

Dependencia:
Unidad de Desarrollo Institucional



CÓD.
MPR-A-001

Versión
5.0

Aprobación
Marzo 2023

Departamento Gestión de Calidad Institucional

Manual de Procedimiento

**Elaboración, actualización y
control de documentos y
formularios**

MPR

AUTORIZADO:

Licda. Renata de Vasquez
Jefatura Departamento
Gestión de Calidad Institucional

REVISADO:

Licda. Rosa Alba de García
Jefatura Unidad de
Desarrollo Institucional

APROBADO:

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero
Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR



Contenido

Portada

I. Propósito

II. Marco legal y documentos de referencia

III. Alcance

IV. Vigencia

V. Definiciones

VI. Desarrollo

VII. Disposiciones generales

VIII. Responsabilidades en el proceso:

IX. Registros y formularios utilizados en el proceso:

X. Personal que participó en actualización del documento

XI. Registro de actualización del documento

XII. Anexos

XIII. Registro de Adendas

I. Propósito

Proporcionar la metodología, a los responsables de las diferentes dependencias del Instituto, que inciden en el desempeño de las labores, para la elaboración y/o actualización de manuales, procedimientos e instructivos de trabajo, normativas, formularios y otra documentación, para mejorar el control, seguimiento y evaluación de sus procesos y cumplimiento de los objetivos institucionales, así como delimitar las responsabilidades, para evitar duplicidad de funciones.



II. Marco legal y documentos de referencia

- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Ley de Procedimientos Administrativos (LPA)
- Ley de Mejora Regulatoria (LMR)
- Acuerdo Dirección General N° 2008-01-0026:
Oficialización y cumplimiento obligatorio de los documentos técnicos creados, modificados o actualizados por el Departamento de Desarrollo Institucional.
- Ley del Instituto del Seguro Social

III. Alcance

Es aplicable a todas las dependencias del ISSS que elaboran y/o actualizan documentos técnicos: políticas institucionales, manuales, instructivos, formularios, normas, lineamientos y normativas, para su cumplimiento.

IV. Vigencia

El presente manual tiene un período de vigencia de tres años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Definiciones

- **Políticas Institucionales (PI):** Decisión escrita que, se constituye en una especie de guía o marco de acción lógico y consistente que define a los miembros de la organización, los límites dentro de los cuales pueden operar ante una determinada estrategia Institucional.
- **Manuales de Organización (MAO):** Documento técnico normativo de gestión institucional, donde se describe y establece las funciones básicas y específicas, las relaciones de autoridad,



dependencia y coordinación, así como la relación jerárquica con los cargos o puestos de trabajo. Regulado en el Manual de Proceso Estructuras Organizativas.

- **Proceso:** Conjunto de actividades orientadas a cumplir un fin determinado, ejemplo: Logística, Medio Ambiente, Salud etc.
- **Manual de Procedimiento (MPR):** Documento que describe una serie de pasos o actividades específicas, para obtener un resultado concreto. Define la interrelación que tiene con otras Unidades Organizativas o procesos, que inciden en el que hacer del área, regulando internamente las actividades y tareas de actuación obligatoria, para evitar las improvisaciones, riesgos de impacto negativos o deficiencias en los resultados.
- **Manual de Proceso (MP):** Documento que describe una serie de procedimientos. Define la interrelación que tiene con otras Unidades Organizativas o procesos, que inciden en el que hacer del área, regulando internamente las actividades y tareas de actuación obligatoria, para evitar las improvisaciones, riesgos de impacto negativos o deficiencias en los resultados.
- **Manual de Funcionamiento de Comisión (MFC):** Documento que identifica el Instituto, e integra personal elegido por las altas autoridades, para ejercer determinadas competencias, permanentes o transitorias de la organización, distribuyendo el trabajo, entre los miembros para dar cumplimiento a lo encomendado oportunamente.
- **Instructivo(INS):** Documento que describe procedimientos operativos de las actividades de varias áreas. Define la interrelación de las diferentes Unidades Organizativas que inciden en el que hacer, normalizando las actividades y tareas de actuación, evitando las improvisaciones, el retrabajo que pueden producir riesgos de impacto negativos o deficiencias en la realización del trabajo.
- **Formulario Institucional:** Documento en físico o electrónico digital, diseñado por los responsables del proceso, por su contenido e información necesaria, según su procedimiento, para ser complementada debidamente. Los formularios pueden ser diseñados en hojas de papel, tarjetas, libros y contener más de 1 hoja
- **Registros:** Son evidencias que muestra el resultado de algo que se ha ejecutado, sirven como “prueba o evidencia” de lo que se ha realizado y muestran como una actividad, proyecto o plan de acción que se ejecutó en el pasado.



- **Adenda:** Se considera como adenda todo aquel texto, figura de flujograma, formulario, etc. que se agrega al documento posterior a su divulgación, siendo necesario aumentar, modificar o aclarar su contenido; a través de la misma.
- **Norma Técnica en Salud (NTS):** Instrumento técnico jurídico que prescribe disposiciones para regular áreas eminentemente técnico científicas; es de cumplimiento obligatorio y regula las conductas a seguir. Es un ordenamiento jurídico menor a las Leyes y Reglamentos.
- **Norma Técnica y Administrativa en Salud (NTAS):** Instrumento técnico jurídico que prescribe disposiciones para regular áreas, eminentemente técnico científicas que incluye el componente administrativo. Es de cumplimiento obligatorio y regula las conductas a seguir.
- **Lineamientos Técnicos de Atención en Salud (LTAS):** Instrumento técnico jurídico que se emite cuando se requiere particularizar o detallar acciones que derivan de un ordenamiento de mayor jerarquía o se estimen necesarias para la gestión institucional, contiene disposiciones por las cuales se establecen y describen etapas, fases, términos, límites y características, necesarias para el desarrollo de actividades específicas. Son de cumplimiento obligatorio.
- **Guías de Práctica Clínica (GPC):** Son recomendaciones basada en evidencia científica evaluada y graduada, que sirven para orientar la toma de decisiones clínicas en el ámbito individual o poblacional del manejo de pacientes. Son la base para la construcción de programas y políticas de salud. Regulado en el Manual de Proceso Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- **Manual de Procedimiento en Salud (MPS):** Instrumento que detalla y precisa, de forma ordenada, secuencial y sistemática los procedimientos o actividades de un área técnica en salud; son de cumplimiento obligatorio.
- **Manual de Procedimientos Técnicos y Administrativos en Salud (MPTAS):** Desarrolla los procedimientos de manera específica de cada área, que permitan concluir con eficacia y eficiencia las actividades que les competen, que incluye el componente administrativo.

VI. Desarrollo

El presente procedimiento define la secuencia de las actividades para la elaboración o actualización de la documentación institucional, que incide en la efectividad de los procesos de las áreas administrativas y de salud, gestionándose la elaboración y/o actualización de los documentos en el



Departamentos de Gestión de Calidad Institucional (DGCI), proporcionando los Colaboradores en Salud y Analistas de Desarrollo Institucional la asesoría técnica a los usuarios de los diferentes procesos, instructivos, normativas, políticas, lineamientos y otros documentos, cumpliendo con la base legal vigente, la estandarización de los documentos y formularios para su uso.

El Instituto mantiene, oficializa y controla los siguientes documentos: Manuales de Proceso(MP), Manual de Procedimiento (MPR), Normativas(NOR), Instructivos(INS), Manuales de Funcionamiento de Comisión(MFC), Políticas Institucionales(PI), Guías de Prácticas Clínicas (GPC), Norma Técnica en salud (NTS), Norma Técnica y Administrativa en Salud (NTAS), Lineamientos Técnicos de Atención en Salud (LTAS), Manual de Procedimiento en Salud (MPS), Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud (MPTAS), formularios y registros.

1. Elaboración y/o actualización documental

La documentación es creada y/o actualizada, cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- a) Creación o reformas del cuerpo legal vigente, que incida directamente a los documentos administrativos y de procesos de atención en salud.
- b) Por la creación de nuevas dependencias para documentar los nuevos procedimientos a realizar.
- c) Cuando incida la Ley de Mejora Regulatoria u otra gubernamental que aplique al ISSS.
- d) Por instrucción de la Dirección General para reestructuración de cualquier dependencia en el Instituto que incida en el desempeño de las actividades.
- e) A solicitud de los usuarios de procesos, cuando se venza el plazo de vigencia o se cambie por automatización o mejora del proceso.
- f) Actualización de formularios o registros.

La Unidad de Desarrollo Institucional (UDI), a través de las Jefaturas del Departamento Gestión de Calidad Institucional(DGCI) y Sección Normalización (SN), reciben solicitudes de actualización de documentos o formularios de los responsables de las diferentes dependencias de la Institución, por medio de:

- a) Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de documentos institucionales", con **código Form. 360103-007-02-23**, en físico o digital. (Ver anexo 2)
- b) Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de documentos técnicos normativos de salud", **código Form. 360106-009-02-23**, en físico o digital. (ver anexo 2)
- c) Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de formularios institucionales", **código Form. 360103-008-02-23**, en físico o digital. (Ver anexo 2)



- d) Acuerdo de Dirección General
- e) Acuerdo de Consejo Directivo

Nota: se recibirá solicitud de actualización documental por medio de Nota o correo institucional de alta gerencia y Dirección General cuando sea de carácter urgente.

1.1. Recepción de la solicitud: Las Jefaturas en el Departamento de Gestión de Calidad Institucional, recibe la solicitud del requerimiento, anotan en **libro digital de control de entrada de requerimientos DGC**: la fecha de recepción y la Unidad organizativa responsable del requerimiento; selecciona a Colaboradores en Salud o Analistas de Desarrollo Institucional, para asignarle el documento y dar cumplimiento al requerimiento.

En los documentos de Normalización, el Colaborador de Salud, analiza el requerimiento para cumplir con lo solicitado, en los casos que lo solicitado no aplica, remite por correo electrónico con la explicación técnica al requirente, en un lapso de dos días hábiles.

Los Analistas de Desarrollo Institucional y los Colaboradores de Salud, al recibir la solicitud de sus jefaturas, **apertura expediente** de la asignación con el requerimiento recibido, la fecha de recepción, la Unidad organizativa responsable del requerimiento, para proporcionar la asesoría y apoyo técnico al solicitante, coordinándose con los interesados.

1.2. Elaboración de cronograma de actividades: Los Analistas de Desarrollo Institucional y los Colaboradores de Salud elabora de forma conjunta con los requirentes, que están sujetos al cumplimiento de las actividades programadas por parte de los usuarios y podrán ser modificados a solicitud de los mismos, por causas justificables. El cronograma se valida, con la firma del responsable de la solicitud y la Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad Institucional.

En los casos de recomendaciones por auditoría interna, para que se actualice la documentación señalada, la persona usuaria debe remitir a la Auditoría, el cronograma validado.

El cronograma, especifica la forma de elaboración del procedimiento solicitado, donde se podrá realizar con las siguientes opciones:

- a) Prosa
- b) Diagrama de flujo
- c) Las dos opciones anteriores.



1.3. Registros: De estas actividades se generan registros que identifiquen las reuniones de trabajo, círculos de estudio y los acuerdos consensados, así como también los cronogramas firmados, ayuda de memoria, actas, minutas de junta etc. Los Analistas de Desarrollo Institucional y los Colaboradores de Salud, resguarda en el expediente, los registros generados en físico y digital, para efectos posteriores de evaluaciones internas o externas.

Las notas de justificación de los requirentes y de los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores de Salud, deben ser dirigidas a la Jefatura de Gestión de Calidad Institucional, con copia a la Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional (UDI), con el objeto de mantener información del atraso e incumplimiento del cronograma. El plazo considerado es de tres (3) meses calendario, todo dependerá de la naturaleza y complejidad del documento, que puede ser menor el tiempo o extenderse para su cumplimiento.

2. Recopilación de la información

Los Colaboradores en Salud y Analistas de Desarrollo Institucional, deben recopilar e identificar toda la información indispensable para la elaboración del documento y sus registros, utilizando Informes de Análisis y Mejoras de Procesos previos. Así mismo, debe realizar un análisis de posibles integraciones de documentos técnicos que estén relacionados, con el fin de evitar la duplicidad, y depurarlos, informando al requirente de ésta información para que la tome en cuenta en la actualización del documento.

De ser necesario se realizan visitas de campo para analizar el proceso que se está elaborando o actualizando. Estas actividades se llevan a cabo en un **plazo de 15 días hábiles**, considerando la complejidad de la información. En los casos que se requiera de mayor tiempo, los Analistas de Desarrollo Institucional y los Colaboradores de Salud, informa a su superior inmediato, justificando el atraso por escrito.

En la elaboración documental, se verifica, que el documento actualizado o creado no incida con funciones o actividades de otras dependencias que no son partícipes en el procedimiento, de ser necesaria contemplarlo, el requirente debe revisarlo con la dependencia que se necesite, así como, revisar que no se contemplen reprocesos.

Se documentarán las actividades secuenciales del procedimiento, incluyendo disposiciones generales y/o específicas, la interrelación con otros procesos, y si hubiesen, las nuevas normativas del mismo, así como también la estructura documental contemplada en las disposiciones generales de este procedimiento. Los Analistas de Desarrollo Institucional y los Colaboradores de Salud, con



todos los insumos del documento y diseño de los formularios emitidos por los responsables de la documentación, revisa el documento y formularios cumpliendo con el orden de la estructura documental.

3. Revisión del borrador

3.1. Revisión documental por los requirentes: Los Colaboradores en Salud y Analistas de Desarrollo Institucional, envían los borradores a los responsables del procedimiento, con la estructura documental definida en este procedimiento, la portada estandarizada, los formularios actuales y de la tipología documental, para los últimos cambios o modificaciones de fondo, informando a los mismos, que tienen un tiempo máximo de **15 días hábiles para su revisión y devolución.**

A la devolución de los borradores, estos serán validados por el requirente, el cual informará a su jefatura superior la validación del mismo para poder ser enviado a firma y sello en la portada; los Colaboradores en Salud y Analistas de Desarrollo Institucional en un lapso de **tres (3) días hábiles**, incorporan cambios en el documento o formularios, que son proporcionados por el requirente del documento, revisa nuevamente, si es necesario la creación de nuevos códigos que se contemplen en el procedimiento, en el caso que hayan incluido más formularios.

Nota: El contenido de los formularios de los diferentes procedimientos, son diseñados o modificados únicamente por los responsables de los procesos o procedimientos de las diferentes dependencias del ISSS, aprobando los cambios, descarte o derogación de formularios y/o la creación de nuevos formularios.

3.2. Supervisión del estado de elaboración documental: Las jefaturas responsables de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización, revisan el cumplimiento de las actividades contempladas en el cronograma, solicitando a los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud, los registros generados, para verificar los plazos cumplidos.

En el caso que se hallan reajustado los tiempos el Analista de Desarrollo Institucional y Colaborador en Salud, deben llevar en el **expediente del requerimiento** las justificaciones correspondientes, de la ampliación de plazos.

Las jefaturas responsables de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización informarán a la Jefatura DGCI, el cumplimiento de los cronogramas. La Jefatura DGCI verifica la carga laboral según la distribución documental y desempeño de los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud, con el objeto de equilibrar la asignación y entrega oportuna de la documentación.



4. Aprobación de la documentación

A la finalización del procedimiento documentado en su última revisión por las partes requirentes, lo revisa la Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad Institucional, verifica el cumplimiento de los requisitos de fondo y forma, remitiéndolo a firma a la Jefatura de la Unidad Desarrollo Institucional (UDI).

El documento es firmado en el apartado de **“Revisión”**, posteriormente se gestiona que firme el responsable del proceso, en el apartado de **“Autorizado”**, esta gestión se realiza en un lapso de **tres (3) días hábiles** para remitirlo a firma de **“Aprobación”**.

La Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad Institucional, remite a documento a aprobación a Dirección General o por los Gerentes de Salud, Subdirección Logística o Administrativa, Jefes de Unidad según sea el caso. (Anexo No. 1. lista de documentos que son firmados por Dirección General).

5. Resguardo de la documentación:

5.1. Archivo de la documentación: El Departamento de Gestión de Calidad Institucional a través de la Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Jefatura de la Sección Normalización, al oficializar el documento, debe resguardar en el archivo, en físico original del documento, así como también versión digital en PDF y borrador en Word del documento vigente en la **base digital**, identificándose los archivos en físico y digital.

Los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud, resguardan **expediente** las evidencias de la elaboración de la documentación, en un lapso de **cinco años**, custodiándola hasta su vencimiento.

5.2. Documentación obsoleta: La documentación obsoleta de copias no controladas, que han sido sustituidas, (procedimientos, instructivos, manuales, formularios u otra documentación) serán retiradas por los responsables de las áreas de dicha documentación, así como también los formularios que se han sustituido, con el objeto de utilizar los documentos vigentes.

La Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Jefatura de la Sección Normalización, resguardan debidamente identificada la documentación obsoleta, en un período de 5 años, o más, dependiendo de la naturaleza del documento o proceso.

6. Divulgación e implementación de la documentación

El Departamento de Gestión de Calidad Institucional a través de la Jefatura de la Sección Normalización, envían por correo electrónico institucional a la DDTIC, para que incluya el documento en el “Portal de Atención Primaria en Salud del ISSS” la documentación vigente de ISSS, así como también Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Jefatura de la Sección Normalización envían por correo electrónico institucional una copia del documento oficializado a las jefaturas responsables de la divulgación en versión digital, así como remiten a la **Oficina de Información y Respuesta**, una copia digital del documento oficializado en versión PDF digital, para que sea puesta a disposición del público, por el medio que la Oficina estime conveniente; a la vez, solicitar que se coloque la versión anterior del documento obsoleto identificado como no vigente, cuando aplique.

6.1 Divulgación y entrenamiento: Las Jefaturas responsables de sus procedimientos, gestionan la divulgación e implementación de los documentos a su cargo, informando que la documentación está a la disposición para consulta en el **portal de Transparencia**, así como también, gestionan o realizan el entrenamiento necesario a los usuarios del procedimiento de forma virtual o presencial, generando los registros de los participantes.

El Departamento Gestión de Calidad Institucional, a través de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y la Sección Normalización, podrá enviar los archivos electrónicos de los documentos oficiales en (versión PDF) a las dependencias que lo soliciten.

Las Jefaturas de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Jefatura de la Sección Normalización, cuando le soliciten documentación original en préstamo, se registran en el **“Libro de Control de préstamos de documentos originales”**, el cual identifica el nombre, fecha y firma del solicitante, así como también la dependencia a la que pertenece.

La Jefatura de Gestión de Calidad Institucional, controla la vigencia de la documentación Institucional, gestionando la actualización documental, a través de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización, quien mantiene el **“Índice de Control de Documentos Vigentes”**, así como también el **“Índice de Control de Formularios Vigentes”** de forma digital.

El Instituto, mantiene un portal de **“Documentos Institucionales vigentes del ISSS”**, en intranet en la dirección <https://cdi.iss.gov.sv/udi>, siendo alimentado con la documentación vigente, por la Jefatura de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Jefatura de la Sección



Normalización. La documentación debe ser consultada por los usuarios internos de la documentación.

7. Seguimiento y evaluación

Una vez se realice la ejecución del entrenamiento al personal usuario y la implementación de los procedimientos, políticas institucionales, instructivos y otros, la Sección Fortalecimiento y Mejora Continua, elabora la planificación de las visitas de seguimiento y evaluación, tres meses posteriores a la implementación para verificar la correcta aplicación del procedimiento. (ver Procedimiento documentado de "Seguimiento y Evaluación de procesos").

8. Control de registros

Los formularios y registros son parte de la documentación clave, que proporcionan evidencia de los resultados obtenidos de las actividades desempeñadas, demostrando la conformidad de los manuales, políticas, procedimientos, instructivos, normativas y procedimientos de salud y otra documentación, por lo que deben ser correctamente controlados, identificados y trazables.

Existen diferentes tipologías de registros, entre los cuales están:

- a) Proforma (formularios estandarizados en físico, elaborados por el equipo técnico del procedimiento).
- b) Informes, reportes, memorando, facturas, constancias, notas, fotografías, videos etc. que se generan de las actividades y tareas.
- c) Formatos elaborados para ser utilizados digitalmente en un procedimiento.

El diseño, actualización y resguardo de los registros vigentes de la Institución, es responsabilidad de cada Unidad Organizativa que los utiliza, identificándolos en cada procedimiento y/o Instructivo de trabajo y Normativa de Salud, se identifican específicamente, en el apartado de **"Registros y formularios utilizados en el proceso"** en la documentación.

Los responsables de los diferentes procesos y procedimientos, al modificar o cambiar significativamente un formulario deben gestionar el retiro de los formularios obsoletos (descarte) y la divulgación de los nuevos, así como también enviar la planificación al DGCI en el caso del tiraje de nuevos formularios que realiza la imprenta de la Institución; para la distribución oportuna de estos los formularios deben contar con los códigos respectivos, según las diferentes dependencias a que pertenecen.



La Jefatura de la Sección de Desarrollo y Gestión de Procesos, mantiene de forma digital **“Índice de Control de Formularios Vigentes”**, siendo el consolidado de estos formularios estandarizados, para su actualización y consulta.

Es de carácter obligatorio para todas las dependencias del ISSS, 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(DGCI).

El Departamento de Gestión de Calidad Institucional gestiona con la Sección Servicio de Material Impreso, el tiraje correspondiente de los formularios vigentes a nivel nacional. (ver el Procedimiento de Imprenta)

El Analista de Desarrollo Institucional cuando el requirente solicite oficialización, revisión o impresión de formularios, éste podrá:

- a) Si el formulario ha sido dado de baja informar al solicitante que se ha dado de baja a éste, indicar si existe otro vigente que puede utilizar en lugar del solicitado.
- b) Si el formulario no tiene modificación y actualmente posee código SAFISSS y el usuario no lo planificó, informar al solicitante que debe solicitar al Departamento Planificación de Artículos Generales y Servicios Administrativos ampliación de carga y posteriormente realice trámite con almacén para el despacho del mismo.
- c) Realizar diseño del formulario.
- d) Realizar rediseño del formulario y elabora hoja de descarte de formulario anterior. Formulario “Solicitud para dar de baja a formulario(s) con número de fórmula”, **Código Form. 360101-018-03-23**, en físico. (Ver anexo 2) o Formulario “Solicitud de descarte de formulario(s) con código SAFISSS”, **Código Form. 360101-019-03-23**, en físico. (Ver anexo 2), según aplique.

Los Analistas de Desarrollo Institucional solicitará código SAFISSS al personal del Departamento Planificación de Artículos Generales y Servicios Administrativos cuando el formulario requiera la reproducción de **cinco mil a más impresiones para ser utilizadas en un año** y que sea un **formulario de carácter permanente** y deberá ser planificado por los usuarios cada año. En cuanto a libros el mínimo permitido será de cien (100) libros. En los casos que el **formulario sea de uso eventual** se codificará con número de fórmula y se remitirá impresión; será el responsable del proyecto de recibir y distribuir los ejemplares impresos. Si posteriormente el área decide utilizar el formulario cada año deberá informar a la Jefatura DGCI para oficializarlo y se analizará de acuerdo a cantidades a imprimir el mantener el código de fórmula o se codificará con número SAFISSS.



En los casos que la cantidad de impresiones es menor de 5,000 al año se le colocará código de fórmula y se indica al requirente que sea de uso electrónico o realice gestión para que sea incluido en el contrato de impresiones Institucional.

9. Adendas a documentos y formularios:

El Departamento Gestión de Calidad Institucional realiza adenda(s) a los documentos vigentes que administra la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización, a solicitud de los usuarios por modificaciones puntuales que no afecten el número de páginas originales.

Los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud, elaboran la(s) adenda(s) a solicitud de la Consejo Directivo, Directora General, Gerencia de Salud, Subdirección Administrativa y Logística, Jefes de Unidad, en un **plazo máximo de 10 días**, las cuales remitirá a firma para su oficialización, podrá extenderse éste plazo dependiendo de la naturaleza del cambio solicitado.

La adenda se oficializa, a través de la **"Hoja de Adenda", código Form. 360101-002-01-23**, gestionando las firmas de los responsables del proceso, Jefatura de Unidad de Desarrollo Institucional y la Dirección General, firmando en el apartado correspondiente, mencionando fecha de la adenda, las modificaciones y las páginas.

Los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud del Departamento Gestión de Calidad Institucional, podrán realizar de acuerdo al tamaño del documento un **máximo de 7 adendas**; de requerirse más modificaciones se deberá realizar la actualización del mismo.

Los Analistas de Desarrollo Institucional y Colaboradores en Salud, modifican la(s) página(s) que ha(n) sido adendada(s) en el documento vigente y colocan al final del documento la imagen de la **"Hoja de Adenda", código Form. 360101-002-01-23** firmada, para validar el cambio en el mismo.

VII. Disposiciones generales

1. La Jefatura del Departamento Gestión de Calidad Institucional, cuando soliciten documentos certificados, para alguna gestión externa, debe colocar en el encabezado del mismo la cantidad de folios que contiene el documento y al final del mismo colocará que es conforme al documento original y la fecha de la certificación.



2. Los documentos obsoletos originales, serán resguardados en el archivo digital y físico, en la base de documentos “obsoletos” que contiene las versiones digitales anteriores; y el documento en físico se archiva en la Oficina de Gestión Documental y Archivos.
3. El Analista de Desarrollo Institucional y Colaborador en Salud verifica que el documento que se está actualizando o creando no contemple requisitos a terceros (usuarios) adicionales a los inscritos en el Organismo de Mejora Regulatoria (OMR), así como, realizar el análisis del proceso aplicando lo establecido en la Ley de Procedimientos Administrativos (LPA), Ley de Mejora Regulatoria (LMR) y Ley de Eliminación de Barreras Burocráticas, si aplica.
4. Estructura de la documentación que se aplica:
 - a) En la elaboración de los documentos institucionales, se incluye este apartado, que identifica la estandarización de la estructura documental: Se utiliza el tipo de letra Poppins número 10, utilizando el formato “Diseño de Portada,” de este documento, incluyendo el apartado de las firmas que oficializan el documento: Autorización, Revisión, Aprobación, así como también el código del documento. (MP, PI, NOR, INS, PC, MFC, NTS, LTAS, GPC, otros)
 - b) La documentación para los fines descritos en éste documento debe incluir los apartados en numeral romano siguientes:
 - Portada
 - I. Propósito
 - II. Marco legal y documentos de referencia.
 - III. Alcance.
 - IV. Vigencia.
 - V. Definiciones (si aplica).
 - VI. Desarrollo del proceso (Diagrama de Flujo, Descripción Textual o ambas)
 - VII. Disposiciones específicas (si aplica)
 - VIII. Disposiciones generales (si aplica).
 - IX. Responsabilidades en el proceso
 - X. Registros y formularios utilizados en el proceso
 - XI. Personal que participó en actualización del documento.
 - XII. Registro de actualización del documento.
 - XIII. Anexos (si aplica-Formato de Formularios impresos o electrónicos)
 - XIV. Registro de adendas

La numeración romana será tomada según el contenido.



5. La codificación de los documentos se realiza con base en:
 - a) Iniciales de los documentos. (MP, PI, NOR, INS, PC, MFC, NTS, LTAS, GPC, otros)
 - b) Inicial del área donde se ejecuta el proceso: Salud (S), Administrativo (A). (No aplica para documentos de la Sección Normalización)
 - c) Número correlativo que corresponde al listado de documentos técnicos, el cual contendrá tres (3) campos. Ej.: 045.
 - d) Codificación de los formularios (SAFISSS o Form. para los códigos de fórmula)
 - a. Ejemplo de codificación: MP-A-005, GPC-002.

6. **Oficialización de la documentación:** las firmas de oficialización de los documentos técnicos se identifican de acuerdo al siguiente detalle:
 - a) **Autorizado:** Se hace constar que el documento se elaboró con el responsable del proceso y se está de acuerdo con lo establecido en el mismo, además de aplicación inmediata el mismo. La firma de éste apartado es de la Jefatura superior del responsable de procedimiento (Jefaturas de Departamento, División, Unidad o Subdirecciones/Gerencias, según correspondan)

 - b) **Revisado:** Se hace constar que el documento técnico se ha realizado en coordinación con el requirente y las personas usuaria de la actualización o creación del documento, así como, está listo para divulgación. La firma de éste apartado es de la Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional.

 - c) **Aprobado:** Se hace constar que se oficializa el documento y se debe implementar. La firma de éste apartado es de la máxima autoridad de los dueños del proceso (Director/a General, Jefaturas de Unidad, Subdirección/Gerente).

La Dirección General y/o Subdirección General (según aplique) firma documentos que contemplen afectaciones presupuestarias, Políticas Institucionales o la documentación que designe. (Ver anexo 1: Listado actual de documentos técnicos que Dirección General o Subdirección General firma actualmente de la Sección Desarrollo y Gestión de Procesos).

7. Cuando por parte de los responsables de los procesos y procedimientos o requirente, no asistan a las convocatorias o no aportan los insumos necesarios para la elaboración o actualización documental sin la justificación correspondiente, incidiendo en el cumplimiento del cronograma establecido, se suspenderá el requerimiento, remitiendo nota de suspensión, al requirente responsable del procedimiento, copiando al responsable del proceso (Gerentes de Salud, Logística y Administración) y a la Dirección General.



8. El personal participante de la elaboración y/o revisión del documento o formularios, son registrados en el apartado **“Personal participante en actualización del documento”**.
9. Documentos de Sección Normalización: Desarrolla sus procedimientos de actualización y elaboración de normativas y procedimientos administrativos de salud, Guías de Práctica Clínica y demás documentación de salud que les asigne la Dirección General. (Lineamientos de nuevos proyectos de salud, lineamientos de leyes relacionadas a salud, creadas recientemente) y solicitudes recibidas por la Gerencia de Salud, de acuerdo a lo siguiente:
 - a) **Normativas, lineamientos y manuales de procedimientos:**

La documentación debe cumplir con las actividades y estructura documental que se aplica en este documento, incluyendo los registros o formularios que se generen.
 - b) **Guías de Práctica Clínica:**

Las Guías de Prácticas Clínica, se elaboran tomando como referencia OMS que regulan la metodología adecuada y el período de la investigación, según las temáticas, generando los registros pertinentes, para evidenciar hasta la entrega del documento finalizado. De acuerdo al Manual de Procedimiento de Elaboración de Guías de Práctica Clínica.

El área elabora la documentación que les corresponde, con base en los requisitos que establece este documento desde la solicitud, asesorías, círculos de estudio, los registros que se generan, evidencian la alta calidad científica y el cumplimiento oportuno del requerimiento, apegado al cronograma de actividades.

VIII. Responsabilidades en el proceso:

1. Dirección General:

- a) Aprueba la documentación Institucional.
- b) Controla la vigencia documental, a través de los responsables de las diferentes dependencias.

2. Jefatura de la Unidad de Desarrollo Institucional:

- a) Proporciona directrices para la elaboración y actualización documental a los equipos de trabajo del Departamento de Gestión de Calidad Institucional en sus Secciones Desarrollo y Gestión de Procesos y Sección Normalización.
- b) Informa a la alta Dirección de la metodología aplicada o cambios para la elaboración documental
- c) Revisa los procedimientos e instructivos de trabajo de las Unidades Organizativas de ISSS

- d) Aprobación y firma de documentos en el apartado de revisión.
- e) Aprobación y Firma de adendas.
- f) Informe de la gestión, avance de la actualización y control documental de la Institución a Dirección General.

3. Jefatura del Departamento de Gestión de Calidad Institucional:

- a) Generar de oficio actualizaciones de documentos con vigencia mayor de 5 años o sean sistematizados.
- b) Recibir solicitudes de requirentes.
- c) Administra libro digital de recepción de solicitudes.
- d) Asigna el Analista de Desarrollo Institucional o Colaborador en Salud de su área para acompañamiento y asesoría a los solicitantes de elaboración o actualización documental.
- e) Revisa el cronograma elaborado por el analista, para que sea presentado al requirente y lo firma de aceptación.
- f) Revisa la documentación elaborada o actualizada para emisión de firmas de revisión.
- g) Supervisa el seguimiento que los Jefes de Sección realizan de los cronogramas, en el cumplimiento oportuno de las actividades del personal a su cargo.
- h) Informa el incumplimiento de los requirentes la Jefatura UDI, para remitir informe a los responsables de los procesos y a Dirección General.
- i) Actualización de formatos institucionales.
- j) Certificación de documentos oficiales.
- k) Remite documentos a aprobación de Dirección General o según sea el caso.
- l) Supervisa el resguardo de la documentación física y digital.
- m) Gestiona con Sección Servicio de Material Impreso el tiraje de los formularios vigentes.
- n) Supervisa la actualización de Actualización de "Índice de Documentos en vigencia" e "Índice de Registros y formatos en Vigencia"

4. Jefatura de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos:

- a) Supervisa y controla cumplimiento de las actividades contempladas en el cronograma del personal a su cargo.
- b) Informan a Jefatura DGCI cumplimientos de cronograma y justificaciones.
- c) Revisa la documentación elaborada o actualizada.
- d) Actualización de "Índice de Documentos en vigencia" e "Índice de Registros y formatos en Vigencia"
- e) Resguardo de la documentación física vigente.
- f) Resguardo de la documentación en versión digital en PDF y borrador en Word.
- g) Resguardo de la documentación obsoleta por 3 años.

- h) Envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la divulgación.
- i) Envío de documento oficial por correo institucional a la OIR.
- j) Envío de documentos oficiales a solicitantes
- k) Custodia o préstamo de documentos oficiales.
- l) Administración de la base documental física y digital.
- m) Control de seguimiento de asignaciones.

5. Jefatura de Sección Normalización:

- a) Recibir solicitudes de requirentes.
- b) Supervisa y controla a través del cronograma el cumplimiento oportuno de las actividades del personal a su cargo.
- c) Revisa la documentación elaborada o actualizada.
- d) Actualización de "Índice de Documentos en vigencia".
- e) Resguardo de la documentación física vigente.
- f) Resguardo de la documentación en versión digital en PDF y borrador en Word.
- g) Resguardo de la documentación obsoleta por 3 años.
- h) Envío de documento oficial por correo institucional a la jefatura responsable de la divulgación.
- i) Envío de documento oficial por correo institucional a DDTIC para incorporarlo al "Portal de Atención Primaria en Salud del ISSS".
- j) Envío de documento oficial por correo institucional a la OIR.
- k) Envío de documentos oficiales a solicitantes
- l) Custodia o préstamo de documentos oficiales.
- m) Administración de la base documental física y digital.
- n) Control de seguimiento de asignaciones.

6. Analista de Desarrollo Institucional

- a) Proporcionar asesoría y apoyo técnico a los solicitantes
- b) Administra expediente del requerimiento y generar los registros que respaldan las gestiones que realice por cada una de sus asignaciones, ya sea de forma física o correo electrónico, el cual deberá resguardar como máximo 5 años. (Ayuda memoria, acta, minuta de juntas, etc.)
- c) Elabora y cumple con el cronograma para la elaboración documental y reportar todas las actividades que realizan en la ejecución de sus asignaciones.
- d) Recopilar e identificar toda la información indispensable para la elaboración del documento.
- e) Verificar cumplimiento de leyes o requisitos.
- f) Seguimiento de reuniones y revisiones del documento y formularios.
- g) Utilización de formatos institucionales vigentes.
- h) Envío de borrador de documentos vigentes en nuevo formato para revisión del requirente.



- i) Aplicación del procedimiento diagramado si es solicitado.
- j) Diseño de formularios institucionales.
- k) Solicitud de código SAFISSS o fórmula para formularios institucionales.
- l) Elaboración de adendas solicitadas.
- m) Envío de documentos oficiales en PDF a usuarios que lo soliciten.

7. Colaborador en Salud

- a) Proporcionar asesoría y apoyo técnico a los solicitantes.
- b) Administra expediente del requerimiento y generar los registros que respaldan las gestiones que realice por cada una de sus asignaciones, ya sea de forma física o correo electrónico, el cual deberá resguardar como máximo 5 años. (Ayuda memoria, acta, minuta de juntas, etc.)
- c) Elabora y cumple con el cronograma para la elaboración documental y reportar todas las actividades que realizan en la ejecución de sus asignaciones.
- d) Recopilar e identificar toda la información indispensable para la elaboración del documento.
- e) Verificar cumplimiento de leyes o requisitos.
- f) Seguimiento de reuniones y revisiones del documento e incorporación de los formularios.
- g) Utilización de formatos institucionales vigentes.
- h) Envío de borrador de documentos vigentes en nuevo formato para revisión del requirente.
- i) Elaboración de adendas solicitadas.
- j) Envío de documentos oficiales en PDF a usuarios que lo soliciten.

8. Jefe de unidad organizativa solicitante (requirente):

- a) Solicitud de actualización de documento.
- b) Aprobación de cronograma de trabajo para cumplimiento según periodo
- c) Presenta cronograma a la Unidad de Auditoría Interna, en los casos de Hallazgo y recomendaciones por Auditoría.
- d) Brindar la información necesaria para la actualización de los documentos.
- e) Diseña el contenido del documentos y formularios de sus procedimientos que lo ameriten.
- f) Cumplimiento de plazos de revisión y aprobación de documentos.
- g) Informa a Jefatura superior la aprobación del documento para obtención de Firma de "Autorizado" en el documento.
- h) Divulgación de los documentos y formularios para su implementación, así como entrenamientos necesarios.
- i) Retira documentación obsoleta y realización de proceso de descarte.
- j) Revisa y controla la correcta aplicación de los procedimientos de trabajo



IX. Registros y formularios utilizados en el proceso:

1. Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de documentos institucionales", con **código Form. 360103-007-02-23**, en físico o digital. (Ver anexo 2)
2. Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de documentos técnicos normativos de salud", **Código Form. 360106-009-02-23**, en físico o digital. (ver anexo 2)
3. Formulario "Solicitud de elaboración y actualización de formularios institucionales", **Código Form. 360103-008-02-23**, en físico o digital. (Ver anexo 2).
4. Formulario "Solicitud para dar de baja a formulario(s) con número de fórmula", **Código Form. 360101-018-03-23**, en físico. (Ver anexo 2)
5. Formulario "Solicitud de descarte de formulario(s) con código SAFISSS", **Código Form. 360101-019-03-23**, en físico. (Ver anexo 2)
6. Acuerdo de Dirección General
7. Acuerdo de Consejo Directivo
8. Nota o correo institucional de solicitud de actualización documental de alta gerencia y Dirección General.
9. Cronograma de actividades para elaboración documental con visto bueno del requirente y Jefatura del DGCI.
10. Libro digital del control de entrada de requerimientos DGCI.
11. Expediente del requerimiento.
12. Índice de Control de Documentos Vigentes", (digital)
13. Índice de Control de Formularios Vigentes", (digital)
14. Base digital de documentos oficiales.
15. Base digital de formularios institucionales
16. Notas, Memorando, correo electrónico, Acuerdo de Dirección General o Consejo Directivo
17. Lista de Asistencia y acuerdos.
18. Documentos oficializados.
19. Hoja del personal participante en actualización del documento
20. Hoja de registro de actualización del documento
21. Hoja de registro de adendas
22. Hoja de Adenda, código Form. 360101-002-01-23
23. Libro de control de préstamos de documentos originales.

X. Personal que participó en actualización del documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Andrea Palma	Colaboradora de UDI	Unidad de Desarrollo Institucional
Alicia Azucena	Jefatura Sección Desarrollo y Gestión de Procesos	Departamento de Gestión de Calidad Institucional
Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefatura Sección Normalización	Departamento de Gestión de Calidad Institucional

XI. Registro de actualización del documento

		Manual de procedimiento elaboración, actualización y control de documentos y formularios	MPR-A-001
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Febrero 2004	Generado por Acuerdo de Dirección General N° 2003-05-0859	Jefatura Unidad de Planificación
1	Septiembre 2008	Actualización de documentos por cambios en Acuerdo de Consejo Directivo N° 2007-0824.JUL	Ing. Raúl Rivas Montalvo
2	Marzo 2010	Actualización de procedimientos	Ing. Raúl Rivas Montalvo
3	Noviembre 2013	Generado por Acuerdo de Consejo Directivo No. 2012-1216. SEP., 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, 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 técnicos vigentes	Lic. Beatriz de Carbajal
4	Diciembre 2015	Se disgregaron los procesos contenidos en el Manual de Normas y Procedimientos Gestión de	Ing. Claudia Jennifer Molina

		Desarrollo Institucional – noviembre 2013 por departamento. Actualización de los Procesos del Departamento Gestión de Calidad Institucional	
5	Octubre 2022	Actualización de procedimientos, dando de baja los procedimientos 3.2, 3.4, 3.4.1, 3.4.2 del Manual de Normas y Procedimientos Gestión de Calidad Institucional (diciembre 2015) y el procedimiento 2.1 del Manual de Normas y Procedimientos Normalizar Procesos de Salud (enero 2021)	Licda. Rosa Alba Quinteros de García

XII. Anexos

Anexo 1: Listado actual de documento técnicos que Dirección General o Subdirección General firma actualmente

Nombre del documento	Firmado Por
Manual de Normas y Procedimientos Comisión Mixta del Escalafón	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Manejo de Rechazos (R), Reportes de Productos con Defecto de Calidad (RPDC) de Medicamentos, Insumos Médicos Quirúrgicos y Artículos Generales	Dirección General
Plan de Contingencia	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Secretaria General	Subdirector ISSS
Manual de Normas y Procedimientos Entrega de Canastilla Maternal	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Compra Y Arrendamiento De Bienes Inmuebles Y Trámite de Solicitudes de Incremento al Canon de Arrendamiento	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Para la Operativización del Convenio ISSS- Hospital Divina Providencia (HDP) para los Cuidados Paliativos en Pacientes Hemato-Oncológicos	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Emisión de Constancias Médicas y Resúmenes Clínicos en los Centros de Atención del ISSS	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Envío al Exterior de Pacientes Asegurados al ISSS	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos Solicitud de Reconocimiento del Valor de Gastos Médicos, Medicamentos o Insumos Médicos	Dirección General
Manual de Normas y Procedimientos para la Operativización de la Prestación Médica a Beneficiarios (Padres E Hijos) de Empleados del ISSS	Dirección General



Manual de Normas y Procedimientos para la Subasta Pública de Bienes Muebles e Inmuebles Propiedad del ISSS	Dirección General
Instructivo para Normar el Uso de los Recursos de la Modificación al Salario Máximo Cotizable	Dirección General
Instructivo Régimen Especial de Salud para las Personas Trabajadoras Independientes y sus Beneficiarios	Dirección General
Instructivo para Asignar Código Único De Nacimiento (CUM) al Recién Nacido en el ISSS	Dirección General
Instructivo Régimen Especial de Salud por Riesgos Comunes y de Maternidad para las Personas Salvadoreñas Residentes en el Exterior y sus Beneficiario(as)	Dirección General
Instructivo Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores del Sector Doméstico	Dirección General
Instructivo Administración del Préstamo de Medicamentos o Insumos Médicos a MINSAL con Base en el Convenio Marco ISSS – MINSAL	Dirección General
Instructivo de Funcionamiento de Compras por Libre Gestión	Dirección General
Normativa de Funcionamiento del Comité de Auditoría del ISSS	Dirección General
Lineamientos para Superar Hallazgos de Auditorías Realizadas a Dependencias del ISSS.	Dirección General
Normativa para la Acreditación y Regulación de los Niveles de Autorización de Documentación Relevante en el ISSS	Subdirector ISSS
Normativa para el Uso de Sala de Reuniones del Consejo Directivo	Subdirector ISSS
Reglamento Fondo de Protección de los Trabajadores del ISSS	Dirección General
Normativa Requerimientos de Información para Puntos que se Presentan a las Comisiones de Consejo Directivo	Dirección General
Normativa de Seguimiento Presupuestario en el Sistema SAFISSS Durante el Proceso de Abastecimiento Institucional	Dirección General
Normativa para la Implementación de la Gestión por Procesos	Dirección General
Normativa de Operativización de Fondos Circulantes y Caja Chica	Dirección General
Normativa para el Otorgamiento de Becas al Personal del ISSS	Dirección General
Normativa para la Compra de Servicios Médicos Profesionales	Dirección General
Normativa para la Creación de Comités de Seguridad y Salud Ocupacional y la Formulación e Implementación del Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales en el ISSS	Dirección General
Normativa para el Otorgamiento de Incapacidades Temporales y Licencias por Maternidad a los Asegurados del ISSS	Dirección General



Anexo 2: Formularios:

- "Solicitud de elaboración y actualización de documentos institucionales", con **código Form. 360103-007-02-23**



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL

SOLICITUD DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

FECHA DE SOLICITUD	DD	/	MM	/	AA
--------------------	----	---	----	---	----

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ CARGO: _____

DEPENDENCIA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____ CORREO DE CONTACTO _____

TIPO DE SOLICITUD

CREACIÓN
 ACTUALIZACIÓN
 ADENDA
 HOMOLOGACIÓN

OTRO: _____

NOMBRE DEL DOCUMENTO: _____

TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO

ORGANIGRAMA
 NORMATIVA
 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

MANUAL DE ORGANIZACIÓN
 INSTRUCTIVO
 ANÁLISIS DE PROCESOS

MANUAL DE PROCESO
 MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE COMISIÓN
 OTROS: _____

MANUAL DE PROCEDIMIENTO
 POLÍTICA INSTITUCIONAL

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

Favor enliste los formularios que incluye el documento:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

NOTA: Si el requerimiento es observación de auditoría (interna o externa) ó corte de cuentas, favor anexar hallazgo.
Favor anexar propuesta de contenido y enviar electrónicamente.

FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DEL PROCESO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE GERENCIA, SUBDIRECCIÓN O JEFATURA DE UNIDAD



- "Solicitud de elaboración y actualización de documentos técnicos normativos de salud", **Código Form. 360106-009-02-23**

		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	
		UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	
		DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL	
		SECCIÓN NORMALIZACIÓN	
SOLICITUD DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS DE SALUD			
		FECHA DE SOLICITUD	DD / MM / AA
DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRE: _____		CARGO: _____	
DEPENDENCIA: _____			
TELÉFONO DE CONTACTO _____		CORREO DE CONTACTO _____	
TIPO DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> CREACIÓN	<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> ADENDA	<input type="checkbox"/> HOMOLOGACIÓN
<input type="checkbox"/> OTRO: _____			
NOMBRE DEL DOCUMENTO: _____			
FECHA DE ELABORACIÓN: _____			
TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO			
<input type="checkbox"/> NORMA TÉCNICA EN SALUD	<input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN SALUD		
<input type="checkbox"/> NORMA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA EN SALUD	<input type="checkbox"/> MANUAL DE PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO EN SALUD		
<input type="checkbox"/> LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE ATENCIÓN EN SALUD	OTROS: _____		
DESCRIBIR DE MANERA CORTA EL PROCESO A REGULAR			
DESCRIBIR LA PROBLEMÁTICA A SOLVENTAR CON EL DOCUMENTO REGULATORIO			
Enliste los formularios que incluye el documento:			
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
<small>NOTA: Favor anexar propuesta de contenido y enviar electrónicamente. Si el requerimiento es observación de auditoría (interna o externa) ó corte de cuentas, anexar hallazgo.</small>			
_____ FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DEL PROCESO		_____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE GERENCIA, SUBDIRECCIÓN O JEFA TURA DE UNIDAD	

Form. 360106-009-02-23



- "Solicitud de elaboración y actualización de formularios institucionales", **Código Form. 360103-008-02-23**

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEPARTAMENTO GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL																	
SOLICITUD DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE FORMULARIOS INSTITUCIONALES																		
FECHA DE SOLICITUD <input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AA"/>																		
DATOS DEL SOLICITANTE																		
NOMBRE: _____ CARGO: _____ DEPENDENCIA: _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____ CORREO DE CONTACTO _____																		
TIPO DE SOLICITUD																		
<input type="checkbox"/> CREACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/> HOMOLOGACIÓN <input type="checkbox"/> DESCARTE NOMBRE DEL FORMULARIO: _____ CÓDIGO DEL FORMULARIO: _____ JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD DEL FORMULARIO _____ DOCUMENTO(S) QUE REGULA(N) EL FORMULARIO _____																		
USOS DEL FORMULARIO																		
Seleccione una opción en cada sección de este apartado																		
<input type="checkbox"/> IMPRESO <input type="checkbox"/> SISTEMATIZADO <input type="checkbox"/> USO PERMANENTE <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> USO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> PROYECTO <input type="checkbox"/> ÚNICO DE LA DEPENDENCIA																		
ESPECIFICACIONES DEL FORMULARIO																		
DIMENSIONES Ancho _____ Largo _____	PRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> Block 50 hojas <input type="checkbox"/> Libro <input type="checkbox"/> Numerado <input type="checkbox"/> Block 100 hojas <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Hojas sueltas N° de copias: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Tipo de papel</th> <th style="text-align: center;">Color de Papel</th> <th style="text-align: center;">Color de tinta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Original</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Copia 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Copia 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tipo de papel	Color de Papel	Color de tinta	Original				Copia 1				Copia 2			
	Tipo de papel	Color de Papel	Color de tinta															
Original																		
Copia 1																		
Copia 2																		
REQUERIMIENTOS DE IMPRESIÓN																		
IMPRESIÓN ANUAL _____ (Cantidad en blocks) IMPRESIÓN EVENTUAL _____ (Cantidad en blocks)																		
FRECUENCIA DE LA IMPRESIÓN <input type="checkbox"/> IMPRESIÓN MENSUAL <input type="checkbox"/> IMPRESIÓN TRIMESTRAL	DEPENDENCIA RESPONSABLE DE LA PLANIFICACIÓN DE IMPRESIONES: _____ _____ _____																	
Observaciones _____ _____																		
_____ FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DEL PROCESO	_____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE GERENCIA, SUBDIRECCIÓN O JEFA TURA DE UNIDAD																	

Form. 360103-008-02-23



- "Solicitud para dar de baja a formulario(s) con número de fórmula", **Código Form. 360101-018-03-23**

		
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL		
UNIDAD DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
DEPARTAMENTO GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL		
SOLICITUD PARA DAR DE BAJA A FORMULARIO (S) CON NUMERO DE FORMULA		
Centro de Atención / Dependencia: _____		Fecha de solicitud: _____
Justificación: _____		
Nº	Número de Fórmula	Descripción
Observaciones: _____		
NOTA: Visto Bueno: Departamento Gestión de Calidad Institucional		Autorizado por: Gerencia, Subdirección, Unidad o División.
_____ Autorización (Firma y Sello)		_____ Vo Bo (Firma y Sello)

Form. 360101-018-03-23



- "Solicitud de descarte de formulario(s) con código SAFISSS", **Código Form. 360101-019-03-23**

N°	Código SAFISSS	Descripción	Unidad de Medida	Existencia (cantidad)	Costo (\$)	
					Unitario	Total

Centro de Atención / Dependencia: _____ Fecha de solicitud de descarte: _____

Justificación: _____

Observaciones:

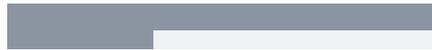
NOTA: Visto Bueno: Unidad de Desarrollo Institucional **Autorizado por: Gerencias, Subdirecciones o Unidades**

_____ Autorización (Firma y Sello) _____ Vo Bo (Firma y Sello)

Form. 360101-019-03-23



- "Hoja de Adenda", código Form. 360101-002-01-23



HOJA DE ADENDA

Fecha Adenda:
XX-XX-XXXX



Proceso:
"XXXXXX XX XXXX XXXX XXXX"

Dependencia:
XXXXXX XXXXXXX



COC: xxxx	Número de Adenda: X	Página(s) de xx
Adenda Autorizada por: F. _____ Dr. XXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXXX	Adenda Revisada por: F. _____ Licda. Rosa Alicia de García Jefa Unidad de Desarrollo Institucional	Adenda Aprobada por: F. _____ Dca. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero Director General del ISSS
		Modificación: Se modificó: h)
		Solicitado por: Jefe xxxx:

Form. 360101-002-01-23



XIII. Registro de Adendas

	Manual de procedimiento elaboración, actualización y control de documentos y formularios		MPR-A-001
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			