

DIARIO OFICIAL



DIRECTORA: Nilda Verónica Menéndez Gil

TOMO Nº 440 | SAN SALVADOR, MIERCOLES 13 DE SEPTIEMBRE DE 2023 | NUMERO 170

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

SUMARIO

Pág.	Pág.
ÓRGANO LEGISLATIVO	
Decreto No. 843.- Prolongación del Régimen de Excepción.....	3-6
ÓRGANO EJECUTIVO	
MINISTERIO DE HACIENDA	
RAMO DE HACIENDA	
Acuerdo No. 1591.- Se otorga a la sociedad Inchcape El Salvador, Sociedad Anónima de Capital Variable, los incentivos fiscales solicitados, contenidos en el artículo 8 incisos primero y segundo literal a) de la Ley de Fomento e Incentivos para la Importación y Uso de Medios de Transporte Eléctricos e Híbridos.	7-8
MINISTERIO DE ECONOMÍA	
RAMO DE ECONOMÍA	
Acuerdo No. 635.- Se otorga a la Asociación Cooperativa de Producción Agropecuaria Santa Clara Número Dos, de Responsabilidad Limitada, los beneficios que expresa el Artículo 72 de la Ley General de Asociaciones Cooperativas y 151 de su Reglamento.	9
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
Acuerdo No. 15-0831.- Se reconoce validez académica de estudios realizados en otro país.	10
ÓRGANO JUDICIAL	
CORTE SUPREMA DE JUSTICIA	
Acuerdos Nos. 652-D, 784-D, 793-D, y 794-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas.	11
Acuerdos Nos. 691-D, 701-D, 874-D, 875-D, 876-D, 877-D, 878-D, 879-D, 880-D, 881-D, 882-D, 885-D, 886-D, 887-D, 888-D, 889-D, 890-D y 891-D.- Suspensiones en el ejercicio de la función pública del notariado.	12-17
Acuerdos Nos.- 745-D, 753-D (2), 755-D, 757-D y 759-D.- Autorizaciones para ejercer las funciones de notario.	18
INSTITUCIONES AUTÓNOMAS	
CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA	
Decreto No. 10.- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional Rosales.	19-38
ALCALDÍAS MUNICIPALES	
Decretos Nos. 1, 2 y 3.- Ordenanzas Transitorias de Condonación de Intereses y Multas por Falta de Pago de las Obligaciones Tributarias, a favor de los municipios de San Luis La Herradura, San Carlos y San Dionisio.	39-46
Decreto No. 9.- Reforma a la Ordenanza Reguladora del Mercado Municipal de Ciudad Arce, departamento de La Libertad.	47
Reforma a los Estatutos de la Asociación, Agencia de Desarrollo Microregional de los Municipios de Ilopango, Soyapango y San Martín y Acuerdo No. 5, emitido por la Alcaldía Municipal de San Martín, autorizándola.	48

INSTITUCIONES AUTONOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

DECRETO No. 10

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

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad al Decreto No. 1, de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo No. 418, de fecha 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de 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 (conocido como COSO, por sus siglas en inglés).
- III. Que según el Art. 62 del referido Decreto, cada Institución Pública elaborará un proyecto de Normas Técnicas de Control Interno Específicas, según las necesidades, naturaleza y características particulares; el Art. 63 regula que dicho proyecto deberá ser remitidos 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 por 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 ROSALES

CAPÍTULO PRELIMINAR.

Objeto de las Normas Técnicas Institucionales

Art. 1.- El presente Reglamento contiene las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional Rosales, que puede abreviarse NTCIE y que en adelante se denominará las Normas, constituirá la pauta para el funcionamiento de las unidades organizativas de la estructura de la institución, en el desarrollo de planes, proyectos, programas y actividades. Asegurarán uniformidad en los procedimientos llevados a cabo por los diferentes servidores públicos, que en adelante se denominarán "empleados del Hospital".

Ámbito de aplicación

Art. 2.- Las presentes Normas serán aplicables a las diferentes unidades organizativas del Hospital Nacional Rosales, como marco básico que garantice la consecución de los objetivos institucionales y el uso eficiente de los recursos asignados. Para efecto de estas Normas, el Hospital Nacional Rosales, en adelante se denominará el "Hospital", de igual forma "la Dirección" en adelante se denominará "el director".

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 3.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, corresponderá al director, subdirector, jefes de División y demás jefaturas del Hospital, en el área de su competencia; así mismo, cada empleado del Hospital deberá cumplir y asumir las responsabilidades asignadas, según el cargo que desempeñe, a fin de garantizar el cumplimiento del mismo.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Se entenderá por Sistema de Control Interno a los procesos continuos e interrelacionados, para garantizar seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos institucionales, llevados a cabo por los empleados del Hospital, tales como: control operativo, administrativo y financiero, según su finalidad, previo, concurrente y posterior, desde el punto de vista de oportunidad; así mismo, comprenderá los: planes, políticas, estrategias, acuerdos, resoluciones, protocolos, guías, lineamientos, manuales, instructivos, procedimientos; entre otros establecidos en la institución.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los objetivos del Sistema de Control Interno son:

- a) Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en la ejecución de los planes, procesos, procedimientos y actividades.
- b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información dentro del Hospital.
- c) Cumplir las leyes, decretos, reglamentos, normas, acuerdos, resoluciones, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables, todo de acuerdo con las unidades organizativas.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 6.- Los componentes del Sistema de Control Interno son: entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de supervisión, los cuales se desarrollarán e implementarán a través de los principios siguientes:

a. Entorno de control:

Comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrollará el control interno en el Hospital.

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 iterativo, que sirve para identificar y evaluar los diferentes riesgos que pueden afectar el alcance de los objetivos institucionales; teniendo la consideración de 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 los 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 de la Administración para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

Principios:

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

d. Información y comunicación:

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

Principios:

1. Información relevante y de calidad.
 2. Comunicación interna.
 3. Comunicación externa.
- e. Actividades de supervisión:

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

Principios:

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

Seguridad razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno proporcionará una seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

CAPÍTULO I**ENTORNO DE CONTROL****Entorno de control**

Art. 8.- Es el ambiente donde se desarrollan las actividades y están influenciadas por factores internos y externos, tales como: antecedentes del Hospital, principios y valores, área de influencia, leyes y regulaciones aplicables.

Comprende las normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se desarrolla el Sistema de Control Interno en el Hospital, enfocado en el cumplimiento de los objetivos institucionales, constituyendo la base para el funcionamiento de los demás componentes del Sistema.

Principio 1: Compromiso con la integridad y valores éticos**Compromiso con los principios y valores éticos**

Art. 9.-El director y jefaturas en todos los niveles y dependencias del Hospital, demostrarán a través de sus actuaciones y conducta, la sujeción a la integridad y los valores éticos, para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Estándares de conducta

Art. 10.- Los estándares de conducta y valores éticos, están definidos en el Código de Ética, emitido y aprobado por el Ministerio de Salud, el cual será divulgado a todos los servidores del Hospital para su cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

Compromiso con la competencia profesional

Art. 11.- Los empleados del Hospital deberán caracterizarse por poseer un nivel de aptitud e idoneidad que les permita implantar, desarrollar y cumplir apropiadamente los controles internos y a la vez, deberán contar con el nivel de competencia profesional ajustado a sus responsabilidades.

El Director del Hospital a través del Departamento de Recursos Humanos, deberá establecer y apoyar las acciones que conduzcan al personal a lograr óptimos estándares de calidad, economía y eficiencia para el logro de objetivos y metas, en el desarrollo de sus funciones, de acuerdo al Manual de Organización y Funciones del Hospital.

Estilo de gestión

Art. 12.- El Director y Jefaturas del Hospital en el área de su competencia, deberán transmitir a todos los niveles de la organización de manera explícita, pertinente y permanente, su compromiso y liderazgo respecto a la misión, visión, controles internos, valores éticos y cumplimiento de objetivos y metas institucionales.

El Director y Jefaturas deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión que les permita administrar un nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control. Para tal efecto, deberán elaborar los respectivos análisis, valoración de riesgos y establecer actividades de control, para minimizar riesgos.

Seguimiento a desviaciones

Art. 13.- El Director y Jefaturas deberán atender y decidir de manera oportuna, sobre las desviaciones a los estándares de conducta establecidos en el Código de Ética y demás normativa aplicable, mediante las acciones preventivas, correctivas o sancionatorias.

Principio 2: Supervisión del Sistema de Control Interno**Establecimiento de la responsabilidad en la supervisión**

Art. 14.- El Director y Jefaturas serán responsables de la supervisión del Sistema de Control Interno, a fin de que sea suficiente y adecuado a la naturaleza y necesidades del Hospital.

Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno

Art. 15.- El Director a través de las unidades organizativas competentes, evaluará periódicamente el marco normativo en el que se sustenta el Sistema de Control Interno; revisando y actualizando los manuales, políticas, procedimientos y demás normativas que regulan los procesos operativos, administrativos y financieros, para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, efectuará u ordenará los ajustes correspondientes.

Art. 16.- El Director a través de las unidades organizativas competentes, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno.

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

Art. 17.- El Hospital posee una estructura organizativa debidamente aprobada por el titular, la cual facilita el cumplimiento de los fines y objetivos institucionales. Está conformada por las unidades organizativas necesarias, según su naturaleza, complejidad, el estilo gerencial que exige la atención médica especializada y el marco legal aplicable.

El Hospital contará con un organigrama institucional y por una unidad organizativa, los cuales deberán revisarse, evaluarse y actualizarse con base a las necesidades, estrategias, políticas, misión y visión institucional de forma periódica.

Establecimiento de funciones y competencias

Art. 18.- El Director ha emitido el Manual de Organización y Funciones, que incluye las líneas de autoridad y responsabilidad. Así mismo, el perfil y las competencias exigidas para el desempeño de cada puesto de trabajo, se encuentran contenidas en el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, emitido por el Ministerio de Salud (MINSAL), a fin de permitir la supervisión y el flujo de información.

Autoridad y responsabilidad**Unidad de mando**

Art. 19.- En los manuales de Organización y Funciones, se deberá establecer claramente las líneas de autoridad y responsabilidad de cada empleado, los cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad, de acuerdo a lo establecido en el organigrama vigente.

Delegación de autoridad

Art. 20.- En ausencia de la jefatura de unidad organizativa, la responsabilidad será delegada a la jefatura inmediata superior.

Separación de funciones incompatibles

Art. 21.- Las funciones de las diferentes áreas o unidades organizativas, deberán separarse de tal manera que exista independencia entre la persona que autoriza, ejecuta, registra y custodia.

Art. 22.- El Director delega mediante acuerdo, la autoridad y responsabilidad; asegurándose de la adecuada segregación de funciones en cada nivel de la estructura organizativa:

- a. El Director será el responsable de las funciones que delegue; por lo que, deberá supervisarlas de forma periódica y en caso de desviaciones, efectuar los ajustes pertinentes.
- b. Las jefaturas emiten instrucciones escritas, para facilitar al personal el cumplimiento de sus responsabilidades.

- c. El personal deberá cumplir con las instrucciones emitidas por las jefaturas y poseer una adecuada comprensión de:
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 a sus funciones y competencias.
 4. Canales de comunicación.
 5. Actividades de supervisión existentes.

Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano**Establecimiento de políticas y prácticas**

Art. 23.-Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están definidas en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos y del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, ambos del Ministerio de Salud (MINSAL) y otros documentos técnicos que regulan las actividades operativas, administrativas y financieras; las cuales deberán ser cumplidas por los empleados, en función de los objetivos institucionales.

La competencia, consiste en la capacidad del personal para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, requiere de habilidades relevantes y pericia, obtenidas a lo largo de la experiencia profesional, capacitaciones actualizadas en temas relacionados a las funciones asignadas; los cuales deberán ser incorporados en el Plan de Formación y Educación Permanente (Plan de Capacitación) de la Unidad de Desarrollo Profesional, a fin de que mejoren los procesos de la institución y facilitar la obtención de certificaciones en áreas especializadas, que de acuerdo a las funciones asignadas, sean requeridas.

Lo anterior, será manifiesto a través de las actitudes, conocimientos y comportamiento de los empleados del Hospital, en el desarrollo de sus funciones y responsabilidades.

Evaluación de competencias

Art. 24.- El Director a través de la Jefatura inmediata y con apoyo del Departamento de Recursos Humanos, evaluará periódicamente las competencias del talento humano, conforme lo establecido en el perfil del puesto y tomará las acciones necesarias para corregir las desviaciones, según los resultados obtenidos.

Incentivos

Art. 25.- El Director por medio de la aplicación de la política de incentivos, deberá establecer programas y realizar eventos especiales para que el personal mejore el desempeño y la imagen institucional; los cuales, además de contribuir con el logro de los objetivos, cumpla con la normativa vigente.

Planes de contingencia

Art. 26.- El Director a través de las Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, establecerá planes de contingencia para que las acciones de personal afecten lo menos posible la consecución de los objetivos, especialmente aquellos que sean de impacto y con alta probabilidad de ocurrencia.

Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades**Responsabilidad sobre el control interno**

Art. 27.- El Director velará porque el personal cumpla las responsabilidades designadas en el Reglamento Interno de las Unidades y Departamentos de Recursos Humanos; así como, del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, ambos del Ministerio de Salud (MINSAL); atendiendo los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos del Sistema de Control Interno.

El Director como responsable del diseño, implementación y aplicación del control interno, a través de cada jefatura, 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 la consecución de los objetivos.

Incentivos

Art. 28.- El Director por medio de la aplicación de la política de incentivos, establecerá las acciones apropiadas y factibles para el personal que realice actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos a corto, largo plazo y normativa. Estos incentivos podrán ser otorgados en eventos especiales.

Evaluación del desempeño

Art. 29.- El Director establecerá y aplicará en cumplimiento a la normativa del Ministerio de Salud (MINSAL) y bajo la coordinación del Departamento de Recursos Humanos, evaluaciones semestrales de desempeño al personal de forma sistemática, a fin de medir el cumplimiento de las funciones y actividades programadas para el logro de los objetivos del Hospital.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades del personal o ejercer medidas disciplinarias necesarias.

CAPÍTULO II.**EVALUACIÓN DE RIESGOS.****Evaluación de riesgos**

Art. 30.- Es un proceso dinámico e iterativo, para identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos; considerando los niveles de aceptación o tolerancia, establecidos por la institución.

Principio 6: Establecimiento de objetivos institucionales**Objetivos institucionales**

Art. 31.- El Director y las 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, los cuales están contenidos en el Manual de Organización y Funciones, 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 organización.

Objetivos estratégicos

Art. 32.- El Director y Jefaturas formularán el Plan Estratégico Institucional, basándose en las directrices emanadas del Ministerio de Salud (MINSAL), las cuales están en función de la misión, visión y valores que condicionan las acciones que se llevarán a cabo para la mejora de las actividades y el desempeño institucional, que generalmente se diseñan para un plazo de cinco años.

Objetivos operativos

Art. 33.- El Director y Jefaturas realizarán el Plan Anual Operativo de forma participativa, con acciones concretas, tendientes a lograr el cumplimiento de los objetivos generales y por ende, el alcance de la visión institucional; para ello, deberá efectuar un examen exhaustivo de la situación actual, análisis del entorno y de las características internas significativas y realizar una valoración de los riesgos, como componente del Sistema de Control Interno.

Todas las unidades organizativas elaborarán oportunamente sus planes anuales operativos, en los que se definirán sus propios objetivos y metas, orientados al logro de los objetivos institucionales. Estos planes deberán considerar los indicadores de resultados o desempeño, que permitirán la evaluación de los mismos.

A fin de realizar acciones preventivas o correctivas, que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales, la jefatura inmediata evaluará la ejecución de los planes de la unidad organizativa a cargo, por lo menos una vez al año. Los planes anuales operativos de las unidades organizativas que dependan del titular, serán evaluados por éste. Todas las actividades de seguimiento y evaluación que se ejecuten, deberán estar debidamente documentadas.

El Director a través de la Unidad de Planificación, será responsable de integrar los planes anuales operativos de las diferentes jefaturas del Hospital, al Plan Operativo Institucional.

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, el Director y Jefaturas deben identificarlos y analizarlos anualmente, 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 del riesgo

Art. 36.- El proceso de identificación de riesgos es integral, en el que se consideran las interacciones significativas de recursos, servicios e información. Los riesgos son generados internamente, riesgos internos y por el entorno próximo y remoto de la entidad, riesgos externos.

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

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

Los riesgos externos pueden ser:

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

Análisis de riesgos

Art. 37.- El Director y Jefaturas Operativas, Administrativas y Financieras, efectuarán el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad como el entorno próximo y remoto. Este proceso deberá incluir la evaluación de la probabilidad de que ocurra un riesgo, el impacto que causaría y su importancia para la consecución de los objetivos.

Se deberá estimar la probabilidad de los riesgos identificados, con el fin de valorar el impacto en el cumplimiento de los objetivos. Esta estimación comprende tres variables: probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones se puede construir una matriz para determinar los riesgos prioritarios:

- a. La importancia de cada riesgo en su control interno, se basa en la probabilidad de ocurrencia y en el impacto que puede causar en la institución.
- b. El impacto se refiere a: expresar en términos cuantitativos 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.

- c. La velocidad del riesgo se refiere a la rapidez con la que el impacto se evidenciará.
- d. La persistencia se refiere a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo

Art. 38.- Analizados los riesgos, el director y jefaturas de operación, administración y financieras, 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.

Principio 8: Evaluación del riesgo de fraude

Riesgo de fraude

Art. 39.- El Director y Jefaturas de Operación, Administración y Financieras, al evaluar los riesgos considerarán la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos. Para ese fin, deberán considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

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

Cambios que afectan el Sistema de Control Interno

Art. 40.- El Director y Jefaturas identifican, analizan y evalúan 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 establezca controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos del Hospital, éstos podrían referirse a lo siguiente:

- a. Ambiente externo.
- b. Medio ambiente.
- c. Asignación de nuevas funciones a las áreas o al personal.
- d. Adquisiciones, permutas y subasta.
- 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.
- h. Cambios en aplicación de protocolos y guías de atención.

CAPÍTULO III.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Actividades de control

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

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

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.- El Director y Jefaturas 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 la consecución de los objetivos.

Las actividades de control incluyen controles manuales y automatizados. El control previo y concurrente, es desarrollado por los servidores responsables de las operaciones y el control interno posterior, está a cargo de la Auditoría Interna y Externa.

Factores que influyen en el diseño e implementación

Art. 43.- Los factores específicos de cada área de gestión del Hospital, influirán en el diseño e implementación de las actividades de control necesarias para apoyar el Sistema de Control Interno, entre los que están:

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

Procesos relevantes

Art. 44.- El Director y Jefaturas definirán las actividades de control aplicables a los procesos operativos, administrativos y financieros; así como, del Hospital y sus áreas.

Los controles estarán orientados a:

- a. Lograr eficiencia, economía, efectividad y transparencia de las operaciones.
- b. Confiabilidad, pertinencia y oportunidad de todo tipo de información.
- c. 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 del Hospital, 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.

Tipos de actividades de control

Art. 46.- El Director y Jefaturas implementarán las actividades de control relacionadas entre otros, con los aspectos siguientes:

- a. Autorizaciones y aprobaciones.
- b. Verificaciones.
- c. Administración de fondos y bienes.
- d. Revisión de informes.
- e. Comprobación de datos.
- f. Controles físicos.
- g. Rendición de fianzas.
- h. Indicadores de rendimiento.
- i. Estándares de calidad.

- j. Segregación de funciones incompatibles.
- k. Documentación de actividades.
- l. Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos.
- m. Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
- n. Conciliaciones.
- o. Rotación de personal en las tareas claves.
- p. Función de auditoría independiente.
- q. Autoevaluación de controles.
- r. Comités institucionales.
- s. Actualizaciones de los controles establecidos.
- t. Planes de contingencia.
- u. Informes de resultados.
- v. Uso de tecnologías de información y comunicación.
- w. Asistencia y permanencia de personal.

Autorizaciones y aprobaciones

Art. 47.- El Director y Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, han emitido y autorizado por escrito las Políticas y Procedimientos de Control, relativos a las autorizaciones y aprobaciones; asimismo, las respectivas modificaciones y/o actualizaciones que sean necesarias.

La dirección y demás jefaturas de todas las unidades organizativas son responsables de divulgarlas, cumplirlas y actualizarlas en función a las necesidades institucionales.

El Hospital a través del Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, emitido por el Ministerio de Salud, cumple con lo definido respecto a los niveles jerárquicos para autorización y aprobación de operaciones y así garantizar un control razonable sobre los activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

Verificaciones

Art. 48.- El Director a través de las jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, vigilan el estricto cumplimiento de lo establecido en la Normativa, en cuanto a las verificaciones de los recursos con que cuenta el Hospital, sean éstos en propiedad o en custodia que correspondan a programas o proyectos. Para el caso, los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes, Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustibles, Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, en cuanto a las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de bienes, etc.

En casos especiales o cuando sea requerido, el director nombrará comisiones que se encarguen de las verificaciones físicas de las existencias de bienes de consumo y de los bienes muebles e inmuebles. Los miembros de dichas comisiones, serán independientes al registro, custodia y control de los bienes.

El resultado de las verificaciones físicas será conciliado con los registros contables; de existir diferencias, se tomarán las medidas establecidas en la Normativa según lo dicta el Manual Técnico para la Conciliación Periódica de Registros.

Administración de fondos y bienes

Art. 49.- El Director ha nombrado mediante acuerdo a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes dan cumplimiento a los procedimientos establecidos en el Manual Técnico para la Administración Financiera del Estado, Control de Fondos y Bienes y toda la normativa aplicable, en cuanto a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Revisión de informes

Art. 50.- El Director y Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, efectúan revisión de los informes generados en las diferentes áreas de la institución, según su competencia, para verificar su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

Comprobación de datos

Art. 51.- El Director y Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, efectúan medidas periódicas para asegurar que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados y sean comprobables, de tal forma que justifique e identifique la naturaleza, finalidad y resultado de la operación según corresponda.

Controles físicos

Art. 52.- El Director a través de las jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, vigilan por el estricto cumplimiento de lo establecido en los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes, Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible, los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, en cuanto a la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo, realizándose el levantamiento de inventario, por lo menos una vez al año.

En casos especiales o cuando sea requerido, el director a través de las respectivas jefaturas, realiza la verificación física de bienes muebles, inmuebles y existencias de consumo.

El resultado de las verificaciones físicas es conciliado con los registros contables, de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en la normativa, según lo dicta el Manual Técnico para la Conciliación Periódica de Registros.

El auditor interno efectúa control de los bienes, fondos y valores institucionales, mediante la práctica de arquezos sorpresivos, los cuales realizará de forma periódica, dejando constancia escrita y firmada por los participantes en el procedimiento.

Rendición de fianzas

Art. 53.- Previo al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, el director solicitará al Departamento de Recursos Humanos, la incorporación respectiva para que éstos rindan fianza a favor del Hospital; para el caso en el Acuerdo de nombramiento, se definirán las personas que de conformidad a la función asignada deban rendir fianza y el monto de la misma.

Finalizado el proceso, el Departamento de Recursos Humanos notificará por escrito a la Dirección, sobre la incorporación a la póliza para la debida verificación por parte del director.

Indicadores de rendimiento

Art. 54.- El Director con el Consejo Estratégico de Gestión, en cumplimiento de la normativa vigente emitida por el Ministerio de Salud, tales como: Lineamientos Técnicos de Mejora Continua de la Calidad en Hospitales, de las Redes Integrales e Integradas de los Servicios de Salud (RIISS), y Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios y Reglamento General de Hospitales, como responsables de la implementación de la Estrategia de Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Hospitalarios, han adoptado los indicadores de rendimiento que como institución le corresponden según su misión, establecidos en dicha normativa, para evaluar el cumplimiento de los correspondientes estándares de calidad.

Así como también, han implementado otros indicadores de rendimiento no especificados en dichos documentos, pero posibilitados y necesarios para evaluar estándares propios del nivel de atención, y así con dichos instrumentos poder dar cumplimiento al Programa Nacional de Mejora Continua de la Calidad en las instituciones ministeriales. Los indicadores se encuentran descritos en los planes estratégicos y operativos de las correspondientes áreas de atención.

Estándares de calidad

Art. 55.- El Director Hospitalario y el Consejo Estratégico de Gestión, en cumplimiento de la normativa del Ministerio de Salud vigente, también han adoptado la evaluación de cumplimiento de los estándares de calidad que como institución le corresponden según su misión; así como, de adopción de otros permitidos según su nivel de atención y que, según el grado de cumplimiento o falla, se abordará lo evaluado con el Modelo de Mejora Continua de la Calidad.

Para coordinar y controlar lo que como institución corresponde del Programa Nacional de Mejora Continua de la Calidad, se ha creado y se mantiene fortalecida la Unidad Organizativa de Calidad (UOC), la cual depende jerárquicamente de la Dirección y es la encargada de recopilar y elaborar el informe mensual del grado de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el Hospital y de asesorar al Consejo Estratégico de Gestión en la elaboración de Planes de Mejora en la Atención.

Segregación de funciones incompatibles

Art. 56.- El Director y las Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, deben evitar la asignación de funciones incompatibles en las unidades organizativas y con alcance a sus servidores, separándose de tal manera que exista independencia entre las funciones de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

Toda rotación de personal deberá realizarse, tomando en cuenta lo normado en este artículo. Así mismo, si las unidades organizativas que por su limitado personal tengan que agrupar funciones, deberán cuidar de no acumular el proceso de custodia, registro y autorización en un solo empleado o funcionario, debiendo buscar alternativas de segregación.

Documentación de actividades

Art. 57.- Las actividades realizadas en las diferentes áreas, estarán debidamente documentadas para efectos de evidenciar el desarrollo de los procesos, facilitar la supervisión, validar los resultados y verificación posterior.

Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos económicos

Art. 58.- Las áreas operativas, administrativas y financieras, remitirán oportunamente al contador institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generan, para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

Acceso restringido a los recursos, activos y registros

Art. 59.- El Director y las Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, respecto a los recursos, activos y registros, emitirán por escrito el acceso restringido a los mismos, otorgándoseles permiso solo a las personas autorizadas, quienes estarán obligadas a firmar actas o cualquier otro formulario con las cuales se responsabilizan de su utilización y custodia. Los activos están debidamente registrados y se cotejan las existencias físicas con los registros contables para verificar su coincidencia y prevenir riesgos de pérdidas, uso indebido u otras irregularidades asociadas.

Para el caso de los Lineamientos Técnicos para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes, Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustibles, los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud y Manual Técnico de Administración Financiera del Estado, se define la restricción en el acceso a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables de la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

Conciliaciones

Art. 60.- El Director y las Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, han de asegurarse que se realicen verificaciones y conciliaciones periódicas de los registros, contra los documentos fuentes respectivos, para determinar la exactitud y pertinencia de éstos, y enmendar cualquier error u omisión que se haya cometido en el procesamiento de los datos. Las conciliaciones deberán realizarse entre los registros y los documentos que den origen a las anotaciones respectivas; así como, entre los registros de las unidades organizativas del Hospital, para la información financiera, administrativa y estratégica propia de la gestión institucional.

En el Manual Técnico para la Conciliación Periódica de Registros, se definen los procedimientos de conciliación periódica de los registros administrativos de fondos, bienes y derechos con los registros contables, por un servidor independiente de su registro y manejo, para asegurar la congruencia de las cifras y de existir diferencias, investigar las causas y los servidores responsables, para tomar las medidas correctivas necesarias.

Las conciliaciones bancarias se efectuarán previo al cierre de cada mes, ratificándose el primer día hábil del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por el servidor que las elaboró.

Rotación de personal en las tareas claves

Art. 61.- El Director a través de las Jefaturas, ha definido procedimientos de rotación de personal en áreas claves, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable.

Función de auditoría interna independiente

Art. 62.- El Director garantiza que la función de auditoría interna se desarrolle de manera independiente, para que sus evaluaciones del Sistema de Control Interno, contribuyan a lograr y mantener la eficacia de las medidas de control establecidas, para mitigar los riesgos existentes.

Autoevaluación de controles

Art. 63.- El Director y los Jefes de las áreas operativas, administrativas y financieras, implementan, ejecutan y supervisan controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno, aplicables a los procesos y funciones bajo su responsabilidad y área de competencia.

Comités institucionales

Art. 64.- La Unidad Organizativa de Calidad (UOC) a través del visto bueno del director, deberá velar que los comités establecidos en el Reglamento General de Hospitales y otros, que según su nivel de atención requiera el Programa Nacional de Mejora Continua de la Calidad.

La participación de los empleados del Hospital en los diferentes comités, será de forma voluntaria y estará sujeta al cargo que desempeñen o según disposición de la Dirección; de tal manera que, se constituyan equipos calificados y efectivos para cumplir los objetivos para los cuales son creados.

Cada Comité elaborará su Manual de Organización y Funcionamiento, designará un Coordinador e informará las acciones y resultados al director y/o a la Unidad Organizativa de Calidad.

También se crearán los comités y comisiones en cumplimiento de cuerpos normativos vigentes, que tendrán su dependencia según se establezca. Además, se crearán comisiones ad-hoc cuando la Dirección así lo decida, a fin de resolver problemas de funcionamiento.

Actualización de los controles establecidos

Art. 65.- El Director y los Jefes de las áreas operativas, administrativas y financieras, serán responsables de verificar de forma periódica que los controles establecidos, de acuerdo a las operaciones que realizan, son funcionales o si deben ser actualizados.

Los resultados de las evaluaciones deberán comunicarse al jefe inmediato, gestionando las modificaciones necesarias de forma oportuna, para minimizar los riesgos y asegurar la efectividad del control.

Planes de contingencia

Art. 66.- El Director a través de las áreas Administrativa y de Planificación, formulará y mantendrá actualizado los planes de contingencia para el resguardo y protección de personas, bienes e información, asegurando la continuidad de las operaciones ante eventos que podrían alterar el normal funcionamiento para la minimización de los riesgos no previsible, críticos o de emergencia y facilitar la recuperación de las actividades normales.

Informes de resultados

Art. 67.- El Director y las Jefaturas de las áreas operativas, administrativas y financieras, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, con la periodicidad que establece el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo, emitido por el Ministerio de Salud y los planes operativos o cuando sean requeridos por entes reguladores o por el jefe inmediato; los que deberán ser presentados internamente a la Unidad de Planificación, para efectos de consolidación y medición de resultados y externamente según sea requerido.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 68.- El Director a través del jefe del Área de Informática, ha establecido el Manual de Políticas y Procedimientos de las Tecnologías de Información, que define los controles aplicables al procesamiento electrónico de datos, con el propósito de salvaguardar el diseño, ciclo de operación y desarrollo de los sistemas; así como, la utilización de los sistemas operativos y equipos tecnológicos.

Los niveles de autoridad, responsabilidad y separación de funciones, están reflejados en los permisos de acceso otorgados sobre los sistemas y tecnología de información.

La seguridad de la información es gestionada por el Área de Informática, en todos los niveles de la organización, con base a lo determinado en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información, que define las necesidades operativas que garantizan el cumplimiento de los siguientes objetivos para la información:

- a. Confidencialidad: se garantiza que la información sea accesible sólo a aquellas personas autorizadas a tener acceso a la misma.

- b. Integridad: se salvaguarda la exactitud y totalidad de la información y métodos de procesamiento.
- c. Disponibilidad: se garantiza que los usuarios autorizados tengan acceso a la información y a los recursos relacionados con la misma, toda vez que lo requieran.

Asistencia y permanencia de personal

Art. 69.- El Director y Jefaturas vigilan el cumplimiento de lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, relativo al control de asistencia, puntualidad y permanencia de los empleados del Ministerio de Salud, en el cual se establece el mecanismo de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en su lugar de trabajo; los jefes en las diferentes áreas son responsables de verificar su cumplimiento. Así como, lo establecido en las Políticas relativas al Departamento de Recursos Humanos.

Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

Controles generales

Art. 70.- Los controles generales de las tecnologías de información y comunicación, se encuentran documentados en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información, aquí se 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.

Uso de tecnologías de información y comunicación

Art. 71.- El Hospital a través de la Unidad de Informática, apoyará el cumplimiento de sus objetivos y procesos mediante tecnologías de información y comunicación, seleccionando y desarrollando actividades de control para mitigar el riesgo por el uso de la misma.

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

- a. La tecnología apoya a los procesos del Hospital: cuando la tecnología 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.

Políticas de seguridad

Art. 72.- El Director en conjunto con las jefaturas del Hospital, deberán 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, confidencialidad y no repudio de la información, que consiste 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.
- d. No repudio: debe existir evidencia de que un mensaje se envió en realidad. Los mecanismos de no repudio, consisten en la existencia de validez legal de la firma digital.

Art. 73.- Los sistemas de información deberán dar apoyo a todas las actividades del Hospital, 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 o modificaciones cuando sean necesarios y estén debidamente autorizados, manteniendo las huellas de auditoría requeridas para efectos de control de las operaciones.

Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno**Políticas y procedimientos**

Art. 74.- La Dirección del Hospital ha establecido 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, las que están documentadas en el Manual de Procedimientos de la Unidad de Informática y demás instrumentos técnicos debidamente autorizados. 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.

CAPÍTULO IV**INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN****Información**

Art. 75.- La información es necesaria para que el Hospital pueda llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y documentar el logro de sus objetivos. El Hospital necesita información relevante y de calidad, tanto de fuentes internas como externas, para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno.

La información es necesaria para que el Hospital lleve a cabo las actividades de control interno, que apoyan el cumplimiento de los objetivos; por lo que, es indispensable en todos los niveles y unidades organizativas del Hospital.

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

Será importante que el Hospital disponga de datos fiables para efectuar la planificación, preparar presupuesto 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.

Comunicación

Art. 76.- La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información necesaria, relevante y de calidad, tanto interna como externa.

La comunicación interna: es la información que se difunde a través de todo el Hospital, que fluye en sentido ascendente y descendente en todos los niveles, puede realizarse de manera física o digital, utilizando los canales o medios establecidos por la institución.

La comunicación externa: tiene dos finalidades: comunicar de afuera hacia el interior del Hospital, la información externa relevante y proporcionar información importante de adentro hacia afuera, en respuesta a las necesidades y expectativas de grupos de interés.

Principio 13: Información relevante y de calidad**Información relevante y de calidad**

Art. 77.- El Director en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, ha desarrollado e implementado controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporta el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

La información es obtenida y sintetizada a partir de las actividades y procesos desarrollados por el director y las jefaturas, de tal manera que contribuya a la consecución de los objetivos de la institución.

Sistemas de información

Art.78.- El Hospital a través del director y las jefaturas, ha desarrollado sistemas de información para obtener, capturar y procesar datos de fuentes, tanto internas como externas, a fin de convertirlos en información significativa y procesable, que cumpla con los requerimientos definidos de información.

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

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

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

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

Principio 14: Comunicación interna**Comunicación interna**

Art. 79.- El Director 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 esos efectos, la comunicación interna debe permitir:

- a. Que el personal del Hospital conozca su rol en el cumplimiento de los objetivos institucionales, y tenga acceso a la información que sirve para el desarrollo 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. 80.- La comunicación entre el director y las jefaturas de División, unidades, departamentos, secciones, servicios y demás personal, deberá estar orientada a proporcionar información necesaria, para ejercer la supervisión sobre las responsabilidades del Sistema de Control Interno. Las comunicaciones usualmente se refieren al cumplimiento de políticas, procesos y procedimientos; así como, a cambios o problemas identificados en el Sistema.

Las comunicaciones deberán ser frecuentes, a fin de que el director y las jefaturas en su área de competencia, analicen el impacto de sus resultados sobre la consecución de objetivos institucionales, para que tome la decisión adecuada y oportuna, en caso de un control interno inefectivo.

Canales de comunicación

Art. 81.- Para que la información fluya efectivamente en el interior del Hospital, deberán existir canales adecuados de comunicación, a través de medios escritos y de tecnologías de información y comunicación. Además, se cuenta con canales para comunicaciones anónimas o confidenciales, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios brindados puedan proporcionar sugerencias encaminadas a mejorar la atención o reportar situaciones irregulares. Entre los canales de comunicación a utilizar están: comunicación escrita interna y externa, redes sociales, cuentas de correo electrónico, página Web, etc.

Efectividad de la comunicación

Art. 82.- El Director y las Jefaturas seleccionarán los medios adecuados de comunicación, teniendo en cuenta: el receptor, 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. Existen formas de comunicación más efectivas que otras; por esta razón, es necesaria una evaluación continua para determinar la efectividad de las comunicaciones.

Algunos medios de comunicación son:

- a. Circulares.
- b. Memorándum.
- c. Correo electrónico.
- d. Acuerdos.
- e. Actas.
- f. Cartelera.
- g. Reuniones de trabajo.
- h. Noticias.
- i. Mensaje de texto.
- j. Intranet.
- k. Trasmisiones vía Internet.
- l. Sitios Web o publicaciones.
- m. Video conferencias.

Principio 15: Comunicación externa**Comunicación externa**

Art. 83.- Para realizar la comunicación externa, el director en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, ha establecido las políticas y procedimientos para obtener y recibir información relevante y oportuna de fuentes externas, relacionadas con el quehacer del Hospital.

La comunicación con terceros, permite que éstos comprendan los eventos, actividades y circunstancias que puedan afectar su interacción con el Hospital. Al mismo tiempo, la información que la institución reciba de terceros, puede ser importante y confiable sobre el Sistema de Control Interno.

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

Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deben asegurar el no repudio, aportar pruebas de que un mensaje se envió en realidad y la existencia de validez legal de la firma digital.

CAPÍTULO V.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN.

Supervisión

Art. 84.- La supervisión implica la realización de evaluaciones continuas e 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.

Todo proceso deberá ser supervisado, con el fin de incorporar el concepto de mejoramiento continuo; asimismo, el Sistema de Control Interno deberá ser flexible para reaccionar ágilmente y adaptarse a las circunstancias.

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

- a. Las actividades de supervisión son realizadas continuamente por el director y las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, y por los ejecutores de los procesos y procedimientos en el curso ordinario de las operaciones del Hospital.
- b. Implementación de evaluaciones independientes.
- c. Toma de acciones respecto a deficiencias reportadas en las evaluaciones del Sistema de Control Interno.
- d. Rol asumido por el personal de la institución en los niveles de control.

Es importante establecer procesos y procedimientos, que aseguren que cualquier deficiencia detectada que pueda afectar al Sistema de Control Interno, sea informada oportunamente para tomar las decisiones pertinentes.

El Sistema de Control Interno cambia constantemente, debido a que los procesos y procedimientos que eran eficaces en un momento, pueden perder su validez por diferentes motivos, como la incorporación de nuevos empleados, restricciones de recursos entre otros.

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

Evaluaciones continuas o independientes

Art. 85.- El Hospital desarrolla y lleva a cabo evaluaciones continuas e independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

Evaluaciones continuas

Art. 86.- El Hospital ha integrado en los procesos administrativos, financieros y operativos, las evaluaciones continuas que le permiten contar con información oportuna sobre los resultados de las actividades encomendadas a cada unidad organizativa; así como, tomar acciones para anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Control Interno.

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. 87.- El Hospital es sujeto a evaluaciones independientes por parte de su Unidad de Auditoría Interna, Corte de Cuentas de la República y otras instancias, estas evaluaciones se ejecutan periódicamente y determinan si cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno, es desarrollado de manera efectiva.

Existen diferentes enfoques para llevar a cabo las evaluaciones independientes, algunos de los cuales son:

- a. Auditoría interna.
- b. Auditoría externa.

- c. Entre pares.
- d. De comités.

El alcance y frecuencia de las acciones de control que realiza la Unidad de Auditoría Interna, dependen de los resultados de la evaluación de riesgos y de la efectividad de las evaluaciones continuas.

Combinación de evaluaciones

Art. 88.- El Director y las Jefaturas de conformidad a la naturaleza y magnitud del Hospital, deberán seleccionar, desarrollar y llevar a cabo una combinación de evaluaciones continuas e independientes.

Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

Evaluación y comunicación de deficiencias

Art. 89.- El Director en coordinación con las jefaturas, evaluarán y comunicarán las deficiencias de control interno de forma oportuna, a los responsables de los diferentes niveles jerárquicos del Hospital, 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 que la institución logre sus objetivos.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES FINALES

Art. 90.- Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno del Hospital, las unidades organizativas deberán revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procesos, procedimientos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes, para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

Art. 91.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional Rosales, será realizada considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno; esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el director.

Art. 92.- Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional Rosales, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial. El Director y las Jefaturas del Hospital serán los responsables de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas al personal; así como, de la aplicación de las mismas.

Art. 93.- Derógase el Decreto No. 08, que contiene las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional Rosales, publicado en el Diario Oficial, Tomo No. 403, de fecha 7 de mayo de 2014.

Art. 94.- El glosario de términos relacionados con las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional Rosales, forman parte del presente Reglamento.

Art. 95.-El presente Decreto, entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los diecinueve días del mes de abril de 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.

GLOSARIO:

- a) **Administración pública:** Comprende los Órganos Legislativo, Ejecutivo y Judicial, las instituciones oficiales autónomas y descentradas, las municipalidades y las demás instituciones del Estado.
- b) **Ad honórem:** Es una locución latina que se usa para caracterizar cualquier actividad que se lleva a cabo sin percibir ninguna retribución económica, pero con las responsabilidades propias de la función correspondiente en la institución.
- c) **Bienes:** Activos de cualquier tipo, muebles o inmuebles, tangibles o intangibles.
- d) **Canales de comunicación:** Es el medio de transmisión por el que viajan las señales portadoras de la información, que pretenden intercambiar el emisor y receptor. Es frecuente referenciarlo también como canal de datos.
- e) **Corrupción:** Es el abuso del cargo y de los bienes públicos, cometidos por el servidor público, por acción u omisión, para la obtención de un beneficio económico o de otra índole, para sí o a favor de un tercero.
- f) **Empleado público:** Persona natural que presta temporal o permanentemente servicios dentro de la administración pública y que actúan por orden o delegación del funcionario o superior jerárquico, dentro de las facultades establecidas en su cargo.
- g) **Fondos públicos:** Son los provenientes de la hacienda pública que se utilizan para el cumplimiento de funciones, finalidades, potestades o actividades de naturaleza pública.
- h) **Función pública:** Toda actividad temporal o permanente, remunerada o ad-honorem, realizada por una persona natural en nombre del Estado, al servicio de éste o de sus entidades en cualquiera de sus niveles jerárquicos.
- i) **Funcionario público:** Persona natural que presta temporal o permanentemente servicios dentro de la administración pública, con facultad para tomar decisiones en las atribuciones de su cargo.
- j) **Interpósita:** Persona interpuesta; el que hace algo por otro que no puede o no quiere ejecutarlo.
- k) **Iterativo:** Que se repite o se ha repetido varias veces.
- l) **Normativa externa:** Instrumentos de origen externo que impactan los procesos de trabajo del Hospital, como: leyes, reglamentos, instructivos y demás regulaciones y normativas aplicables al Hospital y a sus empleados.
- m) **Normativa interna:** Todos los documentos normativos establecidos por la institución, que regulan los procesos de trabajo y el actuar del empleado del Hospital, como: normas, reglamentos, instructivos, manuales, procedimientos, otros.
- n) **Particular:** Persona natural o jurídica que carece de vinculación laboral con la administración pública, a quien ésta le presta servicios.
- o) **Pericia:** Habilidad, conocimiento y experiencia en una determinada materia.
- p) **Plan estratégico:** Documento integrado en el Plan de la Institución que recoge la planificación a nivel económico-financiera, estratégica y organizativa para abordar sus objetivos y alcanzarlos a mediano o a largo plazo.
- q) **Principio:** Los principios son el conjunto de valores, creencias, normas, que orientan y regulan la vida de la organización. Son el soporte de la visión, misión, estrategia y los objetivos estratégicos.
- r) **Proceso:** Secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico.
- s) **Riesgo:** Son todas aquellas circunstancias que pueden menoscabar el cumplimiento de la misión institucional.
- t) **Servidor público:** Persona natural que presta temporal o permanentemente servicios dentro de la administración pública.
- u) **Talento humano:** Se refiere al personal especializado y capacitado con que cuenta la institución.
- v) **Valor:** Conjunto de virtudes que posee una persona u organización, que determinan el comportamiento e interacción con otros individuos y el espacio.