



---

# **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**

**GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**Contenido**

HOJA DE APROBACIÓN	4
CAPITULO I. GENERALIDADES	7
1. INTRODUCCIÓN	7
2. USO Y ACTUALIZACIÓN	7
3. OBJETIVO DEL MANUAL	8
4. BASE LEGAL	8
5. VIGENCIA	8
CAPITULO II. CONTENIDO	9
<b>1. PROCESO COOPERACIÓN EXTERNA</b>	9
1.3.1 PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS QUE REQUIEREN COOPERACIÓN EXTERNA	10
1.3.2 SEGUIMIENTO A GESTIÓN DE RECURSOS PARA PROPUESTAS DE PROYECTOS	13
1.3.3 ELABORACIÓN DE CONVENIOS DE COOPERACIÓN TÉCNICA	17
1.3.4 SEGUIMIENTO AL DIÁLOGO Y CONVENIOS INTERNACIONALES	21
1.3.5 PARTICIPACIÓN EN NUEVOS ESPACIOS DE DIÁLOGO INTERNACIONAL EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PERTINENCIA INSTITUCIONAL	24
<b>2. PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL</b>	26
2.3.1 ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS INSTITUCIONALES	27
2.3.2 ELABORACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS (ORGANIGRAMAS)	32
2.3.3 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO	37
2.3.4 DISEÑO Y/O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES	44
2.3.5 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO	50
<b>3. PROCESO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>	54
3.3.1 ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO)	56
3.3.2 FORMULACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL	59
3.3.3 EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL	62
3.3.4 DEFINICIÓN DE LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)	65
3.3.5 FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)	67
3.3.6 EVALUACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)	72



3.3.7 FORMULACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES	79
3.3.8 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES	84
3.3.9 ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE PRE-INVERSIÓN	90
<b>4. PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y ACTUARIAL</b>	<b>95</b>
4.3.1 DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN	96
4.3.2 CAPTURA Y ENVÍO DE DATOS POR PARTE DE LOS USUARIOS Y PROVEEDORES DE INFORMACIÓN	103
4.3.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y PRODUCCIÓN DE INFORMES	108
4.3.4 PRODUCCIÓN DE DATOS PARA INFORME A LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR	111
4.3.5 PRODUCCIÓN DE REPORTES PARA ESTUDIOS ESPECIALES Y/O REQUERIMIENTOS	113
4.3.6 CONTROL DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	116



**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**DEPENDENCIA: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**



**HOJA DE APROBACIÓN**

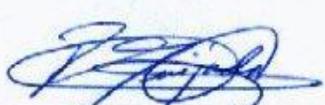
Fecha de Elaboración: Noviembre 2013

AUTORIZADO POR:

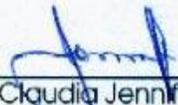
  
Licda. Ana Beatriz Estrada de Carbajal  
Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional



REVISADO POR:

  
Dr. Roberto Quijada Cartagena  
Jefatura Dpto. Cooperación Externa

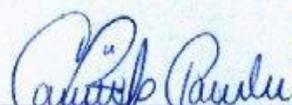


  
Inga. Claudia Jennifer Molina Moreno  
Jefatura Depto. Planes y Proyectos Estratégicos



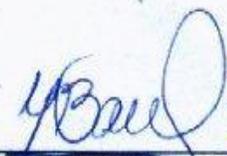
  
Lic. Edgar Soto Menjivar  
Jefatura Depto. Actuariado y Estadística



  
Licda. Claudia Campos Romero  
Jefatura Depto. Gestión de Calidad Institucional



ELABORADO POR:

  
Ing. Jorge A. Baires Orellana  
Analista de Desarrollo Institucional



**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL****DEPENDENCIA: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL****REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS  
VERSIÓN 0.0**

CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Acuerdo de Dirección General N° 2003-05-0859	Departamento de Gestión de Calidad Institucional	Jefe Unidad de Planificación
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>
Fecha: Mayo 2003	Fecha: Febrero 2004	Fecha: Febrero 2004

REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

Acuerdo de Consejo Directivo N° 2007-0824.JUL	Lic. Ricardo Trujillo	Ing. Raúl Rivas Montalvo	1.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Julio 2007	Fecha: Mayo 2008	Fecha: Septiembre 2008	
MODIFICACIÓN: Actualización de procedimientos.			

Ing. Raúl Rivas Montalvo	Licda. Renata Vásquez	Ing. Raúl Rivas Montalvo	2.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Marzo 2010	Fecha: Marzo 2010	Fecha: Marzo 2010	
MODIFICACIÓN: Actualización de procedimientos.			



**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**DEPENDENCIA: UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

Acuerdo C. D. #2012-1216. SEP	Ing. Jorge A. Baires	Lic. Beatriz de Carbajal	3.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Abril 2013	Fecha: Noviembre 2013	Fecha: Noviembre 2013	

MODIFICACIÓN: Incorporación de los procedimientos del Departamento Cooperación Externa.

Además, en los procedimientos del Departamento Gestión de Calidad Institucional se incluyó la Normativa de Creación o Reestructuración de Dependencias en el ISSS y Base para el Diseño de Manuales de Organización de Febrero 2009 y la Normativa Reproducción, Control y Uso de Formularios Institucionales de Abril de 2009, por lo que se les dará de baja en la base de los documentos normativos vigentes.



## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

### **1. INTRODUCCIÓN**

En cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno Especificas del ISSS, Mayo 2008 en el Capítulo III Actividades de Control (Documentación, actualización y divulgación de políticas y procedimientos, Artículos del 48 al 51), Capítulo V Normas Relativas al Monitoreo (Monitoreo sobre la Marcha, Artículo 102), así como para lograr la mayor eficiencia en las complejas operaciones del ISSS, es preciso establecer normas y procedimientos, los cuales serán cumplidos por los responsables de su ejecución con la mayor fidelidad en todo momento.

Este Manual ha sido diseñado para ser un documento dinámico y como tal, deberá ser revisado para su actualización durante el desarrollo de la vida del Instituto. Las revisiones y actualizaciones podrán ser elaboradas a iniciativa de los Funcionarios del Instituto y deberán siempre conservar o mejorar la calidad, el control y la eficiencia de los procedimientos.

Debido a que este Manual será el patrón bajo el cual operarán las Dependencias del Instituto y contra el cual serán medidas en su eficiencia por las auditorias que se realicen, las revisiones y enmiendas del mismo serán permitidas solamente con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional.

### **2. USO Y ACTUALIZACIÓN**

- Las Jefaturas deberán mantener en buenas condiciones y poner a disposición del personal un ejemplar del Manual para consulta y análisis del trabajo.
- El personal de nuevo ingreso deberá estudiar el Manual como parte de su inducción y adiestramiento en el trabajo.
- Las jefaturas del Instituto podrán proponer revisiones y enmiendas, conservando o mejorando la calidad, el control y la eficiencia de los procesos.
- Posterior a las actualizaciones de la normativa, podrán realizarse revisiones y enmiendas del mismo, con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, solamente una vez al año o si hubieren cambios que lo ameriten, lo cual se deberá registrar en la hoja de actualizaciones incluida en este documento.
- Este Departamento será responsable de enviar los documentos oficializados al Usuario a través del medio que se estime conveniente y será publicado en la página web institucional.



### **3. OBJETIVO DEL MANUAL**

El Manual de Normas y Procedimientos ha sido diseñado para lograr los objetivos siguientes:

- Servir de guía al personal en el desarrollo de los diferentes procedimientos de los Procesos del Instituto, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración adecuada de los servicios prestados.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las complejas operaciones del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los Procesos.
- Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en la administración y control de los Procesos del Instituto

### **4. BASE LEGAL**

- **Ley del Seguro Social 1997**
- **Normas Técnicas de Control Interno Específicas para el ISSS, Mayo 2008.**

CAPÍTULO III

ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, actualización y divulgación de políticas y procedimientos

Arts. 48 al 51

CAPÍTULO IV

NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO

Monitoreo sobre la marcha

Art. 102

### **5. VIGENCIA**

El presente documento entrará en vigencia a partir del mes de su divulgación.



## **CAPITULO II. CONTENIDO**

### **1. PROCESO COOPERACIÓN EXTERNA**

#### **1.1 OBJETIVO DEL PROCESO**

Contribuir al cumplimiento de la Misión y Visión Institucional, mediante el alcance de los objetivos de la dependencia, definiendo los criterios referentes a la cooperación no reembolsable con que cuenta el Instituto y su fiel cumplimiento.

#### **1.2 NORMAS GENERALES**

1. El Departamento de Cooperación Externa debe identificar y priorizar los potenciales temas que requieren el desarrollo de propuestas de proyecto que contribuyan al logro de objetivos y resultados institucionales.
2. El Departamento de Cooperación Externa debe elaborar o coordinar el proceso de gestión de cooperación que permita atender los temas priorizados que contribuyan al logro de objetivos y resultados institucionales.
3. La Jefatura del Departamento de Cooperación Externa debe asegurar los mecanismos de cooperación necesarios para la captación de aportes de cooperantes.
4. El Departamento de Cooperación Externa debe fortalecer la participación del ISSS en los convenios y diálogos internacionales.
5. La Jefatura del Departamento de Cooperación Externa debe promover la participación efectiva del ISSS en nuevos espacios de diálogo internacional.
6. El Departamento de Cooperación Externa debe gestionar ante el Consejo Directivo la aprobación del pago de membresías a Organismos Internacionales de los cuales el ISSS es miembro.

#### **1.3 PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS**

1. Priorización de proyectos que requieren cooperación externa.
2. Seguimiento a gestión de recursos para propuestas de proyectos.
3. Elaboración de convenios de cooperación técnica.
4. Seguimiento al diálogo y convenios internacionales.
5. Participación en nuevos espacios de diálogo internacional en materia de Seguridad Social y de Pertinencia Institucional.



### **1.3.1 PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS QUE REQUIEREN COOPERACIÓN EXTERNA**

#### **1.3.1.1 NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. El Departamento de Cooperación Externa será el responsable de gestionar recursos ante la cooperación nacional e internacional de todas aquellas propuestas de proyectos presentadas por las Sub Direcciones y aprobadas por la Dirección General que contribuyan al logro de objetivos y resultados institucionales, en el marco de la Planificación Estratégica Institucional.

#### **1.3.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional**

1. Recibe solicitud de gestión de recursos para propuesta de proyecto aprobada por la Dirección General.
2. Revisa y margina propuestas de proyectos al Departamento de Cooperación Externa.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

3. Analiza la propuesta.
4. Analiza coyuntura nacional e internacional para identificar oportunidades de cooperación.
5. Establece contactos con posibles cooperantes.

##### **Equipo Técnico Departamento Cooperación Externa**

6. Elabora propuesta de proyecto en formato establecido por el Cooperante.
7. Presenta propuesta de proyecto a gestionar a Jefatura de Cooperación Externa para revisión.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

8. Revisa propuesta de proyecto y da visto bueno.
9. Solicita visto bueno de nota de remisión de propuesta de proyecto a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.



**Dirección General**

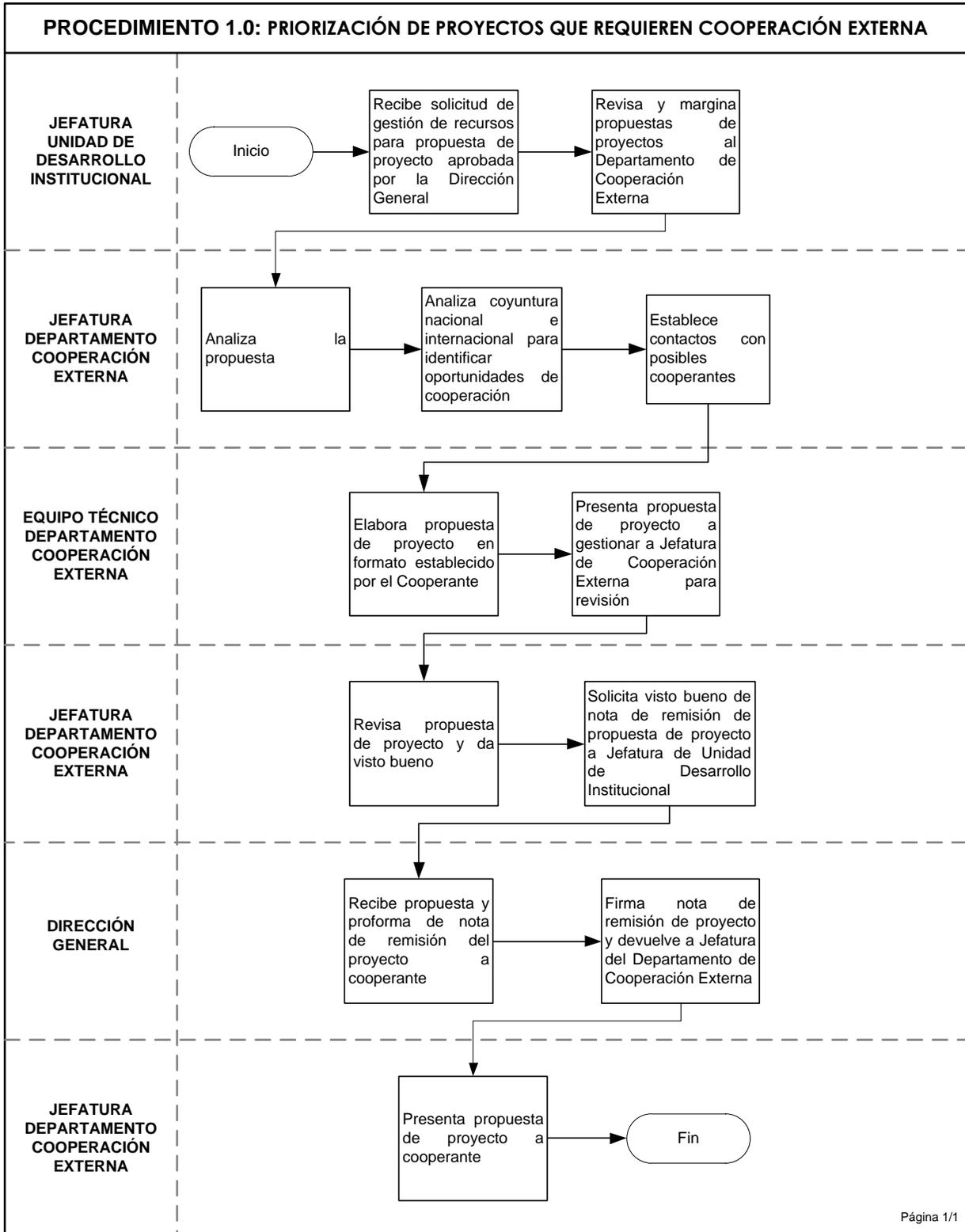
10. Recibe propuesta y proforma de nota de remisión del proyecto a cooperante.
11. Firma nota de remisión de proyecto y devuelve a Jefatura del Departamento de Cooperación Externa.

**Jefatura Departamento Cooperación Externa**

12. Presenta propuesta de proyecto a cooperante.



**1.3.1.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





### **1.3.2 SEGUIMIENTO A GESTIÓN DE RECURSOS PARA PROPUESTAS DE PROYECTOS**

#### **1.3.2.1. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. La Jefatura del Departamento de Cooperación Externa debe buscar asegurar la cooperación necesaria para la implementación y ejecución de las propuestas de proyectos.
2. La Jefatura del Departamento de Cooperación Externa dará seguimiento a proyectos que emanen de Convenios, Acuerdos y/o Memorándum Institucionales con organizaciones nacionales e internacionales.

#### **1.3.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

1. Da seguimiento a la respuesta de cooperantes.
2. Si el cooperante no está interesado inicia nuevas gestiones de búsqueda de cooperación.
3. Si el cooperante está interesado, retroalimenta con información complementaria requerida.
4. Confirma el apoyo técnico y/o financiero para implementar el proyecto.
5. Revisa mecanismo y arreglos institucionales para recibir cooperación e informa a Jefatura de Unidad Jurídica.

##### **Jefatura Unidad Jurídica**

6. Apoya el establecimiento de arreglos necesarios para recibir los recursos de cooperación.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

7. Integra expediente con documentación de soporte.
8. Traslada expediente a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional para conocimiento y Visto Bueno.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

9. Recibe documento con Visto Bueno y coordina su revisión por Unidad Jurídica y firma de Dirección General.



**Dirección General**

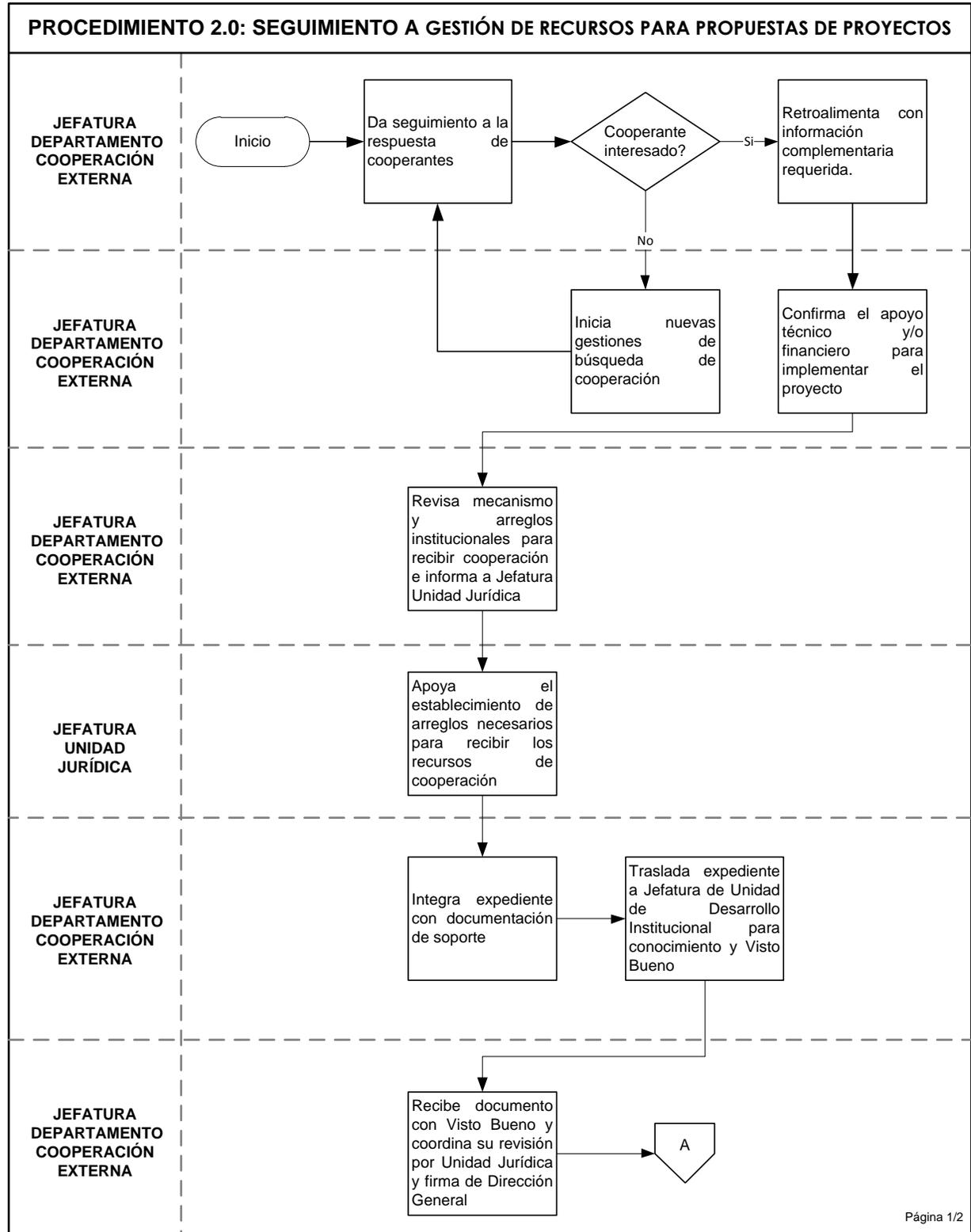
10. Recibe documento y firma.
11. Retorna expediente con documento firmado para archivo y operativización.

**Jefatura Departamento Cooperación Externa**

12. Solicita trimestralmente a las áreas responsables de los resultados de los Convenios, Acuerdos y/o Memorándum institucionales informe de avances.
13. Elabora informe de avances de iniciativas de cooperación y envía Dirección General.

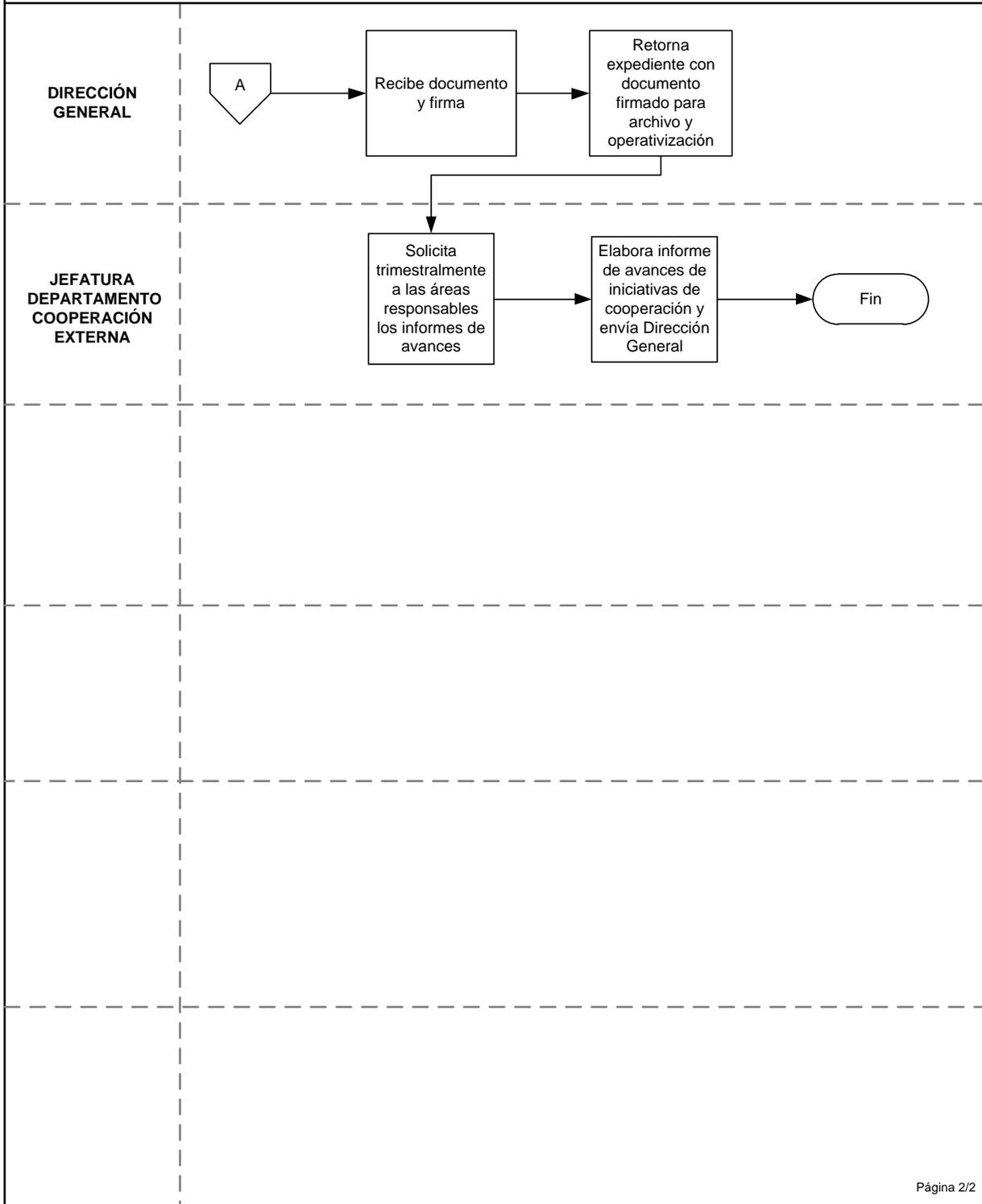


**1.3.3.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 2.0: SEGUIMIENTO A GESTIÓN DE RECURSOS PARA PROPUESTAS DE PROYECTOS**





### **1.3.3 ELABORACIÓN DE CONVENIOS DE COOPERACIÓN TÉCNICA**

#### **1.3.3.1. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. El Departamento de Cooperación Externa debe fortalecer la participación del ISSS en los convenios en materia de Seguridad Social y de pertinencia institucional, mediante una participación propositiva.

#### **1.3.3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **Subdirecciones/Unidades**

1. Generan necesidad de elaboración de convenio y la remiten a Dirección General.

##### **Dirección General**

2. Recibe la necesidad de elaboración de convenio y evalúa la conveniencia institucional; si no aprueba la elaboración del convenio, notifica al interesado.
3. Si aprueba la elaboración del convenio; remite necesidad a la Jefatura del Departamento Cooperación Externa para la elaboración de la propuesta del convenio.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

4. Recibe solicitud y da instrucciones a Equipo Técnico del Departamento de Cooperación Externa de elaborar propuesta de convenio.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa/Equipo Técnico Departamento Cooperación Externa**

5. Elaboran propuesta de convenio.
6. Remiten propuesta de convenio a referente técnico institucional para revisión.

##### **Referente Técnico Institucional**

7. Recibe propuesta de convenio, la revisa y remite observaciones a Departamento de Cooperación Externa.

##### **Equipo Técnico Departamento Cooperación Externa**

8. Recibe propuesta de convenio con observaciones y las incorpora.



9. Remite convenio a Unidad Jurídica para opinión.

**Unidad Jurídica**

10. Recibe convenio, revisa y modifica lo observado.

11. Remite convenio con opinión jurídica a Dirección General.

**Dirección General**

12. Recibe convenio, lo revisa y notifica a Departamento de Cooperación Externa para coordinar firma.

**Jefatura Departamento Cooperación Externa**

13. Recibe notificación y coordina firma de convenio con entidad solicitante.

**Dirección General**

14. Firma convenio y remite originales a Departamento de Cooperación Externa.

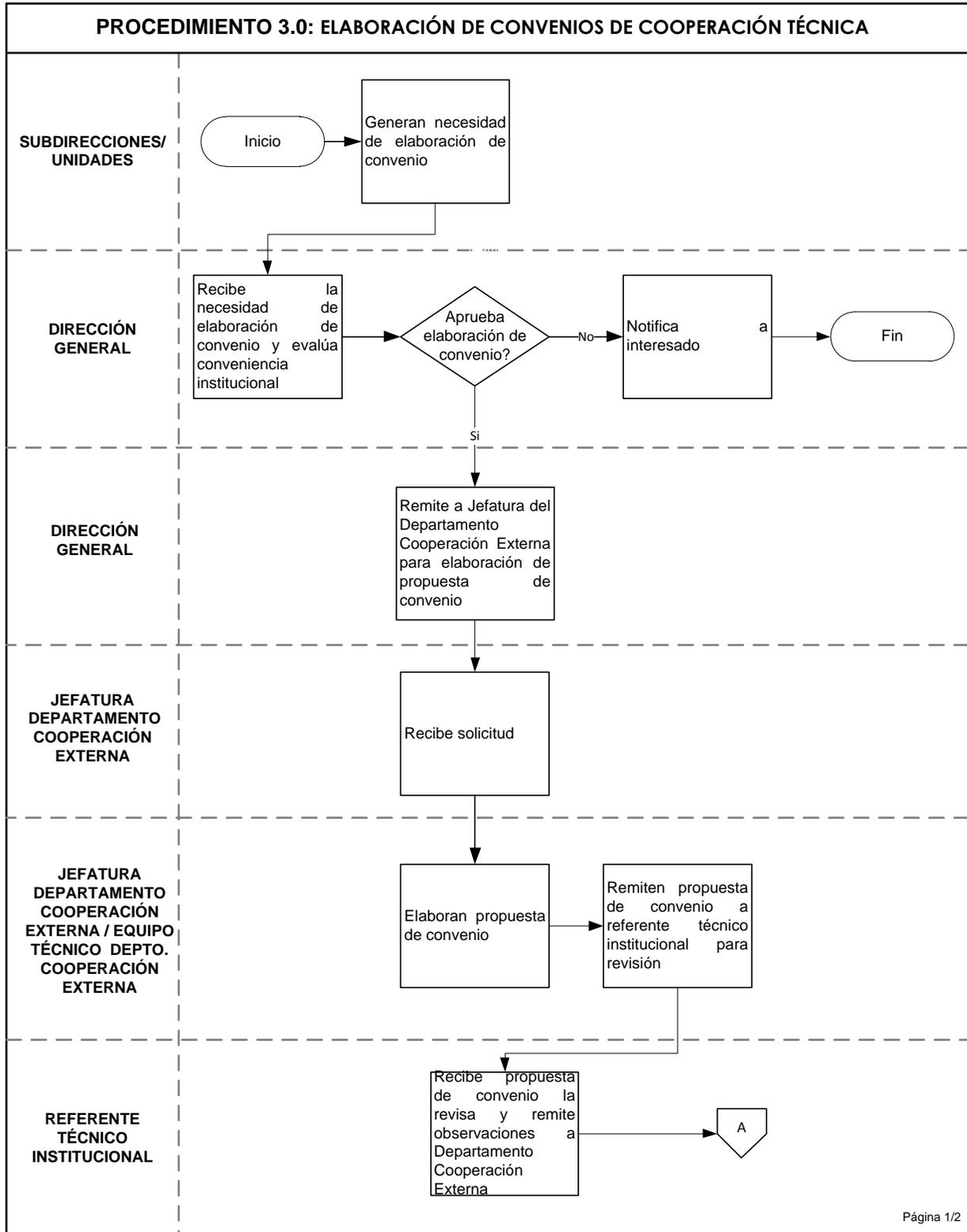
**Equipo Técnico Departamento Cooperación Externa**

15. Recibe originales de convenio firmado por ambas partes y obtiene copias.

16. Distribuye copias a interesados internos y externos.

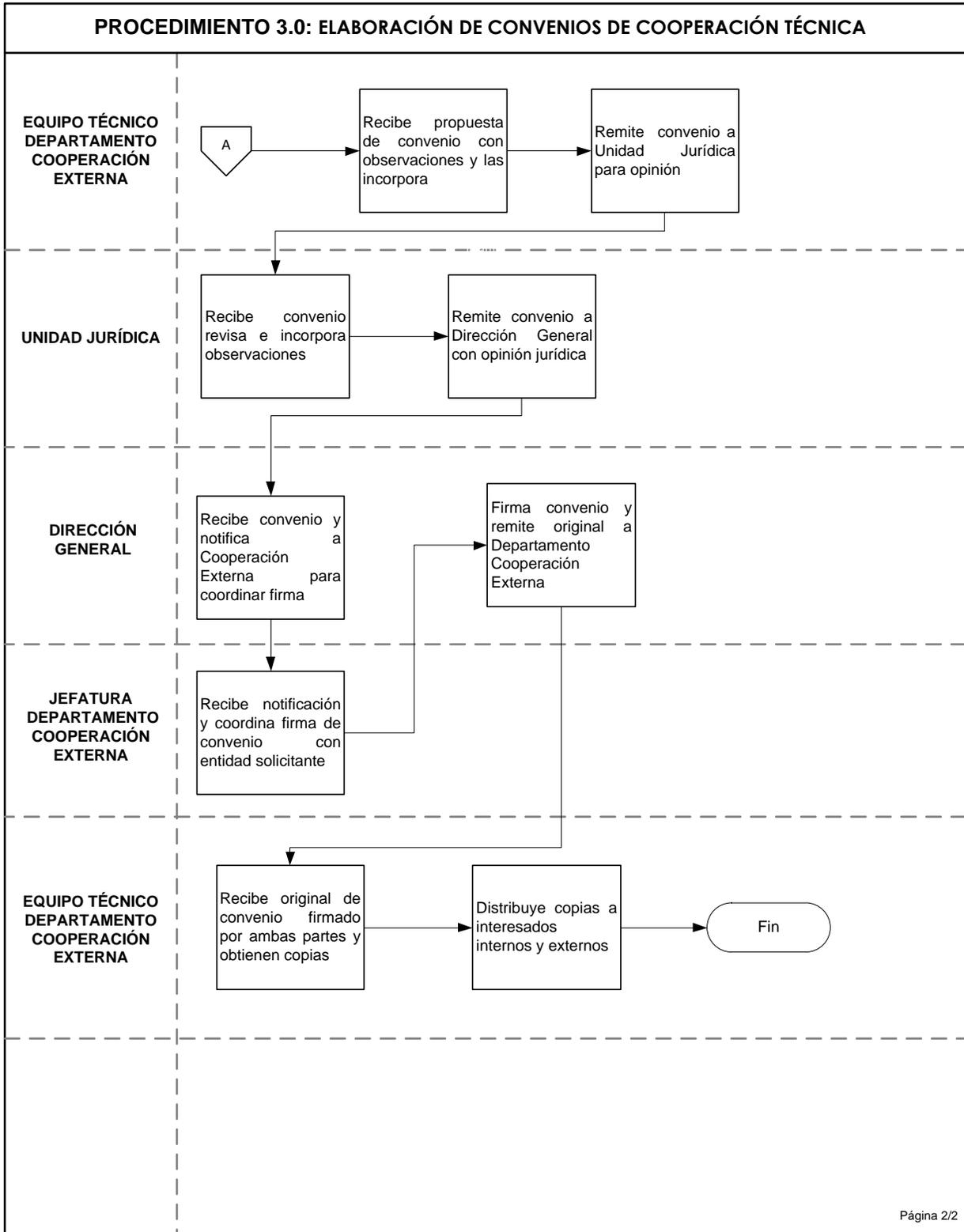


**1.3.3.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 3.0: ELABORACIÓN DE CONVENIOS DE COOPERACIÓN TÉCNICA**





### **1.3.4 SEGUIMIENTO AL DIÁLOGO Y CONVENIOS INTERNACIONALES**

#### **1.3.4.1. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. El Departamento de Cooperación Externa dará seguimiento a los convenios y diálogos internacionales en materia de Seguridad Social y de pertinencia institucional, a fin de informar oportunamente.

#### **1.3.4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

1. Revisa y lista los diferentes convenios internacionales en materia de seguridad social y salud.
2. Enlista los diálogos internacionales a los que asiste la institución.
3. Revisa compromisos institucionales establecidos.
4. Elabora informes de convenios, diálogos y compromisos internacionales.
5. Entrega informes a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional para conocimiento, revisión y comentarios.

##### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

6. Recibe informe y revisa; si tiene observaciones lo devuelve a Jefatura de Departamento de Cooperación Externa para corrección.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

7. Recibe informes e incorpora observaciones y continúa en paso N° 5.

##### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

8. Si no tiene observaciones, devuelve a Jefatura Departamento Cooperación Externa para que continúe el proceso.

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

9. Divulga compromisos a Dirección General, Subdirecciones y Unidades del ISSS.
10. Coordina el establecimiento de la posición institucional.



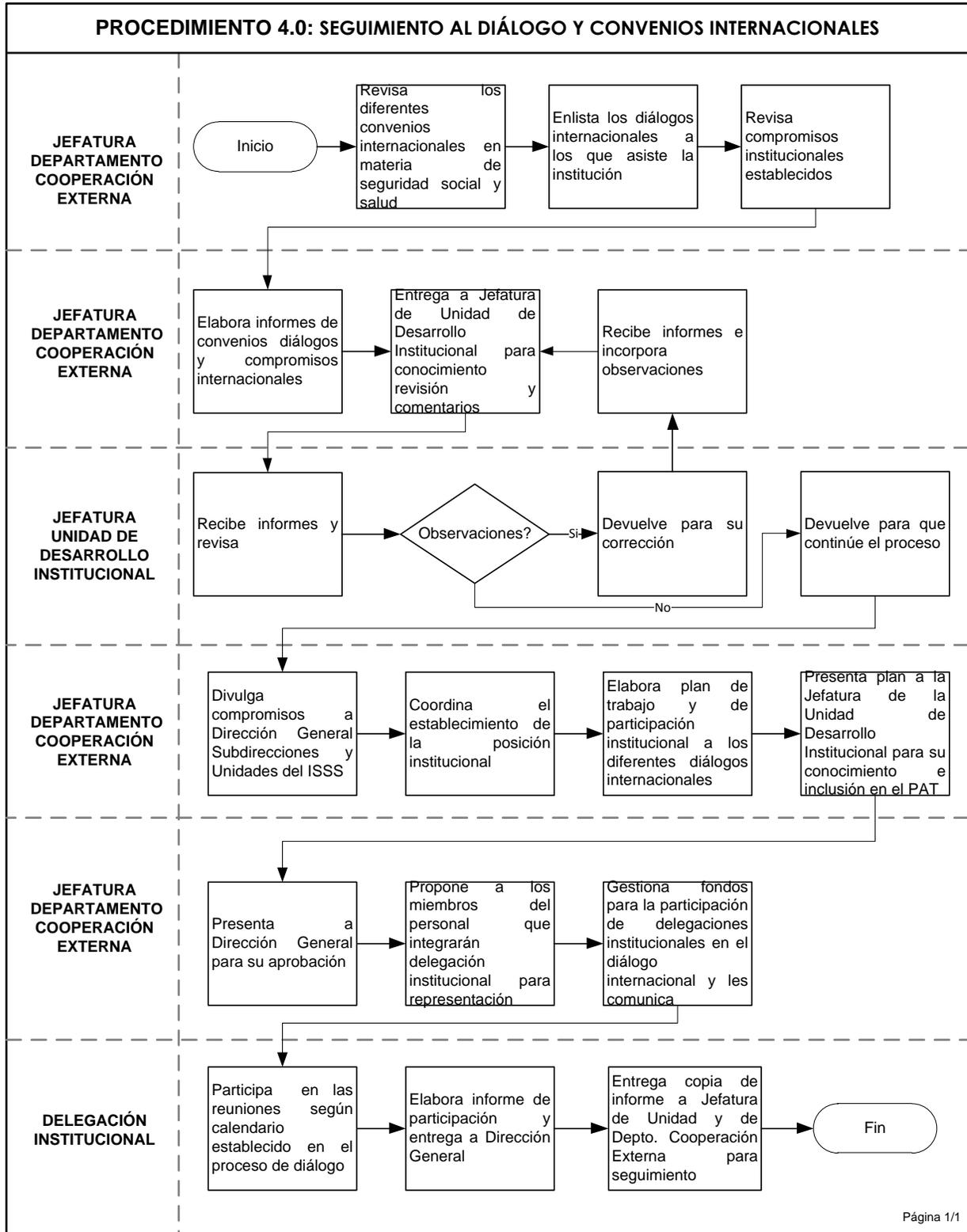
11. Elabora plan de trabajo y de participación institucional a los diferentes diálogos internacionales.
12. Presenta plan a la Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional para su conocimiento e inclusión en el Plan Anual de Trabajo.
13. Presenta plan de trabajo a Dirección General para su aprobación.
14. Propone a los miembros del personal que integrarán delegación institucional para representación.
15. Gestiona los fondos para la participación de las delegaciones institucionales en el diálogo internacional y se los comunica.

#### **Delegación Institucional**

16. Participa en las reuniones según calendario establecido en el proceso de diálogo.
17. Elabora informe de participación y entrega a Dirección General.
18. Entrega copia de informe a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional y de Departamento Cooperación Externa para conocimiento y seguimiento.



**1.3.4.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





### **1.3.5 PARTICIPACIÓN EN NUEVOS ESPACIOS DE DIÁLOGO INTERNACIONAL EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PERTINENCIA INSTITUCIONAL**

#### **1.3.5.1. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. La Jefatura del Departamento de Cooperación Externa debe promover la participación efectiva del ISSS en nuevos espacios de diálogo internacional en materia de Seguridad Social y de pertinencia institucional.

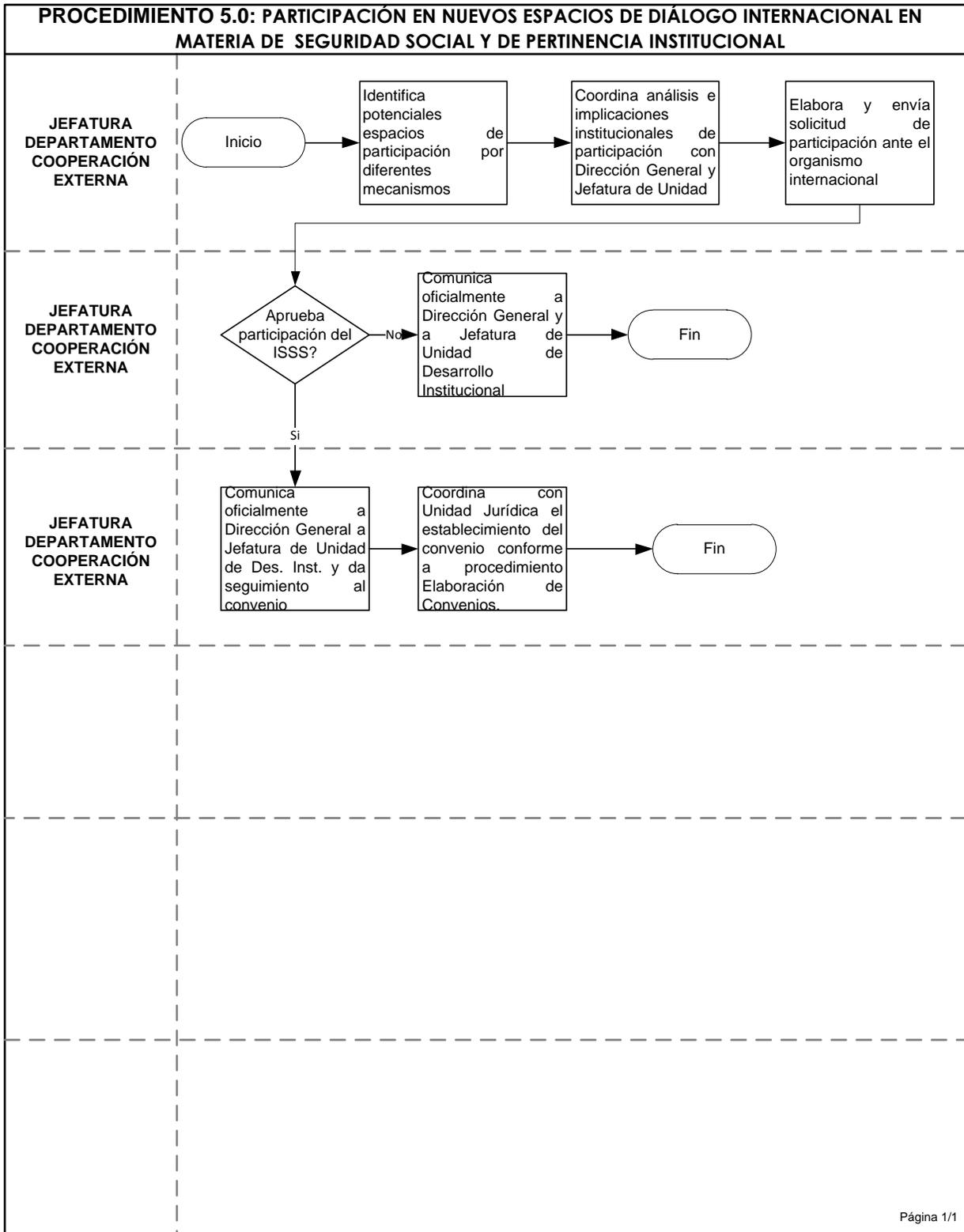
#### **1.3.5.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **Jefatura Departamento Cooperación Externa**

1. Identifica potenciales espacios de participación por diferentes mecanismos.
2. Coordina análisis e implicaciones institucionales de participación con Dirección General y Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.
3. Elabora y envía solicitud de participación ante el organismo internacional.
4. Si no se aprueba la participación del ISSS, comunica oficialmente a Dirección General y a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.
5. Si es aprobada la participación del ISSS por el organismo internacional, comunica oficialmente a Dirección General, a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional y da seguimiento al convenio.
6. Coordina con Unidad Jurídica el establecimiento del convenio, conforme a procedimiento Elaboración de Convenios.



1.3.5.3 DIAGRAMA DE FLUJO





## **2. PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL**

### **2.1 OBJETIVO DEL PROCESO**

Promover, fortalecer, documentar y dinamizar la mejora en los procesos que permitan la ordenada transformación del ISSS, en forma coherente con la visión, misión y políticas Institucionales, logrando de manera oportuna, eficiente y efectiva la satisfacción de los usuarios.

### **2.2 NORMAS GENERALES**

1. El Departamento Gestión de Calidad Institucional propondrá mejoras a la estructura organizativa del Instituto, toda vez que lo considere pertinente o por solicitud de las dependencias, con el objetivo de disponer de una organización más ágil y eficiente.
2. El usuario podrá solicitar al Departamento Gestión de Calidad Institucional la actualización del contenido de los documentos normativos una vez al año o por causas debidamente justificadas. Este departamento será responsable de verificar de manera periódica, todos aquellos documentos normativos que el usuario no haya solicitado su actualización, a fin de determinar con el apoyo de la dependencia usuaria si existen cambios no reportados y efectuar la actualización correspondiente.
3. Cuando se envíe un documento a revisión de los usuarios se propone un tiempo no mayor de 7 días hábiles para su devolución y 3 días hábiles para su aprobación. El cumplimiento de este tiempo estará sujeto a la disponibilidad de lo reportado por parte del usuario.
4. Para que los Analistas den atención a los requerimientos asignados, debe contarse con la participación activa del usuario solicitante, quien proporcionará toda la información requerida, de forma completa y oportuna. Si por parte del usuario no se obtiene el apoyo necesario, se suspenderá el requerimiento y se le informará al usuario que debe solicitarlo nuevamente.
5. El Analista de Desarrollo Institucional, en coordinación con el usuario relacionado, elaborará un cronograma de actividades para el desarrollo de la asignación, cuando se le encomiende un requerimiento proveniente de un hallazgo de entes fiscalizadores. En este caso el cumplimiento del cronograma estará sujeto también al apoyo por parte de los Usuarios.
6. Es responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional, realizar todo tipo de investigaciones para atender el requerimiento que le haya sido asignado, a fin de disponer de suficientes elementos de juicio, para entregar al usuario resultados con un alto nivel de calidad técnica.



7. El Departamento Gestión de Calidad podrá realizar adenda<sup>1</sup> a los documentos normativos vigentes a solicitud de los usuarios por modificaciones puntuales que no afecten el número de páginas originales. Para que la adenda sea oficial, se deberá gestionar en las páginas modificadas firma de la máxima autoridad de la dependencia solicitante y la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.
8. Todo documento normativo previo a su divulgación, debe ser aprobado por la Jefatura de División, Unidad o Subdirección correspondiente (según aplique). El Departamento Gestión de Calidad Institucional, previo análisis, gestionará oportunamente el respaldo de la Dirección General o Consejo Directivo (según aplique) a las modificaciones a normativas que impliquen afectación presupuestaria.
9. Es responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional, abrir un expediente para cada uno de los requerimientos que le sean asignados y documentar en éste todas las acciones relevantes realizadas, ya sea a través de notas o por el correo institucional.
10. Todas las solicitudes que ingresen al Departamento Gestión de Calidad Institucional debe ser analizadas para determinar su viabilidad y oportunidad de atención, así como al Analista de Desarrollo Institucional que se asignará.

## **2.3 PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS**

1. Análisis y Mejora de Procesos Institucionales
2. Elaboración de Estructuras Organizativas (Organigramas)
3. Creación o Actualización de Documentos Normativos para el Control Interno
4. Diseño y/o Rediseño de Formularios Institucionales
5. Creación y Actualización de Indicadores de Gestión y Rendimiento

### **2.3.1 ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS INSTITUCIONALES**

#### **2.3.1.1 NORMAS DEL PROCEDIMIENTO**

1. La identificación de necesidades de análisis y mejora de procesos Institucionales, puede surgir como resultado de evaluaciones en el funcionamiento de los procesos, de reuniones de trabajo con personal de las dependencias, por investigaciones previas realizadas, entre otros.

---

<sup>1</sup> **Adenda**, es todo aquel añadido que se agrega a un escrito, ya que en ocasiones después de haberse divulgado un documento normativo, es necesario aumentar, modificar o aclarar su contenido; a través de una adenda.



2. El personal del Departamento Gestión de Calidad en coordinación con el usuario, deberán analizar y proponer mejoras en los procesos, tomando en cuenta si aplica metodologías de calidad para la resolución de problemas y mejora de procesos.
3. Los estudios realizados deben proporcionar de preferencia alternativas de solución, que sean factibles de incorporarlas en los procesos correspondientes para corregir las problemáticas identificadas.
4. Para llevar a cabo la implementación de las propuestas de mejora, el solicitante deberá gestionar con la máxima autoridad de la dependencia relacionada su aprobación.
5. Si las propuestas de mejora son implementadas, se deberá coordinar a solicitud del usuario la actualización de la documentación normativa relacionada.

### **2.3.1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

#### **Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

1. Envía los requerimientos de estudios técnicos a Jefatura de Sección.

#### **Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

2. Asigna estudio a Analista y le proporciona los lineamientos generales del estudio a realizar.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

3. Recibe requerimiento, realiza la investigación preliminar y contacta a usuario e informa sobre proyecto a realizar.
4. Prepara los instrumentos de trabajo para realizar la investigación y realiza la investigación de campo.
5. Ordena, procesa, analiza, interpreta la información, elabora documento y entrega a Jefatura de Sección.

#### **Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

6. Recibe y revisa documento.
7. Si hay observaciones, las entrega a Analista para su incorporación.



**Analista de Desarrollo Institucional**

8. Incorpora observaciones recibidas y entrega documento para revisión de Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

9. Recibe documento con observaciones, lo revisa y envía a Jefatura de Departamento para revisión.

**Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

10. Revisa documento y devuelve a Jefatura de Sección con su Visto Bueno u observaciones.

**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

11. Si hay observaciones, las entrega a Analista para que las incorpore.

**Analista de Desarrollo Institucional**

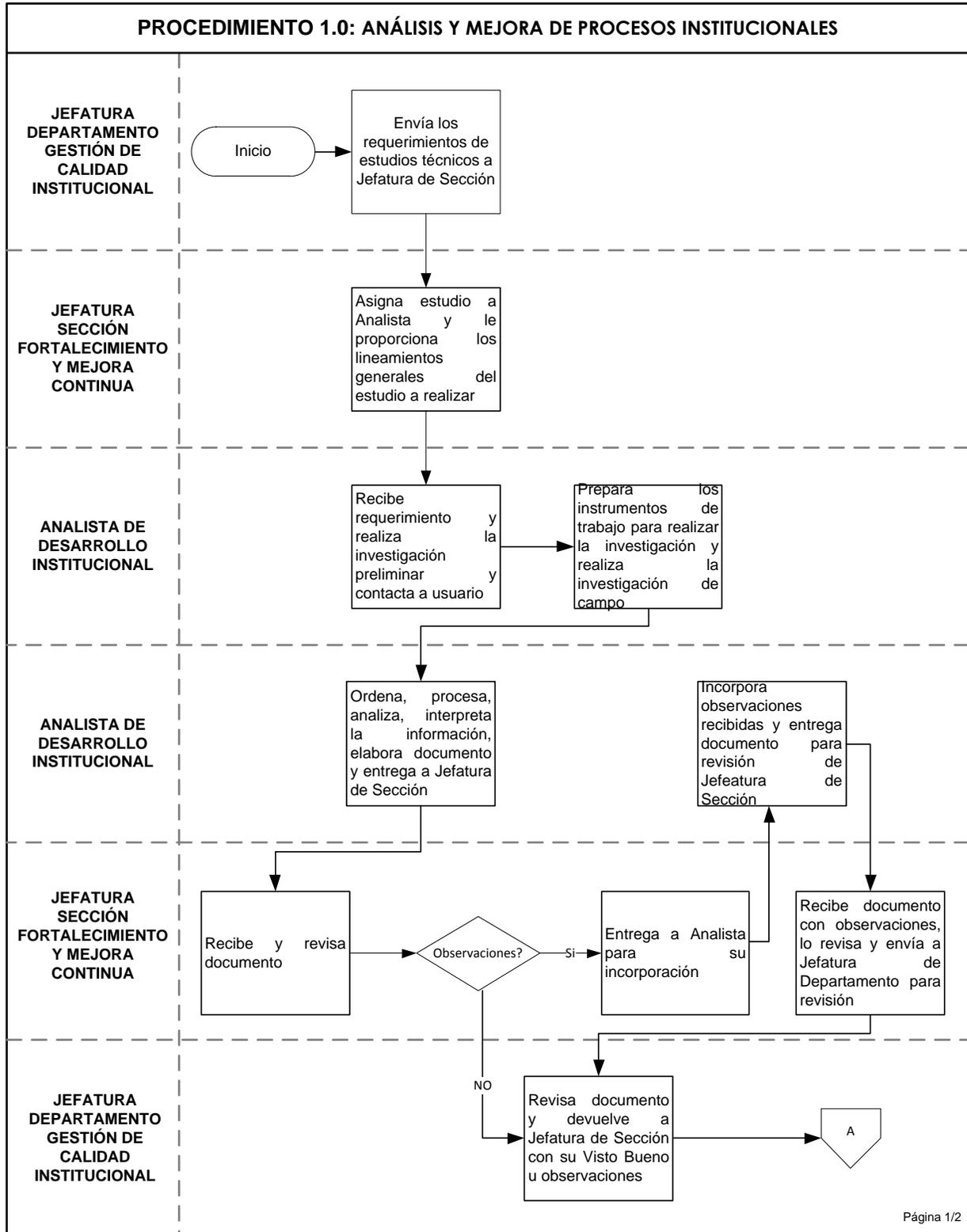
12. Incorpora observaciones recibidas y entrega el documento a Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

13. Revisa documento y realiza las gestiones para el envío del documento a usuario solicitante.

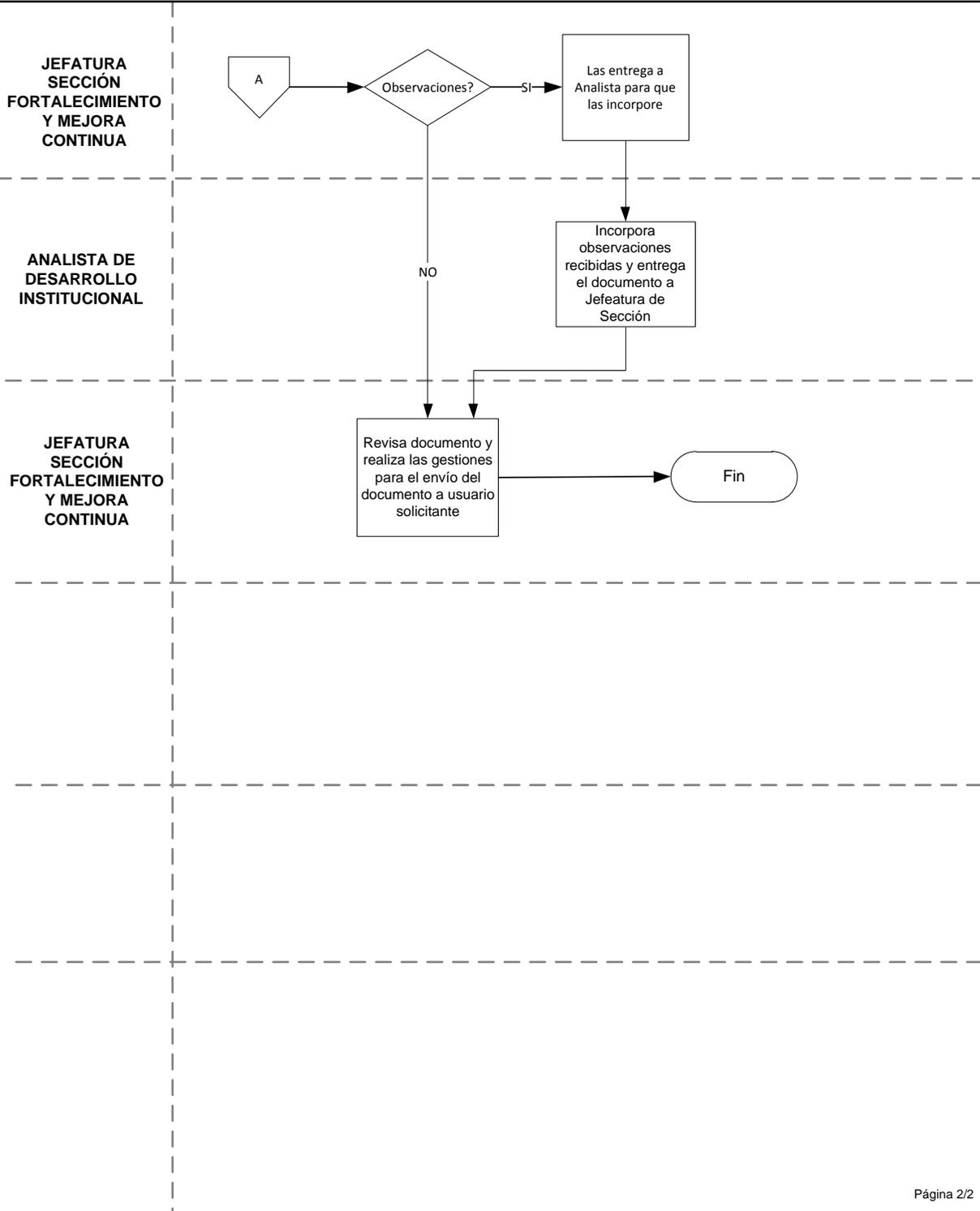


**2.3.3.1 DIAGRAMA DE FLUJO**





PROCEDIMIENTO 1.0: ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS INSTITUCIONALES





## **2.3.2 ELABORACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS (ORGANIGRAMAS)**

### **2.3.2.1 NORMAS**

1. Todo requerimiento de creación o reestructuración de dependencias del ISSS, deberá ser canalizado a través de la Unidad de Desarrollo Institucional y deberá estar orientado a modernizar la Institución.
2. Serán causa de cambios a la Estructura Organizacional y Manuales de Organización los siguientes:
  - La creación, eliminación o modificación estructural de una dependencia organizacional.
  - La fusión de dos o más dependencias.
  - La adición, modificación, transferencia o eliminación de una o más funciones en cualquier dependencia de la estructura.
  - La creación o eliminación de niveles jerárquicos.
3. La creación o reestructuración de dependencias en el ISSS, podrá ser realizada por indicación de Dirección General y/o Acuerdo de Consejo Directivo; y podrán realizarse en coordinación con los usuarios. Previo a la presentación de las propuestas de creación o reestructuración organizativa al Consejo Directivo, se deberá contar con el visto bueno de la Dirección General.
4. La presentación ante el Consejo Directivo, de las propuestas de creación o modificación de la Estructura Organizativa del ISSS, será responsabilidad del Departamento Gestión de Calidad Institucional, quien podrá convocar al Usuario correspondiente.
5. Los Usuarios podrán solicitar al Departamento Gestión de Calidad Institucional con el visto bueno de su Jefatura superior, el apoyo para la elaboración de un estudio técnico para modificación de su estructura organizativa.
6. Siempre que se cree o modifique la Estructura Organizativa de alguna de las áreas del Instituto, se deberá verificar en los Manuales de Organización correspondientes, que no exista otro elemento de organización con funciones similares.
7. Cuando se trate de creación de dependencias nuevas, se podrá diseñar un plan de implantación que se propondrá a las áreas relacionadas, a fin de crear las condiciones para la operativización de las principales actividades a realizar.
8. Los nombramientos de los puestos de trabajo, incluyendo jefaturas, deberán ser gestionadas por la dependencia relacionada y realizadas posterior a la emisión del respectivo Acuerdo de creación o reestructuración de las dependencias, a fin de que respondan a la estructura organizativa aprobada.



9. Cuando se efectúen cambios en la Estructura Organizativa del ISSS, deberán actualizarse los documentos normativos relacionados.
10. El enfoque administrativo a utilizar en las reorganizaciones, será el que más convenga a los fines e intereses institucionales y en apego a las disposiciones legales vigentes.
11. Los Criterios utilizados para el grado de denominación de una dependencia serán:  
Unidad: Dependencia de apoyo a Consejo Directivo, Dirección General o Subdirección General.  
  
División: Dependencia con línea de mando proveniente de una Subdirección y conformada al menos por dos Departamentos.  
  
Departamento: Dependencia conformada al menos por dos Secciones, a excepción de aquellos que funcionan como equipo de trabajo por la naturaleza de los procesos que en ellos se realiza.  
  
Sección: Dependencia conformada por una Jefatura y al menos tres Técnicos o colaboradores.  
  
Servicio: Dependencia de los Centros de Atención conformada por una Jefatura y al menos tres Médicos, Técnicos o colaboradores.  
  
Áreas de Apoyo: Dependencia con experiencia y preparación técnica que les permite proponer a las Unidades de Línea, criterios para resolver una situación determinada.

### **2.3.2.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Director General, Subdirector, Jefes de División o Unidad**

1. Solicita a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional la elaboración de una propuesta para la creación o modificación de estructura organizativa.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

2. Indica a Jefatura de Departamento Gestión de Calidad Institucional sobre requerimiento.

#### **Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

3. Analiza requerimiento y solicita a Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos que asigne Analista para apoyar con el requerimiento a Jefatura de Departamento.



**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

4. Asigna Analista de Desarrollo Institucional y explica lo requerido.

**Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional/ Analista de Desarrollo Institucional**

5. Elaboran propuesta de reestructuración y envían a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional para revisión.

**Jefatura Unidad Desarrollo Institucional**

6. Revisa y si no hay observaciones da Visto Bueno.
7. Si hay observaciones las envía a Jefatura de Departamento, quien las incorpora y devuelve a Jefatura de Unidad.
8. Envía propuesta a Subdirector, Jefatura de División y/o Unidad correspondiente para revisión o aprobación o solicita reunión para presentar la propuesta.

**Subdirector, Jefatura de División o Unidad**

9. Da visto bueno a la propuesta o solicita se incorporen observaciones.

**Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional/ Analista de Desarrollo Institucional**

10. Incorpora observaciones y envía a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.

**Jefatura Unidad Desarrollo Institucional**

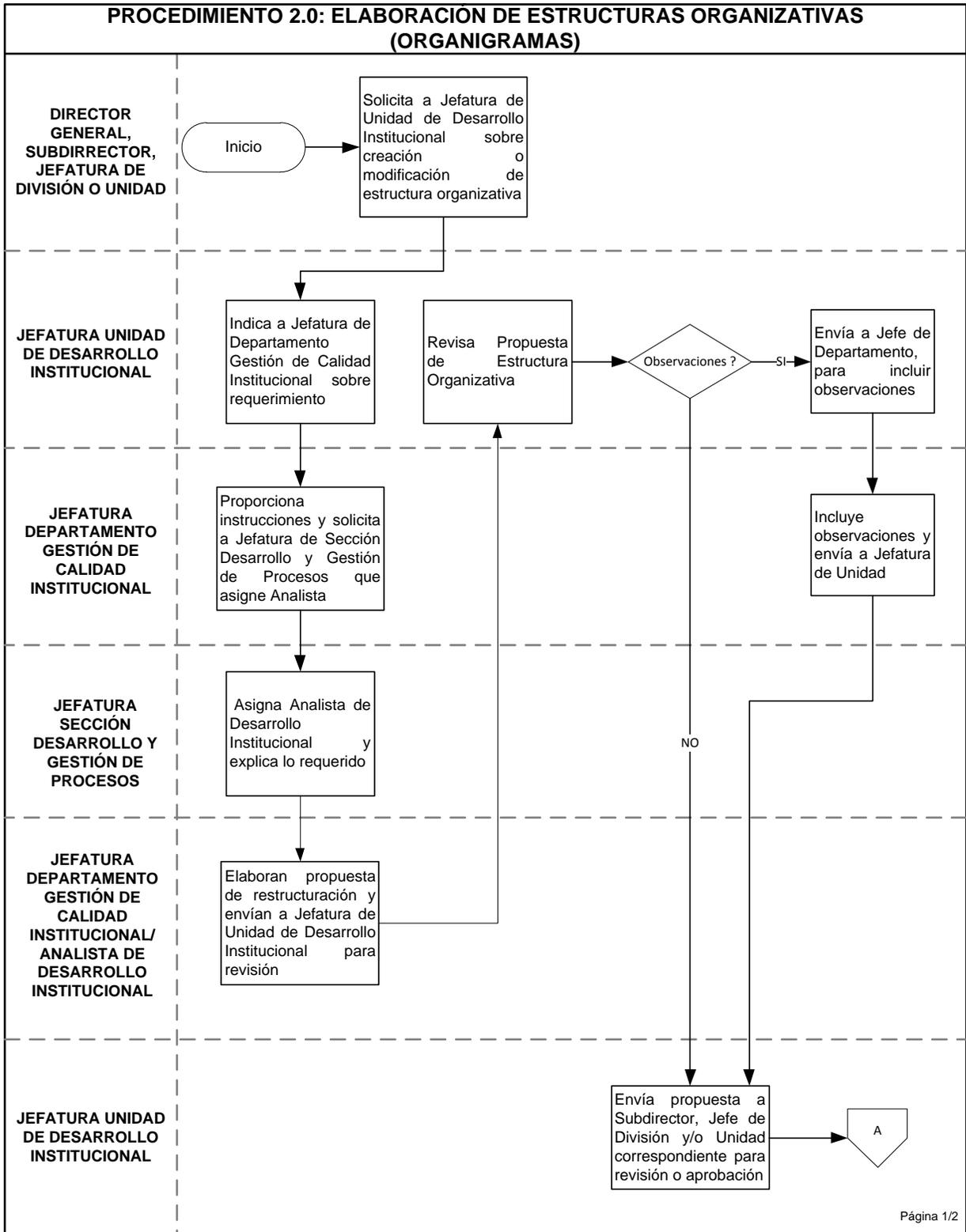
11. Revisa, envía propuesta de estructura y obtiene aprobación de Subdirector, Jefe de División o Unidad.
12. Envía propuesta a Dirección General para aprobación.

**Director General**

14. Da aprobación para presentar en Consejo Directivo.

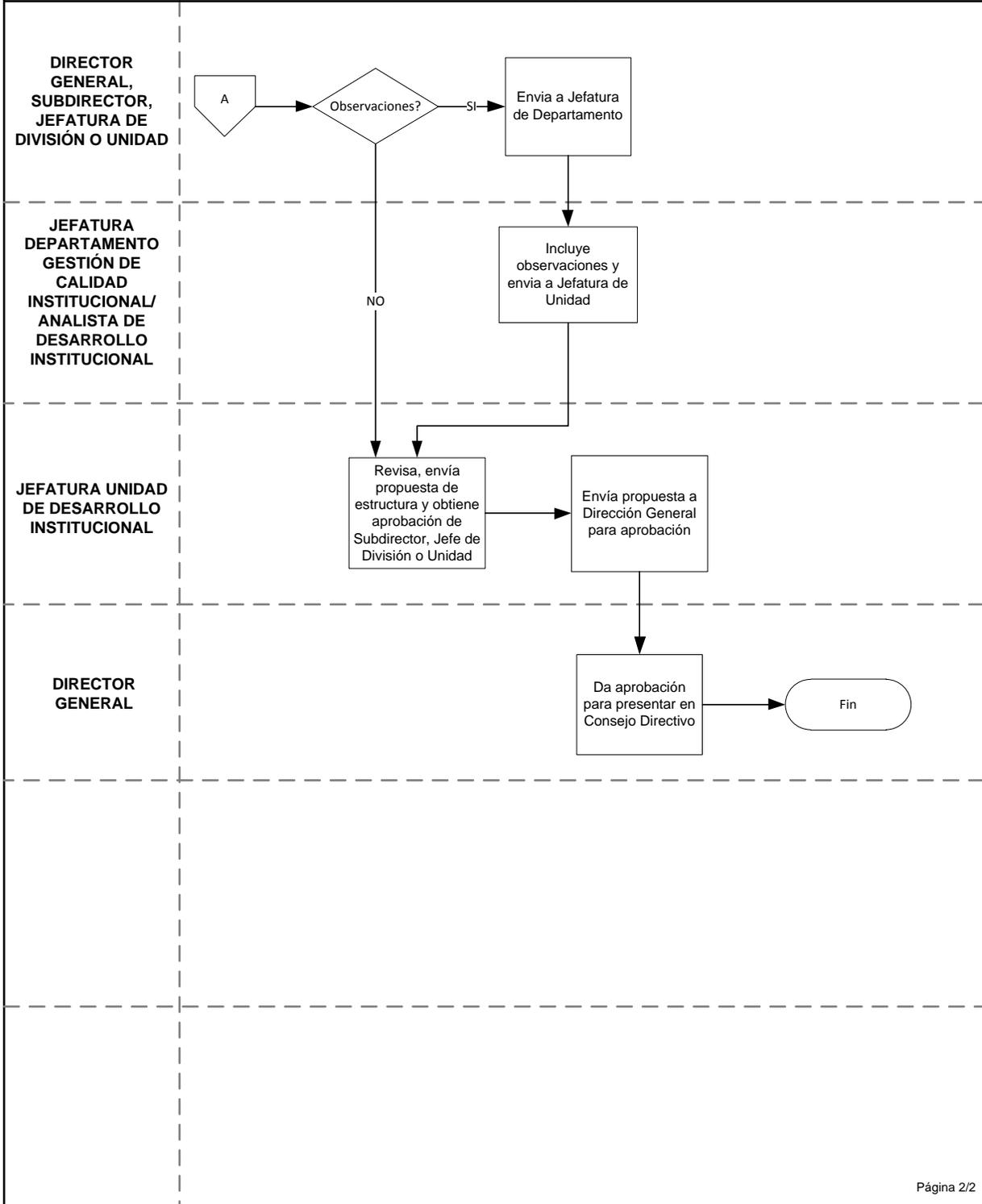


**2.3.3.2 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 2.0: ELABORACIÓN DE ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS (ORGANIGRAMAS)**





### **2.3.3 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**

#### **2.3.3.1 NORMAS**

1. El presente procedimiento comprende la elaboración de los documentos normativos siguientes: Manuales de Organización, de Procesos, de Normas y Procedimientos, Instructivos y Normativas.
2. Los documentos normativos son elaborados en el Departamento Gestión de Calidad Institucional, para dar cumplimiento al marco normativo legal vigente y para documentar las actividades que se realizan en el ISSS.
3. En la elaboración de los documentos normativos se deberán utilizar los formatos Institucionales vigentes, dichos formatos podrán ser modificados únicamente a propuesta del personal del Departamento Gestión de Calidad Institucional.
4. En la fase de aprobación de los documentos normativos deberán registrarse las firmas de los participantes de las dependencias involucradas, en el proceso.
5. Todo documento normativo deberá incluir un apartado que contenga los Objetivos y las Instrucciones correspondientes para su uso y actualización.
6. En el proceso de creación o actualización de documentos normativos será el usuario el responsable de proporcionar toda la información indispensable para su elaboración, no así otros insumos que se consideren valiosos para mejorar el documento que será responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional.
7. La Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos será la encargada de realizar el control de calidad a los documentos normativos que se envían a firma del usuario.
8. Los documentos normativos serán firmados por:
  - Aprobación: Máxima autoridad de la dependencia solicitante y Jefe Unidad de Desarrollo institucional (en caso aplique se incluirá a la Dirección General)
  - Revisión: Jefes de Departamento involucrados, Jefe de Departamento Gestión de Calidad Institucional y Jefe de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos.
  - Elaboración: Analista de Desarrollo Institucional.

En los casos que aplique, se adicionará una lista del personal que participó en la elaboración/ validación del documento.

9. Al aprobarse un documento normativo deberá dejarse constancia de la nueva versión tanto en el archivo físico como en la carpeta que contiene las versiones digitales (propiedad de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos), así mismo se



deberá proporcionar al Departamento de Información y Respuesta, una copia del documento en versión digital para que sea puesta a disposición del público, por el medio que dicho Departamento estime conveniente.

10. La Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos es la responsable de la custodia, administración y préstamo de los Documentos Técnicos Administrativos. En los casos que se presten los originales de los documentos el solicitante firmará falso para Préstamo de Documentos Institucionales.
11. El Analista de Desarrollo Institucional debe considerar (si existieren) los "Análisis y Propuestas de Mejoras de Procesos" de corto plazo, para la creación y actualización de documentos administrativos (con el visto bueno del usuario). Así mismo deberá realizar un análisis de posibles integraciones de documentos normativos que estén relacionados, a fin de evitar duplicidad de documentos y depurar la normativa institucional.
12. La Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional / Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos, deberá enviar al usuario a través del correo institucional, el documentos oficializado, a efectos de ser divulgado. Así mismo, podrán enviar los archivos electrónicos de los Documentos Institucionales oficializados a las Dependencias que lo soliciten.
13. Si un documento normativo es dado de baja (por integración, depuración, entre otros), éste se separará de los documentos normativos vigentes ubicados en el archivo físico, situado en las instalaciones del Departamento Gestión de Calidad. El archivo digital será incluido en la carpeta que contiene las versiones digitales, específicamente en los documentos de baja y se informará al Departamento de Información y Respuesta para las acciones pertinentes.

### **2.3.3.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Usuario**

1. Envía a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional o Jefatura Departamento Gestión de Calidad la creación o actualización de documentos normativos para el Control Interno.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional/ Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

2. Recibe solicitud para creación o actualización de documento normativo y margina para su asignación.



**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

3. Recibe solicitud, analiza y asigna Analista de Desarrollo Institucional, de acuerdo a su carga laboral, proporcionando lineamientos.

**Analista de Desarrollo Institucional**

4. Recibe asignación, analiza y se pone en contacto con Usuario de la dependencia solicitante.
5. Recopila la información necesaria y elabora documento preliminar.
6. Envía documento preliminar a Usuario para revisión.

**Usuario**

7. Recibe y revisa el documento, realiza observaciones y las envía a Analista.

**Analista de Desarrollo Institucional**

8. Recibe y revisa observaciones, las incorpora y envía documento a Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

9. Recibe documento, verifica la incorporación de las observaciones y remite a Jefatura de Departamento para sus observaciones.

**Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

10. Recibe documento, lo revisa, realiza observaciones y lo devuelve a Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos/ Analista, para su incorporación.

**Analista de Desarrollo Institucional**

11. Recibe documento preliminar e incorpora las observaciones.
12. Imprime documento final, y gestiona firma de Jefatura de Sección y Jefatura de Departamento.
13. Recibe documento firmado por Jefaturas y envía a usuario para firma.

**Usuario**

14. Recibe documento, lo firma y sella y devuelve a Analista.



**Analista de Desarrollo Institucional**

15. Recibe documento firmado, sellado y gestiona firma de Jefatura de Unidad.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

16. Recibe el documento lo firma y sella y devuelve a Analista.

**Analista de Desarrollo Institucional**

17. Escanea hoja de firmas, la incorpora al documento, entrega documento oficial a la Jefatura de Sección y le envía el archivo electrónico.

**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

18. Recibe el documento oficial, archiva documento físico oficial y convierte a formato PDF archivo electrónico.

19. Prepara correo electrónico adjuntándole documento oficial en formato PDF y lo envía a usuarios involucrados.

20. Almacena archivo electrónico (en PDF y original) en la carpeta correspondiente.

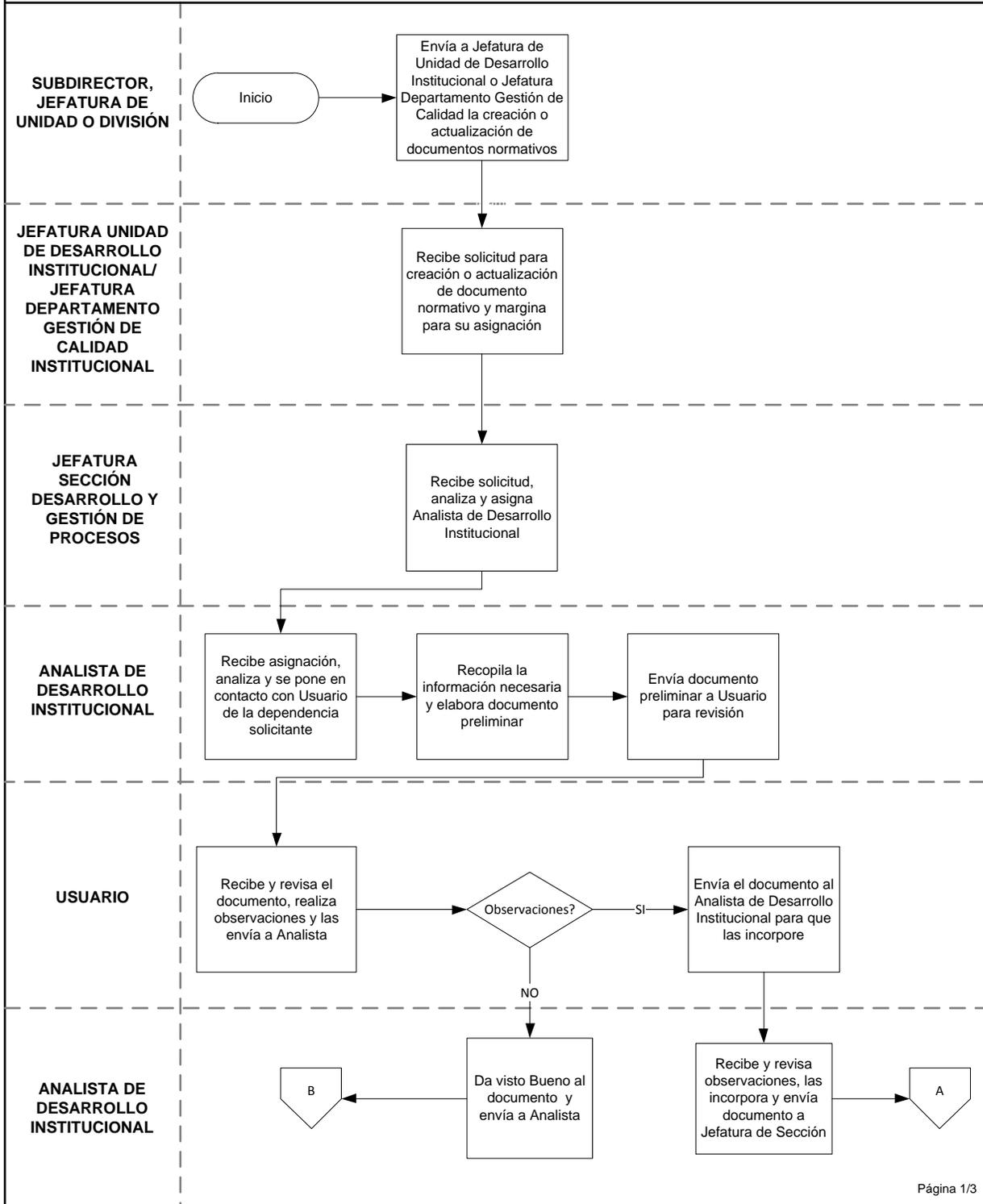
21. Gestiona la divulgación a las dependencias relacionadas.

22. Envía copia del archivo en PDF a Departamento de Información y Respuesta para su actualización.



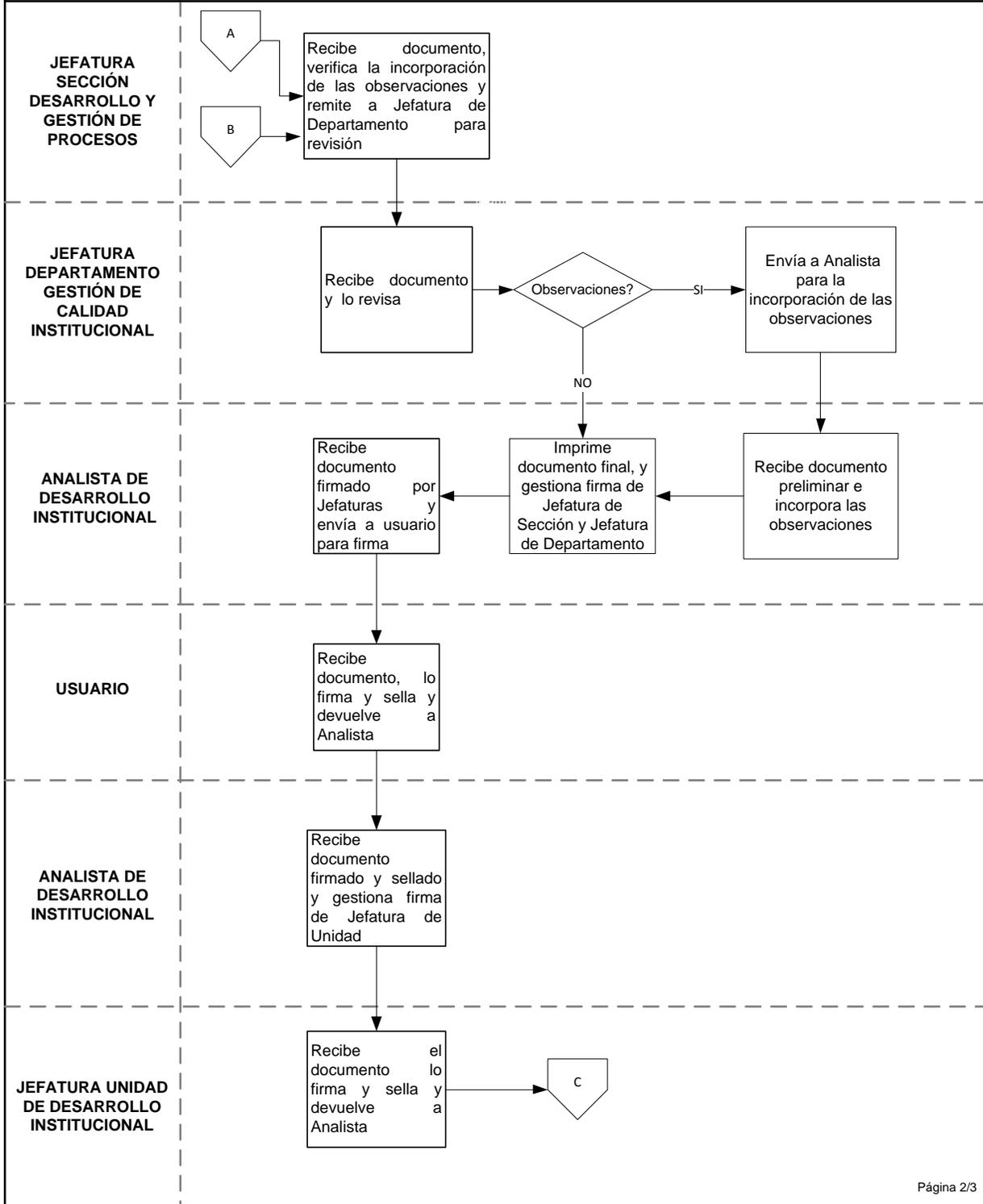
**2.3.3.3 DIAGRAMA DE FLUJO**

**PROCEDIMIENTO 3.0: CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**



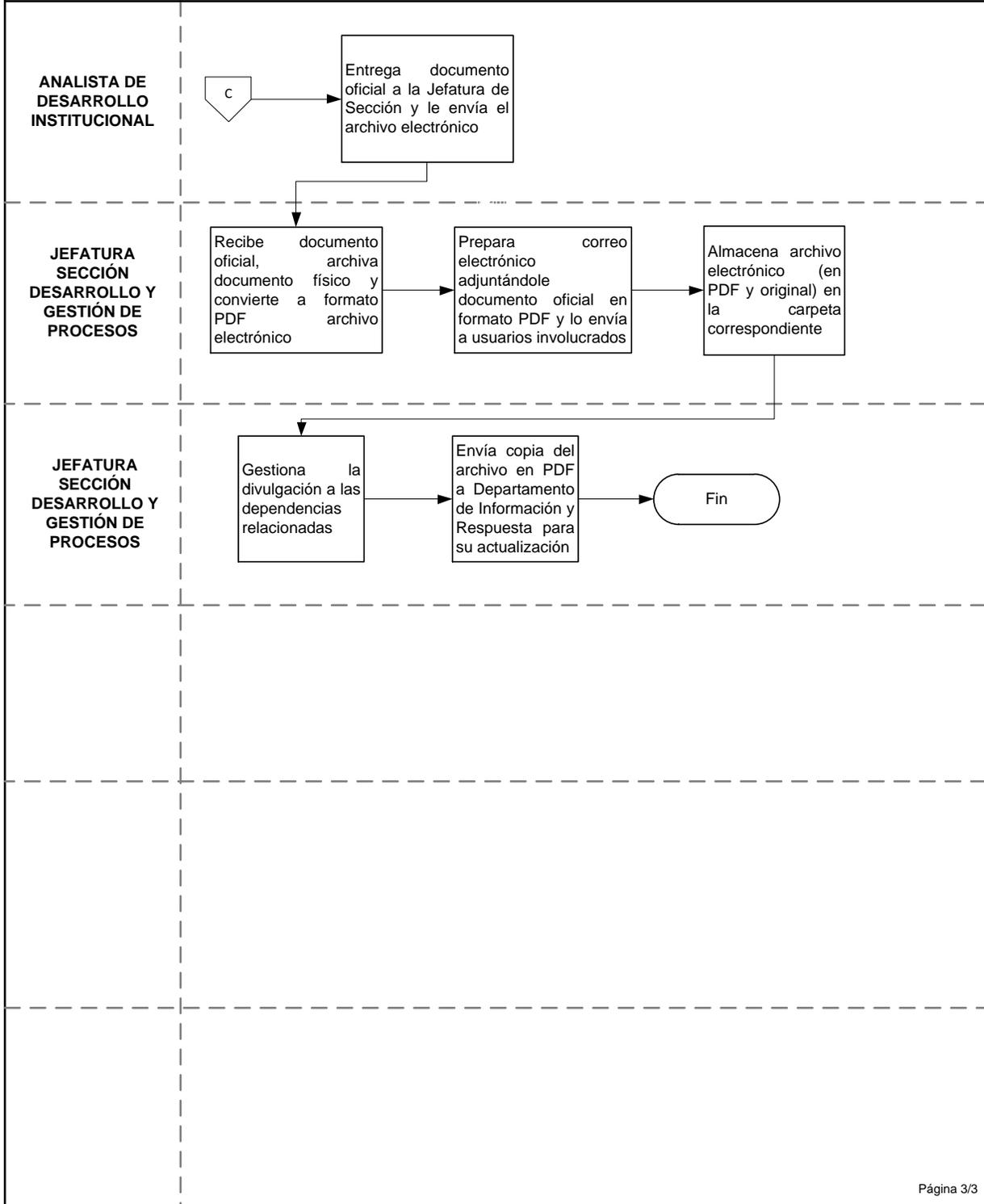


**PROCEDIMIENTO 3.0: CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**





**PROCEDIMIENTO 3.0: CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL INTERNO**





### **2.3.4 DISEÑO Y/O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**

#### **2.3.4.1 NORMAS**

1. Se define como formulario institucional todo aquel documento impreso, electrónico o mecanizado que contiene información estructurada "fija" sobre un determinado aspecto, para ser complementada con información "variable". En otras palabras, "es un instrumento de trabajo cuyo objetivo es transportar información para simplificar y facilitar el desarrollo de los procedimientos administrativos".
2. El Departamento Gestión de Calidad Institucional será el responsable de establecer un marco regulatorio eficaz y eficiente para la reproducción, control y uso de formularios institucionales de tipo preimpreso, electrónico y mecanizado; para facilitar el flujo de información entre las Dependencias del ISSS, así como contribuir a una mejor toma de decisiones, optimizar los recursos institucionales y disminuir los tiempos de respuesta tanto de los usuarios internos como externos.
3. Se establece de carácter obligatorio para todas las dependencias del ISSS tanto del área de Salud como del área Administrativa, el uso únicamente de los formularios institucionales ya sean de llenado manual, electrónico o mecanizado, que cuentan con la autorización y codificación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, por lo que el uso de formularios no oficializados será responsabilidad del área que lo ha elaborado.
4. El Departamento Gestión de Calidad Institucional será el responsable de solicitar al Departamento de Planificación de Artículos Generales y Servicios Administrativos cualquier modificación en el SAFISSS (dar de alta y dar de baja a algún formulario). Toda adición, modificación o eliminación de formularios en el SAFISSS, el Departamento Gestión de Calidad Institucional deberá comunicarlo al Taller de Impresiones y al Departamento de Almacenes.
5. Para realizar el diseño o rediseño de formularios, el Departamento Gestión de Calidad Institucional deberá verificar que no existan otros con aplicaciones y usos similares y en tal caso considerará la posibilidad de realizar fusiones.
6. Para efectos de optimizar los recursos institucionales se establece lo siguiente:
  - La impresión de formularios en el Taller de Impresiones procederá solamente para aquellos cuyo tiraje sea de al menos cinco mil hojas (impresiones) para un año. En cuanto a libros el mínimo permitido será de 100 libros. Cuando la cantidad requerida de un formulario sea menor a cinco mil hojas (impresiones), este se deberá utilizar en forma electrónica, previo diseño y oficialización por parte del Departamento Gestión de Calidad Institucional.



- La asignación de código SAFISSS para un formulario procederá solamente cuando sea de carácter permanente y su uso sea de carácter general (lo usen varias dependencias y/o Centros de Atención del Instituto), de lo contrario únicamente le será asignado número de fórmula.
7. Para todo diseño o rediseño de formularios todas las dependencias del ISSS deberán enviar su requerimiento a través del formulario Hoja de Requerimiento con número de fórmula 360101-016-07-13 o nota; dicha solicitud deberá incluir como mínimo la información siguiente:
- Nombre del formulario propuesto y a sustituir.
  - Prediseño propuesto del formulario o descripción de sus características importantes (de ser posible anexarlo impreso y/o en medio magnético).
  - Código de fórmula o Código SAFISSS del formulario a sustituir si lo posee.
  - Tipo de formulario (Manual, electrónico o mecanizado).
  - Consumo anual (requisito indispensable).
  - Presentación : hojas sueltas, libro, block de 100 hojas, tarjeta y si incluye copias
  - Clase y color del papel y tinta a utilizar.
  - Si posee reverso, la forma de impresión: Cabeza con cabeza o pie con cabeza.
  - Hoja de distribución de cantidades a entregar de formularios a las Dependencias o Centros de Atención por parte del Departamento de Almacenes.
8. La solicitud de diseño o rediseño de formularios deberá emitirla la Jefatura de la dependencia interesada con el visto bueno de la Jefatura inmediata superior, si el formulario es del área administrativa, y si el formulario corresponde al área de salud deberá contar con el visto bueno del Director o Administrador del Centro de Atención.
9. La Solicitud de Impresión de Formularios autorizada por los usuarios, la enviará el Departamento Gestión de Calidad Institucional en forma impresa al Jefe del Taller de Impresiones para su respectiva reproducción.
10. Todo formulario con código SAFISSS reproducido por el Taller de Impresiones, será enviado al Departamento de Almacenes para que éste los distribuya a las Dependencias, Centros de Atención o Almacenes Regionales solicitantes de acuerdo a las hojas de distribución establecidas por el usuario.
11. Si un formulario con código SAFISSS actualmente en uso, sufre cambios menores en su diseño (rediseño) que no afectan su funcionalidad, y que además hayan existencias en los almacenes del antiguo diseño al cual sustituirá; no se deberá reproducir el nuevo rediseño sino hasta que el Departamento de Almacenes notifique al Taller de Impresiones que se ha llegado a la cantidad mínima de existencia del antiguo diseño con lo cual procederá la reproducción.



12. Si los cambios al formulario fuesen mayores, de tal forma que se requiera inevitablemente el descarte del antiguo diseño, se deberá completar el Formulario Declaración de Eliminación de Formularios Institucionales con número de Formula 360101-015-07-13.
13. Será responsabilidad de los Almacenes Regionales contar con stock de los distintos formularios para poder abastecer a los diferentes Centros de Atención cuando estos los demanden. Además los Almacenes Locales de todos los Centros de Atención, son los responsables de contar con la papelería necesaria para poder abastecer a los diferentes servicios y áreas administrativas.
14. Para proceder al descarte de formularios deberán cumplirse al menos una de las siguientes condiciones:
  - a. Que el formulario haya finalizado su gestión administrativa y la Institución decida retirarlo definitivamente.
  - b. Que alguna dependencia solicitante justifique su retiro.
  - c. Por la implementación de proyectos de innovación que conlleve al descarte de la documentación existente.
  - d. Por cambios en los procesos o procedimientos institucionales.

#### **2.3.4.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Dependencia Solicitante**

1. Envía solicitud para diseño o rediseño de formulario a Departamento Gestión de Calidad Institucional

##### **Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

2. Recibe la solicitud y la margina a Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos.

##### **Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

4. Recibe Solicitud, asigna a Analista de Desarrollo Institucional de acuerdo a la carga laboral y le proporciona lineamientos.

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

5. Recibe asignación, revisa, analiza formulario y realiza investigación integral con el solicitante.
6. Elabora diseño o rediseño del formulario y entrega formulario a revisión de la Jefatura de Sección.



**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

7. Recibe diseño o rediseño de formulario, lo revisa, realiza observaciones si es necesario y entrega formulario a Analista con o sin observaciones.

**Analista de Desarrollo Institucional**

8. Recibe formulario con o sin observaciones; si tiene observaciones las incorpora y gestiona código SAFISSS o número de fórmula según el caso con Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos**

9. Recibe formulario lo revisa y gestiona Código SAFISSS o número de fórmula según el caso y se lo proporciona al Analista.

**Analista de Desarrollo Institucional**

10. Elabora solicitud de Impresión de Formulario con código SAFISSS o de Formula (si aplica) y gestiona firmas de usuario.

**Dependencia Solicitante**

11. Firma y sella solicitud, gestiona firma y sello de jefatura inmediata superior.
12. Envía solicitud de impresión debidamente sellada y firmada a la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos.

**Analista de Desarrollo Institucional**

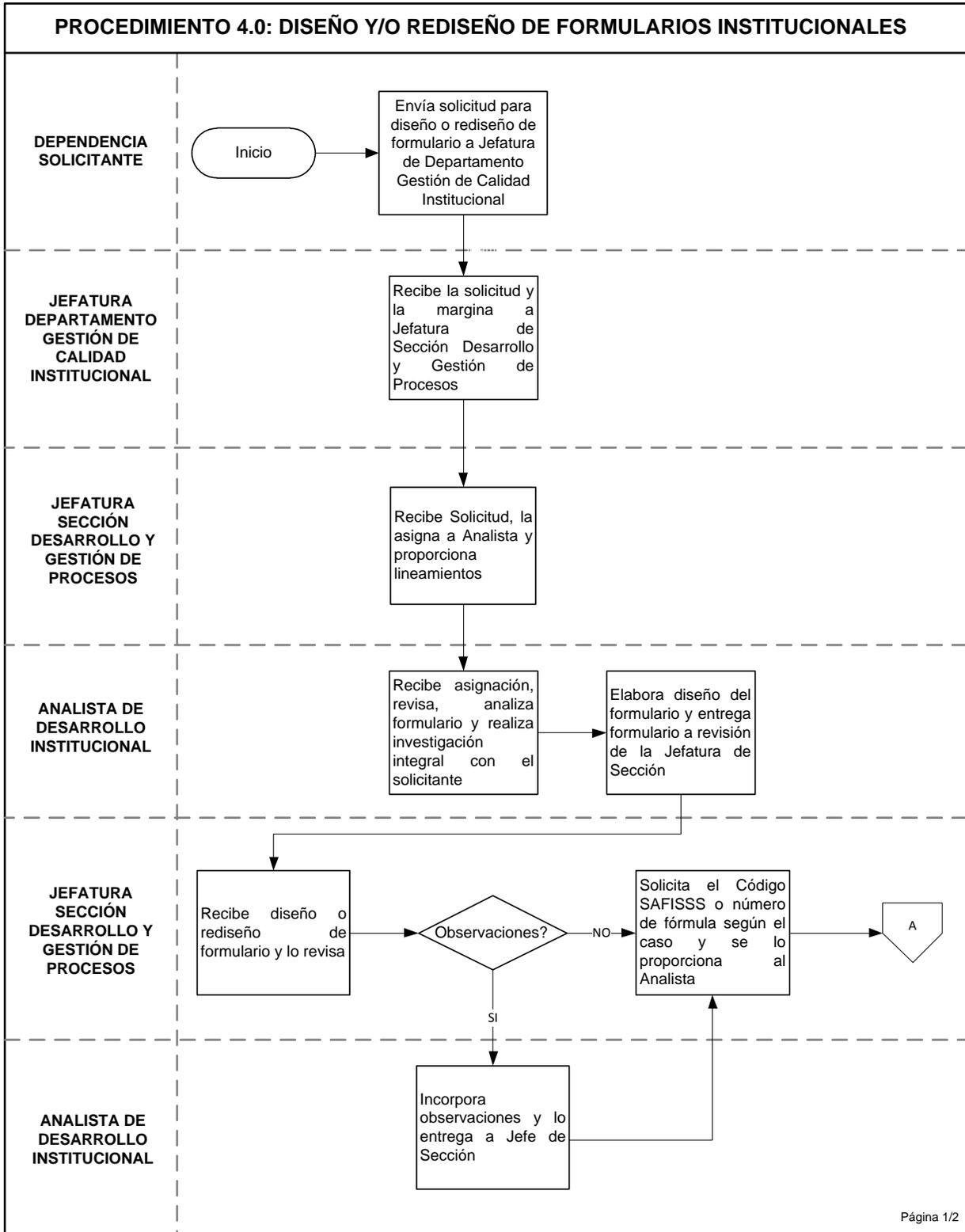
13. Envía a Taller de Impresiones para su reproducción, adjuntando hoja de distribución para el Almacén (si aplica).

**Jefatura Taller de Impresiones**

14. Recibe nota original de Solicitud de Impresión y Formulario para reproducción.

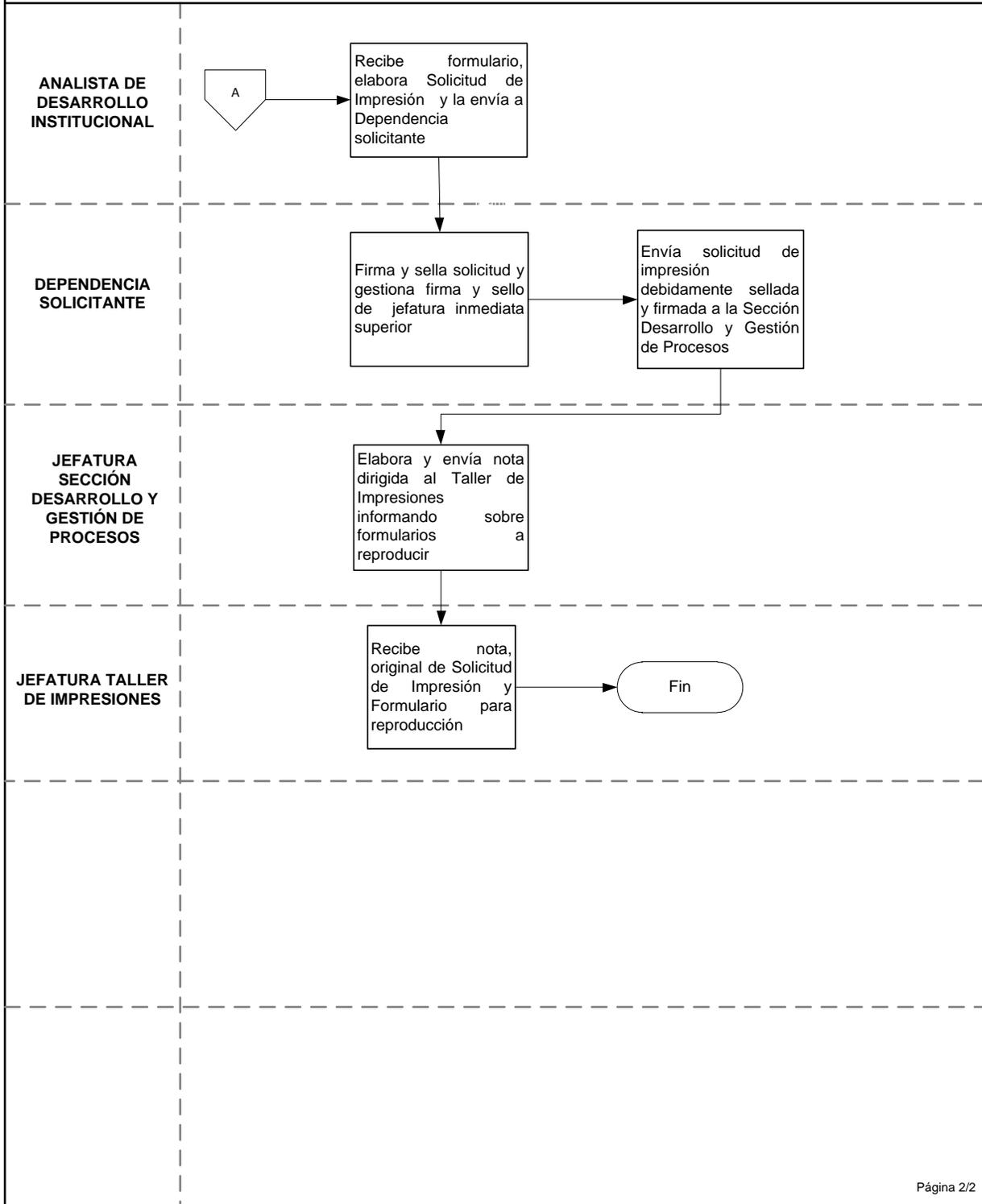


**2.3.4.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 4.0: DISEÑO Y/O REDISEÑO DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES**





## **2.3.5 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO**

### **2.3.5.1 NORMAS**

1. La elaboración de los Indicadores podrá realizarse a solicitud de los usuarios de los procesos ó a iniciativa del Departamento Gestión de Calidad Institucional.
2. Los Indicadores de Gestión y Rendimiento son elaborados en la Sección Fortalecimiento y Mejora Continua.
3. Es responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional efectuar la investigación de campo que considere pertinente para elaborar los indicadores.
4. En el proceso de creación o actualización de los indicadores será el usuario el responsable de proporcionar toda la información necesaria para su elaboración.
5. Los Indicadores de Gestión deberán contener la firma de la autoridad superior del área solicitante, quienes serán los responsables de su implementación o seguimiento.

### **2.3.5.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Jefatura Departamento Gestión de Calidad Institucional**

1. Recibe de Dependencia solicitud de indicadores y margina a Jefatura de Sección.

#### **Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

2. Recibe requerimiento, asigna Analista de acuerdo a su carga de trabajo y a la urgencia del caso y le da lineamientos para el desarrollo de la asignación.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

3. Coordina reunión con encargado del proceso, y le solicita la información preliminar.
4. Realiza visitas periódicas al área para recopilar la información.
5. Analiza la información recopilada para la formulación de los indicadores del área.
6. Elabora documento con los Indicadores solicitados y lo entrega para revisión a Jefatura inmediata.



**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

7. Recibe documento y lo revisa, si realizó observaciones lo devuelve al Analista de Desarrollo Institucional para su incorporación.

**Analista de Desarrollo Institucional**

8. Recibe documento incorpora las observaciones y lo devuelve a la Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

9. Si el documento no tiene observaciones lo devuelve a Analista para que lo envíe a validación de Dependencia.

**Dependencia Solicitante**

10. Recibe y revisa los Indicadores; si existen observaciones envía documento a Analista para que las considere.

**Analista de Desarrollo Institucional**

11. Recibe el documento, analiza las observaciones e incorpora lo que sea pertinente y devuelve a usuario para firma.

**Dependencia Solicitante**

12. Firma, sella el documento y lo devuelve a Analista de Desarrollo Institucional.

**Analista de Desarrollo Institucional**

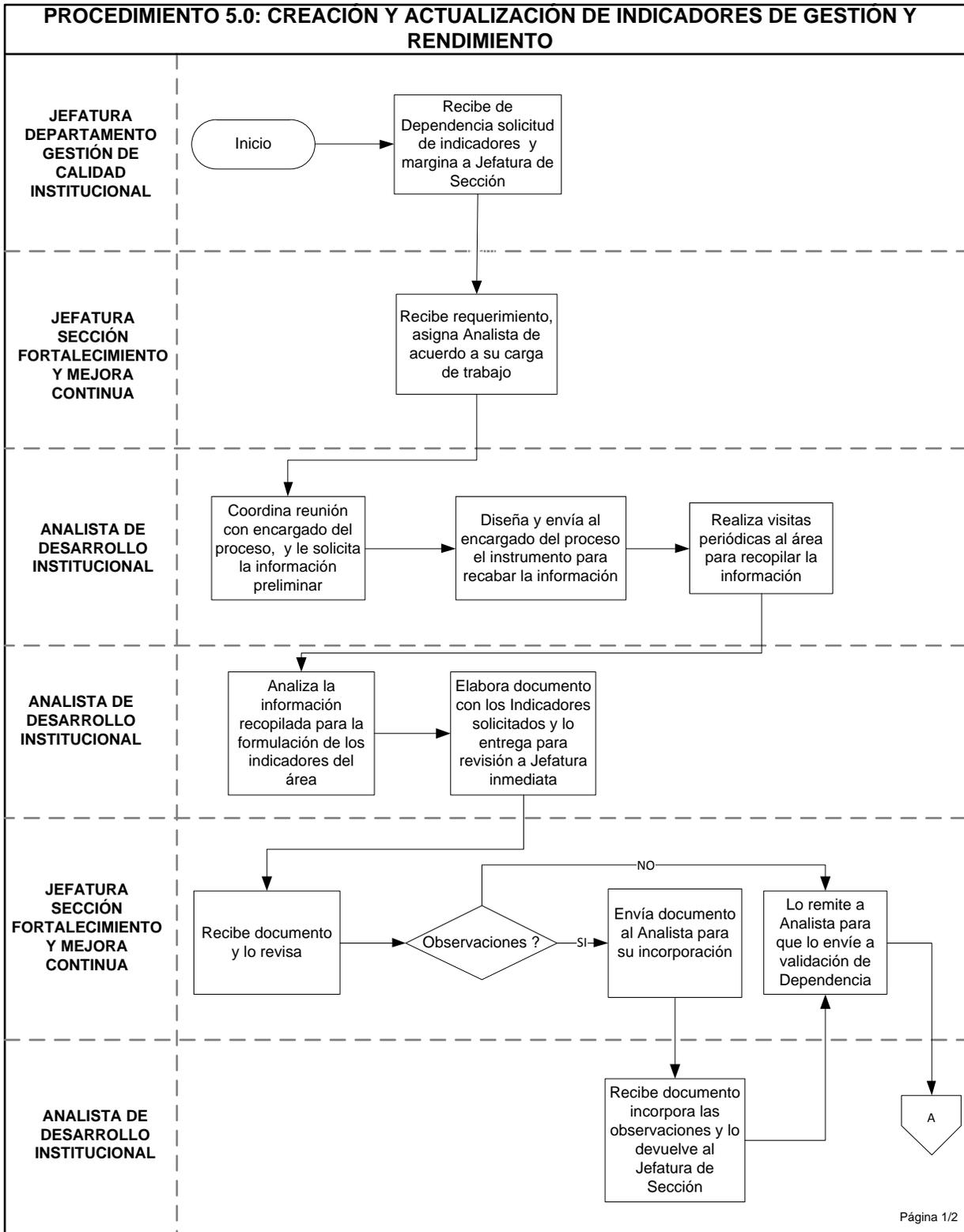
13. Recibe documento firmado, gestiona firma de la Jefatura de Departamento Gestión de Calidad Institucional y Unidad de Desarrollo Institucional.
14. Recibe los Indicadores finales oficializados y entrega original a Jefatura de Sección.

**Jefatura Sección Fortalecimiento y Mejora Continua**

15. Recibe el documento original firmado y lo remite a la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos con archivo electrónico.
16. Gestiona envío oficial de los indicadores a dependencia solicitante.

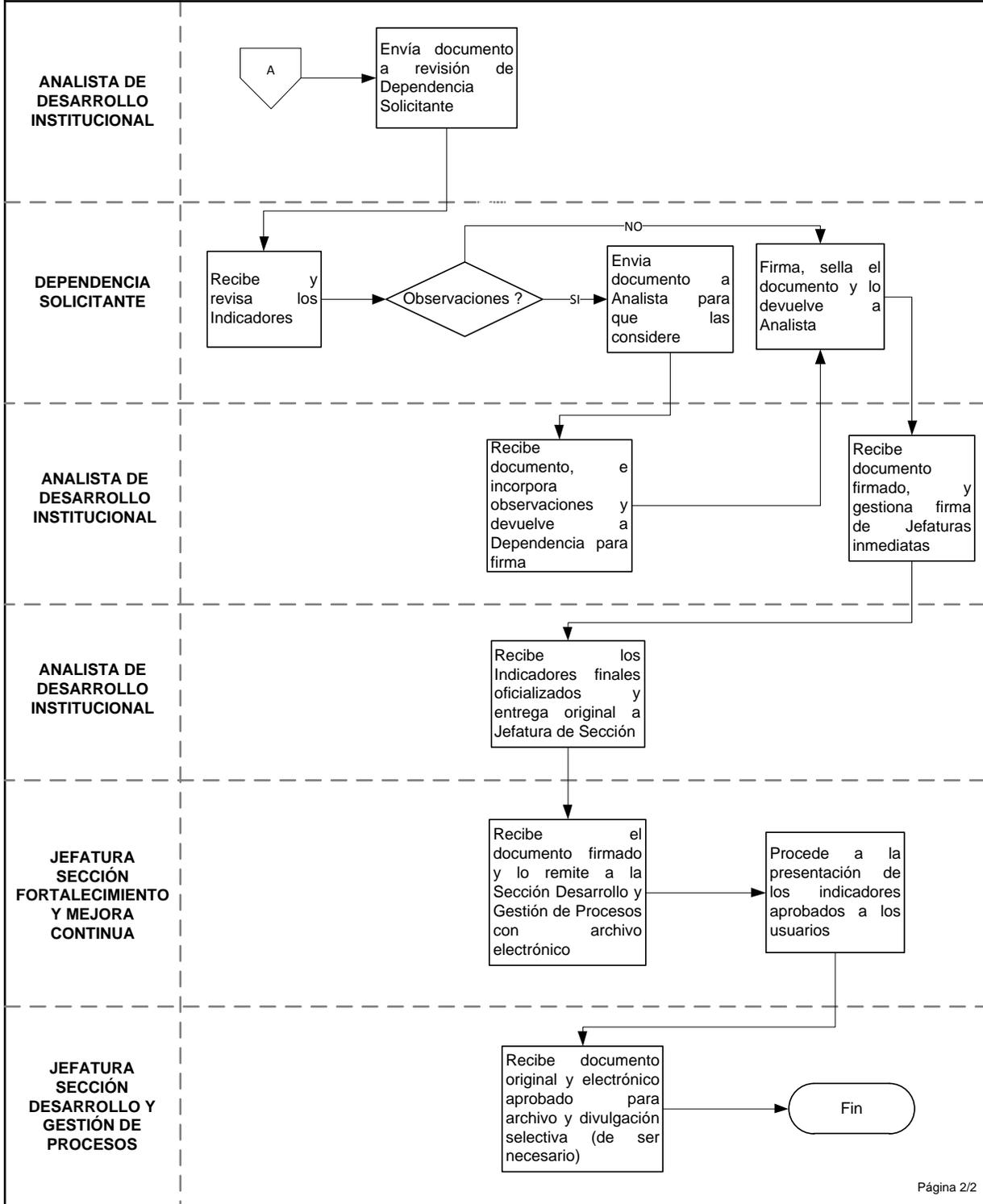


**2.3.5.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 5.0: CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RENDIMIENTO**





### **3. PROCESO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

#### **3.1 OBJETIVO**

Lograr la adecuada coordinación y conducción en el proceso de planificación y programación, basado en políticas, estrategias y objetivos institucionales, cumpliendo las disposiciones legales pertinentes, mediante la formulación del Plan Estratégico Quinquenal, Plan Anual de Trabajo y su correspondiente monitoreo y evaluación, en beneficio de los servicios que se entregan a la población Derechohabiente.

#### **3.2 NORMAS GENERALES**

1. El proceso de Planificación Estratégica, debe considerar los grandes desafíos institucionales para el mediano plazo (5 años) y corto plazo (1 año), en el contexto de una visión de futuro fundamentada en los valores institucionales, con una misión única y un sistema específico de políticas, estrategias y objetivos. Estas políticas sirven de materia prima para la formulación de planes quinquenales y anuales de acción, donde se contemplan los proyectos de toda índole, ya sean físicos o no físicos, para alcanzar los objetivos definidos por la Dirección General.
2. Los objetivos institucionales y políticas deberán surgir de talleres de trabajo y reuniones de análisis de planeación estratégica que cuenten con la participación de las Jefaturas de niveles superiores de la Institución; las políticas deberán ser revisadas y avaladas por la Dirección General y Subdirecciones, comunicadas a la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional para que a través del Departamento Planes y Proyectos Estratégicos proceda a la formulación de Proyectos Estratégicos para la gestión de salud, prestaciones económicas y áreas administrativas.
3. Por su naturaleza, el proceso deberá incluir la coordinación intra-institucional, entre las dependencias responsables de brindar servicios de salud y prestaciones económicas, así como la coordinación general, a la vez que constituye el vínculo de la Dirección General con el área financiera y la Administración Superior.
4. Las personas que intervienen en el proceso de Planificación Estratégica, serán los Gerentes y responsables de áreas estratégicas.
5. Todas las dependencias involucradas en el proceso de diagnóstico y planificación estratégica, deberán atender las solicitudes de información realizadas por el Departamento Planes y Proyectos Estratégicos, atendiendo el cronograma previamente autorizado por la Dirección General.



6. Todos los proyectos de inversión que inicien el ciclo de vida de proyectos<sup>2</sup>, deberán formar parte de la Cartera de Proyectos Quinquenal; en caso no esté considerada deberá someterse a la aprobación del Comité de Monitoreo de Proyectos de Inversión (Subdirector General, Subdirector de Salud, Subdirector Administrativo, Jefatura UACI, Jefatura UFI, Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional y Jefatura de División de Infraestructura).
7. En la formulación de estudios de pre factibilidad de los proyectos deberá utilizarse la metodología de la guía técnica del Ministerio de Hacienda, para elaborar estudios de pre inversión y tramitar su aprobación, tanto a nivel interno como ante el Ministerio de Hacienda, de acuerdo con la Ley AFI.
8. El Departamento Planes y Proyectos Estratégicos será el responsable de elaborar mensualmente los informes de avance físico y financiero de la ejecución de los proyectos de pre-inversión e inversión, para conocimiento de las autoridades del ISSS y actualizar los datos en el Sistema de Inversión Pública del Ministerio de Hacienda.
9. El Departamento Planes y Proyectos Estratégicos será el responsable de elaborar los informes de Labores Institucionales establecidos en la Ley del Seguro Social en el Artículo 14 literal i) Informe Anual de Labores al Consejo Directivo, y n) Informe al Ministerio del Trabajo; los cuales serán elaborados conforme a la información de avance de cada uno de los planes de trabajo, y proyectos de las áreas; así como la recopilación de logros institucionales.
10. El Departamento Planes y Proyectos Estratégicos en cumplimiento del Art. 4 literal h) de la Ley de Acceso a la Información Pública, en donde define como Principio de la misma que para la "Rendición de Cuentas. Quienes desempeñan responsabilidades en el Estado o administran bienes públicos, están obligados a rendir cuentas ante el Público y Autoridad Competente, por el uso y la administración de los bienes públicos a su cargo y sobre su gestión, de acuerdo a la Ley"; podrá formar parte del proceso de Elaboración del Informe y Presentación de la Rendición de Cuentas a la población, cuando sea designado por la Administración Superior.

### **3.3 PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS**

1. Elaboración de Diagnóstico Situacional (Análisis Externo e Interno).
2. Formulación y Divulgación del Plan Estratégico Quinquenal.
3. Evaluación y Monitoreo del Plan Estratégico Quinquenal.
4. Definición de Lineamientos Generales para la Formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT).

<sup>2</sup> Según el Manual Técnico SAFI, en las NORMAS GENERALES DEL SUBSISTEMA DE INVERSIÓN Y CRÉDITO PÚBLICO. Ciclo de vida de los proyectos : "el conjunto de fases y etapas que debe seguir todo proyecto de inversión pública desde que nace como idea, hasta que se inicia su ejecución y operación o se decide su abandono, cuyo cumplimiento permite lograr que el gasto en inversiones públicas se realice en forma racional y eficiente.



5. Formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT).
6. Evaluación del Plan Anual de Trabajo (PAT).
7. Formulación de Proyectos Institucionales.
8. Monitoreo y Evaluación de Proyectos Institucionales.
9. Elaboración de Estudios de Pre-Inversión.

### **3.3.1 ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO)**

#### **3.3.1.1 NORMAS**

1. Se deberá realizar como mínimo una evaluación del Plan Estratégico Quinquenal (al menos al final del quinquenio). En caso se realice una evaluación intermedia, podrán reprogramarse metas con la justificación correspondiente, en los casos que aplique; y al final del quinquenio servirá para evaluar el cumplimiento de las metas quinquenales.

Entre los principales documentos a utilizar están:

- Plataforma o Plan de Gobierno.
  - Plan de Inversión del Quinquenio del ISSS.
  - Proyección de Población de Estudios Actuariales.
  - Proyecciones de los Servicios Financieros para el Quinquenio.
  - Investigaciones de Satisfacción del Derechohabiente (Derechohabiente e Instituciones o empresas).
  - Inventario y Análisis de Recursos Internos.(Humanos, físicos, equipo, entre otros)
  - Informes de coyuntura institucional.
  - Informe relacionado con el Sector Salud.
  - Informe de evaluación del Plan quinquenal anterior y evaluación de proyectos.
  - Otros
2. La metodología de trabajo será definida por La Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos en coordinación con otras dependencias del Instituto para ser sometido al conocimiento y aprobación de la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.
  3. En caso aplique ajustes al Plan Estratégico Quinquenal resultado de la justificación del área correspondiente, podrán incorporarse luego de la revisión con las Subdirecciones y posterior validación de la Dirección General.
  4. En el Diagnóstico deberán describirse las fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas y el potencial de desarrollo, entre otros.



### **3.3.1.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

1. Asigna a Analista la realización del Diagnóstico.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

2. Elabora cronograma de actividades e instrumentos.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

3. Valida cronograma de trabajo e instrumentos.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

4. Realiza investigación y levantamiento del Diagnóstico Institucional.
5. Efectúa análisis, conforme a investigación, resultados y la evaluación del plan estratégico del quinquenio anterior.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

6. Revisa diagnóstico preliminar e incorpora observaciones y/o indica que las realice el analista.

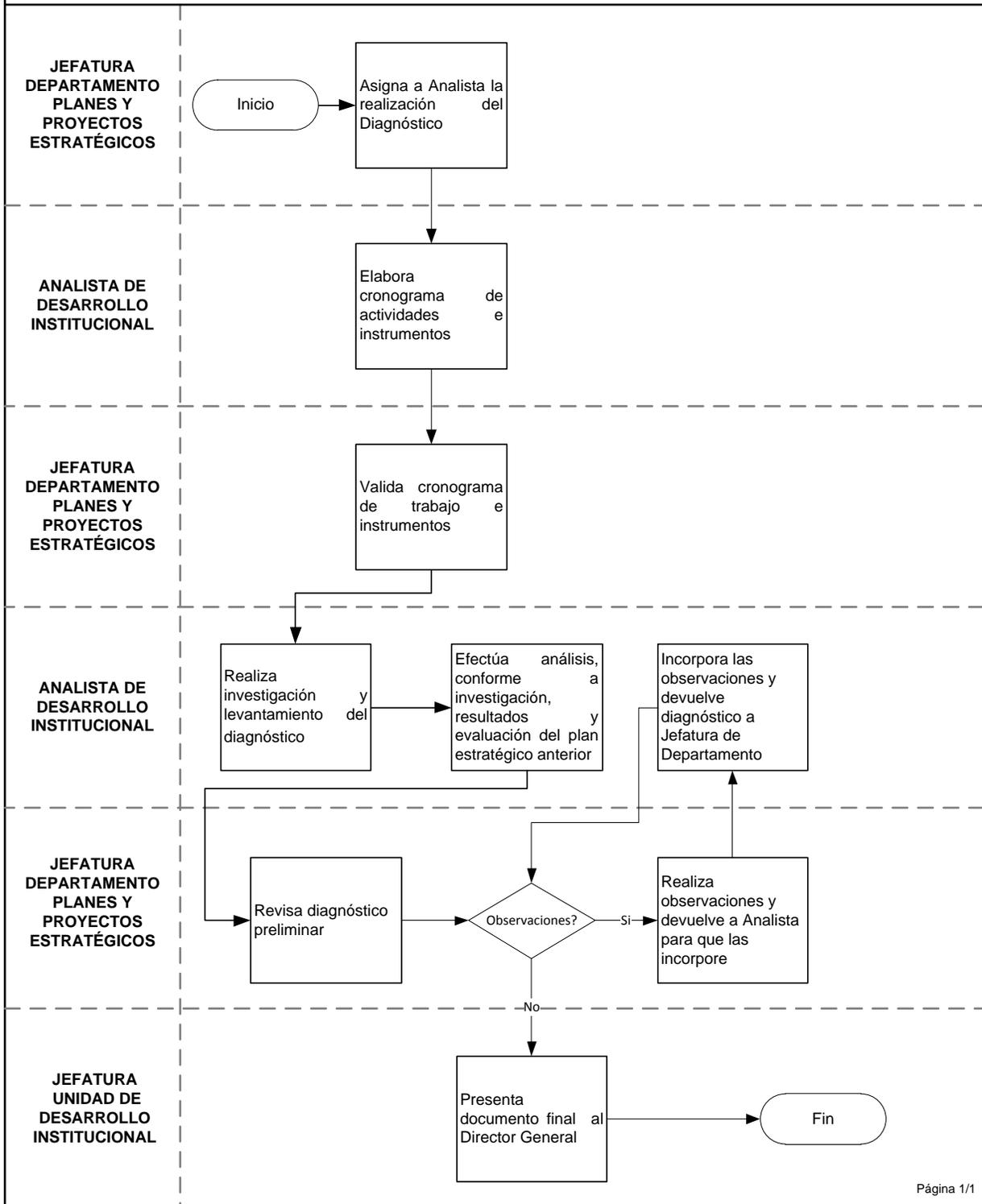
#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

7. Revisa documento final, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta al Director General.



**3.3.1.3 DIAGRAMA DE FLUJO**

**PROCEDIMIENTO 1.0: ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL (ANÁLISIS EXTERNO E INTERNO)**





### **3.3.2 FORMULACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL**

#### **3.3.2.1 NORMAS**

1. El Plan Estratégico Quinquenal es el documento matriz que definirá las acciones del ISSS en el corto y mediano plazo, a fin de integrar sus acciones con las del Gobierno y de los sectores usuarios. Además, tiene la función de ordenar las acciones en el tiempo, de considerar el uso balanceado de los recursos disponibles y de asegurar la continuidad de acciones que requieren más de un año para llevarse a cabo, así como la de propiciar la incorporación de las experiencias obtenidas en ejercicios anteriores.
2. La Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos será la responsable de recibir e interpretar los resultados obtenidos de la etapa de diagnóstico, definir los lineamientos y la metodología para producir un documento técnicamente estructurado que reúna en forma programática el conjunto de acciones y proyectos debidamente financiados, que será necesario llevar a cabo para cumplir los objetivos institucionales.
3. Como documentación básica de apoyo se utilizará:
  - a) Plan de Largo Plazo Disponible (Si existiera)
  - b) El Diagnóstico Situacional del ISSS.
  - c) El Plan Económico y Social del Gobierno.
  - d) Los Planes Estratégicos Anteriores y sus evaluaciones.
4. Para la formulación del Plan Estratégico Quinquenal se deberá contar con la completa participación de las Jefaturas de División, Jefaturas de Unidad, Directores Médicos, Subdirectores y Director General, quienes serán los principales analistas para la formulación de estrategias; con apoyo del facilitador seleccionado para el proceso. (En caso que aplique).
5. El Plan Estratégico será validado por las diferentes Jefaturas y Subdirecciones, y finalmente aprobado por el Director General del ISSS.
6. El Plan será reproducido y distribuido tanto a nivel Institucional como entre sectores interesados.
7. La divulgación del Plan Estratégico Quinquenal estará a cargo de las Jefaturas y analistas del Departamento Planes y Proyectos Estratégicos, la cual se llevará a cabo una vez que sea aprobado el Plan.
8. Las Jefaturas Institucionales recibirán la divulgación de los Valores del ISSS, la Visión, la Misión, los Objetivos, las Políticas, debiendo las Jefaturas Institucionales socializarlos con su personal.



9. Durante el proceso de divulgación, los Analistas de Desarrollo Institucional deberán hacer énfasis en la preparación y uso de mecanismos de control (para los responsables) de los indicadores estratégicos definidos para el quinquenio.
10. El Plan Estratégico Quinquenal servirá de guía institucional para la programación de planes de trabajo, proyectos, presupuesto anual y toda la información relacionada con el cumplimiento de los objetivos definidos en la Ley y los retos incorporados por el Plan del Gobierno Central.

### **3.3.2.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Coordina las actividades necesarias para la realización del Proceso de Formulación, utilizando los formularios definidos en la metodología.
2. Realiza revisión de la Misión, Visión, Valores y Políticas con apoyo del equipo definido.
3. Propone redacción de la Misión, Visión, Valores y Políticas para el quinquenio, sobre la base del análisis realizado.
4. Selecciona proyectos estratégicos por incorporar al Plan y definen presupuesto con costos previamente identificados.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

5. Coordina la definición de objetivos, indicadores y metas (según políticas) con Jefaturas Institucionales.
6. Elabora Plan Estratégico Quinquenal propuesto (con insumos disponibles).
7. Prepara presupuesto general del Plan, conforme los proyectos costeados.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

8. Revisa Plan Estratégico Quinquenal propuesto si tiene observaciones le indica al Jefe de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General.

#### **Dirección General**

9. Analiza información estratégica institucional y la procedencia de cada proyecto seleccionado con su correspondiente financiamiento.

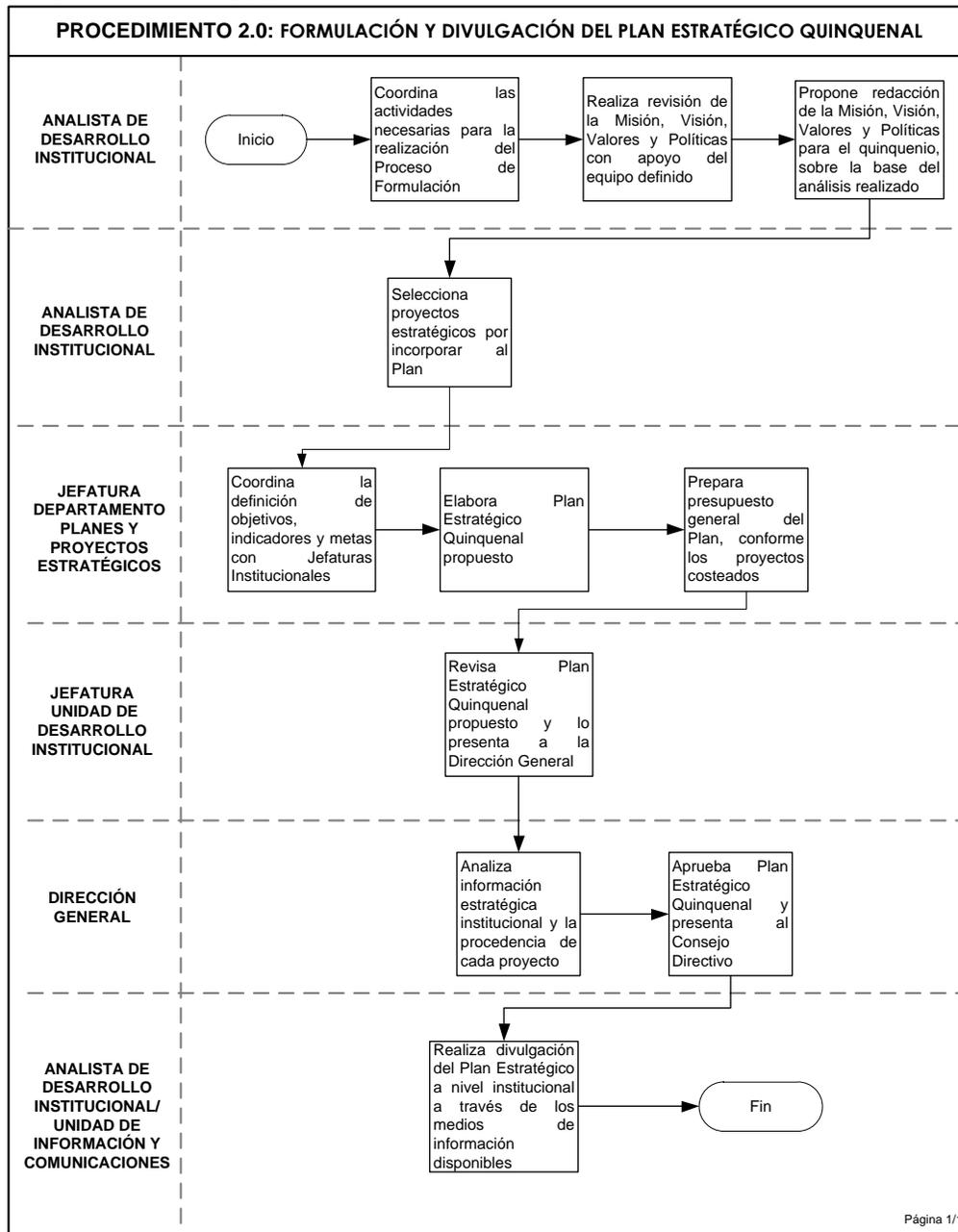


10. Aprueba Plan Estratégico Quinquenal y presenta al Consejo Directivo con la programación general de proyectos y su presupuesto quinquenal.

**Analista de Desarrollo Institucional y Unidad de Información y Comunicaciones**

11. Realiza divulgación del Plan Estratégico a nivel institucional (Publicación en Web, talleres, entre otros).

**3.3.2.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





### **3.3.3 EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN ESTRATÉGICO QUINQUENAL**

#### **3.3.3.1 NORMAS**

1. Se deberá realizar como mínimo una evaluación del Plan Estratégico Quinquenal (al menos al final del quinquenio). En caso se realice una evaluación intermedia, podrán reprogramarse metas con la justificación correspondiente, en los casos que aplique; y al final del quinquenio servirá para evaluar el cumplimiento de las metas quinquenales.
2. Del monitoreo del Plan Estratégico Quinquenal se emitirá un reporte y recomendaciones de ajustes que será conocido por la Alta Dirección de la Institución y por los niveles gerenciales de la misma.
3. En caso aplique ajustes al Plan Estratégico Quinquenal resultado de la justificación del área correspondiente, podrán incorporarse luego de la revisión con las Subdirecciones y posterior validación de la Dirección General.

#### **3.3.3.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Revisa metas anuales y avance de objetivos de acuerdo al Plan Estratégico.
2. Propone lineamientos para evaluación del Plan y prepara instrumentos y cronograma.

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

3. Revisa cronograma y valida lineamientos.
4. Divulga lineamientos y solicita información para la evaluación.

##### **Jefaturas Institucionales (responsables de proyectos y planes de acción)**

5. Revisan instrumentos e incorporan información previamente solicitada.

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

6. Consolida información presentada y prepara informe.

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

7. Revisa informe e incorpora observaciones.



**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

8. Revisa informe de evaluación si tiene observaciones le indica al Jefe de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a Dirección General.

**Dirección General**

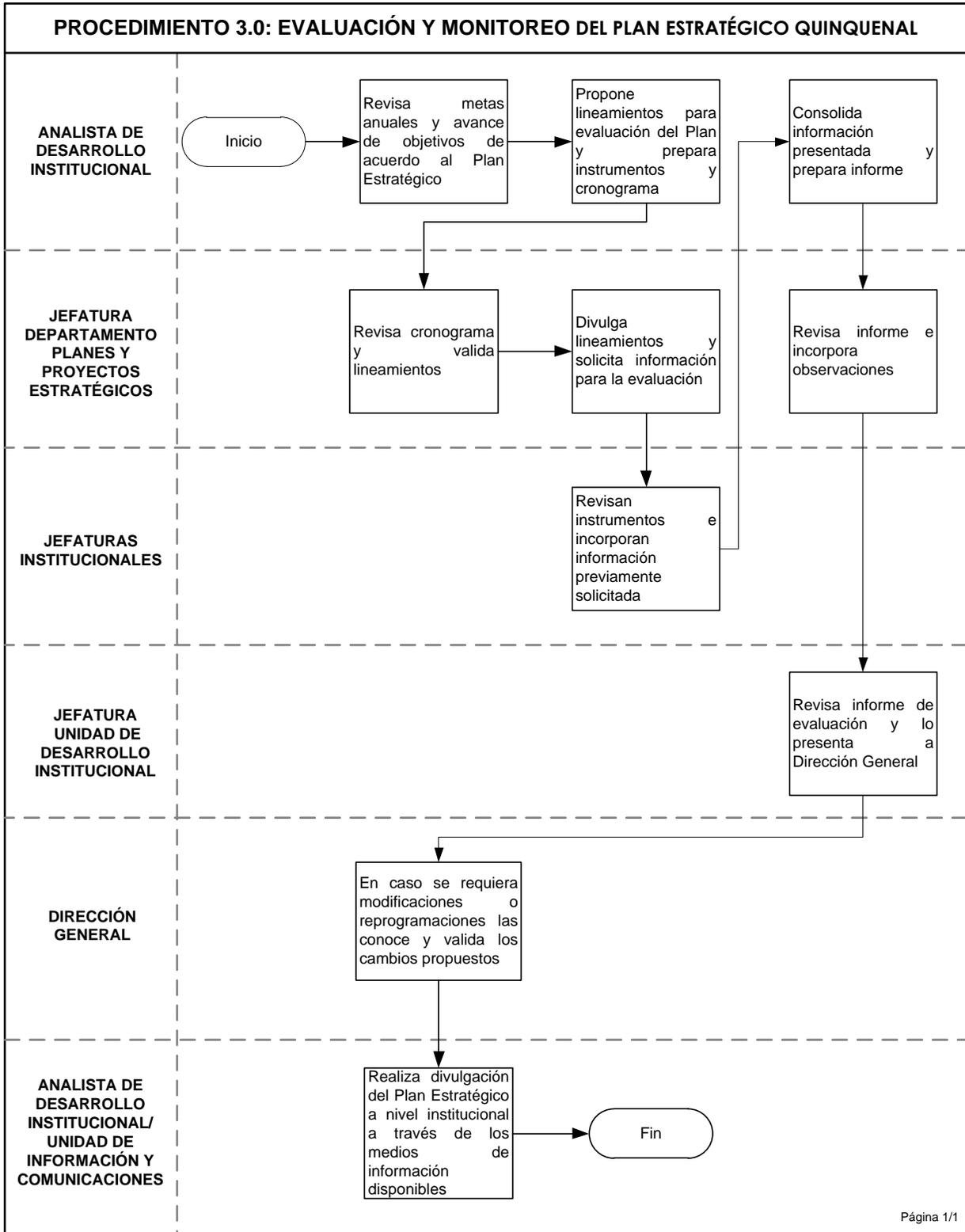
9. En caso se requiera modificaciones o reprogramaciones las conoce y valida los cambios propuestos.

**Analista de Desarrollo Institucional y Unidad de Información y Comunicaciones**

10. Realiza divulgación del Plan Estratégico a nivel institucional a través de los medios de información disponibles.



**3.3.3.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





### **3.3.4 DEFINICIÓN DE LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**

#### **3.3.4.1 NORMAS**

1. Para la formulación del Plan Anual de Trabajo y la definición de los lineamientos generales institucionales se tomará en cuenta lo establecido en el Plan Estratégico Quinquenal y los lineamientos del Ministerio de Hacienda, los cuales se validarán con el Comité Técnico de Formulación de Presupuesto.

#### **3.3.4.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Revisa en Plan Estratégico y Plan de Largo Plazo (en caso exista) las metas para el año que serán planificados, y elabora propuesta de Lineamientos Estratégicos (Política Institucional, Prioridad en la Asignación de Fondos y otros temas estratégicos a considerar por las dependencias) para la formulación del PAT.
2. Elabora Lineamientos Generales para la formulación del PAT y Presupuesto del ejercicio fiscal respectivo (Lineamientos Generales: guía de formulación, programación del proceso, y otros Lineamientos Estratégicos de Salud y Administrativos).

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

3. Revisa Lineamientos Generales (que incluye los Lineamientos Estratégicos) de la formulación del PAT.
4. Si hay observaciones, le indica al Analista que las incorpore y/o elabora nueva propuesta de Lineamientos Generales para la formulación del PAT. (Regresa a paso 2). Si no hay observaciones, presenta propuesta de Lineamientos Generales a Jefatura de Unidad.

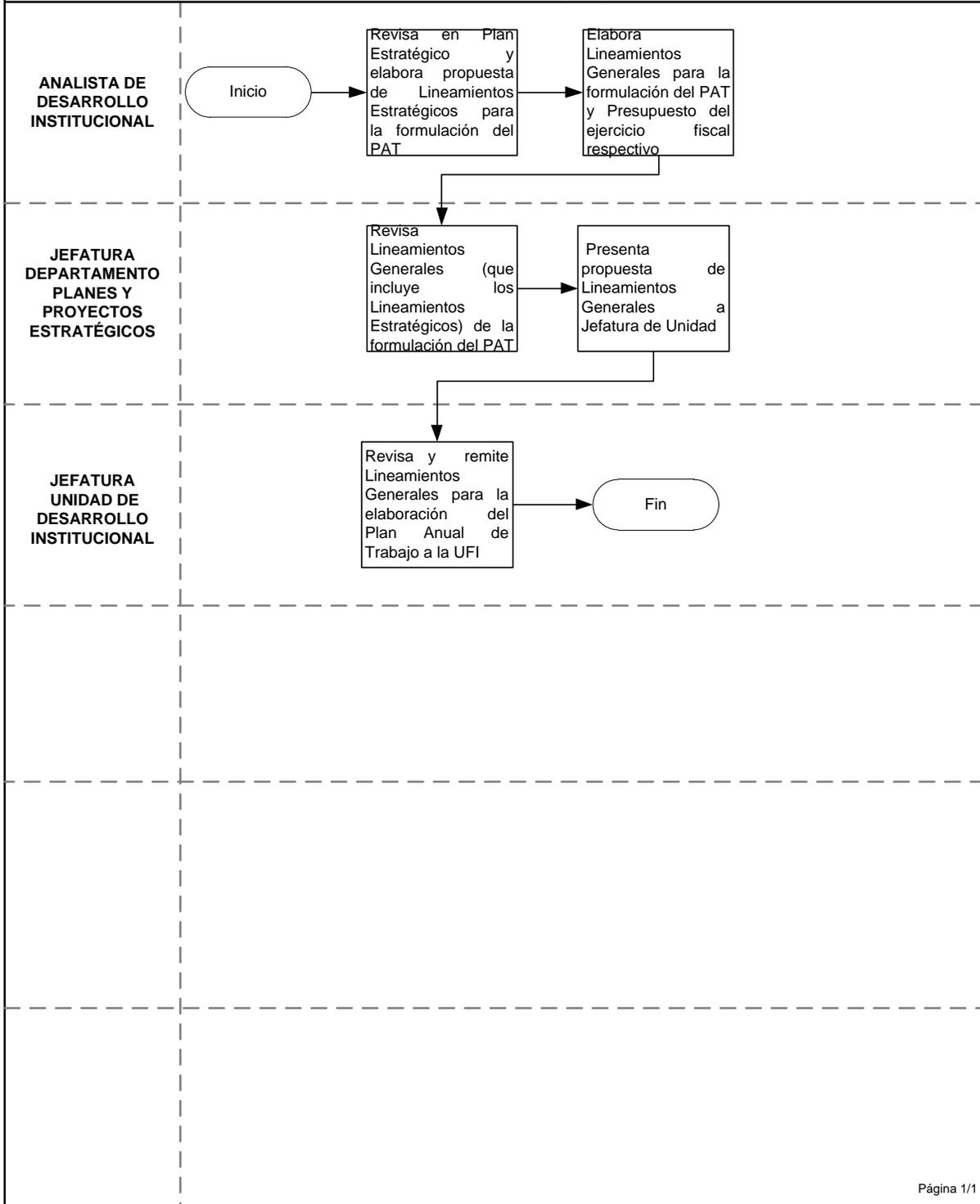
##### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

5. Revisa lineamientos generales, si tiene observaciones le indica al Jefe de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, remite lineamientos para la elaboración del Plan Anual de Trabajo a la UFI.



### 3.3.4.3 DIAGRAMA DE FLUJO

#### PROCEDIMIENTO 4.0: DEFINICIÓN DE LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)





### **3.3.5 FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**

#### **3.3.5.1 NORMAS**

1. El Plan Anual de Trabajo constituirá un documento en el que se describen las metas físicas de producción más representativas del ISSS, calendarizándose mensualmente.
2. Para la formulación del Plan Anual de Trabajo se tomarán en cuenta las disposiciones de la Ley AFI y su Reglamento, las Normas Técnicas de Control Interno, los lineamientos del Ministerio de Hacienda o política presupuestaria, así como las Normas e Instructivos de la Dirección General de Presupuesto.
3. La formulación del Plan Anual de Trabajo deberá iniciar a más tardar en el mes de Abril de cada año y estar aprobado por el Consejo Directivo a más tardar la fecha establecida por el Ministerio Hacienda.
4. La Formulación del Plan Anual de Trabajo se realizará de forma participativa, y con el registro de las metas individuales de cada dependencia a través del sistema (SAFISSS – Modulo Planificación), bajo la coordinación y asesoría de los Analistas de Desarrollo Institucional del Departamento Planes y Proyectos Estratégicos.
5. El Plan Anual de Trabajo deberá ser preparado en coordinación con las diferentes dependencias del ISSS, consolidando la información para la obtención de los siguientes reportes en los formatos oficiales proporcionados por el Ministerio de Hacienda:
  - a. Plan 1-Resumen Institucional.
  - b. Plan 2-Detalle Institucional por Unidad Presupuestaria.
  - c. Plan 6-Variación de Resultados Físicos y Financieros.
  - d. Plan 7-Programación Física y Financiera de Gastos.
6. Los responsables de la gestión local deberán generar e imprimir el Plan Anual de Trabajo de su dependencia, y enviarlo debidamente firmado y sellado al Departamento Planes y Proyectos Estratégicos (Dependencias de la Subdirección Administrativas y Unidades). Dicho plan deberá ser archivado en el expediente físico denominado "Planificación y Evaluación Anual de Metas de DEPENDENCIA", el cual deberá contener copia de los documentos probatorios de la planificación anual de metas, así como las posteriores evaluaciones enviadas al Departamento de Planes y Proyectos Estratégicos.
7. El Analista de Desarrollo Institucional se encargará de gestionar el empastar el PAT Institucional y Planes del Ministerio de Hacienda y los Probatorios de cada dependencia.



8. El área de Planificación y Regulación Técnica en Salud enviará la Formulación del Plan Anual de Trabajo de la Subdirección de Salud para ser incluido en la Formulación del Plan Anual de Trabajo Institucional, el cual deberá incorporar las metas, un análisis de la situación de salud con la tendencia de las metas del año anterior y el avance a la fecha, explicando detalladamente los casos en los que las tendencias presenten situaciones irregulares.

### **3.3.5.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Planifica reuniones de trabajo para formular el PAT junto con las dependencias y realiza actualizaciones en el sistema de la información requerida para el proceso, verifica la estructura presupuestaria oficial y catálogo de productos finales, entre otros.
2. Realiza divulgación de lineamientos de Formulación del PAT en coordinación con el Departamento de Presupuesto.

#### **Dependencias de la Subdirección Administrativa y Unidades**

3. Revisa lineamientos, accesa al sistema e ingresa información necesaria para la formulación del PAT.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

4. Realiza control de calidad de la información ingresada al sistema por los responsables de gestión verificando que los datos registrados sean consistentes con resultados y planificaciones anteriores, entre otros criterios de validación. Una vez se haya validado que la información presentada es consistente y no se detectan observaciones, se notifica al responsable de la gestión local dicha validación (Continúa en paso 7).
5. Si hay observaciones o información pendiente, comunica a responsable de gestión local que realice correcciones (en caso se requiera, las correcciones serán preparadas en conjunto con el responsable mediante reuniones de trabajo).

#### **Dependencias de la Subdirección Administrativas y Unidades**

6. Recibe observaciones, realiza correcciones y registra información. (Regresa a numeral 4.)



7. Genera reporte de Plan Anual de Trabajo de la dependencia y envía al Departamento Planes y Proyectos Estratégicos impreso, firmado y sellado, archiva copia en el expediente.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

8. Realiza análisis de metas registradas por dependencias, analiza tendencias y prepara presentaciones de programación anual de metas.
9. Recopila, organiza y elabora documento físico probatorio del PAT Subdirección Administrativa y Unidades.
10. Genera consolidado de metas Administrativas y de Salud y formato de PAT requerido por el Ministerio de Hacienda en el sistema.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

11. Valida información consolidada del PAT formulado y analizada, en caso existan observaciones (regresa a numeral 8); caso contrario entrega a Jefatura de Unidad para aprobación.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

12. Revisa PAT Institucional, si tiene observaciones le indica al Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta al Comité de Presupuesto.

#### **Dirección General**

13. Aprueba PAT Institucional y emite visto bueno para ser presentado al Consejo Directivo.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

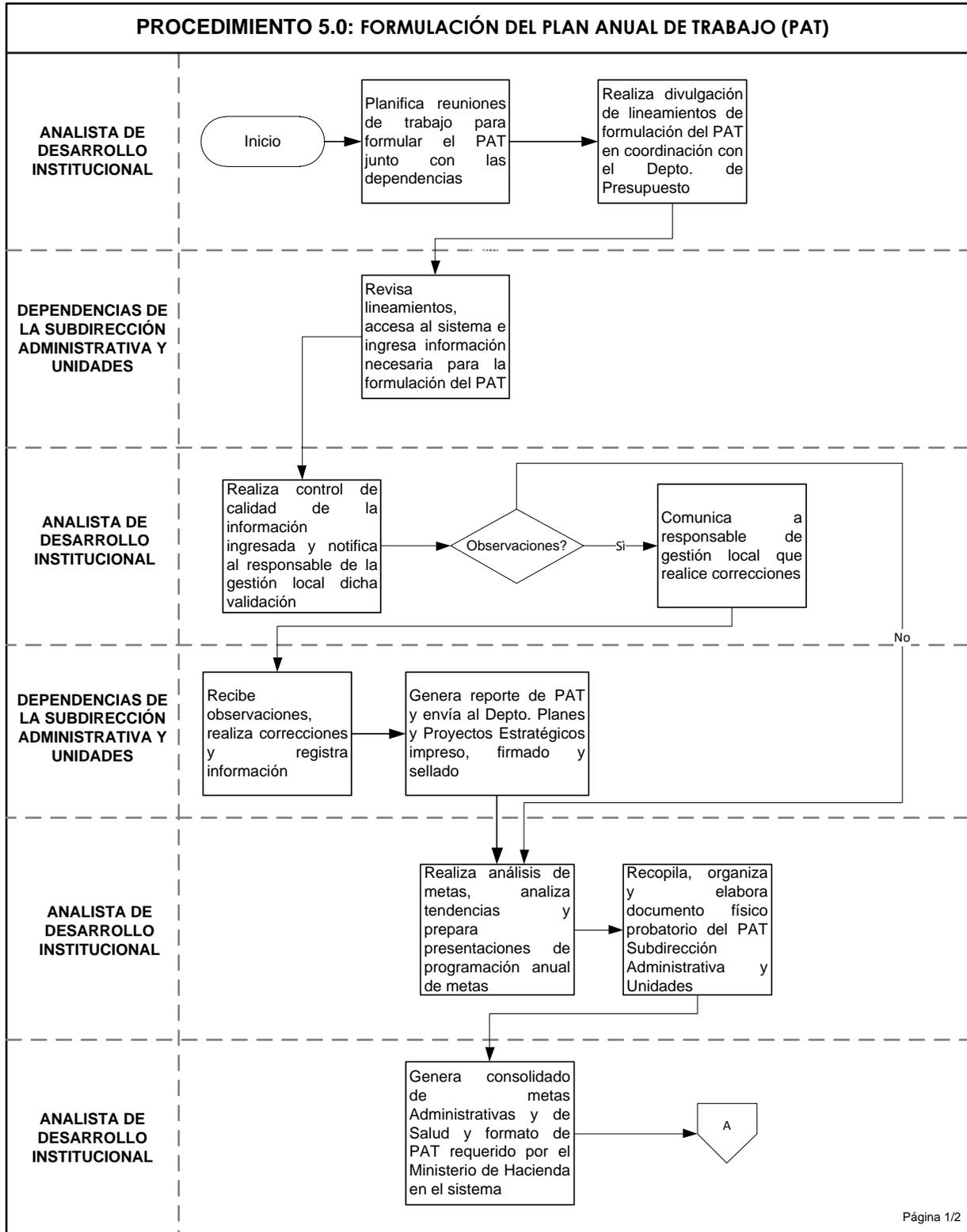
14. Realiza presentación del PAT Institucional al Consejo Directivo para su aprobación. En caso exista observaciones que modifican el plan presentado al Consejo Directivo, gestiona la incorporación de las mismas.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

15. Incorpora observaciones del Consejo Directivo en el PAT Institucional.
16. Envía PAT Institucional y Planes 1, 2, 6 y 7 al Departamento de Presupuesto para remisión al Ministerio de Hacienda.

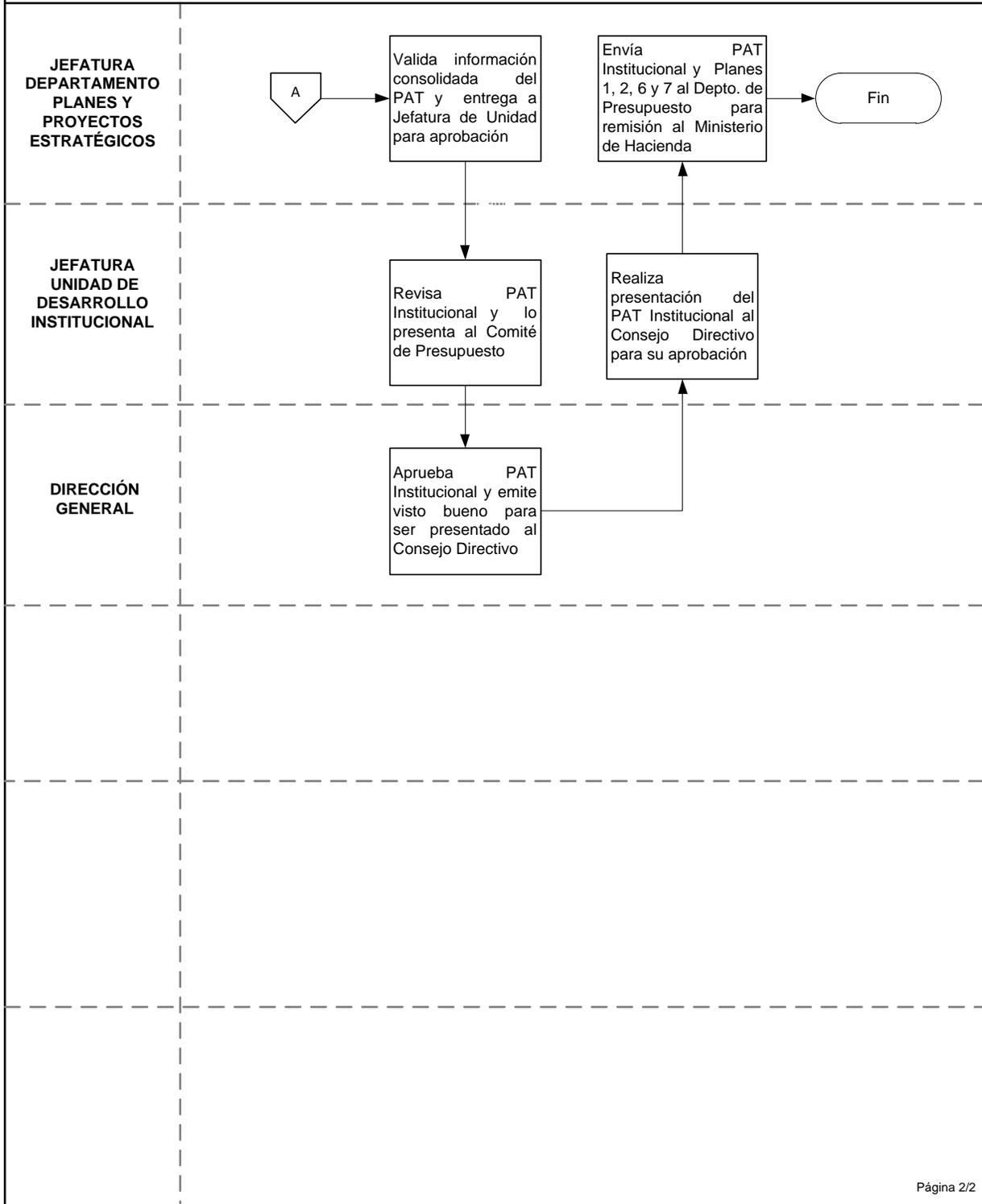


**3.3.5.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 5.0: FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**





### **3.3.6 EVALUACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**

#### **3.3.6.1 NORMAS**

1. El seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan Anual de Trabajo será realizado en el Sistema de Planificación Institucional, mediante la recolección y análisis de la información trimestral proporcionada por los diferentes ejecutores de los planes.
2. Cuando las metas particulares del Plan Anual de Trabajo no estén siendo cumplidas, los informes de evaluación dejarán consignado el incumplimiento, tratando de identificar las principales causas y responsables.
3. La evaluación del Plan Anual de Trabajo será realizada trimestralmente. Para dar inicio al proceso los Analistas de Desarrollo Institucional revisarán al inicio de cada año fiscal los correspondientes lineamientos, indicando los períodos y fechas límite en los que se deberá registrar la información en el sistema.
4. Los usuarios de la Subdirección Administrativa y de Unidades deberán cargar en el sistema, durante los primeros cinco días hábiles del mes, las metas numéricas de acuerdo a sus resultados obtenidos durante el período evaluado. Para el registro de la información de salud, se utilizará como fuente de información oficial los datos del Sistema de Estadísticas en Salud (SES), del cual se cargará la información luego de finalizado el proceso de validación de datos del Departamento de Estadística, actividad realizada por Planificación y Regulación Técnica en Salud.
5. Los usuarios de la Subdirección Administrativa y de Unidades deberán generar del sistema e imprimir cada trimestre el Informe de Evaluación del Plan Anual de Trabajo de su dependencia, y enviarlo al Departamento de Planes y Proyectos Estratégicos, debidamente firmados y sellados. Dicho documento de evaluación deberá ser archivado en el expediente denominado "Planificación y Evaluación Anual de Metas de DEPENDENCIA".
6. El Reporte de Evaluación Anual de cada dependencia y los logros reportados, servirán para la preparación del Informe Anual de Labores que se presenta al Consejo Directivo en los primeros sesenta días del año, en cumplimiento del artículo No. 14 de la Ley del Seguro Social, literal i) Aprobar o improbar el informe que dentro de los sesenta días posteriores al vencimiento de cada ejercicio anual, deberá presentar el Director General.
7. Para obtener la información estadística de salud y cobertura institucional, se establece una fecha de corte, la cual permite la generación de reportes para incorporación de datos y análisis en el informe.



8. El área de Planificación y Regulación Técnica en Salud enviará la Evaluación del Plan de Trabajo de la Subdirección de Salud para ser incorporado en la Evaluación del Plan de Trabajo Institucional.

### **3.3.6.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Actividades Realizadas únicamente al inicio del año**

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Revisa y retoma del Plan Anual de trabajo y actualiza Lineamientos de Evaluación para el año fiscal iniciado, proponiendo los períodos y fechas límite en los que se deberá registrar la información en el sistema por cada dependencia.

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

2. Revisa lineamientos y valida las fechas propuestas para los procesos de evaluación conforme a la periodicidad requerida por la Subdirección Administrativa.

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

3. Si hay observaciones, recibe e incorpora observaciones y/o elabora nueva propuesta de lineamientos para evaluación del PAT. (Regresa a numeral 1.). Si no hay observaciones, prepara documentación para el proceso.

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

4. Divulga Lineamientos Anuales para la Evaluación a las Dependencias de la Subdirección Administrativa y Unidades.

#### **Actividades Realizadas con cada proceso de evaluación**

##### **Dependencias de la Subdirección Administrativas y Unidades**

5. Ingresan los datos de producción del período evaluado.

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

6. Brinda asesoría técnica por cualquier medio de comunicación de acuerdo a requerimiento.
7. Realiza control de calidad de la información ingresada al sistema por los responsables de gestión verificando que los datos registrados sean consistentes



con los criterios utilizados para la formulación de metas. Una vez se haya validado que la información es consistente y no exista observaciones, se notifica al responsable.

8. Si hay observaciones o información pendiente, comunica a responsable para que realice correcciones.

#### **Dependencias de la Subdirección Administrativas y Unidades**

9. Analiza notificación recibida, realiza correcciones, registra información y envía probatorios al Departamento Planes y Proyectos Estratégicos. (Regresa a paso 7)

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

10. Verifica documentación y solicita al Analista revisión.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

11. En caso no exista observaciones o información pendiente, genera Informe de Evaluación del Plan Anual de Trabajo Institucional.
12. Recopila, organiza y elabora documento físico probatorio de Evaluación Trimestral del PAT Institucional.
13. Elabora informe de Evaluación del período, realizando un análisis de los resultados presentados por las áreas.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

14. Revisa informe, valida datos reportados, y emite observaciones. En caso considere necesario se desarrollarán reuniones de retroalimentación a los responsables y las observaciones serán incorporadas en el informe.
15. Valida el contenido del informe y entrega a la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

16. Revisa Informe de Evaluación del PAT Institucional, si tiene observaciones le indica al Jefe de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General.



### **Actividades Realizadas para el Informe Anual de Labores del ISSS**

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

17. Solicita información de logros a las dependencias para la preparación del Informe Anual de Labores del ISSS.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

18. Recopila, gestiona información (en caso sea necesario se complementa logros recibidos).

19. Organiza información y elabora documento del Informe Anual de Labores.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

20. Revisa informe, valida datos reportados, y emite observaciones. En caso considere necesario se desarrollarán reuniones de retroalimentación a los responsables y las observaciones serán incorporadas en el informe.

21. Valida el contenido del informe y entrega a la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

22. Revisa Informe Anual de Labores, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General y posteriormente a Consejo Directivo.

#### **Consejo Directivo**

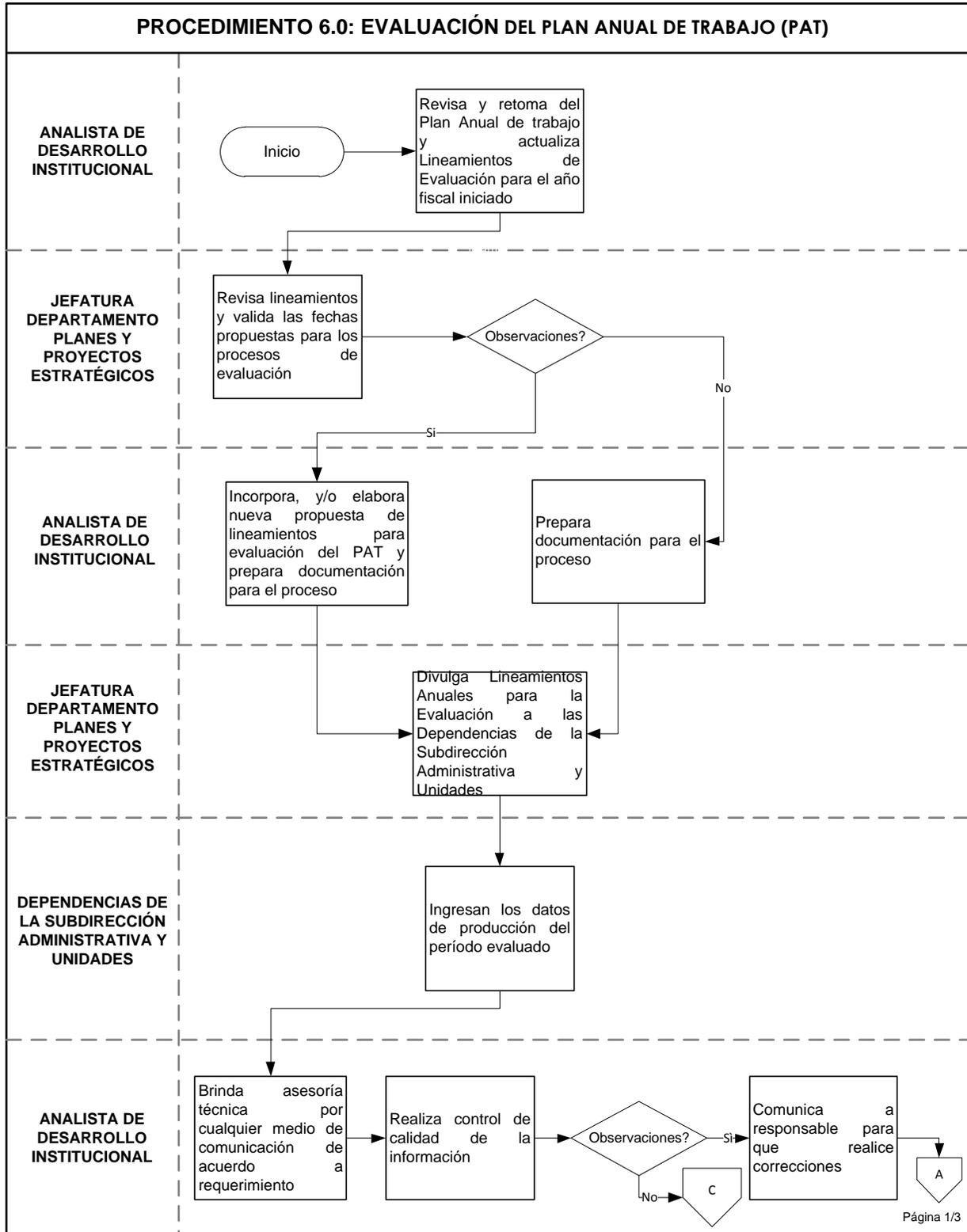
23. Emite acuerdo de aprobación del documento.

#### **Jefatura Departamento Planes y proyectos Estratégicos**

24. Notifica a Unidad de Información y Comunicaciones la disponibilidad del documento del Informe Anual de Labores para la divulgación correspondiente y la reproducción y posterior distribución de los ejemplares.

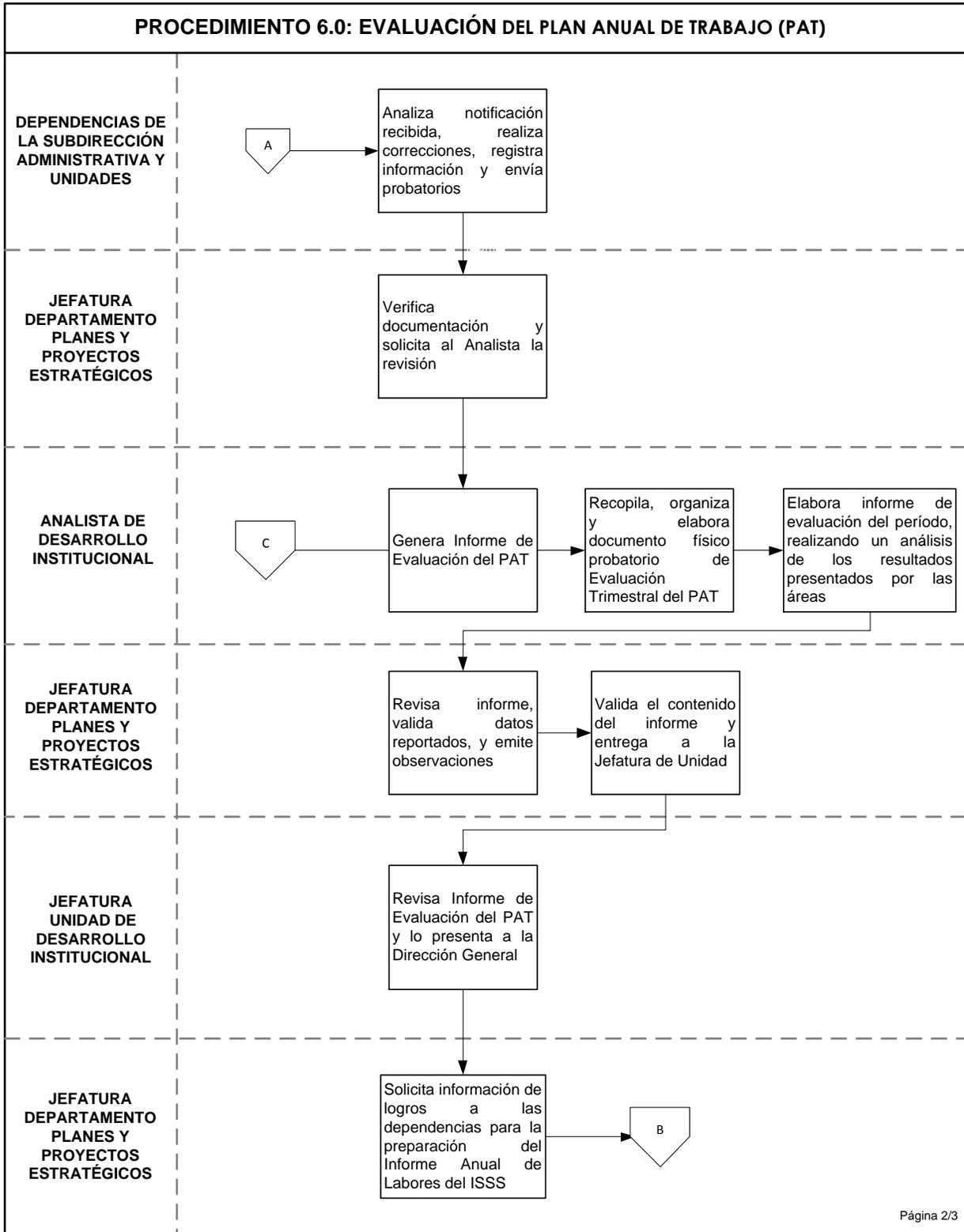


**3.3.6.3 DIAGRAMA DE FLUJO**



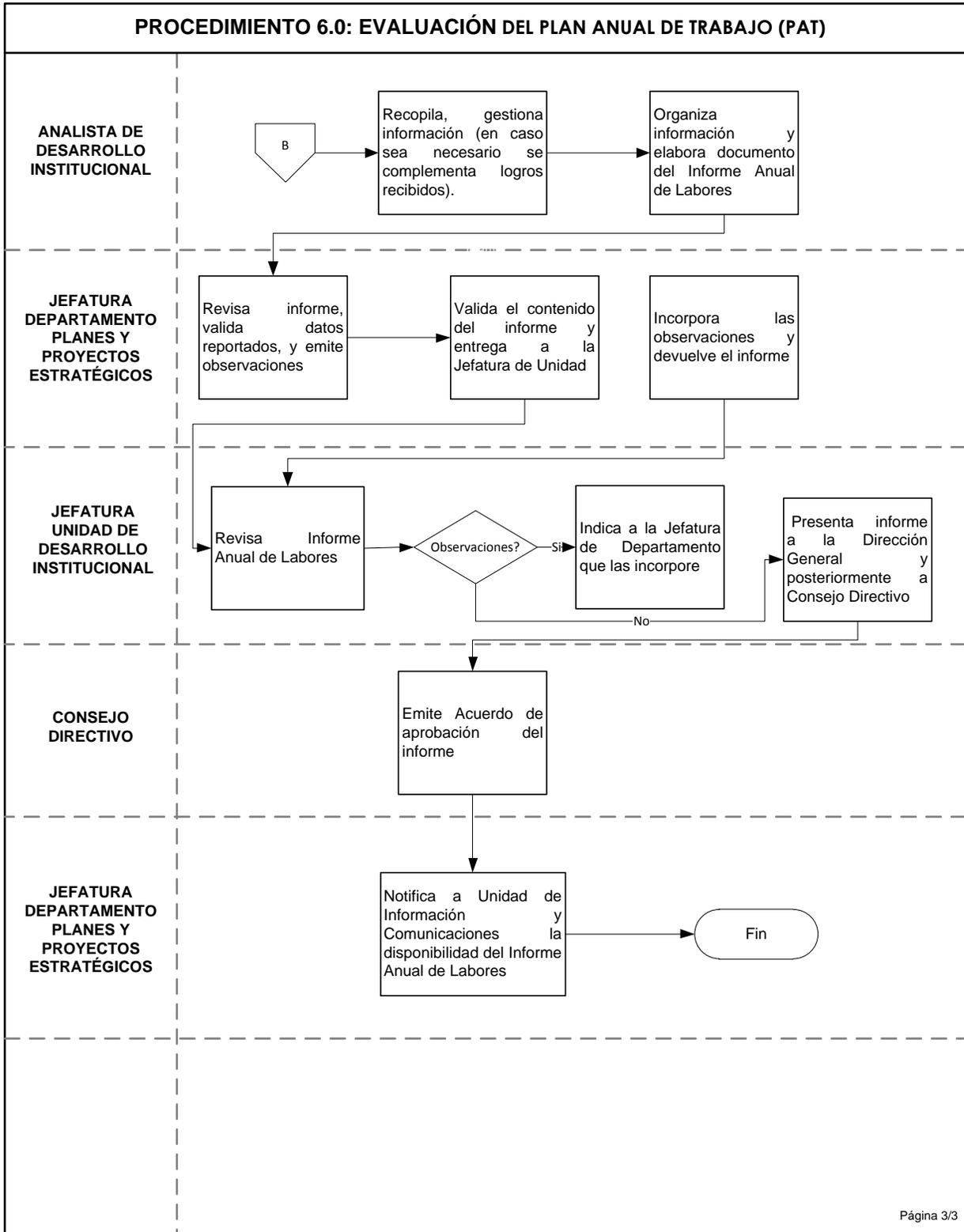


**PROCEDIMIENTO 6.0: EVALUACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**





**PROCEDIMIENTO 6.0: EVALUACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT)**





### **3.3.7 FORMULACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES**

#### **3.3.7.1 NORMAS**

1. La operativización del Plan Estratégico Quinquenal se realizará mediante la implementación de Proyectos Institucionales de inversión o fortalecimiento institucional, a los que se realiza evaluación trimestral; los cuales serán ejecutados durante el quinquenio. Anualmente se actualizarán la cartera de proyectos y los planes de acción, previa validación de la continuidad o modificación en las prioridades institucionales.
2. En estos planes se incorporará el Programa Institucional de pre-inversión e Inversión Pública que deberá incorporar los Proyectos en fases de Preinversión e Inversión, de conformidad con las políticas y objetivos institucionales vigentes; y en cumplimiento de las normativas establecidas por la Ley AFI, para la formulación del PRIPME.
3. La Cartera de Proyectos de Inversión estará conformada por el listado de todos los proyectos en fase de: Idea, Perfil, Prefactibilidad, Factibilidad, Diseño y Ejecución; así como aquellos proyectos de fortalecimiento, desarrollo y modernización institucional. Para la clasificación de las fases de pre inversión e inversión se considerará lo siguiente:
  - a. La Fase de pre inversión incluirá todos los proyectos en etapa de: Idea, Perfil, Prefactibilidad y Diseño Final.
  - b. La fase de inversión, comprende todos aquellos proyectos que están en etapa de ejecución física de la obra de infraestructura y los que ingresan al proceso.
  - c. Los Proyectos de Fortalecimiento Institucional comprenden aquellos ejecutados con recursos institucionales, modernización de procesos, sistemas, implementación de nueva tecnología médica y no médica, informática, entre otros.
4. Los Proyectos pueden tener una duración menor al período de gobierno, pero deberán considerar la programación de metas y presupuesto plurianuales.
5. La cartera de proyectos y planes de acción, podrá actualizarse por requerimiento de Dirección General o por iniciativa del Departamento de Planes y Proyectos, resultado del análisis de la situación institucional y como propuesta para mejorar el desempeño de la Institución.



### **3.3.7.2 DESCRIPCIÓN**

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Realiza análisis de la situación del Instituto (aplicando la metodología de planificación vigente) para incorporar a la cartera propuesta de proyectos a formular. Adicionalmente, se incorporan los requerimientos o indicaciones emitidas por el Consejo Directivo, Dirección General y Subdirecciones.
2. Realiza investigación y análisis para elaborar los Planes (Programas de Preinversión e inversión) y proyectos de fortalecimiento institucional. Adicionalmente revisa los objetivos institucionales y estrategias por implementar en el quinquenio. Prepara borrador de Planes de Acción y Cartera de Proyectos.
3. Al final de cada año, elabora el PRIPME conforme a los lineamientos definidos por el Ministerio de Hacienda, y elabora o actualiza los perfiles de proyectos. (continúa en paso 12).

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

4. Revisa propuesta de cartera de proyectos y presenta a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional para revisión.

#### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

5. Revisa cartera de proyectos y planes de acción, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General.

#### **Analista de Desarrollo Institucional**

6. Una vez validada las prioridades institucionales prepara la formulación de proyectos, conforme a los lineamientos emitidos por la Administración Superior.
7. Formula proyectos con los responsables de la ejecución del mismo.
8. Prepara consolidación de información de acciones y proyectos.

#### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

9. Somete a discusión los Proyectos Formulados con las Jefaturas de Divisiones, Unidades y Departamentos involucrados, y recibe observaciones a incorporar.
10. Una vez incorporadas las observaciones recibidas, somete a consideración de la Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional, el documento consolidado de los



Planes y Proyectos formulados, a los cuales se requerirá asignación de fondos para su ejecución.

### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

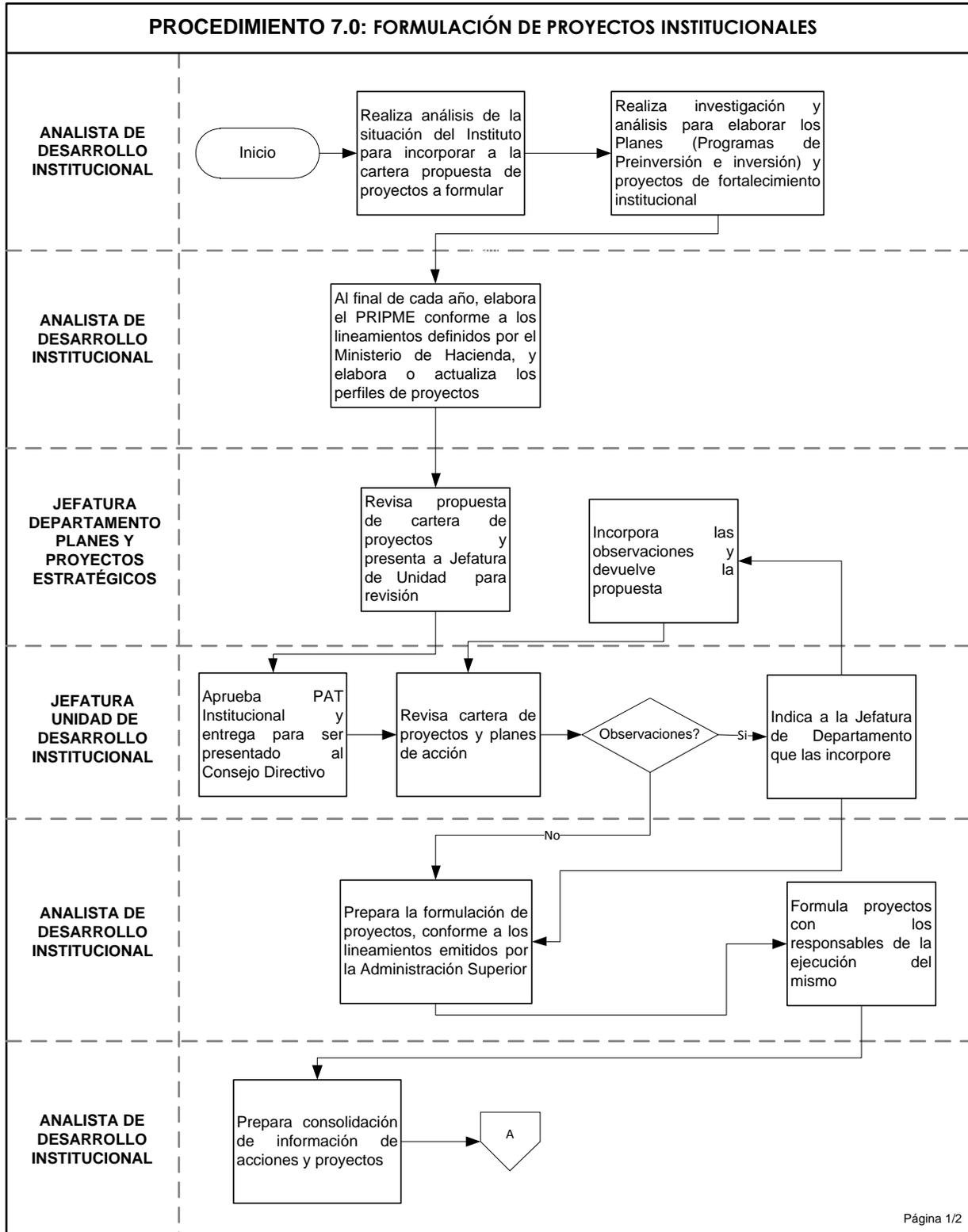
11. Revisa el documento consolidado de Proyectos formulados, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario se notifica a los gerentes de proyectos sobre la Evaluación de los mismos.
12. En el caso específico de los Proyectos de Inversión se remite documento según formularios del Ministerio de Hacienda a la Dirección General.

### **Dirección General**

13. Al final de cada año aprueba el PRIPME para enviarlo al Ministerio de Hacienda, conforme a los tiempos establecidos por la Ley AFI.

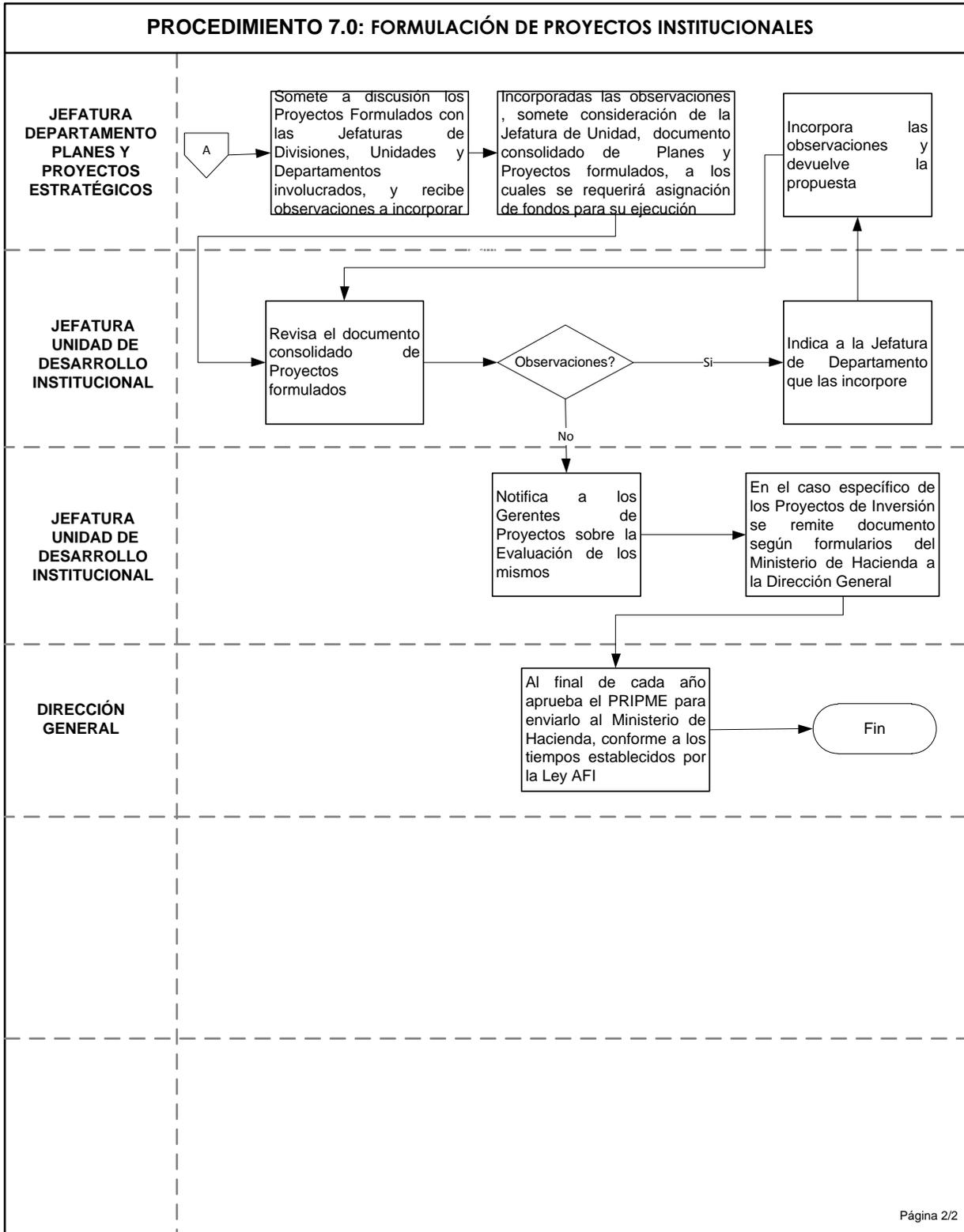


### 3.3.7.3 DIAGRAMA DE FLUJO





**PROCEDIMIENTO 7.0: FORMULACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES**





### **3.3.8 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES**

#### **3.3.8.1 NORMAS**

1. Trimestralmente se realizará la evaluación del avance de todos los proyectos institucionales en su fase de ejecución, ya se trate de: Inversión en Infraestructura, Tecnología, Sistemas de información y fortalecimiento institucional.
2. Mensualmente o según la periodicidad requerida por la Administración Superior, se realiza el monitoreo e informe de Proyectos de Pre-inversión e Inversión en Infraestructura.
3. El seguimiento mensual de los proyectos de inversión en infraestructura, se realizará conforme a los reportes de avance físico preparados por la División de Infraestructura y de avance financiero preparados por la Unidad Financiera Institucional; se registrarán los datos mensuales en el Sistema de Información de Inversión Pública (SIIP) del Ministerio de Hacienda.
4. Trimestralmente o conforme requerimiento de la administración superior, se preparará un informe gerencial, del avance del proyecto para la Dirección General.

#### **3.3.8.2 DESCRIPCIÓN**

**Actividad realizada mensualmente para los proyectos de pre-inversión e inversión en infraestructura.**

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

1. Prepara formularios para el reporte mensual del avance físico y financiero de la inversión institucional.

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

2. Revisa instrumentos actualizados y notifica a las Jefaturas de División o Responsables de ejecución de proyectos, del proceso de evaluación periódica de proyectos de pre-inversión e inversión.

##### **Jefatura División de Infraestructura**

3. Gestiona la actualización de avance de actividades y metas, para registrar los datos en instrumentos de evaluación disponibles. Considerando la programación y el avance físico de los proyectos, las principales desviaciones de la programación y los problemas encontrados y la forma en que han sido resueltos.



- Envía al Departamento de Planes y Proyectos Estratégicos, los probatorios de avance mensual de Proyectos de pre-inversión e inversión.

**Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

- Revisa informes de la División de Infraestructura y de la Unidad Financiera Institucional y gestiona la actualización de información en sistema e investigaciones que sean necesarias por parte del Analista.

**Analista de Desarrollo Institucional**

- Valida, analiza y registra datos mensuales de avance físico y financiero de los proyectos de pre-inversión e inversión en infraestructura, en el Sistema de Información de Inversión Pública (SIIP) del Ministerio de Hacienda. Genera reportes mensuales.
- Actualiza informe mensualmente y lo somete a revisión de la Jefatura de Departamento.

**Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

- Revisa informe, en caso tenga observaciones gestiona la incorporación y remite el informe a la Jefatura de Unidad.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

- Revisa informe sobre el avance de los proyectos, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General.

**Actividad realizada trimestralmente para todos los proyectos institucionales**

**Analista de Desarrollo Institucional**

- Actualiza instrumentos para el monitoreo y evaluación trimestral de los Proyectos Institucionales.

**Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

- Revisa instrumentos actualizados y notifica a las Jefaturas de División o Responsables de ejecución de proyectos, del proceso de evaluación trimestral.



**Jefatura de División/Unidad o Responsable de Ejecución de Planes y Proyectos**

12. Gestiona la actualización de avance de actividades y metas trimestrales, para registrar los datos en instrumentos de evaluación disponibles.
13. Envía al Departamento de Planes y Proyectos Estratégicos, los probatorios de avance trimestral.

**Analista de Desarrollo Institucional**

14. Revisa, valida consistencia y analiza los reportes consolidados del avance.
15. Elabora informe trimestral sobre el avance de los proyectos, combinando los elementos físicos y financieros, luego lo somete a revisión de la Jefatura de Departamento.

**Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

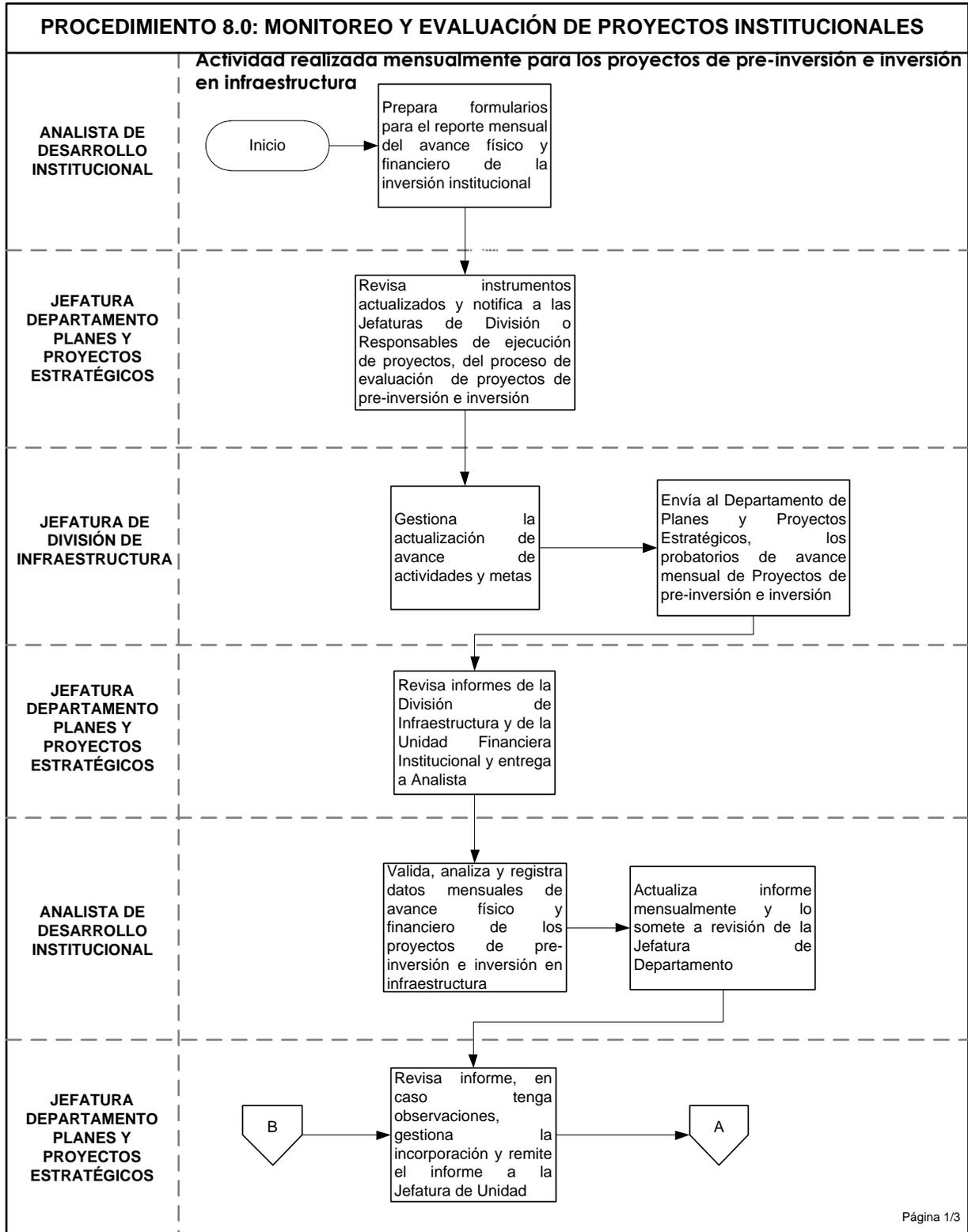
16. Revisa informe, en caso tenga observaciones gestiona la incorporación y remite el informe a la Jefatura de Unidad.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

17. Revisa el informe trimestral sobre el avance de los proyectos, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore, caso contrario, lo presenta a la Dirección General.
18. Notifica a Jefaturas de División/Unidad o Responsable de ejecución de los Proyectos los resultados obtenidos.

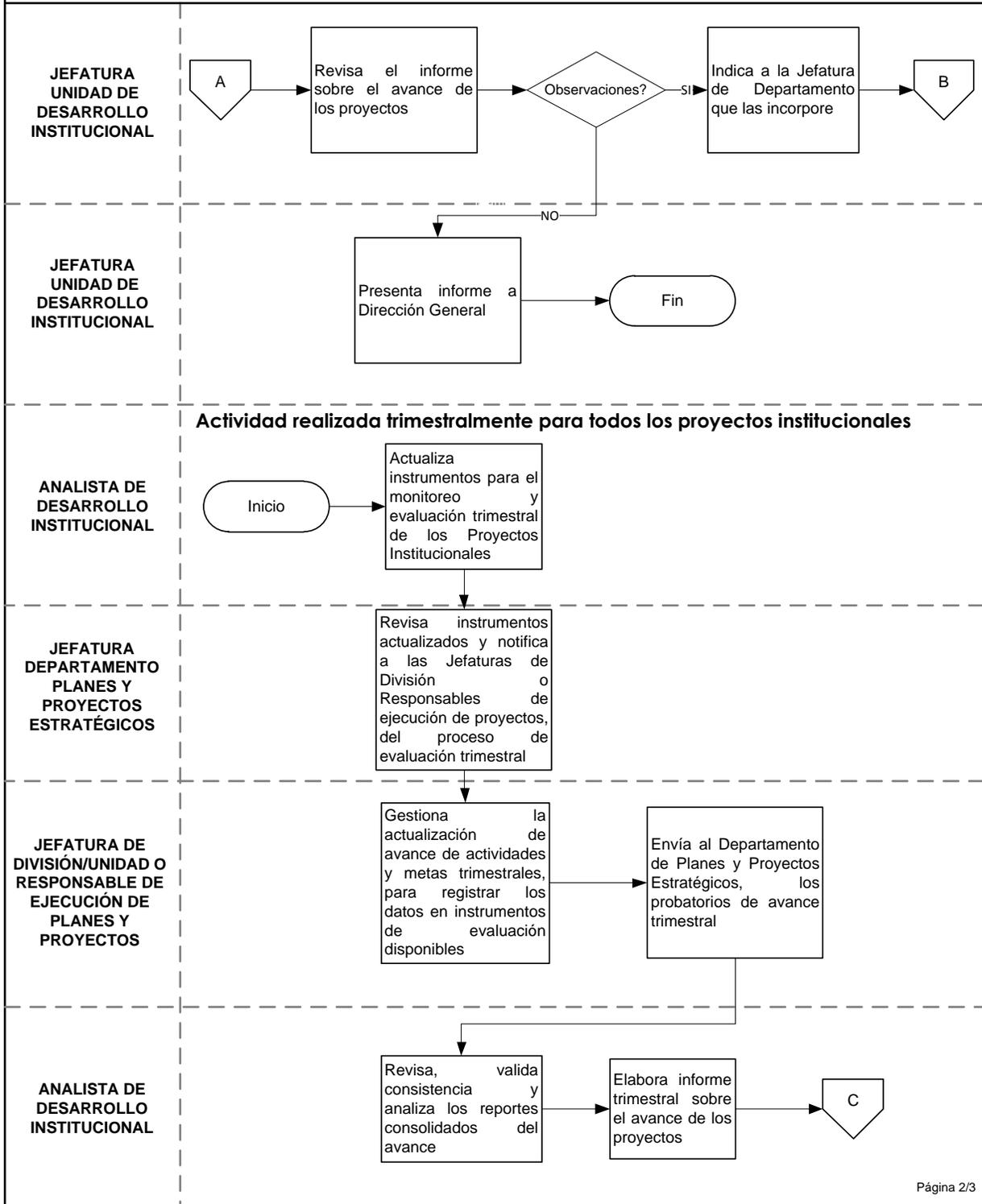


**3.3.8.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 8.0: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES**





**PROCEDIMIENTO 8.0: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS INSTITUCIONALES**

Actividad realizada trimestralmente para todos los proyectos institucionales

JEFATURA DEPARTAMENTO PLANES Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS



Revisa informe trimestral sobre el avance de los planes y proyectos

Incluye observaciones y envía a revisión de Jefatura de Unidad

JEFATURA UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Revisa informe, en caso tenga observaciones gestiona la incorporación y remite el informe a la Jefatura de Unidad

Observaciones?

Indica a la Jefatura de Departamento que las incorpore

JEFATURA UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Presenta informe a Dirección General

Notifica a Jefaturas de División/Unidad o Responsable de ejecución de los Proyectos los resultados obtenidos

Fin



### **3.3.9 ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE PRE-INVERSIÓN**

#### **3.3.9.1 NORMAS**

1. Para el desarrollo de los estudios de pre-inversión para proyectos de infraestructura institucional, se deberá incorporar al equipo de trabajo a un representante del área que será beneficiada con la solución de un problema de infraestructura (salud o administrativa), a fin de definir el Programa Médico Arquitectónico requerido para resolver la problemática. Cuando el proyecto de inversión sea para un Centro de Atención Médico, se definirá el Portafolio de Servicios.
2. Posterior a la finalización de un estudio de pre-inversión, la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos deberá gestionar el visto bueno de la alta dirección, para que pueda iniciarse la gestión de Opinión Técnica por parte de la Dirección General de Inversión y Crédito Público.
3. Para cada etapa del proyecto se realizará la Gestión de Opinión Técnica, por parte de la Dirección General de Inversión y Crédito Público, a fin de continuar con la siguiente etapa del mismo, en cumplimiento de la normativa establecida; con los insumos proporcionados por la División de Infraestructura en los casos que aplique.<sup>3</sup>

#### **3.3.9.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

1. Prepara ficha del estudio a realizar, en el cual incluye los lineamientos y estrategia de abordaje; asigna Analista(s) para el desarrollo del estudio y transmite las indicaciones para el inicio del mismo.

##### **Analista de Desarrollo Institucional**

2. Realiza investigación conforme a las variables establecidas (proyección de población derechohabiente, demanda atendida, oferta de servicios, entre otros) y elabora el documento.
3. Para los estudios de pre-inversión de infraestructura de salud, prepara portafolio de servicios y programa médico arquitectónico, acorde con los objetivos y alcances definidos inicialmente.

<sup>3</sup> Los documentos para solicitar aprobación de diseño final para continuar con ejecución son: (1) Especificaciones Técnicas; (2) Planos – Arquitectura, Biomédica, Demolición y Desmontaje, Eléctrica, Estructura, Hidráulica, Levantamiento Existente, Mecánica, Señales Débiles, Señalética. (3) Presupuesto con IVA incluido. (4) Descripción Técnica del Proyecto.



**Jefatura Departamento Planes y Proyectos Estratégicos**

4. Revisa documento, verificando el cumplimiento de los objetivos y alcances definidos inicialmente y gestiona la incorporación de observaciones. En caso las observaciones impliquen el desarrollo de investigaciones complementarias.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

5. Revisa estudio, gestiona que se incorporen las observaciones y remite Programa de Necesidades al Subdirector correspondiente para su Visto Bueno.

**Subdirector Administrativo/Subdirector de Salud**

6. Revisa programa de necesidades, si tiene observaciones le indica a la Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que las incorpore.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

7. Remite estudio a la Dirección General de Inversión y Crédito Público para obtener Opinión Técnica sobre la ejecución del proyecto sea de Inversión o Pre inversión.

**Analista de Desarrollo Institucional**

8. Ingresar información en el Sistema de Información de Inversión Pública (SIIP) del Ministerio de Hacienda, conforme al documento enviado por la Jefatura de Unidad.
9. Monitorea y supera las observaciones notificadas por la Dirección General de Inversión y Crédito Público, cuando se presentan.

**Dirección General de Inversión y Crédito Público**

10. Emite Opinión Técnica para continuar con la etapa de Diseño o Ejecución de la Obra o solicita mayor información respecto al proyecto.

**Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

11. Recibe notificación y coordina con Jefatura de Departamento Planes y Proyectos Estratégicos que se procede conforme a lo siguiente:
  - a. Si la Opinión Técnica no es emitida, discute las observaciones y gira instrucciones para que sean superadas.

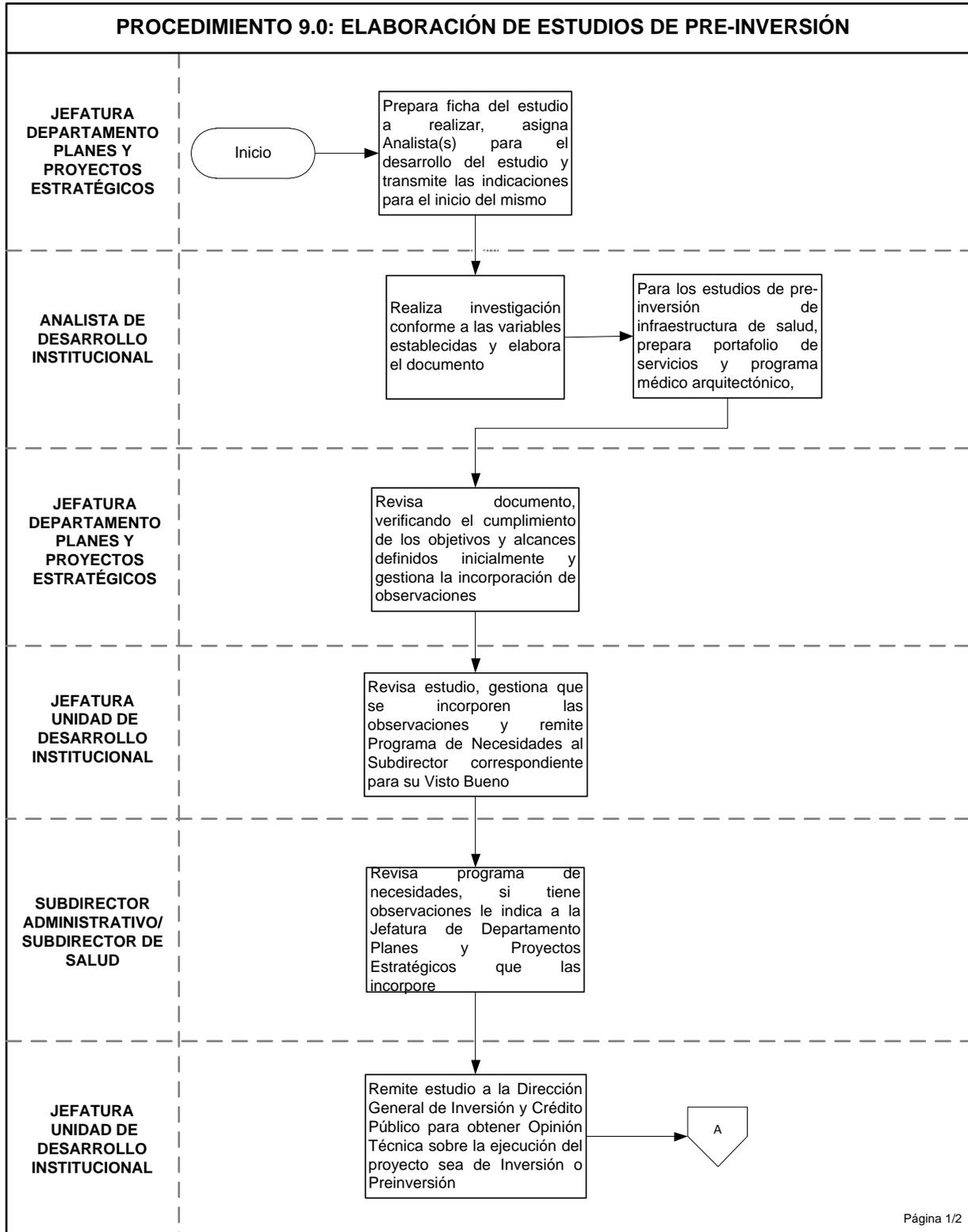


b. Si la Opinión Técnica es emitida, se gestiona las notificaciones a las áreas correspondientes y la incorporación de datos en el SIIP para aprobación en el sistema.

12. Remite copia de la Opinión Técnica emitida por la Dirección General de Inversión y Crédito Público al Comité de Monitoreo de Proyectos de Inversión.

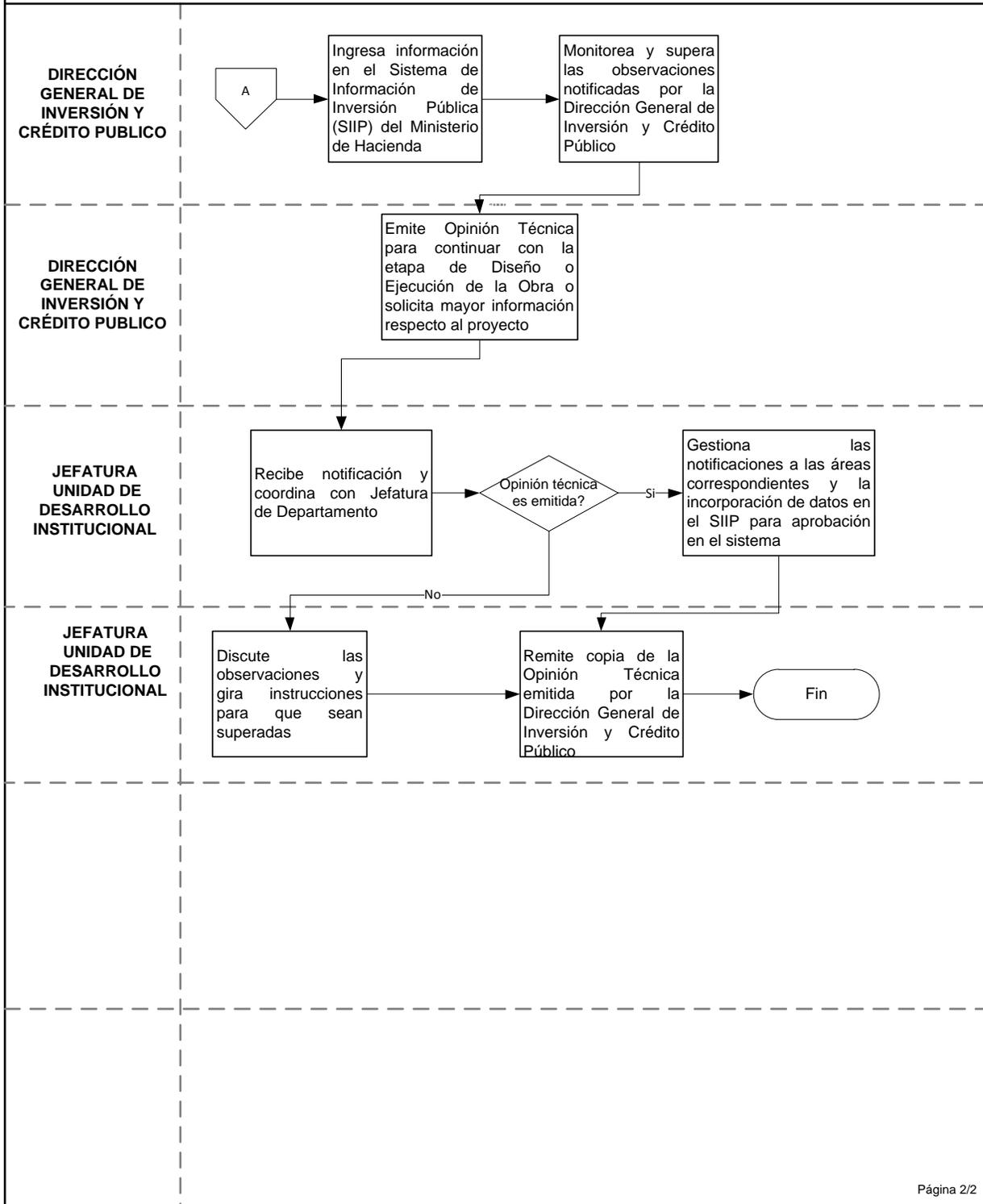


### 3.3.9.3 DIAGRAMA DE FLUJO





PROCEDIMIENTO 9.0: ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DE PRE-INVERSIÓN





## **4. PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y ACTUARIAL**

### **4.1 OBJETIVO DEL PROCESO**

Generar información estadística, estratégica, gerencial y actuarial a través del diseño e implementación de un sistema integrado y computarizado que permita la obtención de información en forma oportuna y confiable, para apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles.

### **4.2 NORMAS GENERALES**

1. El Departamento de Actuario y Estadística (nivel central) será la única dependencia encargada de la generación de información estadística, estratégica, gerencial y actuarial a nivel institucional y proporcionará a los Centros de Atención (niveles locales) u otras dependencias, un Sistema de Información integrado y computarizado para garantizar la confiabilidad y oportunidad de los datos.
2. Cualquier acción encaminada a modificar, diseñar y/o implantar nuevos sistemas de información estadística deberá ser coordinada por el Departamento de Actuario y Estadística.
3. El ISSS dispondrá de un Sistema de Información Estadística de uso estratégico, así como de los registros históricos, lo que estará orientado a satisfacer las necesidades de la gerencia tanto a nivel central como local, propiciando la eficiencia con el concurso de las dependencias definidas por el Departamento de Actuario y Estadística.
4. El Departamento de Actuario y Estadística será la dependencia encargada de establecer las normas de diseño y operación de cualquier registro de información estadística dentro de la Institución, así como de modificarlo.
5. El Sistema de Información Estadística Estratégica Gerencial y Actuarial Central será el sistema que compilará y consolidará la información proporcionada por los niveles locales, que son los Centros de Atención u otras dependencias que sean definidas por el Departamento de Actuario y Estadística.
6. El Departamento de Actuario y Estadística será responsable de ejercer el control de gestión de los mecanismos de información estadística, así como dictar lineamientos y darlos a conocer por la misma dependencia a sus usuarios tanto internos como externos al ISSS.
7. El personal del Departamento de Actuario y Estadística que maneja información estadística deberá guardar la debida confidencialidad exceptuando aquella información contenida en publicaciones de o para distribución masiva.



8. El personal del Departamento de Actuario y Estadística brindará asesoría y orientación para recolección, procesamiento y revisión de datos, a los Encargados de Estadísticas en los centros de atención y dependencias administrativas, en lo que respecta a información estadística, estratégica, gerencial y actuarial.
9. El personal técnico del Departamento de Actuario y Estadística monitoreará permanentemente las actividades que se realizan en el Sistema de Información Estadística Estratégica Gerencial y Actuarial, para darle cumplimiento a los procedimientos que lo conforman y detectar fortalezas y debilidades que sirvan en la elaboración de propuestas de mejoras, en la capacitación y enseñanza al personal.
10. El Equipo Técnico designado por La Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística elaborará en el último trimestre de cada año, un plan anual de trabajo del Sistema de Información Estadística Estratégica Gerencial y Actuarial.
11. Los niveles locales deberán incorporar la información estadística en las fechas que establezca el Departamento de Actuario y Estadística, caso contrario deberán enviar su justificación por escrito.

### **4.3 PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS**

1. Diseño y Estandarización de los Elementos del Sistema de Información
2. Captura y Envío de Datos por parte de los Usuarios y Proveedores de Información
3. Procesamiento de la Información y Producción de Informes
4. Producción de Datos para Informe a la Dirección Superior
5. Producción de Reportes para Estudios Especiales y/o Requerimientos
6. Control de Gestión y Seguimiento de los Mecanismos de los Sistemas de Información

#### **4.3.1 DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

##### **4.3.1.1 NORMAS**

1. El diseño de cada uno de los siguientes elementos del Sistema de Información Estadística, Estratégica, Gerencial y Actuarial será responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador), estos son:
  - a. Programas de recolección y transporte de datos a nivel de usuario, formatos físicos y electrónicos, pantallas de captura.
  - b. Elaboración de estructuras e índices de las tablas de almacenamiento y sus vinculaciones.
  - c. Diseño de fórmulas para el cálculo de indicadores y estándares y prueba de las mismas.



- d. Diseño de reportes para impresión, consultas (Query) y formatos de presentación numérica y gráfica.
- e. Diseño conceptual de los sistemas de seguridad y protección de la información contra eventual pérdida o acceso no autorizado.
- f. En el diseño deberá incluirse normas para la operación del Sistema, con sus respectivas sanciones por violaciones.
- g. El diseño debe contener un módulo que identifique las necesidades de recursos que el Sistema tiene para funcionar con eficiencia, en términos de:
  - Personal especializado y auxiliar.
  - Software de plataforma y operativo.
  - Equipo de Cómputo y Comunicaciones (tipo y ubicación).
  - Recursos para capacitación.
  - Materiales consumibles.
- h. El Modelo del Sistema de Información Estadística deberá contener un manual de usuario y un manual técnico.
  - Un listado de los datos primarios a capturar y sus fuentes.
  - Un listado de los reportes básicos a obtener ya sean impresos, para consulta en pantalla y/o para uso especial de tipo gerencial.
  - Una lista de los usuarios de la información.
  - Una descripción de los instrumentos de captura y transporte de datos a utilizar.
  - Un enunciado de las principales características de las herramientas informáticas que se utilizarán para el procesamiento de la información y la emisión de reportes y consultas.
  - Un enunciado de las normas básicas de la operación del sistema.
  - Una lista de las relaciones previsibles del sistema con fuentes externas u otros sistemas.

#### **4.3.1.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

1. Recibe requerimiento para el desarrollo de una aplicación estadística.
2. Margina y/o instruye sobre requerimiento de una aplicación estadística al Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico.

##### **Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico**

3. Realiza investigación de necesidades y situación actual si la hubiere. Reúne la información recolectada disponible.
4. Elabora propuesta preliminar para el desarrollo de la aplicación estadística.



5. Presenta propuesta preliminar para aprobación al Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

6. Recibe propuesta preliminar y la evalúa; si requiere ajustes la devuelve al Analista con sus observaciones para incorporarlas a la propuesta preliminar.
7. Si aprueba la propuesta preliminar, instruye al Analista para que se desarrolle la aplicación estadística.

**Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico**

8. Desarrolla propuesta de la aplicación estadística la revisa, integra, elabora documento y Traslada a Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística para su aprobación.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

9. Recibe documento descriptivo de la aplicación estadística y lo revisa. Si no aprueba el documento descriptivo, lo devuelve al Analista con sus observaciones y/o correcciones.

**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador)**

10. Recibe documento con observaciones las incorpora y devuelve a Jefatura de Departamento.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

11. Si aprueba el modelo descriptivo autoriza el desarrollo y la entrega al Analista.

**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador)**

12. Diseña los elementos componentes, los integra y elabora los manuales técnicos del usuario.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

13. Revisa el modelo descriptivo de la aplicación estadística y sus elementos componentes, si el documento no presenta observaciones, devuelve el documento con sus observaciones para corrección.



**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador)**

14. Recibe observaciones las incorpora y entrega documento a Jefe de Departamento.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

15. Si el documento no presenta observaciones, instruye al Analista sobre la implantación.

16. Solicita apoyo al Departamento Gestión de Calidad Institucional para la elaboración de la normativa de funcionamiento de la aplicación estadística.

17. Recibe normativa de funcionamiento de la aplicación estadística. Si no aprueba las normas desarrolladas, las devuelve con sus observaciones para su corrección.

**Analista de Desarrollo Institucional (Departamento Actuario y Estadística)**

18. Recibe las observaciones, las incorpora y devuelve a Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística.

**Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

19. Si aprueba la normativa de funcionamiento de la aplicación estadística, instruye que se realice la divulgación a los usuarios a nivel nacional.

**Analista de Desarrollo Institucional y/o Técnico de Estadística**

20. Realiza pruebas o diseño de sistema y revisa manual de usuario, si se tienen observaciones las traslada a Analista Programador.

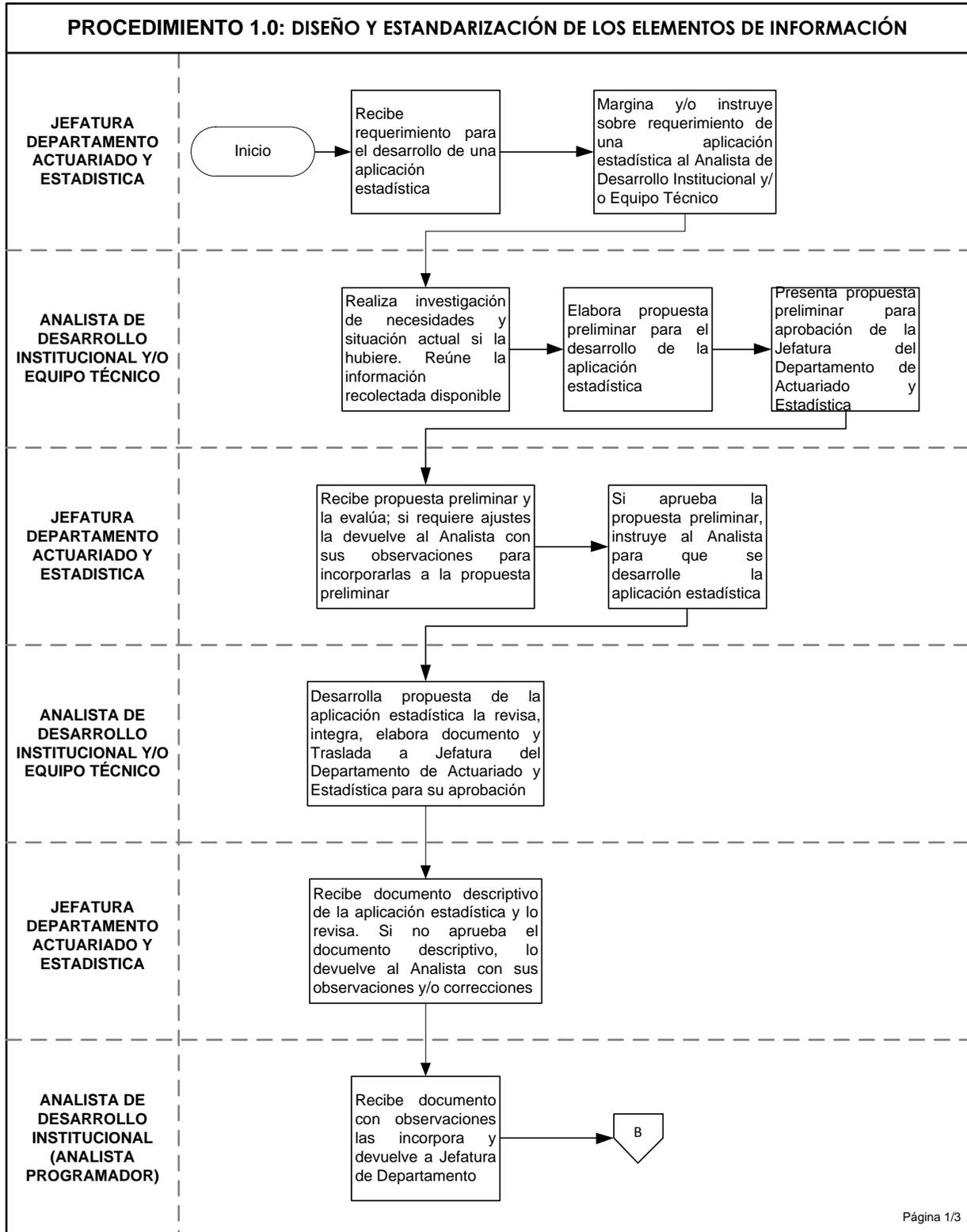
**Analista de Desarrollo Institucional (Programador)**

21. Recibe e incorpora observaciones y las traslada a Analista de Desarrollo Institucional.

22. Si no tiene observaciones efectúa implantación y divulgación a los usuarios en coordinación con el solicitante del requerimiento.

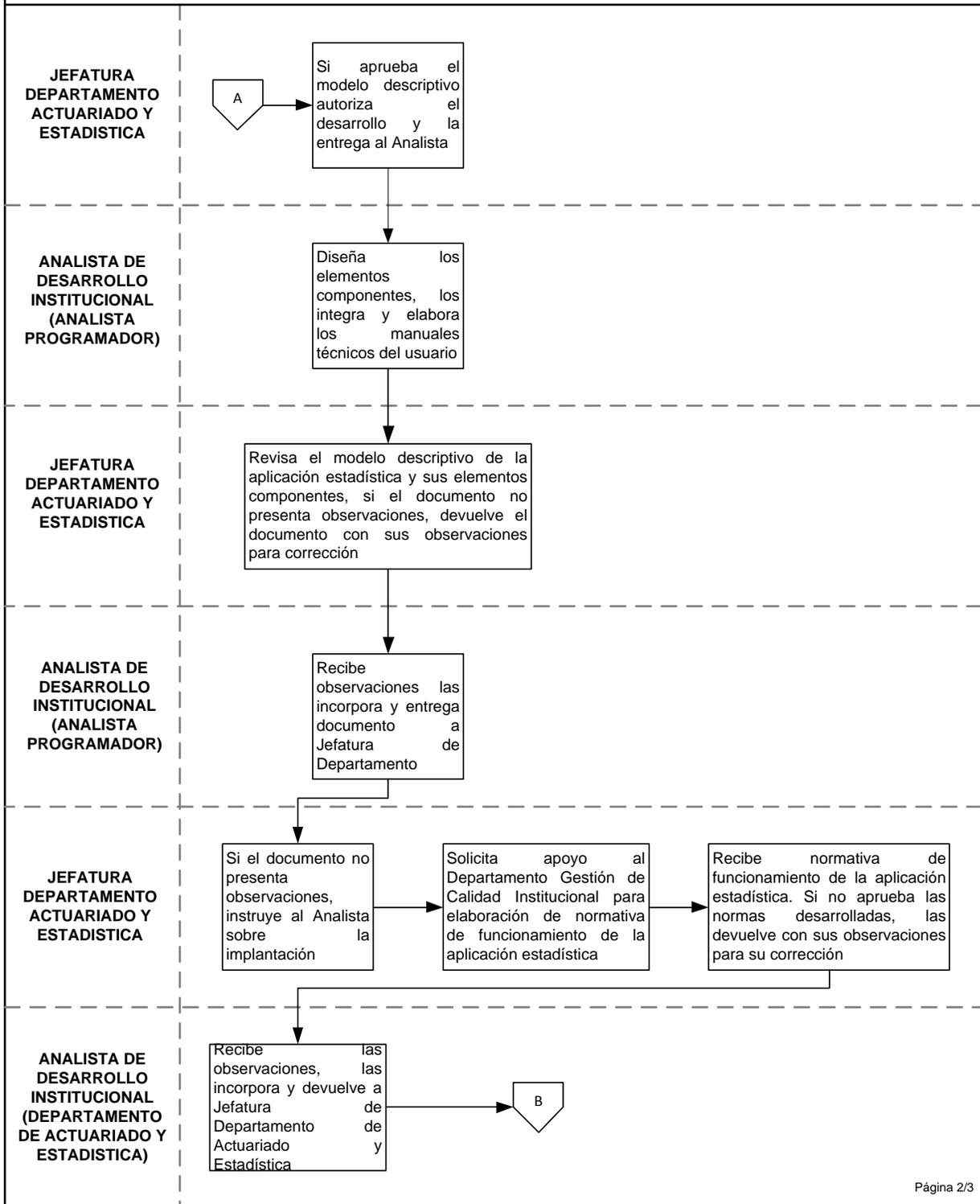


**4.3.1.3 DIAGRAMA DE FLUJO**



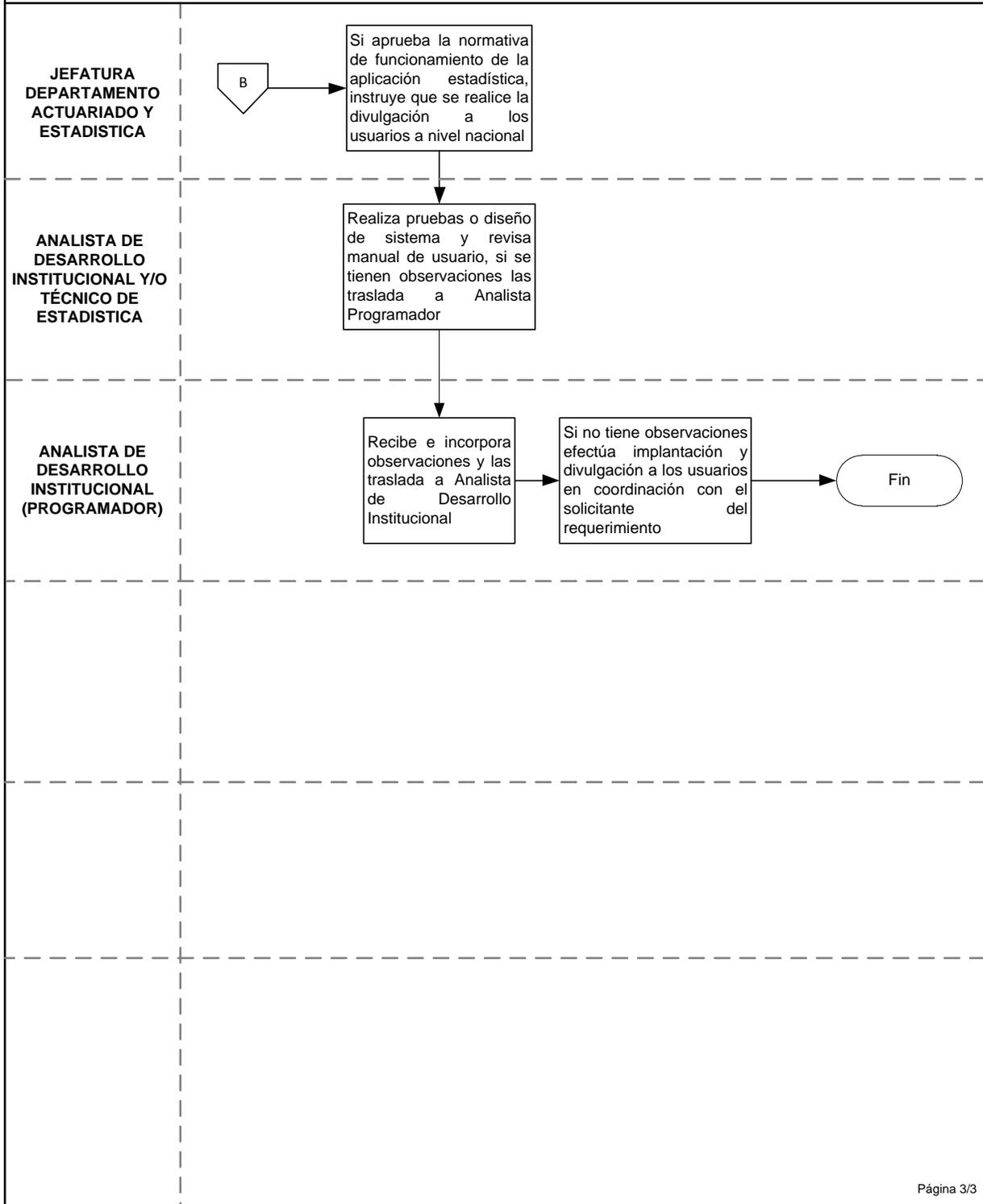


**PROCEDIMIENTO 1.0: DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE INFORMACIÓN**





**PROCEDIMIENTO 1.0: DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE INFORMACIÓN**





### **4.3.2 CAPTURA Y ENVÍO DE DATOS POR PARTE DE LOS USUARIOS Y PROVEEDORES DE INFORMACIÓN**

#### **4.3.2.1 NORMAS**

1. El Director del Centro de Atención o la persona a quien él designe, será el responsable de la información estadística en el nivel local, la cual deberá ser incorporada al sistema en los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente al mes que informa. Para las dependencias que proporcionan bases de datos para su procesamiento, deberán remitirlos luego del cierre del período solicitado. El nivel central será el responsable de la validación, consolidación y presentación de la información con las características y formas previamente definidas.
2. Los datos capturados a nivel local se clasificarán en tres categorías:
  - Datos que serán utilizados solamente para la gerencia local del centro de atención o dependencia administrativa y cuyos reportes estarán a disposición del personal de la misma.
  - Datos que serán incorporados a nivel central en los formatos establecidos contenidos en el sistema y que serán utilizados para la elaboración de consolidados a nivel institucional.
  - Datos que serán utilizados para la elaboración del consolidado a nivel institucional, cuyo formato ha sido definido previamente para conformar publicaciones institucionales y reportes mensuales entre otros usos.
3. Será responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) o Técnico de Estadística recibir, controlar y procesar la información enviada por cada centro de atención o dependencia administrativa que sea parte del Sistema de Información Estadística, Estratégica, Gerencial y Actuarial.
4. El Director del Centro de Atención, Jefe de la Dependencia Administrativa o la persona a quien éstos designen, serán responsables del procesamiento de los datos estadísticos de su dependencia, respetando la normativa dispuesta al respecto. Previo al ingreso de datos al sistema, deberá verificar la consistencia, veracidad de la misma y realizar las correcciones o ajustes pertinentes; así mismo deberá atender oportunamente los señalamientos u observaciones que con posterioridad al envío de datos se les hicieren desde el nivel central.
5. El Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) o Técnico de Estadística realizará las revisiones necesarias con el objeto de verificar tendencias y validar la confiabilidad de los registros, cualquier inconsistencia detectada deberá hacerla del conocimiento del Responsable del nivel local ó central.
6. Después de recibida la información los Analistas de Desarrollo Institucional (Analista Programador) y/o Técnico de Estadística realizarán las revisiones



necesarias para validar la confiabilidad de los registros, dicha revisión se realizará en el término de diez (10) días hábiles como máximo después de recibida la información; de encontrar inconsistencias las remitirá al Director del Centro de Atención o Jefe de la Dependencia Administrativa respectiva. De no lograrse acuerdos para superarlos, deberá buscar apoyo con los Encargados de Programas o Componentes de la Subdirección de Salud. De igual forma se hará con las dependencias administrativas que proveen de información, buscando apoyo en las jefaturas inmediatas superiores.

7. El Sistema de Información Estadística Estratégica Gerencial y Actuarial dispondrá de manuales de usuario y técnico de los sistemas de información en el que se establecerán directrices para su administración, desarrollo de aplicaciones, uso, actualización, modificaciones u otros.

#### **4.3.2.2 DESCRIPCIÓN**

##### **ÁREA DE SALUD**

##### **Encargado de Estadística del Nivel Local**

1. Completa los formatos y verifica que se cumpla el período normado para la entrega de datos.
2. Clasifica los datos que serán enviados al nivel central y los que quedarán para uso de la dependencia y los procesa.
3. Incorpora la información en el Sistema de Información Estadístico Institucional.
4. Revisa la información incorporada en el Sistema verificando la consistencia de los datos mediante reportes (pantalla o papel)

##### **Técnico de Estadística**

5. Verifica el cumplimiento de la normativa para la incorporación de datos por parte del nivel local.
6. Valida consistencia de los datos y solicita al Director o Encargado de Estadística del nivel local se complete los registros y corrijan datos inconsistentes u omisiones, si no hay respuesta; notifica a la Jefatura del Departamento de Atención Hospitalaria o Ambulatoria según el caso o al responsable del programa y/o servicio que se esté evaluando para que se corrija lo solicitado.



**Director del Nivel Local y/o Encargado de Estadística del Nivel Local**

7. Si da respuesta a petición, completa y/o resuelve inconsistencia señalada en reporte de fecha de grabación.

**ÁREA ADMINISTRATIVA**

**Dependencias Administrativas**

1. Completa los formatos y verifica que se cumpla el período normado para la entrega de datos.
2. Clasifica los datos que serán enviados al nivel central y los que quedarán para uso de la dependencia y los procesa.
3. Incorpora la información en el Sistema de Información Estadístico Institucional y la revisa.
4. Verifica la consistencia de los datos mediante reportes (pantalla o papel)

**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador)**

5. Verifica el cumplimiento de la normativa para la incorporación de datos por parte del nivel local y valida consistencia de los datos.
6. Gestiona con periodicidad mensual las bases de datos a la dependencia administrativa que corresponda, con el objeto de alimentar las aplicaciones del Sistema de Información Institucional.
7. Realiza control de calidad preliminar y/o carga archivo a la aplicación correspondiente al recibir las bases.
8. Cargada la base a la aplicación se corren los reportes, si no hay inconsistencias finaliza la acción.
9. Si tiene inconsistencias, se realiza la gestión pertinente con la dependencia que proporcionó la base, con el objeto éstas sean superadas, de ser necesario actualiza las tablas que facilitan la identificación de las inconsistencias.

**Dependencias Administrativas**

10. Recibe gestión de Analista de Desarrollo Institucional (analista programador) para superar las inconsistencias identificadas en las base de datos.

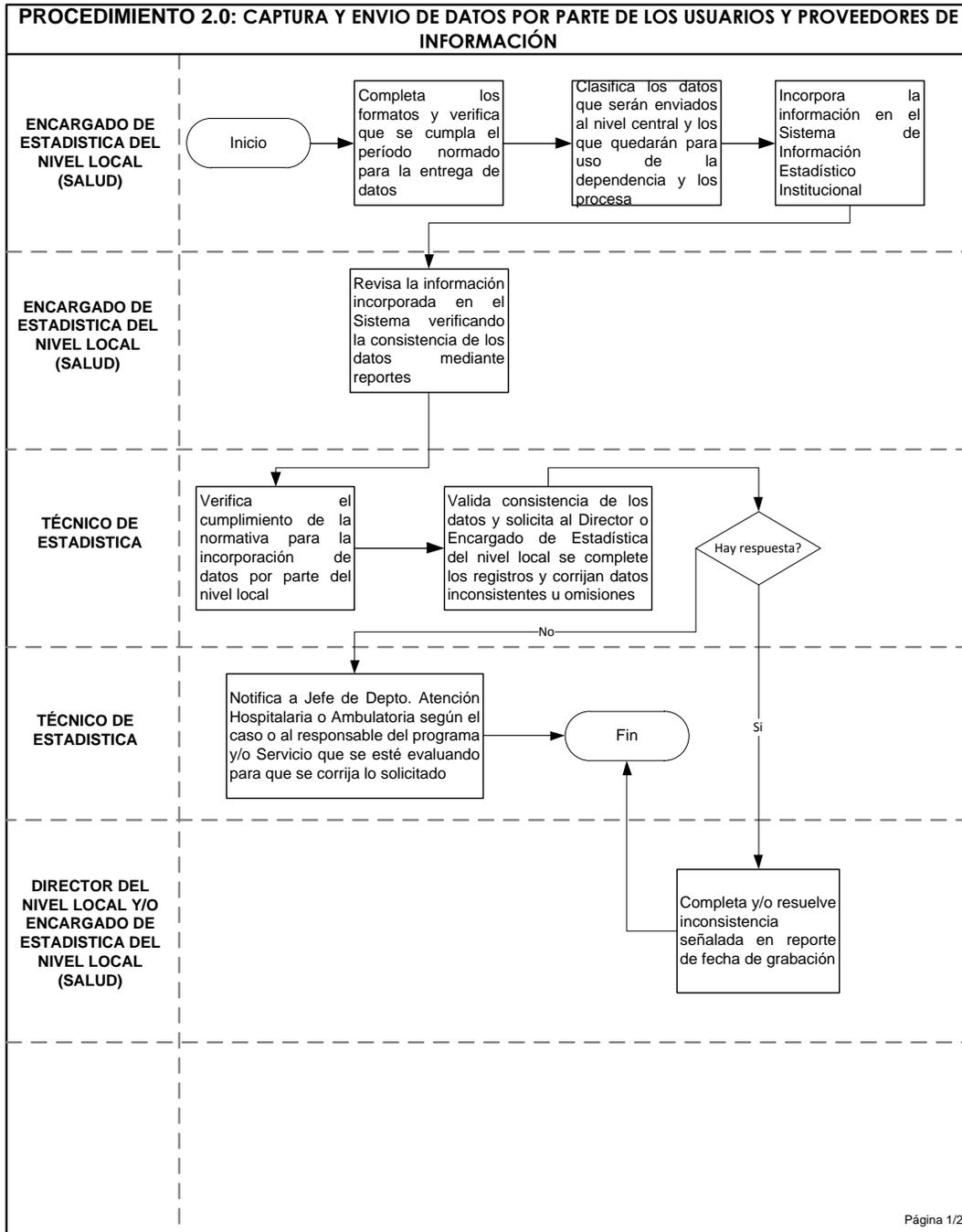


11. Completa y/o resuelve la inconsistencia señalada y notifica al solicitante que ha sido superada y adjunta evidencia de las correcciones realizadas.

**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador)**

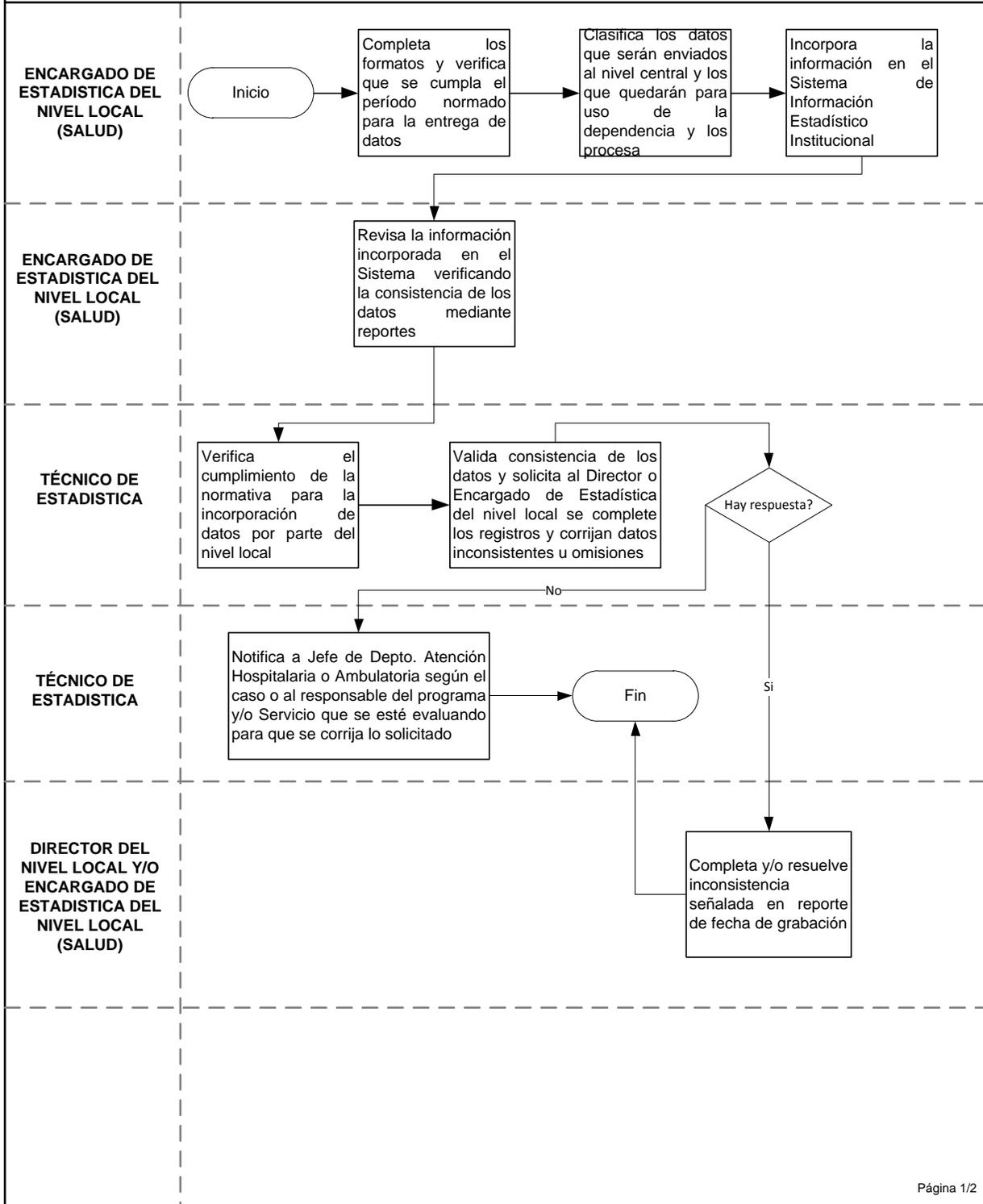
12. Verifica lo solicitado.

**4.3.2.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





**PROCEDIMIENTO 2.0: CAPTURA Y ENVIO DE DATOS POR PARTE DE LOS USUARIOS Y PROVEEDORES DE INFORMACIÓN**





### **4.3.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y PRODUCCIÓN DE INFORMES**

#### **4.3.3.1 NORMAS**

1. El Analista de Desarrollo Institucional y/o Técnico de Estadística verificará el procesamiento de los datos que han sido enviados por los niveles locales en tablas estandarizadas que servirán para producir los Informes generados por el Sistema de Información Estadística, Estratégica, Gerencial y Actuarial.
2. Será responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional y/o Técnico de Estadística, verificar que la información que se recibe de los niveles locales sea consistente, esté completa y sea entregada en fecha indicada.
3. Será responsabilidad del Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador), el mantenimiento y protección de las tablas maestras.
4. El Analista de Desarrollo Institucional y/o Técnico de Estadística colaborarán en la actualización de las tablas maestras de los sistemas según corresponda.
5. La Jefatura del Departamento Actuarial y Estadística informará, por los medios pertinentes, a los diferentes usuarios sobre los datos estadísticos disponibles para ser utilizados.

#### **4.3.3.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico**

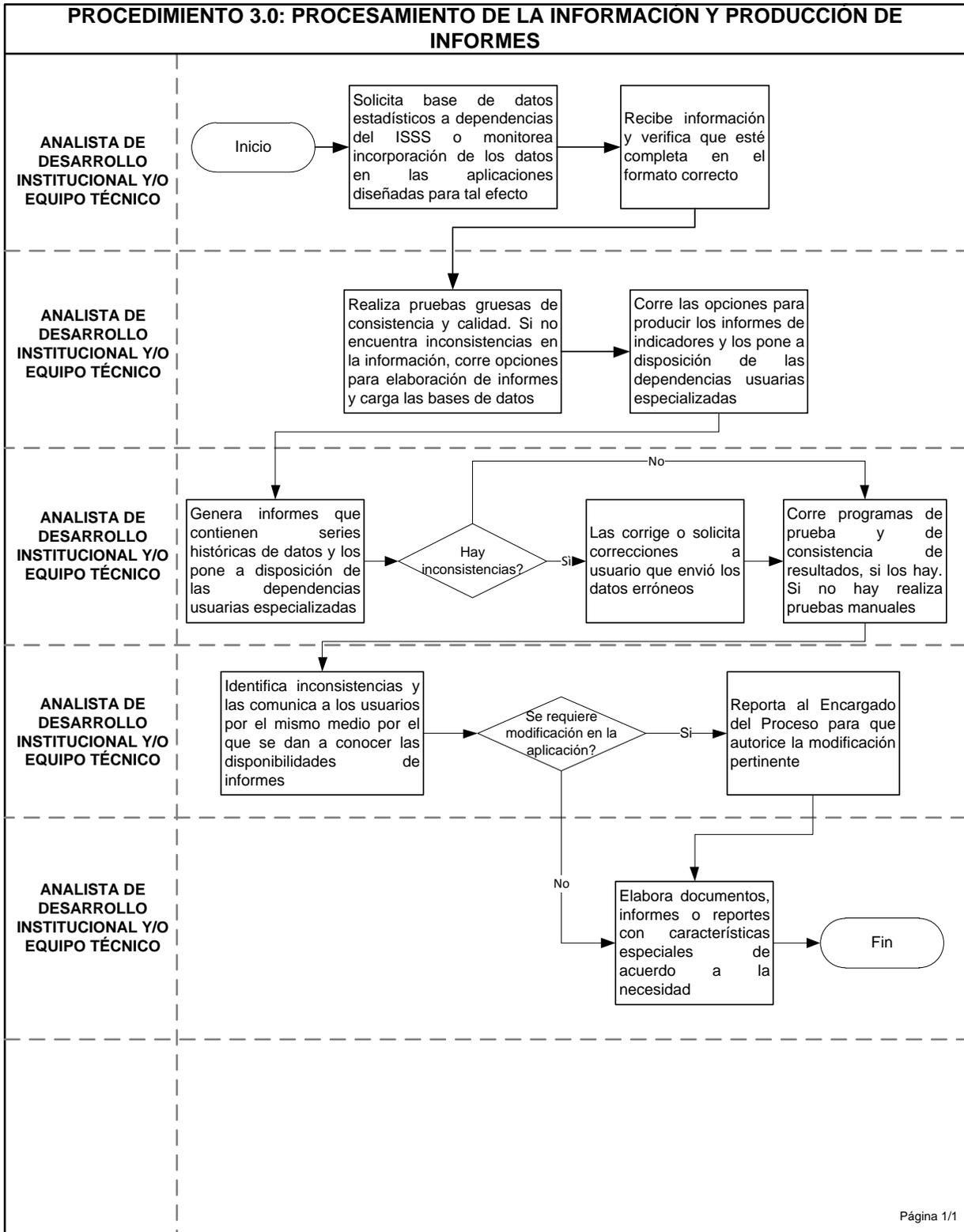
1. Solicita base de datos estadísticos a dependencias del ISSS o monitorea incorporación de los datos en las aplicaciones diseñadas para tal efecto.
2. Recibe información y verifica que esté completa en el formato correcto.
3. Realiza pruebas gruesas de consistencia y calidad. Si no encuentra inconsistencias en la información, corre opciones para elaboración de informes y carga las bases de datos.
4. Corre las opciones para producir los informes de indicadores y los pone a disposición de las dependencias usuarias especializadas.
5. Genera informes que contienen series históricas de datos y los pone a disposición de las dependencias usuarias especializadas.
6. Si encuentra inconsistencias las corrige o solicita correcciones a usuario que envió los datos erróneos.



7. Corre programas de prueba y de consistencia de resultados, si los hay. Si no hay realiza pruebas manuales.
8. Identifica inconsistencias y las comunica a los usuarios por el mismo medio por el que se dan a conocer las disponibilidades de informes.
9. Si las correcciones requieren modificaciones en la aplicación las reporta al Encargado del Proceso para que autorice la modificación pertinente.
10. Elabora documentos, informes o reportes con características especiales de acuerdo a la necesidad.



**4.3.3.3 DIAGRAMA DE FLUJO**





#### **4.3.4 PRODUCCIÓN DE DATOS PARA INFORME A LA ADMINISTRACIÓN SUPERIOR**

##### **4.3.4.1 NORMAS**

1. La Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística deberá suministrar los datos que sean requeridos en forma oportuna, según el tiempo establecido en cada uno de los sistemas y con las especificaciones que sean requeridas, para la elaboración de los informes a la Administración Superior.
2. La Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística velará porque exista un programa de seguridad, para proteger la información de los accesos y reproducciones no autorizados.
3. El Equipo Técnico designado por La Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística elaborará un informe periódico de avances del plan anual de trabajo del Sistema de Información Estadística Estratégica Gerencial y Actuarial.

##### **4.3.4.2 DESCRIPCIÓN**

###### **Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional**

1. Recibe indicaciones sobre el desarrollo de investigaciones, proyectos y propuestas.
2. Traslada requerimiento a Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística.

###### **Jefatura Departamento de Actuario y Estadística**

3. Analiza requerimiento y lo asigna a Analista de Desarrollo Institucional y/o equipo técnico según competencia para su desarrollo (En caso necesario se forma un equipo técnico de trabajo para atender el requerimiento).

###### **Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico**

4. Prepara informe, perfil y/o propuesta solicitada y entrega a Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística.

###### **Jefatura Departamento de Actuario y Estadística**

5. Recibe informe, perfil y/o propuesta y la evalúa. Si no tiene observaciones da visto bueno y autoriza informe, perfil y/o propuesta y lo entrega a solicitante.
6. Si tiene observaciones, devuelve informe, perfil y/o propuesta con observaciones a Equipo Técnico y/o Analista de Desarrollo Institucional.



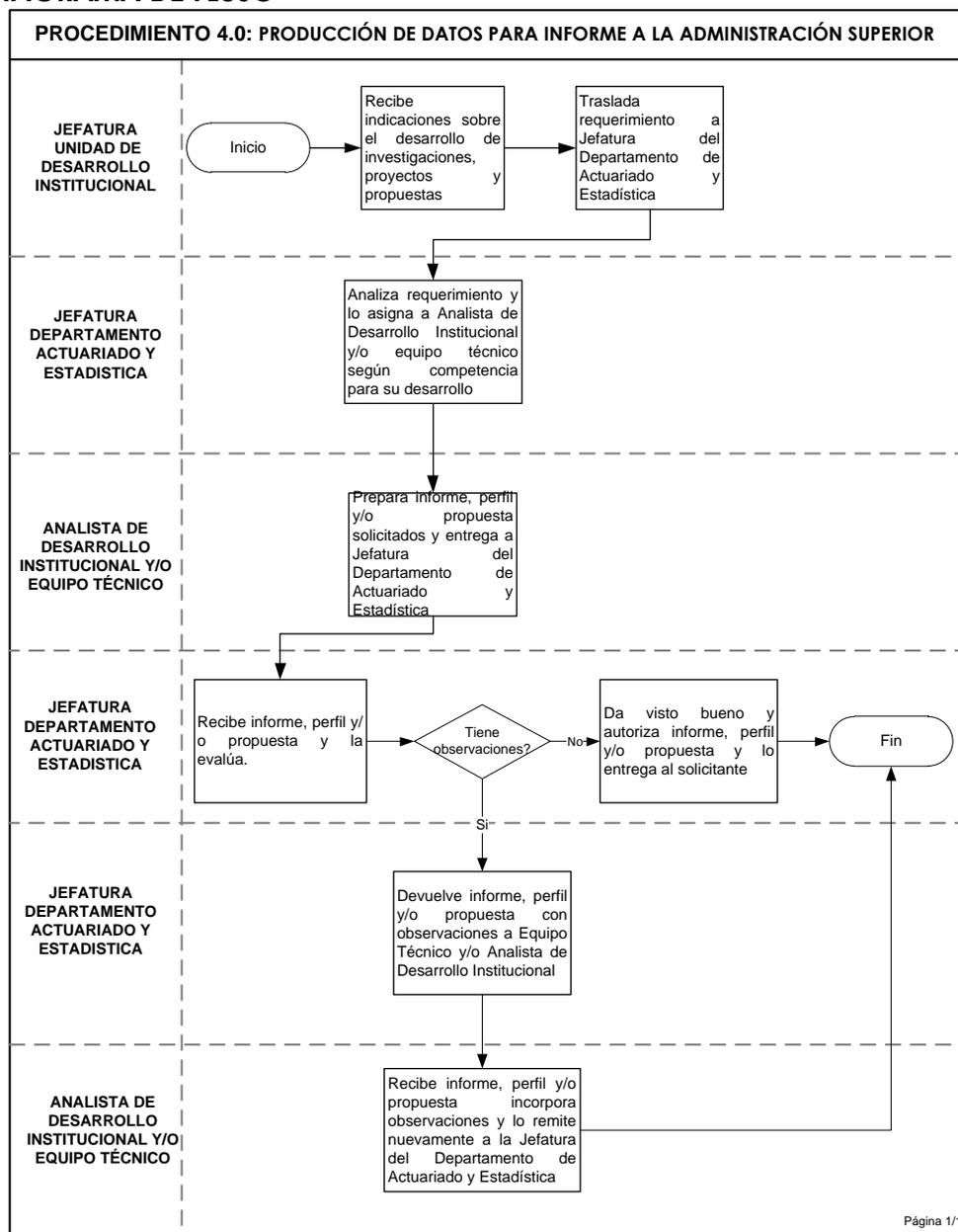
### Analista de Desarrollo Institucional y/o Equipo Técnico

7. Recibe informe, perfil y/o propuesta incorpora observaciones y lo remite nuevamente a la Jefatura del Departamento de Actuarial y Estadística.

### Jefatura Departamento de Actuarial y Estadística

8. Da visto bueno y autoriza informe, perfil y/o propuesta y lo entrega al solicitante.

#### 4.3.4.3 DIAGRAMA DE FLUJO





### **4.3.5 PRODUCCIÓN DE REPORTES PARA ESTUDIOS ESPECIALES Y/O REQUERIMIENTOS**

#### **4.3.5.1 NORMAS**

1. Los estudios especiales pueden ser solicitados por dependencias y autoridades del ISSS, por entidades o personas particulares y solamente pueden ser autorizados por el Director General o los Subdirectores.
2. Se entenderá por estudios especiales los que requieren de un estudio específico y cuyas variables no están contempladas en las publicaciones institucionales.
3. Toda Solicitud de información para Estudios Especiales deberá contener las especificaciones técnicas con las que la información debe ser suministrada, indicando el nivel de detalle.

#### **4.3.5.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Dependencia Solicitante**

1. Elabora solicitud para Estudios Especiales y/o Necesidades de Información, indicando el nivel de detalle y uso que se le dará.
2. Remite solicitud a Dirección General, Subdirección Administrativa, Unidad de Desarrollo Institucional.

##### **Jefatura Departamento de Actuario y Estadística**

3. Recibe solicitud para Estudios Especiales y/o Necesidades de Información y Asigna requerimiento a Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) según competencia para que lo desarrolle (En caso necesario designa un equipo técnico para que emita opinión).
4. Asigna requerimiento a Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) según competencia para que lo desarrolle.

##### **Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) y/o Equipo Técnico**

5. Emite opinión y entrega para evaluación.

##### **Jefatura Departamento de Actuario y Estadística**

6. Evalúa la necesidad del desarrollo del requerimiento sobre estudios especiales y/o necesidades de información, si no es necesario devuelve a dependencia solicitante anexando la opinión recibida.



7. Si es necesario el desarrollo del requerimiento asigna a Analista de Desarrollo Institucional (Programador) según competencia.

**Analista de Desarrollo Institucional (Analista Programador) y/o Equipo Técnico**

8. Prepara la información sobre estudios especiales y/o requerimientos de información solicitados y entrega a la Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística.

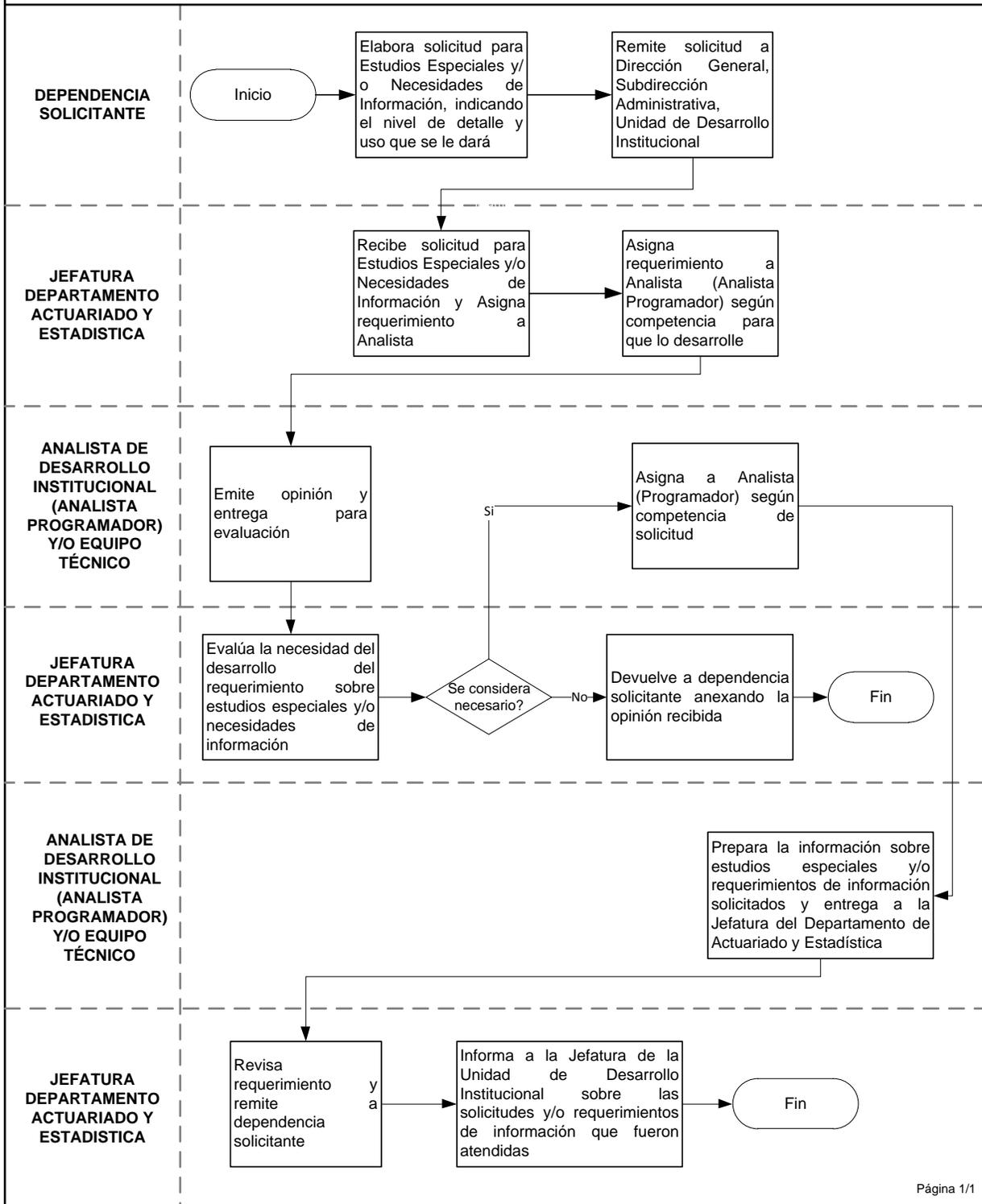
**Jefatura Departamento de Actuario y Estadística**

9. Revisa requerimiento y remite a dependencia solicitante.
10. Informa a la Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional sobre las solicitudes y/o requerimientos de información que fueron atendidas.



**4.3.5.3 DIAGRAMA DE FLUJO**

**PROCEDIMIENTO 5.0: PRODUCCIÓN DE REPORTES PARA ESTUDIOS ESPECIALES Y/O REQUERIMIENTOS**





### **4.3.6 CONTROL DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

#### **4.3.6.1 NORMAS**

1. El control de gestión servirá para vigilar y evaluar los mecanismos de información estadística para asegurar su funcionalidad y el cumplimiento de las normas respectivas.
2. El Control se ejercerá:
  - a. A nivel interno
    - Para verificar el cumplimiento de la normativa establecida
    - Sobre los elementos componentes para asegurar la eficiencia del diseño original y los cambios que sean necesarios con la evolución del sistema.
    - Para vigilar la confiabilidad de los resultados y de las fórmulas o algoritmos de cálculo adoptados.
    - Para asegurar los mecanismos de almacenamiento y resguardo de los datos
    - Para revisar y ajustar los formatos de entrada y salida de datos ya sea por razones técnicas o a petición de usuarios.
  - b. A nivel local (Centros de Atención)
    - Para asegurar la integridad en la captura y transporte de los datos, así como el cumplimiento de las normas
    - Para llevar a cabo labores de capacitación, en aspectos relacionados con la captura y envío de los datos.
    - Las fallas del sistema las debe describir y remitir vía correo al Equipo Técnico según corresponda.
3. Toda actividad de monitoreo deberá ser notificada previamente al Director del nivel local y al responsable del programa, componente o proyecto que se esté evaluando, con el fin de corregir las deficiencias reportadas o destacar la buena labor estadística realizada por el nivel local u otra dependencia.
4. Se dispone de formatos estandarizados para informar sobre las actividades semanales realizadas, así también para lo realizado en cada trimestre (evaluación), cuyo informe es presentado al Jefe del Departamento Actuario y Estadística.

#### **4.3.6.2 DESCRIPCIÓN**

##### **Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

1. Da seguimiento a la normativa definida para el Control de Gestión según el área de que se trate.



2. Asigna sistemas para el monitoreo y seguimiento.

#### **Equipo Técnico**

3. Aplica normativa definida para el Control de Gestión según el área de que se trate.
4. Analiza la naturaleza que genera el problema (inconsistencia en los datos) y programa las actividades a realizar para resolver.
5. Si puede resolver el problema, lo hace y lo registra en el informe semanal de actividades realizadas.
6. Si no puede resolver el problema, devuelve a la Jefatura del Departamento de Actuario y Estadística adjuntando el informe técnico detallando las acciones realizadas y propuesta para resolverlo.

#### **Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

7. Retoma el informe presentado y toma acciones para resolver el problema.
8. Si es necesario conforma equipo técnico e inicia proceso hasta resolver el problema.

#### **Equipo Técnico**

9. Presentan informe semanal de actividades realizadas e informe trimestral de avances del Plan Anual de Trabajo.
10. Contribuyen según sus asignaciones en la consolidación del informe semanal de actividades realizadas e informe trimestral de avances del Plan Anual de Trabajo y entrega a la Jefatura del Departamento Actuario y Estadística.

#### **Jefatura Departamento Actuario y Estadística**

11. Presenta a Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional informe consolidado de actividades realizadas e informe periódico de avances del Plan Anual de Trabajo.



**4.3.6.3 DIAGRAMA DE FLUJO**

