

# DIARIO OFICIAL



DIRECTORA: Nilda Verónica Menéndez Gil

TOMO Nº 436

SAN SALVADOR, LUNES 26 DE SEPTIEMBRE DE 2022

NUMERO 179

**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.
<b>ORGANO LEGISLATIVO</b>			
Decreto No. 504.- Modificaciones en la Ley de Presupuesto vigente, en la parte que corresponde al Ramo de Medio Ambiente y Recursos Naturales.....	3-9	Acuerdo No. 867.- Se establece Mecanismo Temporal del GLP, en cumplimiento a la Ley Transitoria para la Estabilización de Precios del Gas Licuado de Petróleo.....	41-42
Decreto No. 507.- Reformas al Código Procesal Penal ...	10-19	Acuerdos Nos. 1053, 1080 y 1111.- Designación, nombramiento y delegación, respectivamente a personal del Ministerio de Economía.....	43-47
<b>ORGANO EJECUTIVO</b>		<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>	
<b>PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA</b>		<b>RAMO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>	
Acuerdos Nos. 506 y 526.- Se encargan Despachos Ministeriales a funcionarios públicos.....	20	Acuerdo No. 15-1029.- Se reconoce la validez académica de estudios realizados en otro país.....	48
Acuerdo No. 523.- Se acuerda conceder Becas Presidenciales para Educación Superior a diferentes bachilleres.....	21-22	<b>ORGANO JUDICIAL</b>	
Acuerdo No. 525.- Se encarga el Despacho de la Secretaría de Comercio e Inversiones, con carácter Ad-honorem, al señor Subsecretario de Comercio e Inversiones.....	22	<b>CORTE SUPREMA DE JUSTICIA</b>	
<b>MINISTERIO DE ECONOMÍA</b>		Acuerdo No. 10-D.- Autorización para ejercer las funciones de Notario.....	
<b>RAMO DE ECONOMÍA</b>		Acuerdos Nos. 312-D, 941-D, 967-D y 1082-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas.....	
Acuerdos Nos. 693 y 954.- Se otorgan los beneficios que expresa el Artículo 72 de la Ley General de Asociaciones Cooperativas a dos Asociaciones.....	23-24	49	
Acuerdo No. 943.- Se autoriza la construcción de la estación de servicio a denominarse "Estación de Servicio, Locales Comerciales y Bodega".....	25-26	<b>INSTITUCIONES AUTÓNOMAS</b>	
Acuerdos Nos. 1024 y 1055.- Se autoriza a dos sociedades la construcción de un Tanque para Consumo Privado, que será utilizado para suministrar aceite combustible diésel a las unidades de transporte propiedad de dichas sociedades.....	27-30	<b>CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA</b>	
Acuerdos Nos. 734, 833, 873, 1034 y 1136.- Se modifica el Acuerdo Ejecutivo No. 135 de fecha 1 de febrero de 2021...	31-40	Decreto No. 15.- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, Ilopango, departamento de San Salvador.....	
		50-80	
		<b>ALCALDÍAS MUNICIPALES</b>	
		Decreto No. 1.- Ordenanza Transitoria de Dispensa de Moras y Multas, Provenientes de Deudas por Tasas o Servicios a favor del municipio de Anamorós, departamento de La Unión.....	
		81	

**INSTITUCIONES AUTONOMAS****CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA****DECRETO No. 15**

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

**CONSIDERANDO:**

- I. Que mediante Decreto No. 1, de fecha 16 de enero de 2018, publicado en el Diario Oficial No. 34, Tomo 418, del 19 de febrero de 2018, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno (NTCI).
- II. Que el referido Reglamento, se elaboró de conformidad al Marco Integrado del Sistema 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 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; el artículo 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 por el artículo 195, numeral 6, 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 "ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO",  
SAN BARTOLO, ILOPANGO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR.**

**CAPÍTULO PRELIMINAR**

**Objeto de las Normas Técnicas Institucionales**

**Art. 1.-** Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, constituirán la pauta para el funcionamiento de las unidades organizativas de la estructura del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, en el desarrollo de planes, proyectos, programas y actividades.

Asegurarán, además, uniformidad en los procedimientos llevados a cabo por los diferentes servidores públicos, en el desarrollo de sus actividades.

### **Ámbito de aplicación**

**Art. 2.-** Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas constituyen las directrices o el marco básico que adopta el Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, que para efectos de estas Normas en lo sucesivo se denominará el "Hospital", aplicable con carácter obligatorio a todas las unidades organizativas que lo conforman, la Dirección, jefaturas médicas y no médicas y demás servidores o empleados.

### **Definición del Sistema de Control Interno**

**Art. 3.-** Todos los empleados del Hospital entenderán por Sistema de Control Interno, al conjunto de procesos continuos e interrelacionados comprendidos en los planes, métodos, procedimientos y actividades realizadas por la Dirección, las jefaturas médicas y no médicas de las diferentes áreas y demás empleados del Hospital, diseñados para proporcionar seguridad razonable en la consecución de sus objetivos. El control interno puede ser ejercido de manera previa, concurrente y posterior.

### **Objetivos del Sistema de Control Interno**

**Art. 4.-** El Sistema de Control Interno tendrá como finalidad coadyuvar con el Hospital, en el cumplimiento de los siguientes objetivos.

- a. Lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en la ejecución de los planes, métodos, procedimientos y actividades.
- b. Cumplir jurídica y técnicamente con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.
- c. Obtener confiabilidad y garantizar la pertinencia de la información médica, estadística, financiera, presupuestaria y cualesquiera otros reportes para uso externo e interno.

### **Componentes del Sistema de Control Interno**

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

#### **a. Entorno de control**

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

#### **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 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 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 las responsabilidades de control interno, y documentar el logro de sus objetivos. La Administración necesita información relevante y de calidad; así como, fuentes internas y externas para apoyar el funcionamiento de los otros componentes del control interno. La comunicación es el proceso continuo de identificar, obtener, procesar y compartir información.

**Principios:**

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

**e. Actividades de supervisión**

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

**Principios:**

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

**Seguridad razonable**

**Art. 6.-** El Sistema de Control Interno del Hospital, proporciona seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

**CAPÍTULO I  
ENTORNO DE CONTROL**

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

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

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

**Compromiso con los principios éticos**

**Art. 8.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y el resto de empleados, deberán mantener y demostrar honradez y una conducta de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de Hospitales, Ley de Ética Gubernamental y a los valores éticos de solidaridad, tales como: calidad, integridad y culturalmente aceptable, oportunidad, seguridad y responsabilidad en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones; así como también, contribuir con su liderazgo y acciones tendientes a promoverlos en la institución, para su cumplimiento por parte de los demás empleados.

**Concepto de ética**

Disciplina que estudia y analiza el perfil, la formación y el comportamiento responsable y comprometido de las personas que se ocupan de los asuntos públicos, generando un cambio de actitud en ella, al inculcarles valores de servicio público.

### Principios éticos

La actuación de las personas sujetas a estas Normas, deberá regirse por los siguientes principios éticos:

- a. **Solidaridad:** que exista una estrecha colaboración, de acuerdo a sus capacidades y posibilidades entre la Dirección, jefaturas médicas y no médicas y el resto del personal del Hospital, con los ciudadanos y demás profesionales de los organismos y/o instituciones, a fin de contribuir al desarrollo integral de la salud.
- b. **Calidad:** que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, estén involucrados en el mejoramiento constante de los procesos de atención, brindados a satisfacción de las expectativas de la población de responsabilidad.
- c. **Integralidad:** que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, garanticen que los usuarios reciban una atención en salud completa, pertinente, racional y continua, en función de sus necesidades y en un contexto bio-psico-social.
- d. **Culturalmente aceptable:** que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, al brindar los servicios respeten los principios, valores y creencias de la población.
- e. **Responsabilidad:** que todas las acciones de salud se realicen en concordancia con las políticas, normas y estrategias emanadas del Ministerio de Salud.
- f. **Oportunidad:** que toda acción para resolver los problemas en salud se efectúe en el momento adecuado, según las necesidades de la población.
- g. **Seguridad:** que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados, garanticen que los beneficios derivados de los servicios de salud superan sus riesgos potenciales.
- h. **Integridad:** que la Dirección del Hospital, jefaturas médicas y no médicas y todos los empleados realicen sus actividades en función del interés público, sin solicitar dádivas, promesas o recompensas como retribución al desempeño de sus funciones.

### Estándares de conducta

**Art. 9.-** Los estándares de conducta y valores éticos están definidos por el Código de Ética del Ministerio de Salud y aquellos lineamientos internos que sean aprobados por el Ministerio de Salud y divulgados a todos los empleados del Hospital, para su debido cumplimiento en el desarrollo de sus funciones.

**Seguimiento a desviaciones**

**Art. 10.-** La Dirección del Hospital y demás jefaturas médicas y no médicas, deberán atender y decidir de manera oportuna sobre las desviaciones a los estándares de conductas establecidos en el Código de Ética del Ministerio de Salud, la Ley de Ética Gubernamental, lineamientos y demás normativa aplicable, tomando en cuenta todas aquellas acciones preventivas, correctivas o sancionatorias que sean requeridas por el Hospital.

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

**Art. 11.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y el resto de los empleados, deberán realizar acciones que los conduzcan a poseer y mantener el nivel de aptitud e idoneidad, que les permita realizar los deberes asignados y lograr óptimos estándares de calidad en el desarrollo de sus funciones y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos. Dentro de las acciones a realizar están:

- a. Dar cumplimiento a la Normativa del Proceso de Reclutamiento y Selección, establecido en el Reglamento Interno del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y el Manual de Puestos y Funciones del Hospital.
- b. Actualización del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.
- c. Actualizar y socializar el Manual de Inducción del Puesto.
- d. Desarrollar el Plan de Capacitación.
- e. Evaluación periódica del personal, según el Reglamento Interno del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

**Supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno**

**Art. 12.-** El director, jefes de unidades, departamentos y servicios, ejercerán supervisión y evaluarán anualmente el marco normativo en el que se sustente el Sistema, revisando y actualizando los manuales, políticas y procedimientos que regulan los procesos administrativos, financieros y operativos para asegurarse que contribuyan al logro de los objetivos institucionales; caso contrario, el director, jefes de unidades, departamentos y servicios, deberán hacer los ajustes correspondientes.

**Art. 13.-** La Dirección del Hospital a través de las unidades organizativas competentes, jefes de unidades, departamentos y servicios, supervisará la efectividad de los componentes y principios del Sistema de Control Interno.

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

#### **Estructura organizativa**

**Art. 14.-** El director del Hospital para cumplir con los fines y objetivos en el diseño de la estructura organizativa, tendrá que considerar entre otros, los siguientes aspectos: naturaleza, complejidad, estilo de gerenciamiento y el marco legal aplicable.

Cuando se requiera hacer modificaciones a la estructura organizativa que sean necesarias, tendrán que ser autorizadas por el director del Hospital.

La Dirección del Hospital deberá revisar y evaluar su estructura organizativa institucional, cada vez que la estructura del Ministerio de Salud cambie o cuando los objetivos y metas institucionales se reorienten, con el propósito de satisfacer los cambios que requiere el desarrollo institucional.

#### **Establecimiento de funciones y competencias**

**Art. 15.-** El director del Hospital evaluará anualmente las funciones y competencias, conforme al Manual de Organizaciones y Funciones del Hospital, 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.

#### **Autoridad y responsabilidad**

**Art. 16.-** La Dirección del Hospital por escrito delegará autoridad, definirá responsabilidades y segregará funciones en cada unidad o jefatura del Hospital:

- a. La Dirección del Hospital 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 darán instrucciones escritas, que le faciliten al personal llevar a cabo sus actividades y responsabilidades de control interno.
- c. El personal obtendrá una comprensión de los estándares de conducta esperados, riesgos identificados para el cumplimiento de los objetivos, actividades de control inherentes a sus funciones y competencias, canales de comunicación, actividades de supervisión y cumplirán con las instrucciones emitidas por las jefaturas.

### **Principio 4: Compromiso con la competencia del talento humano**

#### **Establecimiento de políticas y prácticas**

**Art. 17.-** Las políticas y prácticas relacionadas con el talento humano, están orientadas a contar con empleados que posean las competencias necesarias para el cumplimiento de los 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 que tiendan a facilitar la obtención de mejores certificaciones en áreas especializadas que, de acuerdo a las funciones asignadas sean requeridas.

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

### **Evaluación de competencias**

**Art. 18.-** La Dirección del Hospital a través de Recursos Humanos, aplicará y hará cumplir las políticas y prácticas de personal, según la Normativa institucional y legal vigente, principalmente las que se refieran a: contratación, inducción, entrenamiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias, las cuales deberán de ser del conocimiento de todos los empleados.

### **Desarrollo profesional**

**Art. 19.-** La Dirección del Hospital deberá facilitar programas de capacitación necesarios, para desarrollar las competencias profesionales de los empleados del Hospital, según las funciones que desempeñan, lo que permitirá el mejor cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Planes de contingencia**

**Art. 20.-** La Dirección del Hospital a través de las jefaturas médicas y no médicas, establecerá planes de contingencia para que los efectos de los riesgos identificados en el desempeño de los empleados, afecten lo menos posible el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **Principio 5: Cumplimiento de responsabilidades**

#### **Responsabilidad sobre el control interno**

**Art. 21.-** La Dirección del Hospital designará por escrito las responsabilidades de control interno a los empleados de manera idónea y con las competencias suficientes en los diferentes niveles de la estructura organizativa, para lograr la consecución de los objetivos.

La Dirección del Hospital como responsable 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 de la entidad, considerando los riesgos que enfrenta para la consecución de los objetivos institucionales.

### Incentivos

**Art. 22.-** La Dirección del Hospital establecerá en todos los niveles de la entidad, los incentivos apropiados para aquellos empleados que realicen actividades que contribuyan a mejorar el desempeño e imagen institucional, sin menoscabo del cumplimiento de los objetivos institucionales a corto y largo plazo.

### Evaluación del desempeño

**Art. 23.-** El desempeño laboral de los empleados del Hospital será evaluado cada seis meses, de conformidad a lo regulado en el Reglamento Interno de la Unidad de Recursos Humanos del MINSAL; su rendimiento deberá estar acorde a los parámetros de eficiencia, establecidos en el documento oficializado para la evaluación. El jefe de cada unidad será el responsable de la evaluación del personal a su cargo y los resultados deberán ser remitidos a la Unidad de Recursos Humanos, para los efectos correspondientes.

Los resultados de las evaluaciones del desempeño, permitirán la toma de acciones que permitan fortalecer las capacidades de los empleados del Hospital.

## CAPÍTULO II EVALUACIÓN DE RIESGOS

### Evaluación de riesgos

**Art. 24.-** Es un proceso dinámico que permite 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. 25.-** La Dirección del Hospital, en base a 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, serán consistentes con la misión y visión del Hospital.

Para determinar si los objetivos son pertinentes, se deberán 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. 26.-** La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, tomando en cuenta la misión y visión institucional, deberán definir los objetivos y metas en el Plan Estratégico Institucional y Plan Anual Operativo, los que deberán responder a las políticas establecidas en el Plan de Gobierno u otros documentos y análisis pertinentes.

#### **Objetivos operacionales**

**Art. 27.-** La Dirección del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, deberán elaborar el Plan Anual Operativo, que contiene las metas y actividades de cada unidad organizativa, en función de los objetivos institucionales.

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

##### **Riesgos**

**Art. 28.-** 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 administración deberá identificarlos y analizarlos, para establecer mecanismos efectivos que permitan enfrentarlos, a fin de mitigar su impacto.

Dichos riesgos serán evaluados por la administración anualmente.

##### **Gestión de riesgos**

**Art. 29.-** 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. 30.-** 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. Talento humano.
- d. Acceso y uso de bienes.
- e. Tecnologías de información y comunicación.
- f. Medioambiente.

Los riesgos externos pueden ser:

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

### Análisis de riesgos

**Art. 31.-** La Dirección del Hospital hará el análisis de riesgos después de identificarlos, tanto a nivel de la entidad como del 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 institucionales.

Se deberá estimar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, con el fin de valorar el impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Esta estimación comprende tres variables: probabilidad, impacto y velocidad. Con estas consideraciones se puede construir una matriz de riesgos, para determinar los riesgos prioritarios.

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

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

El impacto deberá estar expresado en términos cuantitativos, la persistencia se refiere, a que en una entidad no existe forma de reducir los riesgos a cero.

### **Determinación e implementación de acciones para mitigar el riesgo**

**Art. 32.-** Analizados los riesgos, la Dirección del Hospital definirá 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. 33.-** La Dirección del Hospital al evaluar los riesgos, considerará la probabilidad de ocurrencia de fraude que pueda impedir la consecución de los objetivos institucionales.

Para ese fin, deberá considerar los posibles actos de corrupción de funcionarios y demás servidores, de los proveedores de bienes y servicios u otros interesados.

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

#### **Cambios que afectan el Sistema de Control Interno**

**Art. 34.-** El Hospital identificará, analizará y evaluará los cambios que podrían impactar significativamente el Sistema de Control Interno. Este proceso se desarrollará paralelamente a la evaluación de riesgos y requiere que se establezcan controles para identificar y comunicar los cambios que puedan afectar los objetivos del Hospital. Estos podrían referirse a lo siguiente:

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

## **CAPÍTULO III ACTIVIDADES DE CONTROL**

### **Actividades de control**

**Art. 35.-** Las actividades de control son las medidas establecidas por la Dirección del Hospital, 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 de la entidad.

Cada uno de los procesos que se realicen en el Hospital, en cualquier unidad organizativa, deberán integrar sus propias actividades de control interno que mejor se adapten a su unidad organizativa, y a la institución, a fin de que permitan una gestión eficaz y eficiente de los riesgos, que apoyen al logro de los objetivos y metas institucionales propuestas.

Al establecer medidas de control, se deberá tomar en cuenta 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. 36.-** La Dirección del Hospital seleccionará e implementará 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 que sea designada por el Ministerio de Salud o Corte de Cuentas de la República.

##### **Factores que Influyen en el diseño e implementación**

**Art. 37.-** Los factores específicos del Hospital y de cada una de sus unidades, jefaturas o dependencias, 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 de la entidad.
- b. La naturaleza y alcance de sus operaciones.
- c. Estructura organizativa.
- d. Sistemas de información.
- e. Infraestructura tecnológica.

### **Procesos relevantes**

**Art. 38.-** La Dirección del Hospital definirá las actividades de control aplicables a los procesos administrativos, financieros y operativos de la institución y sus dependencias.

Los controles estarán orientados a:

- a. Lograr eficiencia, economía, 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. 39.-** Las actividades de control deberán incluir una diversidad de controles en las distintas unidades y dependencias 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. 40.-** La Dirección del Hospital a través de las diferentes jefaturas, implementará 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. 41.-** El director del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán establecer por medio del Manual de Puestos y Funciones, los procedimientos que definan claramente la autoridad y la responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la institución.

#### **Verificaciones**

**Art. 42.-** El director del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán documentar, a través del nombramiento de comisiones, que se encarguen de la verificación física de las existencias de bienes de consumo y de los activos fijos al menos una vez al año.

El resultado de las verificaciones físicas será conciliado con los registros contables, de existir diferencias se tomarán las medidas establecidas en el Manual de Control de Fondos y Bienes, y en el Lineamiento Técnico para la Administración del Activo Fijo.

#### **Administración de fondos y bienes**

**Art. 43.-** El director del Hospital mediante Acuerdo, nombrará a los responsables de la administración de los fondos y bienes, inclusive a los refrendarios de cheques, quienes darán cumplimiento a los procedimientos establecidos en los manuales, lineamientos, leyes, reglamentos que regulen lo referente a la autorización, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

#### **Revisión de informes**

**Art. 44.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, efectuarán revisión de los informes generados en las diferentes áreas del Hospital cada año, según su competencia, verificarán su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

#### **Comprobación de datos**

**Art. 45.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán asegurarse que los datos presentados en los informes, registros y controles, estén debidamente sustentados.

**Controles físicos**

**Art. 46.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán cumplir con lo regulado en el Lineamiento Técnico para la Administración del Activo Fijo, en cuanto a la protección y conservación de los activos institucionales, principalmente los más vulnerables, cuando no este establecido en las normativas legales vigentes, realizando los respectivos inventarios, por lo menos una vez al año.

**Rendición de fianzas**

**Art. 47.-** Previo al nombramiento de los encargados de la administración y manejo de los bienes, fondos y valores, la Dirección del Hospital, verificará que estos rindan fianza a favor del Hospital.

En el Acuerdo de nombramiento se definirán las personas que, de conformidad a la función asignada, deberán rendir fianza y el monto de la misma.

**Indicadores de rendimiento**

**Art. 48.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, diseñarán e implementarán indicadores de rendimiento para verificar el desempeño y el cumplimiento de los planes, procesos y funciones asignadas en el cumplimiento de los objetivos y lograr eficiencia, efectividad, eficacia y transparencia en las operaciones.

**Estándares de calidad**

**Art. 49.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, efectuarán revisión de los estándares de calidad mensualmente, en las diferentes áreas del Hospital, según su competencia, verificarán su contenido, oportunidad, actualización y exactitud.

**Segregación de funciones incompatibles**

**Art. 50.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, evitarán la asignación de funciones incompatibles en las unidades y de sus servidores, como son las de autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes, y control de las operaciones, de manera que facilite la supervisión y rendición de cuentas, tanto interna como externa.

**Documentación de actividades**

**Art. 51.-** Las actividades realizadas en las diferentes áreas deberán estar 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. 52.-** Las áreas administrativas, financieras y operativas, deberán remitir oportunamente al contador institucional, la documentación relacionada con las operaciones financieras que generen, para garantizar el registro y emisión de información útil para la toma de decisiones.

**Acceso restringido a los recursos, activos y registros**

**Art. 53.-** El Lineamiento Técnico para las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Gestión de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud, y Lineamiento para la Conservación de Activo Fijo, definen las restricciones en el acceso a los recursos, activos y registros del Hospital, identificando a los responsables que la autoricen, recepción, registro, custodia y entrega de los mismos.

**Conciliaciones**

**Art. 54.-** La Unidad Financiera Institucional del Hospital, define los procedimientos de en el Manual Técnico del Sistema de Administración Financiera Integrado y Manual de Procesos para la Ejecución Presupuestaria, realizando la conciliación periódica de los registros administrativos, de fondos, de bienes y derechos con los registros contables, 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 dentro de los ocho primeros días hábiles del mes siguiente, de manera que faciliten revisiones posteriores y serán suscritas por quien las elabore.

**Rotación de personal en las tareas claves**

**Art. 55.-** El director del Hospital y las jefaturas médicas, definirán los procedimientos de rotación de personal en áreas claves, tomando en consideración las tareas o funciones afines al puesto, con el propósito de ampliar conocimientos, disminuir riesgos y evitar la existencia de personal indispensable. El proceso de rotación de personal se desarrolla en el Manual de Funciones de Puestos.

**Función de Auditoría Interna Independiente**

**Art. 56.-** El director del Hospital 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. 57.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán implementar, ejecutar y supervisar controles adecuados para lograr los objetivos del Sistema de Control Interno, aplicables a los procesos y funciones bajo su responsabilidad.

**Comités institucionales**

**Art. 58.-** La Dirección del Hospital creará conforme a las leyes vigentes, lineamientos y normas internas, los comités institucionales que servirán para el mejor funcionamiento del Hospital y deberán presentar informes anualmente.

**Actualización de los controles establecidos**

**Art. 59.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, serán responsables de verificar de forma periódica que los controles establecidos, de acuerdo a las operaciones que realizan, son funcionales o si ameritan ser actualizados.

**Planes de contingencia**

**Art. 60.-** El director del Hospital a través de las áreas administrativas y de Planificación, formulará y mantendrá actualizado el Plan 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 previsibles, críticos o de emergencia y facilitar la recuperación de las actividades normales.

**Informes de resultados**

**Art. 61.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, prepararán informes de resultados de las actividades desarrolladas, cada tres meses, conforme al Plan Anual Operativo y deberán ser presentados en el Área de Planificación, para efectos de consolidación y medición de resultados.

**Uso de tecnologías de información y comunicación**

**Art. 62.-** El Director del Hospital a través de la Unidad de Informática, y con base en los Lineamientos Técnicos para el Mantenimiento, Administración y Desarrollo de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio de Salud y el Reglamento para Uso y Control de Tecnologías de la Comunicación e Información, de las entidades públicas de la Corte de Cuentas de la República, establecerá y definirá los controles aplicables al procesamiento electrónico de datos, con el propósito de salvaguardar el diseño, ciclo de operaciones y desarrollo de los sistemas; así como, la utilización de los sistemas operativos y equipos tecnológicos.

Los niveles de autoridad, responsabilidad y la separación de funciones, deberán reflejarse en los permisos de acceso otorgados sobre los sistemas y tecnología de información.

**Art. 63.-** La seguridad de la información deberá ser 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 y

Comunicación del Ministerio de Salud y el Reglamento para Uso y Control de Tecnologías de la Comunicación e Información, de las entidades públicas, de la Corte de Cuentas de la República, 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 solo 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. 64.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán acatar lo contenido en el Reglamento Interno de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, que establece los mecanismos de control para la asistencia y permanencia de los funcionarios y empleados en su lugar de trabajo, y los jefes en las diferentes áreas son responsables de verificar su cumplimiento.

#### **Administración del activo fijo**

**Art. 65.-** Para el control, conservación, registro, transferencia, descargo y trámite de subasta, donación, permuta o destrucción de los activos fijos del Hospital, se aplica la Norma para la Administración del Activo Fijo, Instructivo del Proceso de Permuta de Bienes Muebles y el Proceso de Subasta Pública del Ministerio de Salud. La Unidad responsable de llevar el control de los activos fijos institucionales será Conservación y Mantenimiento. El control de los activos fijos de las diferentes unidades organizativas, será responsabilidad de las jefaturas médicas y no médicas y de los empleados.

#### **Entrega de activos fijos**

**Art. 66.-** Cuando existan cambios en el personal por cualquier causa, estos harán entrega formal de los activos asignados, dejando constancia mediante Acta, la cual deberá ser firmada por el que entrega, el que recibe y la del representante de Conservación y Mantenimiento.

#### **Donaciones**

**Art. 67.-** Todos los bienes obtenidos por el Hospital en carácter de donativos, deberán estar sujetos a un proceso de aceptación y recepción, regulado en el Lineamiento Técnico para la Administración del Activo Fijo, previo a un análisis técnico que emita para tal efecto él o los

expertos del área que corresponda, a fin de determinar la conveniencia de contar con dicho bien, antes de pasar a formar parte de los inventarios del Almacén.

El director del Hospital decidirá la aceptación del donativo, sustentado en el análisis técnico a que se refiere el inciso anterior.

Las donaciones de medicamentos, insumos médicos y equipo médico quirúrgico por parte de instituciones u organismos nacionales o internacionales, se regulará de acuerdo al Lineamiento Técnico para Recibir Donativo de Medicamentos e Insumos Médicos emitido por el Ministerio de Salud.

#### **Control de bienes en bodegas**

**Art. 68.-** Para la recepción, almacenamiento, registro, distribución, control e inventario, niveles de seguridad y determinación de existencias, se regirá por lo establecido en los Lineamientos Técnicos para el Manejo de Suministros en Almacenes del Ministerio de Salud.

#### **Arqueo de fondos**

**Art. 69.-** Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes sobre la totalidad de fondos. Los arqueos serán practicados por la Unidad Financiera Institucional. Se dejará constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos. De acuerdo a los resultados obtenidos, se informará oportunamente al jefe inmediato y a la Dirección del Hospital.

#### **Constatación física**

**Art. 70.-** Se realizarán constataciones físicas de inventarios en bodegas y farmacia, por lo menos una vez al año, y al activo fijo una vez al año, por parte del responsable de Activo Fijo del Hospital; conforme al Lineamiento Técnico para la Administración del Activo Fijo y en caso de variaciones, deberán efectuarse las investigaciones y ajustes y determinar las responsabilidades conforme a la Ley.

#### **Registro de Almacén y activos**

**Art. 71.-** Se mantendrá un sistema para el registro de las existencias de Almacén y activos fijos, que facilite la codificación e identificación de su naturaleza, ubicación, estado de los bienes, fecha, costo de adquisición, responsable de los mismos y depreciación o revalúo cuando aplique; con el propósito de contar con información que facilite la toma de decisiones para su reposición, utilización, reparación, mantenimiento o descargo, cumpliendo con lo establecido en el Lineamiento Técnico para la Administración del Activo Fijo.

#### **Codificación**

**Art. 72.-** Todo el equipo deberá estar codificado de acuerdo a la Normativa emitida por el Ministerio de Salud. La codificación deberá establecerse, de tal manera que sea factible la identificación de todos los bienes al momento de realizar constataciones físicas.

### **Mantenimiento preventivo y correctivo**

**Art. 73.-** Para el mantenimiento y reparación de los bienes deberá verificarse la propiedad del bien y su inclusión en el Sistema de Control de Activo Fijo Institucional, el control contable del bien para determinar el costo-beneficio de las reparaciones y el establecimiento de controles, que garanticen la veracidad de las reparaciones y la colocación de repuestos o piezas nuevas. En caso de contratación de terceros para el mantenimiento o reparación de bienes, deberá vigilarse el cumplimiento de lo pactado.

### **Descargo de bienes**

**Art. 74.-** Para el descarte y descargo de bienes de consumo, mobiliarios, equipos, bienes intangibles, vehículos y otros, se aplicarán los Lineamientos Técnicos para la Destrucción de Medicamentos e Insumos Médicos Vencidos, Averiadados y no Deseados o los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud, según sea el caso, contando con las justificaciones requeridas por parte de quien custodie o resguarde y con la opinión técnica sobre el estado y utilidad, según el caso.

Los bienes considerados en desuso podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o cualquier otro destino, de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Activo Fijo, emitidos por el Ministerio de Salud. Estas acciones, deberán quedar debidamente documentadas.

El Hospital mediante acuerdo interno de la Dirección, nombrará a la Comisión de Bienes en Desuso (Chatarra) y Comisión de Medicamentos e Insumos Médicos Vencidos, Averiadados y no Deseados, para que se inicie el proceso interno de descarte y descargo, las cuales estarán conformadas por un coordinador y por personal, de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales para cada proceso. Las gestiones para el descarte y descargo, deberá realizarse por lo menos una vez al año o cuando se considere necesario por las autoridades.

### **Transferencias**

**Art. 75.-** El Hospital podrá efectuar transferencia de bienes en general entre instituciones de gobierno; así como, con otras instituciones sin fines de lucro.

Las transferencias las autorizará el director del Hospital, ya sea cuando se trate de recibir o de enviar; todos los bienes sujetos a transferencia deberán efectuarse en formulario de solicitud y vale de salida de materiales. Cuando el Hospital tenga que enviar el bien a otra institución, además del formulario establecido, deberá existir la solicitud escrita del titular de la institución solicitante.

Las transferencias de medicamentos e insumos médicos, se realizarán en base a lo establecido en las Normas y Procedimientos para Efectuar Transferencias de Medicamentos e Insumos Médicos, emitidas por el Ministerio de Salud.

En cuanto a la utilización de vehículos se llenará el formulario de autorización de uso de vehículo, y la salida será autorizada por el jefe de Servicios Generales/Transporte y el director del Hospital.

#### **Uso de vehículos**

**Art. 76.-** Los vehículos se utilizarán exclusivamente para el servicio institucional y llevarán en un lugar visible el distintivo que los identifique, el cual no deberá ser removible. Los vehículos deberán ser guardados al final de cada jornada laboral en el estacionamiento asignado a cada unidad organizativa, a menos que haya una autorización de la Dirección para ser usados fuera de jornada normal y resguardarlos fuera de la institución.

**Art. 77.-** La administración de combustible institucional se realizará de acuerdo a los Lineamientos Técnicos para la Administración de Combustible del MINSAL.

#### **Registro de bienes inmuebles**

**Art. 78.-** Los bienes inmuebles deberán estar documentados en escrituras públicas, que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritas en el registro correspondiente, según indica el Código Civil, Ley de Reestructuración del Registro de la Propiedad Raíz e Hipotecas. Los documentos originales que amparan la propiedad de los bienes, deberán ser remitidos para su custodia al Archivo General del Ministerio de Salud, conservándose copia debidamente certificada en la Unidad de Activo Fijo, quienes a su vez deberán remitir copia certificada a la Unidad Financiera Institucional del Hospital, a fin de ser registrada contablemente.

#### **Separación de funciones**

**Art. 79.-** Las funciones de las diferentes unidades organizativas y de los empleados, deberán separarse, a fin de que exista independencia entre las funciones de autorizar, ejecutar, registrar, custodiar y controlar las operaciones.

#### **Actividades de control especiales de atención a la persona y al medio ambiente**

##### **Servicios médicos hospitalarios**

**Art. 80.-** La Dirección del Hospital en coordinación con sus unidades organizativas, serán los responsables de planificar, administrar y garantizar los servicios médicos permanentes e integrales a la población de su área geográfica de influencia. Los servicios médicos hospitalarios comprenderán: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y otras que la población demande, sin detrimento de las especialidades que competen a un Hospital de 2º Nivel; incluyendo hospitalización, consulta externa, consulta de emergencia, cirugías, nutrición, rehabilitación, administración de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio y gabinete, asistencia psicológica y psiquiátrica, controles preventivos materno e infantiles.

### Programas de salud

**Art. 81.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y los demás empleados, serán los responsables de garantizar el cumplimiento de los programas médicos que el nivel superior del Ministerio de Salud designe, mediante la planificación, organización, ejecución, control, evaluación, supervisión y monitoreo oportuno de dichos servicios.

### Verificación y seguimiento de la calidad médica

**Art. 82.-** El Director del Hospital y las jefaturas médicas y no médicas, con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios médicos, deberán monitorear, supervisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de los servicios médicos hospitalarios que proporcionen los diferentes proveedores.

### Estadística de los servicios de salud

**Art. 83.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y los demás empleados, en beneficio de los usuarios, deberán establecer y mantener actualizados los procedimientos que sean necesarios, a fin de garantizar la obtención de estadísticas oportunas, veraces y confiables de todos los servicios de salud proporcionados, diaria, semanal, mensual y anualmente, basados en la normativa institucional vigente.

### Administración de medicamentos

**Art. 84.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas correspondientes, deberán elaborar los mecanismos de control apropiados, de tal manera que se garantice la administración eficiente de los medicamentos para los usuarios.

Las unidades organizativas deberán mantener un control de todas las existencias de medicamentos e insumos, e informar mensual y anualmente a las unidades correspondientes el consumo e inventario de los mismos.

### Principio 11: Selección y desarrollo de controles generales sobre tecnología

#### Controles generales

**Art. 85.-** 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.

### Uso de tecnologías de información y comunicación

**Art. 86.-** 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 la tecnología está integrada en los procesos de la entidad, 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. 87.-** La Dirección del Hospital 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, confidencialidad y no repudio de la información:

- 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.

### Principio 12: Emisión de políticas y procedimientos de control interno

#### Políticas y procedimiento

**Art. 88.-** La Dirección del Hospital establecerá 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 constar por escrito y 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. 89.-** La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas y demás empleados, deberán asegurar que la información que se genera y procesa en cada unidad organizativa es confiable, oportuna, suficiente, accesible y pertinente. Cada unidad organizativa deberá establecer los puntos de control para verificar y asegurarse que estas características se cumplan, de acuerdo a los procesos que desarrollen.

Será importante que la información de la que se disponga sean datos fiables para efectuar la planificación, preparar presupuestos y demás actividades institucionales. La información debe 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 de la información

**Art. 90.-** La información deberá ser comunicada al usuario interno y externo cuando sea requerida por los medios idóneos solicitada, en la forma y siempre que no sea información reservada, de conformidad con la Ley de Acceso a la Información Pública.

La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, establecerán y mantendrán líneas recíprocas de comunicación con todos los niveles de la organización.

**Archivo de la información**

Art. 91.- Las unidades organizativas del Hospital deberán contar con un archivo para preservar la información, en virtud de su utilidad y de requerimientos jurídicos y técnicos, conformado por toda la información y documentación del área respectiva, de gestión y de cumplimiento legal que realiza, por el tiempo estipulado según lo define la Ley de Acceso a la Información Pública, Reglamento de la Ley de Acceso a la Información Pública.

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

Art. 92.- La Dirección del Hospital en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, desarrollará e implementará controles para la identificación de la información relevante y de calidad, que soporte el correcto funcionamiento de los componentes del Sistema de Control Interno.

**Sistemas de información**

Art. 93.- Las unidades organizativas del Hospital desarrollan 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 puede obtener a través de medios físicos y digitales. El volumen de la información de la entidad puede presentar riesgos; por esta razón, se deben implementar controles que garanticen el uso y manejo adecuado de la información.

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. 94.-** El ente coordinador de las comunicaciones internas y externas de la institución, será la Dirección del Hospital en coordinación con las jefaturas médicas y no médicas, con la finalidad de facilitar los procedimientos internos de comunicación.

**Canales de comunicación**

**Art. 95.-** Para que la información fluya en la institución, deberán existir canales adecuados de comunicación. El Hospital implementará el uso de tecnologías de información y comunicación, debiendo ser priorizados.

Además, será necesario contar con canales para comunicaciones anónimas o confidenciales, que permiten que los empleados y los usuarios de los servicios institucionales puedan reportar situaciones irregulares.

**Efectividad de la comunicación**

**Art. 96.-** La Dirección del Hospital seleccionará el método adecuado de comunicación, teniendo en cuenta: el receptor, la naturaleza de la comunicación, el costo, las implicaciones regulatorias y demás factores.

La información deberá ser comunicada al usuario interno y externo que la necesite, en la forma y plazo requeridos para el cumplimiento de sus competencias. La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, establecerán y mantendrán líneas recíprocas de comunicación a todos los niveles de la organización.

Algunos métodos de comunicación a adoptar son:

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

**Principio 15: Comunicación externa****Comunicación externa**

**Art. 97.-** Para la comunicación externa, la Dirección del Hospital en coordinación con las jefaturas de las áreas administrativas, financieras y operativas, deberán establecer 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 la institución. Deberán utilizarse canales apropiados de comunicación para los usuarios de los servicios, a fin de obtener una comunicación directa con los niveles organizativos que correspondan.

Los servicios soportados con tecnología de información y comunicación, deberán 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. 98.-** 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 la entidad, con el fin de asegurar la mejora continua y vigencia del Sistema.

La Dirección del Hospital, las jefaturas médicas y no médicas, deberán vigilar que los funcionarios realicen las actividades de control durante la ejecución de las operaciones de manera integrada, a las operaciones institucionales en el tiempo real.

**Principio 16: Evaluaciones continuas e independientes del Sistema de Control Interno****Evaluaciones continuas y/o independientes**

**Art. 99.-** La Dirección del Hospital seleccionará, desarrollará y llevará a cabo evaluaciones continuas y/o independientes, para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno son efectivos.

### Evaluaciones continuas

**Art. 100.-** La Dirección del Hospital aplicará los procesos administrativos, financieros y operativos; así como, las evaluaciones continuas que permitan el suministro de la información oportuna. De igual forma, que permita anticiparse a los riesgos que puedan impedir el cumplimiento y de los objetivos de control interno.

### Evaluaciones independientes

**Art. 101.-** La Unidad de Auditoría Interna, si la hubiere, la Unidad de Auditoría del Nivel Superior, la Corte de Cuentas de la República, las firmas privadas de auditoría y demás instituciones de control y fiscalización, evaluarán periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno Institucional.

### Principio 17: Evaluación y comunicación de deficiencias de control interno

#### Evaluación y comunicación de deficiencias

**Art. 102.-** Los resultados de las actividades de supervisión del Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados por la Dirección del Hospital a las jefaturas médicas y no médicas según corresponda, para que se apliquen las medidas de corrección pertinentes.

## CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

**Art. 103.-** Con la finalidad de actualizar el Sistema de Control Interno el Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, junto con las jefaturas médicas y no médicas, deberán revisar la normativa interna aplicable a las áreas de su competencia; así como, los procedimientos, procesos, organización y funciones e informar los resultados a los niveles competentes para asegurar su aplicabilidad, autorización de los cambios necesarios y vigencia.

**Art. 104.-** La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, de acuerdo a las necesidades, naturaleza y características particulares de la institución, 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 la máxima autoridad. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

**Divulgación**

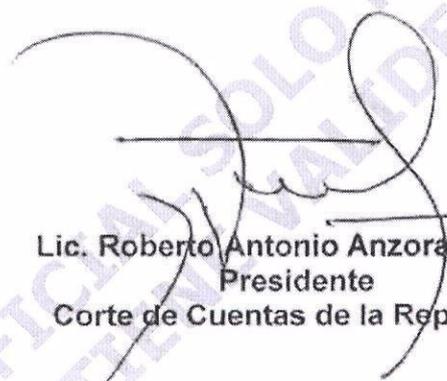
**Art. 105.-** La Dirección del Hospital será la responsable de divulgar las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas a sus funcionarios y empleados; así como, de la aplicación de la misma, mediante documento a los niveles gerenciales, de jefatura y operativos del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador.

**Art. 106.-** El glosario de términos relacionados con las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", de San Bartolo, Ilopango, San Salvador, forma parte del presente Reglamento.

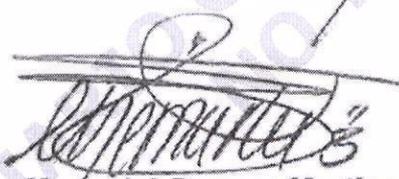
**Art. 107.-** Derógase el Decreto No. 27, de fecha ocho de diciembre del año dos mil once, publicado en el Diario Oficial No. 230, Tomo No. 393, de fecha 08 de diciembre de 2011, emitido por la Corte de Cuentas de la República.

**Art. 108.-** El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

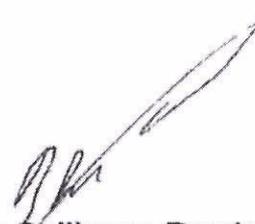
San Salvador, a los diecinueve días del mes de abril del año dos mil veintidós.



**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

GLOSARIO

**NORMA:** es aquello que señala cómo se debe proceder con respecto a determinada materia o asunto.

**CONTROL INTERNO:** Es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad pública.

**PRINCIPIOS:** son el conjunto de valores, creencias, normas, que orientan y regulan la vida de la organización. Son el soporte de la visión, la misión, la estrategia y los objetivos estratégicos.

**RIESGO:** es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre.

**COMUNICACIÓN:** es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes, con el fin de transmitir o recibir información u opiniones distintas.

**INFORMACIÓN:** nombre por el que se conoce un conjunto organizado de datos procesados que constituyen un mensaje.

**SUPERVISIÓN:** implica la acción de inspeccionar, controlar, ya sea un trabajo o un tipo de actividad y siempre es ejercida por parte de un profesional superior ampliamente capacitado para tal efecto.

**ÉTICA:** disciplina que estudia y analiza el perfil, la formación y el comportamiento responsable y comprometido de las personas que se ocupan de los asuntos públicos, generando un cambio de actitud en ella al inculcarles valores de servicio público.

**CONDUCTA:** tiene dos significados en el ámbito de la psicología. El primero es la acción que un individuo ejecuta. El segundo significado es el de la relación que se establece entre elementos de una asociación.

**ACTIVO FIJO:** es un bien de una empresa, ya sea tangible o intangible, que no puede convertirse en líquido a corto plazo y que normalmente son necesarios para el funcionamiento de la empresa y no se destinan a la venta. Son ejemplos de activos fijos: bienes inmuebles, maquinaria, material de oficina, etc.