



REF.CGA.569-2022
06 de julio del 2022.

Doctora
Silvia Graciela Guandique Guzmán
Directora General del
Hospital Nacional de Ilobasco
Departamento de Cabañas
Presente.

Adjunto Decreto No. 26, que contiene el **Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional de Ilobasco, Departamento de Cabañas**, el cual ha sido aprobado por el Organismo de Dirección de la Corte de Cuentas de la República, para que por su medio sea enviado a publicar al Diario Oficial.

Adjunto C.D. que contiene dichas Normas, en versión PDF y Word.

Atentamente,



Lic. Adán Tomás Zavaleta Vásquez
Coordinador General de Auditoría.



DECRETO No. 26

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

CONSIDERANDO:

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

POR TANTO:

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

DECRETA el siguiente Reglamento que contiene las:

**NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS
DEL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO
DEPARTAMENTO DE CABAÑAS**

CAPÍTULO PRELIMINAR

GENERALIDADES



Naturaleza y Finalidad del Hospital

Art. 1.- El Hospital es una institución de salud pública, dedicada a brindar atención en salud a sus habitantes del área geográfica de influencia, realizando acciones dirigidas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Objeto y ámbito de aplicación

Art. 2.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas que en el presente Reglamento se podrán denominar “NTCIE”, constituyen las regulaciones básicas que guían y limitan las acciones a desarrollar para el buen funcionamiento, como Sistema de Control Interno del Hospital, siendo aplicables con carácter obligatorio.

Para efectos de estas Normas, el Hospital Nacional de Ilobasco se denominará el “Hospital.”

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno es el conjunto de métodos, políticas y procedimientos continuos e interrelacionados, adoptados y ejecutados por la Dirección, funcionarios y empleados, diseñados para proporcionar seguridad razonable en el cumplimiento de sus objetivos; el control interno puede ser ejercido antes, durante y después.

Objetivos del Sistema de Control Interno

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

- a. Lograr la transparencia, eficiencia y eficacia en la realización de las operaciones técnicas, administrativas y financieras del Hospital.
- b. Obtener de manera oportuna información generada en las diferentes áreas de la institución.
- c. Cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables e instrumentos técnicos jurídicos.

Componentes orgánicos del Sistema de Control Interno

Art. 5.- El Sistema de Control Interno está conformado por cinco componentes orgánicos que son: entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

a. Entorno de control

Comprende las normas, instrumentos técnicos jurídicos, protocolos de atención, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno en cada entidad pública.

Principios:

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

b. Evaluación de riesgos

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

Principios:

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

c. Actividades de control

Son las acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones emitidas por la Dirección del Hospital, para eliminar o disminuir los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

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



d. Información y comunicación

La información permite al Hospital llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. Para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno, considerando que la comunicación es un proceso continuo de identificar, obtener, analizar e interpretar, procesar y compartir información, para presentar a la Dirección información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas.

Principios:

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

e. Actividades de supervisión

Constituyen las evaluaciones continuas e independientes, realizadas para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y funcionando adecuadamente.

Principios:

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

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 6.- La Dirección del Hospital y cada jefatura en el área de su competencia, son responsables del diseño, implantación, evaluación y mejora del Sistema de Control Interno.

Le corresponde a todo el personal del Hospital realizar las acciones necesarias que garantice el efectivo cumplimiento del mismo.

Seguridad razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno está diseñado para brindar seguridad razonable, a fin de lograr los objetivos propuestos por el Hospital.

**CAPÍTULO I
ENTORNO DE CONTROL**

Art. 8.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y está influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos, tales como: antecedentes de la entidad, misión, visión, valores, principios y objetivos, leyes, instrumentos técnico jurídicos y demás regulaciones aplicables. Comprende las normas, procesos y estructuras, que constituyen la base sobre la que se desarrolla el control interno en cada unidad organizativa del Hospital, para el cumplimiento de los objetivos de la institución, constituyendo la base para el funcionamiento de los demás componentes.



Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos

Compromiso con los principios y valores éticos

Art. 9.- La Dirección, jefes y personal del Hospital deberán mantener y demostrar una conducta de integridad y valores éticos, como un compromiso personal en el desarrollo de sus actividades, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales, de conformidad al Código de Ética Institucional, que será autorizado por la Dirección y divulgado por el Departamento de Recursos Humanos; correspondiendo a la Dirección y jefes de las diferentes áreas de la institución, promover y vigilar el estricto cumplimiento de los valores éticos dentro de la institución, fomentando un ambiente propicio para la ejecución de un efectivo Sistema de Control Interno.

Normas de conducta

Art. 10.- Principios, valores, deberes y prohibiciones éticas, serán definidos por la Dirección en el Código de Ética Institucional, estableciendo normas de conducta de los servidores de la institución y los procedimientos para evaluar su cumplimiento, los que serán divulgados en todos los niveles de la estructura organizativa para su cumplimiento en la ejecución de sus funciones.

Seguimiento a desviaciones

Art. 11.- La Dirección y jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a las normas de conducta, establecidos en el Código de Ética Institucional y demás instrumentos técnico jurídicos, a fin de aplicar acciones preventivas, correctivas o sancionatorias, según la normativa aplicable.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno

Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión

Art. 12.- La responsabilidad de supervisión del Sistema de Control Interno, recae principalmente en la Dirección y jefaturas, a fin de que sea suficiente y de acuerdo a la naturaleza, necesidades y categorización del Hospital.

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 13.- La Dirección y jefaturas evaluarán periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno, revisando y actualizando los manuales, instructivos, lineamientos y normas que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos, para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales; en caso de detectar desviaciones, deberán hacerse las acciones y ajustes correspondientes.

Art. 14.- La Dirección a través de las jefaturas de las diferentes unidades organizativas, tendrán la responsabilidad de supervisar la aplicación de los componentes del Sistema de Control Interno, implementado por el Hospital.

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

Estructura organizativa

Art. 15.- La Dirección del Hospital aprobará mediante Acuerdo interno, la estructura organizativa que permita cumplir con la misión, visión, valores, principios y objetivos institucionales, que esté acorde con la disponibilidad de los recursos asignados, considerando entre otros, los siguientes aspectos: naturaleza, complejidad, estilo de gerencia y el marco legal aplicable.

La estructura organizativa será flexible ante los cambios del entorno, evaluada y actualizada según necesidades en la prestación de los servicios de salud eficiente, y diseñada en base al Reglamento General de Hospitales. Correspondiendo a la Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos, divulgar a todos los niveles del Hospital.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 16.- La Dirección y jefaturas diseñarán y evaluarán las funciones y competencias, líneas de reporte o de comunicación, para cada unidad organizativa, a efecto de garantizar el cumplimiento de los objetivos y facilitar el flujo de información.

Definición de líneas de autoridad, responsabilidad y relaciones de jerarquía

Art. 17.- La Dirección del Hospital aprobará mediante Acuerdo Ejecutivo, el Manual de Organización y Funciones, y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, en base a los emitidos por el Ministerio de Salud; los que definirán niveles de autoridad, relaciones jerárquicas, atribuciones, funciones, deberes y obligaciones, para mantener canales de comunicación, facilitando la delegación de facultades y responsabilidades.

Corresponderá al personal en general, respetar las líneas de autoridad establecidas y responder ante su jefe inmediato superior. Debiendo las jefaturas velar por su estricto cumplimiento.

La Dirección delegará facultades, definirá responsabilidades y funciones en cada nivel del Hospital:

- a. La Dirección será responsable de las funciones que delega; por lo que, deberá supervisarlas de forma periódica y en caso de desviaciones, efectuará los ajustes pertinentes.



- b. Las jefaturas emitirán instrucciones que le faciliten al personal llevar a cabo sus responsabilidades de control interno.
- c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:
 - 1. Estándares de conducta establecidos para el desempeño de sus funciones.
 - 2. Riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos institucionales inherentes a sus funciones.
 - 3. Actividades de control aplicables a sus funciones y competencias.
 - 4. Canales de comunicación.
 - 5. Actividades de supervisión existentes.

Estilo de gestión

Art. 18.- La Dirección y jefaturas del Hospital deberán promover una actitud positiva hacia los cambios en los procesos de control, solucionar conflictos con claridad e integridad, tomando decisiones de manera equitativa.

Mostrar interés por la evaluación y autoevaluación del desempeño y cumplimiento de los objetivos y metas, a fin de determinar su logro y alcance, de acuerdo con lo planteado en el Plan Estratégico Institucional, Plan Anual Operativo y Plan Anual de Trabajo de cada área; los que deberán estar debidamente autorizados por la Dirección para tomar medidas correctivas o de mejoras a los procesos de control interno.

Compromiso con la calidad

Art. 19.- El personal del Hospital estará obligado a brindar servicios con calidad y equidad a los usuarios internos y externos de la institución, para el logro de los objetivos institucionales, basados en los compromisos anuales de gestión institucional, los que serán monitoreados por el Comité evaluador de los compromisos de gestión, de manera trimestral.

Coordinación de esfuerzos

Art. 20.- La Dirección y jefaturas del Hospital deberán mantener buenas relaciones laborales entre jefes y personal bajo su dependencia, promoviendo el trabajo en equipo, orientado a lograr el cumplimiento de objetivos.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 21.- Las auditorías que se efectúen al Hospital serán a través de la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud.

7

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano

Establecimiento de políticas y prácticas

Art. 22.- Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital, definir políticas y prácticas de personal que se refieran al proceso de contratación de recursos, como: reclutamiento, selección, inducción y capacitación del recurso humano. Asimismo, políticas de promoción y ascenso, considerando la evaluación del desempeño y conocimientos adquiridos, como una forma de motivación para el personal.

Las jefaturas deberán promover al personal bajo su cargo, el trabajo en equipo respetivo; así como, proveer los recursos necesarios, según presupuesto asignado para la ejecución de sus funciones de manera óptima.

Corresponderá a todo el personal trabajar responsablemente para lograr un buen clima organizacional y el efectivo cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.

La competencia consiste en la capacidad del talento humano para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, las que se obtendrán a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas que mejoren los procesos de la institución y certificaciones.

Se manifiesta en las actitudes, conocimiento y comportamiento de los servidores públicos, en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluación de competencias

Art. 23.- La Dirección y jefatura del Departamento de Recursos Humanos; así como, los jefes en el área de su competencia, deberán velar porque todo el personal posea el nivel de competencia de acuerdo al perfil del cargo que desempeña, para desarrollar sus atribuciones y funciones de manera eficiente.

La identificación de conocimientos y habilidades que se necesitan para realizar cada una de las actividades a desarrollar en el Hospital, se obtendrá por medio de la actualización de expedientes del personal, para conocer su nivel académico y experiencia adquirida; procediendo conforme al Manual de Organización y Funciones y Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo.

Art. 24.- La Dirección facilitará la capacitación necesaria para desarrollar las competencias profesionales del talento humano, según cargo y funciones que desempeña para el cumplimiento de los objetivos institucionales.



Planes de contingencias

Art. 25.- Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital formular un Plan de Emergencias y Contingencias, que comprenda objetivos y estrategias, que les permita anticiparse a los factores que puedan afectar su capacidad para enfrentar las epidemias o desastres que se presenten, asegurando la continuidad de los servicios de salud brindados a la población.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades

Responsabilidades sobre el control interno

Art. 26.- La Dirección designará por escrito las responsabilidades de control interno al recurso humano idóneo, y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr el cumplimiento de los objetivos.

Incentivos

Art. 27.- La Dirección establecerá en todos los niveles de la entidad, los incentivos apropiados para el talento humano que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de sus objetivos a corto y largo plazo.

Evaluación del desempeño

Art. 28.- La Dirección a través del Departamento de Recursos Humanos, establecerá y aplicará evaluaciones del desempeño al personal en forma semestral, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos de la entidad.

La Dirección y jefaturas serán responsables del diseño, implementación y aplicación del control interno; deberá efectuar una evaluación continua del cumplimiento de la responsabilidad asignada a nivel de toda la estructura del Hospital, considerando los riesgos que enfrenta para el cumplimiento de los objetivos.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que permitan fortalecer las capacidades del recurso humano o ejercer medidas disciplinarias.

CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

Evaluación de riesgos

Art. 29.- Es un proceso dinámico y repetitivo para identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia, establecidos por el Hospital.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales

Objetivos institucionales

Art. 30.- La Dirección y jefaturas definirán los objetivos institucionales con suficiente claridad en los diferentes niveles de la estructura organizativa, tomando en cuenta su naturaleza, la normativa aplicable y riesgos relacionados, los que deberán ser consistentes con la misión y visión institucional.

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

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

Objetivos estratégicos

Art. 31.- La Dirección y el equipo de gestión definirán las directrices generales contenidas en el Plan Estratégico Institucional, basados en la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional, los que generalmente se diseñan para un plazo de cinco años.

Objetivos operacionales

Art. 32.- Las jefaturas establecerán sus metas y actividades para el ejercicio fiscal, las cuales serán determinadas en función de los objetivos y orientados al cumplimiento de los fines institucionales.

Planificación participativa

Art. 33.- La elaboración del Plan Anual Operativo Institucional deberá ser con la participación de los jefes de las distintas áreas, autorizado por la Dirección.

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

Riesgos

Art. 34.- Los riesgos constituyen la probabilidad de ocurrencia de hechos internos o externos, que pueden impedir el logro de los objetivos institucionales; por lo que, la

Dirección y jefes de área los deberán identificar y analizar, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

Gestión de riesgos

Art. 35.- Los riesgos se gestionan considerando los aspectos siguientes:

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

Identificación de riesgos

Art. 36.- Será responsabilidad de la Dirección y jefes de las divisiones, unidades, departamentos y secciones del Hospital, identificar los riesgos internos y externos de su área, al menos una vez al año, previo a la elaboración del Plan Anual de Trabajo; con el objeto de determinar los que pueden obstaculizar el logro de los objetivos institucionales y emprender acciones tendientes a reducir o minimizar su impacto.

El proceso de identificación de riesgos deberá ser integral, considerando las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos pueden ser generados internamente (riesgos internos) y por el entorno próximo y remoto de la entidad (riesgos externos).

Los riesgos internos, se pueden generar en áreas como:

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

Los riesgos externos pueden ser:

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



Análisis de riesgos

Art. 37.- Cada jefe será responsable en el área de su competencia de analizar los riesgos identificados, para determinar la importancia, frecuencia y valoración o pérdida que estos riesgos puedan ocasionar al buen funcionamiento del Hospital.

Al analizar los riesgos deberá considerarse la unidad organizativa, riesgo potencial identificado, frecuencia e impacto sobre el accionar, que se clasificará en alto, moderado y bajo, definiendo los de mayor y menor importancia.

La Dirección y jefaturas de la institución efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel del Hospital como del entorno. Este proceso deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para el cumplimiento de los objetivos.

El análisis de los riesgos comprende tres variables: frecuencia, impacto y exposición al riesgo, considerando que la frecuencia y el impacto pueden ser bajo, moderado o alto, debiendo utilizar una matriz diseñada para tal fin.

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

- a. **La frecuencia:** es el número de veces que pueda ocurrir un riesgo.
- b. **El impacto:** se refiere a la pérdida de activos y tiempo, disminución de eficiencia y eficacia de las actividades, los efectos negativos en los recursos humanos y alteración de exactitud de la información de la entidad, entre otras.

El impacto, está expresado en términos cuantitativos.

- c. **La exposición al riesgo:** es el resultado del producto de la frecuencia por el impacto, lo que implica que, a mayor frecuencia e impacto, es mayor la exposición al riesgo.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 38.- Analizados los riesgos la Dirección y jefaturas, definirán las acciones para su administración y mitigación.

Será necesario establecer un nivel de tolerancia del riesgo, para proporcionar a la administración la seguridad razonable del cumplimiento de los objetivos institucionales.

La Dirección y todas las jefaturas del Hospital establecerán las acciones a realizar para minimizar los riesgos identificados y analizados, considerando un análisis del costo de la actividad y el beneficio que proporcionará.

Será responsabilidad de cada jefatura divulgar a su personal el documento que establece los riesgos identificados y las actividades de control tomadas para disminuir el nivel del riesgo, el que deberá ser de estricto cumplimiento.

Principio 8: Evaluación de riesgos de fraude

Riesgo de fraude

Art. 39.- El Hospital al evaluar los riesgos considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude, que pueda impedir el cumplimiento de los objetivos. Para este fin, considerará los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

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

Cambios que afectan al Sistema de Control Interno

Art. 40.- La Dirección a través de las jefaturas de las diferentes áreas, identifica, analiza y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso se desarrolla paralelamente a la evaluación de riesgos y requiere que se establezcan controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos de la entidad, estos podrían referirse a lo siguiente:

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

CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL



Actividades de control

Art. 41.- Las actividades de control son las medidas establecidas por la Dirección y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las acciones necesarias para mitigar los riesgos, con impacto potencial en los objetivos del Hospital.

La Dirección del Hospital será responsable de que todos los procesos institucionales integren las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas a cada unidad organizativa, a fin de lograr los objetivos institucionales, permitiendo así una administración eficiente y eficaz.

La Dirección y jefaturas en el área de su competencia son responsables de aplicar los controles internos previo, durante el desarrollo y aplicación de las políticas emitidas.

Los controles al menos deberán permitir:

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

Principio 10: Selección y desarrollo de las actividades de control

Selección y desarrollo de actividades de control

Art. 42.- La Dirección y jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, seleccionarán e implementarán en los diversos procesos institucionales, las actividades de control que contribuyan a la mitigación de riesgos, hasta niveles aceptables de tolerancia para el cumplimiento de los objetivos.

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

Factores que influyen en el diseño e implementación

Art. 43.- Los factores que influyen en el diseño e implementación de las actividades de control, necesarias para apoyar el Sistema de Control Interno son:

- a. El ambiente y complejidad del Hospital.
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c. Estructura organizativa.
- d. Sistemas de información.
- e. Infraestructura tecnológica.

Procesos relevantes

Art. 44.- La Dirección y las jefaturas definirán las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos de la institución.

Los controles estarán orientados a:

- a. Lograr eficiencia, efectividad y transparencia de las operaciones.
- b. La confiabilidad, pertinencia y oportunidad de todo tipo de información.
- c. El cumplimiento de las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Diversidad de controles

Art. 45.- Las actividades de control pueden incluir una diversidad de controles en los distintos niveles de la entidad, algunos se relacionan solamente con un área específica, pero frecuentemente las actividades de control definidas para un objetivo específico, pueden utilizarse para lograr el cumplimiento de otros objetivos. Los controles pueden ser: preventivos, de detección y correctivos; siendo desarrollados en forma manual o automatizada.

Le corresponde a la Dirección, jefaturas de las divisiones, unidades, departamentos y secciones del Hospital; documentar, mantener actualizado y divulgar al personal bajo su responsabilidad, las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, diseñadas de forma que garanticen razonablemente su cumplimiento. Debiendo ser autorizadas por la Dirección; así como, sus modificaciones y/o actualizaciones.

Tipos de actividades de control

Art. 46.- La Dirección a través de las jefaturas implementarán las actividades de control relacionadas con los aspectos siguientes:

- a. Autorizaciones y aprobaciones.
- b. Administración de fondos y bienes.
- c. Verificaciones.
- d. Controles físicos.
- e. Comprobación de datos.
- f. Rendición de fianzas.
- g. Indicadores hospitalarios.
- h. Segregación de funciones incompatibles.
- i. Documentación de actividades.
- j. Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- k. Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- l. Conciliaciones.
- m. Rotación del personal.
- n. Autoevaluación de controles.
- o. Actualización de los controles establecidos.
- p. Planes de contingencia.
- q. Informes de resultados.
- r. Uso de tecnologías de información y comunicación.



Autorizaciones y aprobaciones

Art. 47.- La Dirección a través del Manual de Funciones y Descripción de Puestos, ha definido niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

Administración del activo

Art. 48.- El uso de los bienes del Hospital será regulado a través de los Lineamientos Técnicos para la Administración del Activo Fijo y el Sistema para el Control y Registro de los mismos, que será conforme a las Normas para la Administración del Activo Fijo emitidas por el Ministerio de Salud.

La División Administrativa a través del encargado del Activo Fijo, es responsable del control, registro, transferencia y descargo de los activos fijos propiedad de la institución, de conformidad a las disposiciones legales correspondientes.

Todas las jefaturas son responsables en el área de su competencia, de la custodia y cuidado del bien asignado, debiendo informar de forma inmediata a la Unidad de Activo Fijo todo bien que reciba o descargue de su área.

Administración de fondos y bienes

Art. 49.- La Dirección nombrará mediante Acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los lineamientos establecidos en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Controles físicos

Art. 50.- La Dirección nombrará mediante Acuerdo a una comisión que se encargará de realizar la revisión física de las existencias de productos farmacéuticos y medicinales, material médico quirúrgico e insumos no médicos en Almacén, Farmacia y Mantenimiento, quienes efectuarán el levantamiento de inventario al menos una vez al año.

Verificaciones

Art. 51.- La Dirección nombrará una comisión que se encargue de verificar las existencias físicas de productos farmacéuticos y medicinales, material médico quirúrgico e insumos no médicos en Almacén, Farmacia y diversos materiales en el Departamento de Mantenimiento. Los miembros de dichas comisiones, serán independientes al registro, custodia y control de los bienes, debiendo entregar un informe a la Dirección.

Rendición de fianzas

Art. 52.- Posterior al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, la Dirección verificará que estos rindan fianza.

En el acuerdo de rendición de fianza se definirán las personas que de conformidad a la función asignada rendirán fianza y el monto de la misma.



Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos

Art. 53.- Las áreas administrativas, financieras y operativas, deberán remitir oportunamente al contador institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generan para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

Conciliación periódica de registros

Art. 54.- Se efectuarán conciliaciones bancarias y confirmación de saldos mensuales, con el propósito de verificar los saldos, entre los registros contables y los auxiliares de Tesorería. A fin de detectar o prevenir errores en las cuentas y asegurar la exactitud de los movimientos de ingresos y gastos. Dichas conciliaciones deberán realizarse por un servidor independiente de sus registros y manejos, para asegurar la congruencia de las cifras.

Segregación de funciones incompatibles

Art. 55.- La Dirección evitará la asignación de funciones incompatibles en las unidades organizativas y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes, para que el control de las operaciones facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

Reglamento interno de recursos humanos

Art. 56.- El Reglamento Interno de Recursos Humanos constituye la base fundamental para el buen desarrollo del personal dentro del Hospital.

El Departamento de Recursos Humanos con la autorización de la Dirección del Hospital, dictará las políticas, métodos y procedimientos para una buena administración del recurso humano, políticas que deberán ser integradas en el Reglamento Interno de Recursos Humanos, el cual regulará el proceso de reclutamiento, selección, contratación, inducción, capacitación, promoción, cumplimiento de horarios, control de asistencia y permanencia; así como, la actualización de expedientes e inventarios del personal, basándose en las disposiciones legales vigentes.

En el caso de la rotación de personal en áreas claves, se desarrollará tomando en consideración el puesto, el cargo, las funciones, actividades y tareas, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

Documentos de soporte

Art. 57.- Toda actividad que se realice en las diferentes áreas del Hospital deberán estar debidamente sustentadas con la documentación idónea necesaria para justificar la pertinencia, legalidad y veracidad e identificar su naturaleza, finalidad y resultado de la operación. Será responsabilidad de cada jefe de Área, el resguardo y custodia de la documentación de respaldo.



Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Controles generales

Art. 58.- Los controles generales de las tecnologías de información y comunicación, incluyen actividades de control sobre la infraestructura tecnológica, seguridad de la administración de las bases de datos, adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, procesamiento de datos y herramientas tecnológicas; incluyen las medidas, políticas y procedimientos que permiten garantizar el funcionamiento continuo y correcto de los sistemas de información de las áreas de Estadística y Documentos Médicos en Salud, Almacén, Farmacia, Mantenimiento y Activo Fijo, están bajo la responsabilidad de la Dirección de Tecnología de Información y Comunicación del Ministerio de Salud.

Los sistemas utilizados en el Departamento de Recursos Humanos, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional y Unidad Financiera Institucional, son administrados por el Ministerio de Hacienda.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 59.- Las entidades que apoyan el cumplimiento de sus objetivos y procesos mediante tecnologías de información y comunicación, deberán seleccionar y desarrollar actividades de control para mitigar el riesgo por el uso de la misma.

Las actividades de control deberán estar basadas en estándares para el uso de la tecnología, las cuales pueden relacionarse de la siguiente forma:

- a. La tecnología apoya los procesos de la entidad: cuando está integrada en los procesos del Hospital, se necesitan actividades de control para mitigar el riesgo de un funcionamiento inadecuado
- b. La tecnología se utiliza para automatizar las actividades de control: muchas actividades de control de una organización están parcial o completamente automatizadas.

Políticas de seguridad

Art. 60.- La Dirección a través de las jefaturas responsables del resguardo de la información, deberá establecer políticas de seguridad de la información, que consiste en la especificación de los requisitos de control de acceso a la información, estableciendo las acciones que son permitidas o restringidas para la autenticación, integridad y confidencialidad de la información, las cuales consisten en:

- a. **Autenticidad:** mediante el identificativo de usuario y contraseña, firmas digitales o certificaciones realizadas por las autoridades legalmente reconocidas.

- b. **Integración:** garantizar que la información ha sido modificada por personas autorizadas.
- c. **Confidencialidad:** la privacidad de los datos, impidiendo que terceros puedan tener acceso a la información sin debida autorización. La privacidad o confidencialidad, se consigue mediante sistemas de cifrado o encriptación de la información.

Art. 61.- Los sistemas de información deberán dar apoyo a todas las actividades de la entidad y contar con los controles necesarios para asegurar su correcto funcionamiento y confiabilidad del procesamiento de transacciones.

Los sistemas de información deberán contar con mecanismos de seguridad de las entradas, procesamiento, almacenamiento y salida de la información, con una flexibilidad que permitan cambios.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

Políticas y procedimientos

Art. 62.- La Dirección con el apoyo de las jefaturas establecerán actividades de control a través de políticas y procedimientos que permitan su implementación.

Las políticas se refieren a los lineamientos establecidos para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno, los que deberán estar documentados.

Los procedimientos son las actividades definidas para implementar las políticas establecidas.

Las políticas y procedimientos deberán cumplir con los aspectos siguientes:

- a. Establecidos y realizados oportunamente.
- b. Incluir acciones preventivas y correctivas.
- c. Asignados al personal competente.
- d. Sujetos a evaluación periódica para mantenerlas actualizadas.



Normas sobre prestación de servicios médicos

Administración de medicamentos e insumos médicos

Art. 63.- El Comité Farmacoterapéutico es responsable de coordinar la administración de medicamentos e insumos médicos, tomando como base los lineamientos establecidos por la Dirección de Tecnología Sanitaria.

Servicios de atención ambulatoria

Art. 64.- La atención ambulatoria general y especializada es brindada por médicos generales y especialistas, conforme a guías clínicas y protocolos de atención al usuario, emitidos por el Ministerio de Salud. Debiendo ser coordinada y monitoreada por el médico jefe del Área de Consulta Externa, según el Reglamento General de Hospitales.

Servicios médicos hospitalarios

Art. 65.- La atención hospitalaria será brindada de acuerdo a capacidad resolutive institucional, según guías clínicas y protocolos de atención al usuario.

Servicios de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación

Art. 66.- Brindan apoyo, diagnóstico y tratamiento al usuario, basado en guías clínicas y protocolos de atención al usuario, siendo coordinados por jefaturas específicas.

Verificación y seguimiento de la calidad de atención

Art. 67.- Será responsabilidad de la Dirección y Unidad Organizativa de la Calidad, cumplir con los estándares, indicadores y política de calidad, con relación a la atención del usuario, cumpliendo con la misión, visión y objetivos institucionales.

CAPÍTULO IV INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Sistemas de información y comunicación

Información

Art. 68.- La información es necesaria para que el Hospital pueda llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. La institución, necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno; por lo que, la información es indispensable en todos niveles y dependencias del Hospital.

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

Será importante que la institución disponga de datos fiables para efectuar la planificación, preparar presupuestos y demás actividades institucionales. La información deberá ser de calidad y cumplir con los siguientes aspectos:

- a. **Contenido:** presenta toda la información necesaria.
- b. **Oportunidad:** se obtiene y proporciona en el tiempo adecuado.
- c. **Actualidad:** está disponible la información más reciente.
- d. **Exactitud:** los datos son correctos y confiables.
- e. **Seguridad:** es resguardada y protegida de manera apropiada.
- f. **Accesibilidad:** la información puede ser obtenida fácilmente por los usuarios.



Principio 13: Información relevante y de calidad

Información relevante y de calidad

Art. 69.- La Dirección y las jefaturas deberán desarrollar e implementar controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporte el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información deberá ser obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por la institución, de tal manera que contribuya al cumplimiento de los objetivos del Hospital.

Sistemas de información

Art. 70.- Los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Salud serán usados por la institución, de manera oportuna y veraz, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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

Los sistemas de información utilizados, de conformidad a los procesos implementados, proporcionan oportunidades para mejorar la efectividad, velocidad y acceso de la información a los usuarios.

Características de la información

Art. 71.- La información generada en las distintas divisiones, unidades, departamentos y secciones por medio de los sistemas de información adoptados en el Hospital, para que sea de calidad deberá cumplir con las siguientes características: oportuna, accesible, apropiada, protegida, válida, verificable y auténtica, para dirigir, ejecutar y controlar las operaciones, de manera eficiente; permitiendo la toma de decisiones y acciones adecuadas e inmediatas, según necesidades institucionales.

Principio 14: Comunicación interna

Art. 72.- La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna como externa.

Comunicación interna

Art. 73.- La Dirección y las jefaturas deberán establecer e implementar políticas y procedimientos que faciliten una comunicación interna efectiva, para apoyar el

funcionamiento del Sistema de Control Interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para tales efectos, la comunicación interna deberá permitir:

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

Niveles de comunicación

Art. 74.- La comunicación entre la Dirección, mandos medios y demás personal, deberá orientarse a proporcionar la información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones usualmente se refieren al cumplimiento de políticas y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Canales de comunicación

Art. 75.- Para que la información fluya a través de la organización deberán existir canales adecuados de comunicación. El Hospital deberá priorizar la implementación del uso de tecnologías de información y comunicación. Además, será necesario contar con canales para comunicaciones anónimas o confidenciales (Buzones de sugerencias), que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan reportar situaciones irregulares.

Efectividad de la comunicación

Art. 76.- La Dirección seleccionará la forma más adecuada de comunicación, tomando en cuenta: el receptor, el mensaje, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores. La claridad y efectividad de la comunicación, aseguran que el mensaje sea recibido y comprendido.

Existen algunas formas de comunicación más efectivas que otras; por esta razón, será necesaria una evaluación continua para determinar la efectividad de las comunicaciones, las cuales pueden ser:

- a. Circulares.
- b. Memorandos.
- c. correo electrónico.
- d. Acuerdos.



- e. Actas.
- f. Carteleras.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Mensajes de texto.
- i. Intranet.
- j. Transmisiones vía Internet.
- k. Grupos de WhatsApp.
- l. Sitios Web o publicaciones.
- m. Video conferencias.

La Dirección y jefaturas implementarán y mantendrán líneas recíprocas y constantes de comunicación para todas las unidades organizativas, usuarios internos y externos. Las instrucciones serán claras y por escrito, utilizando canales de comunicación definidos.

Le corresponderá a cada jefatura la permanente comunicación con el personal bajo su dependencia, a fin de garantizar el cumplimiento de sus responsabilidades y funciones para alcanzar los objetivos institucionales propuestos.

Principio 15: Comunicación externa

Comunicación externa

Art. 77.- La comunicación externa es un proceso que deberá incluir las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer institucional.

La comunicación con terceros permite que estos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con el Hospital. Al mismo tiempo, la información que reciba de terceros puede proporcionar datos importantes y confiables sobre el Sistema de Control Interno.

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

CAPÍTULO V ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN

Supervisión

Art. 78.- La supervisión implica la realización de evaluaciones independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno, incluidos los controles para verificar el cumplimiento de los principios de cada componente, están presentes y

funcionando adecuadamente en el Hospital, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

Los procesos serán supervisados, con el objeto de incorporar el concepto de mejoramiento; asimismo, el Sistema de Control Interno deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

Se deberá evaluar la calidad del desempeño de la estructura de control interno, considerando lo siguiente:

- a. Las actividades de supervisión, son realizadas en el curso de las operaciones de la institución.
- b. Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones.

Será importante establecer procedimientos que aseguren que cualquier deficiencia detectada, sea informada oportunamente para tomar las decisiones pertinentes.

El Sistema de Control Interno cambia constantemente, debido a la incorporación de nuevos empleados, restricciones de recursos, entre otros.

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

Evaluaciones continuas y/o independientes

Art. 79.- La Dirección del Hospital y las jefaturas seleccionarán, desarrollarán y llevarán a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 80.- Las evaluaciones continuas estarán integradas en los procesos desarrollados en los diferentes niveles del Hospital y proporcionarán información oportuna. El uso de las tecnologías de información y comunicación, apoya las evaluaciones continuas y permite una revisión eficiente y objetiva del desarrollo de las actividades y procesos.

Evaluaciones independientes

Art. 81.- Las evaluaciones independientes se ejecutarán periódicamente y podrán variar en alcance y frecuencia, dependiendo de la evaluación de riesgos, la efectividad de las evaluaciones continuas y de otras consideraciones de la Dirección.

Las evaluaciones independientes corresponderán a la Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Salud y Corte de Cuentas de la República, quienes evaluarán

periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno establecido; proporcionando cuando sea necesario recomendaciones para fortalecerlo.

Será responsabilidad de todas las jefaturas y personal en general, brindar a los auditores la colaboración oportuna y la información adecuada para que realicen su trabajo de auditoría.

De acuerdo a la estructura organizativa del Hospital, le corresponderá al jefe de cada unidad, asegurarse que los procedimientos de las distintas actividades y funciones que realiza su personal, sean aplicados adecuadamente, conforme a las disposiciones internas y externas establecidas.

Será responsabilidad de la Dirección y jefaturas del Hospital realizar actividades de monitoreo constante, previo y durante el proceso de ejecución de las transacciones y operaciones que se efectúan en el área de su competencia, a fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos definidos y determinar la validez y calidad del Sistema de Control Interno establecido, realizar acciones correctivas aplicables de manera oportuna; así como, mejorar los diferentes procesos.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Evaluación y comunicación de deficiencias

Art. 82.- Los resultados de las actividades de monitoreo del Sistema de control Interno, serán comunicados a la Dirección y jefaturas involucradas, para que se definan las causas y tomar las medidas correspondientes para solventarlo, conforme a los objetivos y recursos institucionales.

La Dirección comunicará las deficiencias de control interno de forma oportuna, a los responsables de los diferentes niveles de la organización, para que apliquen las medidas correctivas necesarias.

Una deficiencia es definida como una falla en uno o más componentes y principios relevantes, que reduce la probabilidad de lograr los objetivos.

El personal en general es responsable de comunicar a su superior jerárquico, las deficiencias detectadas en el desempeño de sus funciones y se tomen las decisiones pertinentes.

Asimismo, todas las evaluaciones que se realicen al Sistema de Control Interno del Hospital, por los jefes de cada unidad organizativa, Ministerio de Salud y Corte de Cuentas de la República, será documentado e informado al personal que corresponda para cumplir con las acciones correctivas.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Art. 83.- La revisión y actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital, estará a cargo de una Comisión nombrada por la Dirección, tomando en consideración los resultados de las evaluaciones continuas e independiente practicadas al Sistema de Control Interno.

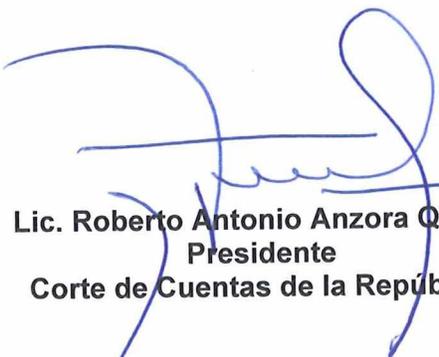
Art. 84.- El proyecto de modificación o actualización de las NTCIE, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 85.- La Dirección a través de la Comisión responsable de elaborar el Proyecto, divulgará las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional de Ilobasco, Departamento de Cabañas, a los jefes y estos a su personal a cargo, quienes estarán obligados a aplicar y vigilar el estricto cumplimiento.

Art. 86.- Deróguese el Decreto No. 31, emitido por la Corte de Cuentas de la República, el 29 de octubre de 2008, publicado en el Diario Oficial No. 203, Tomo 381, de fecha 29 de octubre de 2008.

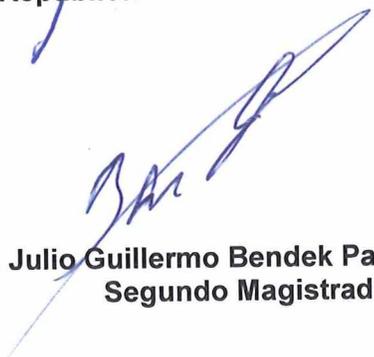
Art. 87.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los seis días del mes de junio del año dos mil veintidós.



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


Licda. María del Carmen Martínez Barahona
Primera Magistrada


Lic. Julio Guillermo Bendek Panameño
Segundo Magistrado