acuerdo a la urgencia de la</p>		

atención.

SSF: Sellante de Fosas y Fisuras

DESARROLLO:

PROCESO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS UCSF

RESPONSABLE	No.	ACCIÓN
Odontólogo y Asistente Dental	1	Realiza el TRIAGE y define el tipo de atención es requerida por él o la usuaria. Si el tipo de atención es de emergencia continúa en paso 2 , si es curativa avanza al paso 3 , y si es preventiva avanza al paso 6
Odontólogo y Asistente Dental	2	Aborda la emergencia y realiza los procedimientos necesarios para brindar la atención al paciente, avanza a paso 7
Odontólogo y Asistente Dental	3	Realiza Evaluación, si requiere atención y procedimientos avanza a paso 4 , si no requiere atención sigue paso 8
Odontólogo y Asistente Dental	4	Se brinda la atención curativa los procedimientos necesarios para curar al paciente y avanza al paso 7
Odontólogo y Asistente Dental	5	Durante la consulta preventiva se brindan charlas educativas
Odontólogo y Asistente Dental	6	Se realizan los tratamientos preventivos y avanza paso 8
Odontólogo	7	Emite fecha para control
Odontólogo	8	Emite receta para que retire medicamento en farmacia.

METAS:

Aumentar el número de atenciones odontológicas preventivas, curativas y de emergencia en salud bucal

INDICADOR (ES) DEL PROCESO: El número de atenciones odontológicas preventivas, curativas y de emergencia	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN: Trimestral
--	--

FLUJOGRAMA PROCESO 1

