



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 403

SAN SALVADOR, JUEVES 8 DE MAYO DE 2014

NUMERO 82

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

SUMARIO

Pág.

Pág.

ORGANO EJECUTIVO

ORGANO JUDICIAL

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Acuerdo No. 129.- Se conceden gastos por el desempeño de misión oficial..... 4

Acuerdos Nos. 1435-D, 213-D, 255-D, 281-D, 285-D, 320-D y 331-D.- Autorizaciones para ejercer la profesión de abogado en todas sus ramas..... 10-11

MINISTERIO DE GOBERNACIÓN

RAMO DE GOBERNACIÓN

Estatutos de la Iglesia Puerta del Cielo y Acuerdo Ejecutivo No. 75, aprobándolos y confiriéndole el carácter de persona jurídica..... 4-7

Acuerdos Nos. 173-D (5), 174-D, 175-D, 176-D (2), 177-D (3), 178-D (2), 182-D (5) y 183-D (58).- Autorizaciones para ejercer las funciones de notario..... 11-26

MINISTERIO DE ECONOMÍA

INSTITUCIONES AUTÓNOMAS

RAMO DE ECONOMÍA

Acuerdo No. 1158.- Se otorgan beneficios a favor de la Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito y Consumo La Guanaquita de Responsabilidad Limitada..... 8

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

Decretos Nos. 9, 10 y 11.- Reglamentos de Normas Técnicas de Control Interno Específicas de Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil, Municipalidad de San Carlos, departamento de Morazán y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social..... 27-64

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

RAMO DE EDUCACIÓN

Acuerdos Nos. 15-2373 y 15-0388.- Reconocimiento de estudios académicos..... 9

Decreto No. 13.- Reforma al Reglamento de Capacitación de la Corte de Cuentas de la República..... 65

INSTITUCIONES AUTONOMAS

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

DECRETO No. 09

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 20, de fecha 14 de agosto de dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 166, Tomo No. 380, de fecha cinco de septiembre del año dos mil ocho, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil, San Salvador.
- II. Que según el artículo 100, del referido Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil, San Salvador, deberá ser revisado y autorizado por la Corte de Cuentas de la República, para su posterior publicación en el Diario Oficial.
- III. Que para el logro de los objetivos propuestos, es necesario que el Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil, San Salvador, actualice sus normas Técnicas de Control Interno Específicas; por lo que mediante nota de fecha 6 de febrero de 2014, el Director del Hospital, presentó el proyecto de actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, para efectos de revisión final.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS DEL HOSPITAL NACIONAL “DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ”, ZACAMIL, SAN SALVADOR

CAPÍTULO PRELIMINAR

DISPOSICIONES GENERALES

Objeto

Art. 1.- Las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituirán el marco regulatorio dentro del cual el Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil, San Salvador, controlará los programas, la organización y administración de las operaciones a su cargo, para contribuir a regular el Sistema de Control Interno.

Ámbito de Aplicación

Art. 2.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, serán de aplicación obligatoria para todos los funcionarios y empleados de la Dirección, Subdirecciones Médica y Administrativa, Jefaturas Médicas, Enfermería y de Apoyo, Jefaturas Administrativas y demás servidores del Hospital.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 3.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, al conjunto de procesos continuos e interrelacionados, realizados por el Director del Hospital, funcionarios y empleados, diseñados para proporcionar seguridad razonable en la consecución de sus objetivos.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 4.- El Sistema de Control Interno, tiene como finalidad alcanzar los objetivos siguientes:

- a) Promover la transparencia, eficiencia, eficacia, efectividad y economía en la gestión de las operaciones técnicas, asistenciales, administrativas y financieras del Hospital;
- b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones; y
- c) Cumplir con las leyes, decretos, reglamentos, disposiciones técnicas, administrativas y otras regulaciones aplicables.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 5.- Los componentes del Sistema de Control Interno son: Ambiente de Control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 6.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, corresponderá al Director y demás jefaturas en el Área de su competencia institucional. Corresponderá a todos los empleados del Hospital, realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo cumplimiento.

Seguridad Razonable

Art. 7.- El Sistema de Control Interno, proporcionará una seguridad razonable, no absoluta, en la salvaguarda de los recursos del Hospital, veracidad de la información, eficiencia de las operaciones, cumplimiento de las políticas establecidas y el logro de objetivos y metas programados.

Factores del Ambiente de Control

Art. 8.- Los factores del ambiente de control que se deberán tomar en cuenta son: Integridad, valores éticos, competencia del personal, filosofía y estilo de administración, estructura organizacional, asignación de autoridad y responsabilidad, políticas y prácticas de administración de capital humano.

CAPÍTULO I**NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL****Integridad y Valores Éticos**

Art. 9.- Los funcionarios y servidores del Hospital, deberán mantener y demostrar integridad y valores éticos contenidos en la Ley de Ética Gubernamental, a los cuales tendrán que sujetarse en sus actuaciones y responsabilidades.

Compromiso con la Competencia

Art. 10.- El Director del Hospital, los demás niveles gerenciales y jefaturas, deberán realizar las acciones que conduzcan a que todo el personal posea y mantenga el nivel de aptitud e idoneidad, que les permita llevar a cabo los deberes asignados y entender la importancia de establecer y llevar a la práctica adecuados controles internos; así como también, gestionar con la disposición de recursos financieros o apoyo técnico, de acuerdo a diagnóstico de necesidades de capacitación de la Unidad de Desarrollo Profesional, previa autorización de la Dirección, la implementación de programas y entrenamientos, que les permitan a las gerencias, jefaturas, servidores y empleados, mejorar sus capacidades, habilidades y destrezas.

Estilo de Gestión

Art. 11.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y de jefaturas, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión que les permita administrar un nivel de riesgo, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control.

Estructura Organizacional

Art. 12.- El Director, niveles gerenciales y de jefaturas, deberán definir y evaluar la estructura organizativa bajo su responsabilidad, para lograr el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

El organigrama, que es la representación formal de la estructura de la Institución, deberá estar debidamente actualizado, autorizado y divulgado por el Director del Hospital.

Definición de Áreas de Autoridad, Responsabilidad y Relación de Jerarquías

Art. 13.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y de jefaturas, en su competencia deberán asignar la autoridad y responsabilidad; así como también, establecer claramente las relaciones de jerarquía, propiciando los canales apropiados de comunicación, las cuales deberán estar formalizadas en el Manual de Organización y Funcionamiento, elaborado y actualizado por cada una de las jefaturas y niveles gerenciales correspondientes, bajo la coordinación de la Unidad de Planificación, siguiendo directrices del Ministerio de Salud, el cual será validado y debidamente autorizado y divulgado por el Director del Hospital.

Los funcionarios y demás servidores, serán responsables del cumplimiento de una competencia delegada, sobre la cual deberán rendir cuentas; la autoridad que delegue la función o el proceso, compartirá la responsabilidad final con aquel en quien la asignación recae.

Políticas y Prácticas para la Administración del Capital Humano

Art. 14.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y de jefaturas, deberán cumplir con las políticas establecidas y prácticas para la administración del capital humano, determinadas en el Reglamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Ley de Servicio Civil, Reglamento General de Hospitales y demás disposiciones legales, emitidas por el Ministerio de Salud, principalmente las que se refieran a: Contratación, inducción, entrenamiento, evaluación, promoción, acciones disciplinarias y rotación de personal, las cuales serán coordinadas, ejecutadas, actualizadas y divulgadas por el Departamento de Recursos Humanos, previa autorización del Director del Hospital.

Art. 15.- La Subdirección Administrativa, a través del Departamento de Recursos Humanos, en coordinación con la Comisión de Servicio Civil si la hubiere, será responsable de los procesos de reclutamiento y contratación del personal para la institución, a través de convocatorias, avisos y bolsa de trabajo.

El proceso de contratación se efectuará conforme a lo establecido en la Ley del Servicio Civil, en armonía con el Reglamento Interno de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud y demás Normativa aplicable.

Promoción

Art. 16.- La promoción del personal, se deberá realizar con base a méritos, competencias, experiencia, habilidades, destrezas, grado académico, eficiencia y evaluaciones del desempeño, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud y demás Normativa aplicable.

Acciones disciplinarias

Art. 17.- Todo funcionario o empleado, que incumpla con los deberes y obligaciones inherentes a su cargo o que cometa actos de indisciplina, será sometido a las disposiciones contenidas en la Ley del Servicio Civil, Disposiciones Generales de Presupuesto y demás disposiciones legales aplicables.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 18.- El Director del Hospital, deberá asegurar el establecimiento y fortalecimiento de una Unidad de Auditoría Interna, la cual dependerá directamente del Director y dispondrá de los recursos necesarios para cumplir con sus responsabilidades.

La Unidad de Auditoría Interna, gozará de plena independencia en la formulación y ejecución del Plan Anual de Auditoría, que deberá presentarlo en el plazo establecido en la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

La Unidad de Auditoría Interna, ejecutará su trabajo acorde a lo establecido en las Normas de Auditoría Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

CAPÍTULO II

NORMAS RELATIVAS A LA VALORACIÓN DE RIESGOS

Definición de Objetivos y Metas Estratégicas Institucionales

Art. 19.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y jefaturas, definirán sus objetivos y metas institucionales de cada Unidad organizativa; considerando la misión y visión del Hospital, los cuales estarán contenidos en su Plan Estratégico y planes anuales operativos.

La Unidad de Planificación del Hospital, en base a directrices emitidos por el Ministerio de Salud, deberá establecer mecanismos, indicadores de gestión sobre eficiencia, eficacia, para dar seguimiento al avance del cumplimiento de los objetivos y metas, los que serán revisados con la finalidad de efectuar las correcciones en el momento oportuno y alcanzar los objetivos y metas programadas. El Plan Anual Operativo, será revisado y evaluado por los niveles gerenciales y jefaturas semestralmente; el Plan Estratégico, será revisado de acuerdo a necesidades o indicaciones del Ministerio de Salud; así como también, por los niveles gerenciales y jefaturas.

Art. 20.- El Director del Hospital, a través de la Unidad de Planificación, deberá coordinar la elaboración del Plan Estratégico Quinquenal, el cual contendrá las políticas y objetivos estratégicos de la Institución; así mismo, la elaboración de un Plan Anual Operativo Institucional, siguiendo los lineamientos técnicos para la formulación, mediante el Sistema de Programación, Monitoreo y Evaluación de Actividades Hospitalarias, emitidas por la Dirección de Planificación y Dirección Nacional de Hospitales, del Ministerio de Salud. Siendo el Plan Estratégico Quinquenal y Plan Anual Operativo Institucional, autorizados y divulgados por el Director del Hospital.

Planificación Participativa

Art. 21.- El Director del Hospital, para realizar su planificación, metas, objetivos a corto y largo plazo, contará con el apoyo de la Unidad de Planificación y la participación del personal correspondiente.

La Jefatura de cada Unidad organizativa, deberá elaborar los planes anuales operativos de sus dependencias, para obtener la aprobación de los niveles gerenciales y la autorización del Director del Hospital.

Identificación de Riesgos

Art. 22.- El Director del Hospital, a través de niveles gerenciales y jefaturas correspondientes, de acuerdo a su responsabilidad, deberá identificar y actualizar los factores de riesgos asociados al logro de los objetivos de la institución, los cuales serán establecidos en base al Instructivo, emitido por la Dirección de Regulación del Ministerio de Salud y que serán integrados y consolidados por la Unidad de Planificación, en una Matriz de Valoración de Riesgos, que será autorizado y divulgado por el Director del Hospital.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 23.- Los factores de riesgos que hubieren sido identificados, deberán ser analizados en cuanto a su impacto o significado y a la probabilidad de ocurrencia, para determinar su importancia.

Gestión de Riesgos

Art. 24.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y jefaturas correspondientes, una vez analizada la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los riesgos, deberán realizar las acciones encaminadas para prevenir y minimizar los niveles de riesgos identificados y serán responsables de aplicar las medidas correctivas con la participación de los empleados de cada nivel operativo.

CAPÍTULO III

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos

Art. 25.- El Director del Hospital y jefaturas, deberán documentar, actualizar y divulgar las políticas y procedimientos relativos a las actividades de control, a fin que garanticen razonablemente el cumplimiento del Sistema de Control Interno; siendo su responsabilidad, socializarlo para que todos los funcionarios y empleados lo conozcan y den cumplimiento.

Evaluación

Art. 26.- El Director del Hospital, de acuerdo a las indicaciones e instructivos emanados del Ministerio de Salud (MINSAL), deberá evaluar semestralmente el trabajo de las jefaturas bajo su responsabilidad y cada Jefatura, será responsable a su vez, de evaluar semestralmente el trabajo de los servidores y los resultados deberán ser remitidos al Departamento de Recursos Humanos para la promoción, reconocimiento de la labor desempeñada y archivados en el expediente respectivo.

Control de Asistencia y Permisos

Art. 27.- Todos los empleados institucionales, deberán registrar su entrada y salida a su jornada laboral en los medios oficiales automatizados y en caso fortuito por falla mecánica será manual, a excepción del Director Institucional. El control de los registros de asistencia y puntualidad de los empleados, será efectuado por el Departamento de Recursos Humanos.

Es responsabilidad de cada jefatura la autorización de permisos; así como también, controlar la permanencia del personal a su cargo y que éste se dedique a sus labores asignadas.

Remuneraciones

Art. 28.- El Director del Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, deberá adoptar las medidas pertinentes, para que al personal institucional se le retribuya su salario y demás remuneraciones, de acuerdo a su cargo y función desempeñada.

Seguridad y Salud Ocupacional

Art. 29.- El Director del Hospital, niveles gerenciales, Departamento de Recursos Humanos, Unidad de Epidemiología y jefaturas, estarán obligadas a velar porque se cumplan las disposiciones legales vigentes en materia de seguridad social y las normas de seguridad en el trabajo; para ello, el Hospital deberá conformar el Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, el cual elaborará un Plan y será el responsable de capacitar, monitorear y evaluar que se cumpla con: El Código de Trabajo, Reglamento General sobre Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo, Ley de Prevención de Riesgos Laborales en los centros de trabajo y Ley del Seguro Social.

Expedientes e Inventario de Personal

Art. 30.- El Departamento de Recursos Humanos, será responsable de la custodia y de mantener actualizados los expedientes del personal del Hospital, independientemente de la forma de contratación y fuente de financiamiento, éste deberá contener la información necesaria que facilite su ubicación en los archivos del Departamento, de conformidad a los controles internos vigentes.

Los expedientes serán propiedad del Hospital, pero todo empleado podrá solicitar copia del expediente o parte de éste, lo cual deberá ser certificado, de conformidad a lo establecido en el Reglamento Interno de Recursos Humanos, del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad y obligación que todo el personal previa solicitud del Departamento de Recursos Humanos, presente la información y documentación, a efecto de mantener actualizado su expediente.

Actividades de Control

Art. 31.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y jefaturas, deberán establecer actividades de control interno y ser ejecutadas como parte de las operaciones, de forma integrada a todos y cada uno de los procesos institucionales, sean centrales o de soporte.

Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 32.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y jefaturas, establecerán por escrito las políticas y procedimientos en el Área de su competencia, en el que definirán la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones del Hospital, a través de manuales o reglamentos del Ministerio de Salud; así como también, resoluciones internas autorizadas por el Director del Hospital y en las áreas en que se apliquen disposiciones legales especiales, observarán lo establecido en dicha Normativa,

Las autorizaciones y aprobaciones, serán documentadas y comunicadas a los funcionarios responsabilizados, quienes tendrán que ejecutar las tareas asignadas. De tal manera, que dichas autorizaciones y aprobaciones que se relacionen con los procesos institucionales, sean centrales o de apoyo, se deberán separar y distribuir entre los diferentes cargos. Igualmente, las diversas fases que integren un proceso y las actividades u operaciones, deberán estar distribuidas entre los diversos funcionarios y áreas de la Institución; de tal manera que el control total de su desarrollo esté debidamente separado para no comprometer el equilibrio y eficacia del control interno, si las funciones están concentradas en una misma persona.

Autorización de Gastos

Art. 33.- El Director del Hospital o los funcionarios que él designe mediante acuerdo, autorizarán gastos de la Institución. Dichos servidores públicos, serán independientes de aquellos que realicen funciones contables, refrenden cheques o sean responsables del manejo de bienes y valores; los gastos serán sometidos a la verificación en cuanto a la pertinencia, legalidad, veracidad y conformidad con los planes y presupuestos.

Delegación de Autoridad

Art. 34.- De acuerdo a la estructura organizativa, se definirán los niveles jerárquicos, asignándoles autoridad y responsabilidad para tomar decisiones en los procesos operativos y cumplir así con las funciones establecidas en los manuales de Organización, Funciones y Descriptor de Puestos; así como también, el cumplimiento de las metas establecidas en los planes anuales operativos.

Delimitación de Funciones y Responsabilidades

Art. 35.- El Director del Hospital, a través del Departamento de Recursos Humanos, mediante el Manual de Organización y Funciones y Descriptor de Puestos, deberá establecer en forma clara, el detalle de todos los aspectos importantes de las funciones de cada cargo y las responsabilidades de los servidores que las desempeñen.

Separación de Funciones Incompatibles

Art. 36.- El Director del Hospital, en coordinación con las jefaturas, verificarán la separación de funciones de las unidades y la de sus servidores, de manera que exista independencia entre las funciones incompatibles, como son las de: Autorización, ejecución, registro, custodia y control de las operaciones, con el fin de evitar errores e irregularidades en el cumplimiento a las leyes.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS SOBRE ACTIVOS

NORMAS SOBRE BIENES Y SERVICIOS

Plan de Adquisiciones

Art. 37.- El Director del Hospital, deberá aprobar el Plan Anual de Adquisiciones, elaborado con el apoyo de las áreas administrativas y financieras, a fin de cumplir con los objetivos y metas de cada ejercicio fiscal.

Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional

Art. 38.- La Institución, contará con una Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), la cual cumplirá sus funciones de conformidad a lo estipulado en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), su Reglamento y otras regulaciones emitidas por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC), del Ministerio de Hacienda.

Sistema de Suministros

Art. 39.- El Director del Hospital, designará a los responsables en los procesos de: Autorización, adjudicación, contratación y recepción de los suministros, de conformidad con la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), su Reglamento y otras regulaciones emitidas por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC), del Ministerio de Hacienda; el control de inventario del Sistema de Suministro, se realizará a través de los programas informáticos autorizados por el Ministerio de Salud.

Catálogo de Suministrantes

Art. 40.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), mantendrá un registro actualizado de proveedores y sus antecedentes, clasificados según la naturaleza del bien o servicio que ofrezcan, con el objeto de disponer de información oportuna para realizar nuevas adquisiciones.

Requerimiento

Art. 41.- El Jefe de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), para toda adquisición de bienes y servicios que realice, contará con el debido requerimiento suscrito y justificado por el responsable del Área o Unidad Administrativa usuaria, autorizado por el Director del Hospital.

Almacenamiento, Custodia y Utilización

Art. 42.- El Director del Hospital, mediante acuerdo, designará la persona encargada del almacenamiento y custodia de los bienes, la cual rendirá fianza conforme a la Ley; los bienes se destinarán exclusivamente a los propósitos de la Institución que motivaron su adquisición.

Protección y Seguridad de los Bienes

Art. 43.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa, deberá adoptar las medidas necesarias de salvaguarda física para proteger los bienes contra eventuales riesgos y siniestros y que garantice su conservación.

Las jefaturas que tengan bajo su responsabilidad los activos fijos asignados a sus áreas, deberán establecer controles administrativos, a fin de minimizar los riesgos de pérdida por descuido, robo, daño o uso inadecuado. Además, deberán proteger los bienes de poco valor que no sean considerados activo fijo, de acuerdo a las Normas de Contabilidad Gubernamental; así mismo, los empleados institucionales velarán por el buen uso y resguardo de los instrumentos, herramientas y equipo asignado a sus personas.

Políticas y Procedimientos

Art. 44.- La Dirección, en coordinación con los demás niveles gerenciales y jefaturas, deberán establecer por medio de políticas y procedimientos, de conformidad a la Norma para la Administración del Activo Fijo del Ministerio de Salud, acciones para proteger y conservar los activos institucionales, principalmente los más vulnerables.

Constatación Física

Art. 45.- La Subdirección Administrativa, a través de la Sección de Activo Fijo, realizará las constataciones físicas de inventarios y activos fijos, una vez en el año o cuando sea requerido, considerando que los servidores que realicen tal actividad, deberán ser independientes a las funciones de custodia y registro.

Mantenimiento y Reparaciones

Art. 46.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa, deberá elaborar anualmente un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos fijos de la Institución, con la finalidad de prolongar hasta el máximo posible la vida útil de los mismos.

Art. 47.- El Subdirector Administrativo, a través del Jefe de Mantenimiento, deberá ejecutar en forma eficiente, efectiva, económica y oportuna, el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Equipo y Bienes de la Institución, a excepción del equipo médico que por su complejidad se tenga que contratar servicios especializados; así como también, de las obras físicas bajo su responsabilidad, de acuerdo a la disponibilidad financiera de la Institución.

Baja o Descarga de Bienes

Art. 48.- El Encargado del Activo Fijo, cuando sea necesario, deberá realizar la baja o descargo de bienes que hubieren perdido la posibilidad de ser utilizados en la entidad, debido a obsolescencia, desgaste, deterioro, pérdida, destrucción, mantenimiento o reparaciones onerosas y reposición, previa autorización de la Subdirección Administrativa. Los bienes dados de baja o descargados, podrán subastarse, donarse, permutarse, destruirse o someterse a cualquier acción que disponga el Director del Hospital, de acuerdo a lo establecido en el Instructivo para la Administración de Activos.

Codificación

Art. 49.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa y en coordinación con el Encargado del Activo Fijo, deberán verificar que los bienes, muebles e inmuebles que pertenezcan a la Institución, estén codificados de tal manera que sea factible su identificación.

Uso de Vehículos

Art. 50.- Los vehículos propiedad del Hospital, se deberán utilizar para el servicio exclusivo en las actividades propias de la Institución y deberán llevar visible el distintivo que la identifique, lo cual no deberá ser removible. Los vehículos, deberán ser guardados al final de cada jornada en el lugar de estacionamiento dispuesto por la Institución.

El Jefe de Servicios Generales, será el encargado de los vehículos y tendrá la obligación del cuidado y conservación de los mismos; así como también, del resguardo apropiado cuando no se encuentren en uso. De la misma manera, las personas que conduzcan los vehículos propiedad de la Institución, serán responsables por los daños ocasionados por la impericia, abuso o negligencia al conducirlos; así mismo, de las infracciones a las leyes de tránsito, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal en que pudieren incurrir cuando causaren lesiones o la muerte de una persona.

Registro y Revalúo de Bienes Inmuebles

Art. 51.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa, deberá vigilar que los bienes inmuebles propiedad del Estado y asignados al Hospital, estén documentados en escrituras públicas, que amparen su propiedad o posesión y estar debidamente inscritos en el registro correspondiente.

Los documentos que amparen la propiedad de los bienes, deberán estar debidamente custodiados por un servidor responsable e independiente de los que autoricen y aprueben las adquisiciones.

Los bienes inmuebles a que se refiere el inciso anterior, deberán revaluarse oportunamente, a fin de presentar su valor real en los estados financieros, de conformidad a la plusvalía, adiciones, mejoras realizadas o deterioros.

NORMAS FINANCIERAS**Marco Presupuestario**

Art. 52.- El Director del Hospital, a través de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá enmarcar la gestión presupuestaria dentro de los principios, técnicas, métodos y procedimientos utilizados en las diferentes etapas del ciclo presupuestario, como son: Formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, con el objeto de prever fuentes y recursos para financiar cada uno de sus planes y proyectos.

Programación

Art. 53.- El Director del Hospital, a través de la Unidad Financiera Institucional (UFI), a efecto de realizar la programación y formulación presupuestaria, deberá efectuar el análisis comparativo de los resultados de los ejercicios anteriores y el vigente, para sustentar las estimaciones futuras, participando las áreas relacionadas.

Control Presupuestario

Art. 54.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá asegurar que el Encargado del Presupuesto, verifique adecuadamente la administración del Presupuesto aprobado y las modificaciones que ocurran, reflejando con claridad y exactitud los movimientos relacionados.

Respaldo Presupuestario

Art. 55.- El Director del Hospital, a través del Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), cumplirá lo dispuesto en el Manual de Ejecución Presupuestaria y demás regulaciones en materia de presupuesto.

Seguimiento y Evaluación

Art. 56.- El Director del Hospital, a través del Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá realizar periódicamente un análisis crítico de los resultados físicos y financieros en la etapa de ejecución, comparando las metas o propósitos proyectados, con los resultados obtenidos y los recursos utilizados, a efecto de establecer el grado de cumplimiento o desviación en el uso de dichos recursos y los porcentajes de ejecución presupuestaria, a la aplicación de medidas correctivas si fueren necesarias.

Requerimiento de Fondos

Art. 57.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá asegurarse que el monto de los fondos administrados por el Tesorero, esté acorde a las programaciones y fuentes de financiamiento establecidas en el Presupuesto aprobado para el período. Dichos fondos, deberán ser requeridos sobre la base de los compromisos u obligaciones devengadas.

Transferencias de Fondos

Art. 58.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), en coordinación con el Tesorero, deberá verificar que toda transferencia de fondos y otros valores, ya sea interna o externa, entre la Institución y el sistema financiero, refleje en forma íntegra el origen y fuente de los recursos; así como también, su destino y clasificación, asegurándose que cada una de las transacciones, además de cumplir con las obligaciones legales, esté debidamente documentada y autorizada; lo que podrá hacerse por medios manuales o electrónicos. Cuando se realice por medios electrónicos, deberán implementarse mecanismos de seguridad y uso de contraseña para el personal autorizado, implementando controles que garanticen la restricción en el acceso.

Denominación de Cuentas Bancarias

Art. 59.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), en coordinación con el Tesorero, deberá verificar que toda cuenta bancaria esté a nombre del Hospital, identificando su naturaleza. El número de cuentas se limitará al necesario, para facilitar su conciliación, control de cheques, elaboración de informes de caja y minimizar errores de aplicación bancaria y de la Institución.

Refrendarios de Cheques

Art. 60.- El Director del Hospital, deberá acreditar por escrito ante los bancos depositarios, a sus servidores titulares y suplentes autorizados para el movimiento de sus fondos. Toda emisión de cheques, deberá contar con dos firmas autorizadas en forma mancomunada.

Los refrendarios de cuentas bancarias, no deberán ejercer funciones de autorización de gastos ni de Contador y deberán asegurarse que los documentos que soporten un pago, cumplan con requisitos de legalidad, veracidad y pertinencia. Si se produjera la vacante de algún Refrendario, se deberá comunicar a la Institución bancaria, dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Emisión de Cheques

Art. 61.- El Tesorero, deberá efectuar los pagos en concepto de salarios, compras, devoluciones y cualquier otra erogación que tenga respaldo presupuestario y las fórmulas de cheques, deberán cumplir con los requisitos de seguridad, de acuerdo a procedimiento establecido por la Ley de Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento.

Manejo de Fondos Circulantes y Otros

Art. 62.- El Director del Hospital, a través de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá mantener los fondos circulantes de monto fijo y de Caja Chica, para atender obligaciones de la Institución. Estos fondos se manejarán de conformidad a la Ley de Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento, emitido para ese efecto y mediante cuentas corrientes, de ahorro o en efectivo, según su naturaleza; así como también, el Instructivo de Normas y Procedimiento para el Manejo de los fondos Circulante y Caja Chica.

El Fondo será mantenido mediante reintegros, de conformidad con los comprobantes que para el efecto se presenten, cuyo detalle deberá estar plasmado en una liquidación que refleje la aplicación y clasificación presupuestaria del gasto, ésta deberá ser suscrita por el Encargado del Fondo. En ningún momento cada reintegro excederá el límite autorizado.

Encargado del Fondo Circulante

Art. 63.- El Director del Hospital, autorizará mediante acuerdo, al Encargado del Fondo Circulante, cualquiera que sea su naturaleza, el cual será un servidor distinto a los responsables o manejadores de otros fondos y de quienes efectúen labores contables o presupuestarias, de acuerdo a procedimientos internos del manejo del Fondo Circulante.

Arqueos de Fondos

Art. 64.- Deberán practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes, sobre la totalidad de fondos y valores que maneje la Institución en forma simultánea.

Los arqueos, serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes, quienes tendrán la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos. Se deberá dejar constancia escrita y firmada por las personas que participen en los arqueos.

Recepción de Fondos

Art. 65.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá girar instrucciones al Tesorero, para que establezca registros detallados de toda recepción de efectivo, cheques y otros valores, reconociendo su ingreso dentro de las veinticuatro horas hábiles siguientes a su recepción, clasificándolos según su fuente de origen.

La contabilización, deberá ser efectuada por una persona independiente al responsable de la recepción, con base a la copia o resumen de los comprobantes de ingreso emitidos.

Depósito de Ingresos

Art. 66.- El Tesorero Institucional, deberá depositar todos los ingresos en efectivo, cheques o valores que perciba la Institución, completos y exactos, en la cuenta bancaria destinada para tal efecto, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción.

En ninguna circunstancia el efectivo proveniente de los ingresos, se empleará para cambiar cheques, efectuar desembolsos u otros fines.

Sistema Contable

Art. 67.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), en coordinación con el Contador, serán responsables de mantener su Sistema Contable actualizado, dentro del marco de la Ley de la Administración Financiera del Estado (AFI) y su Reglamento, el cual está diseñado para satisfacer las necesidades de información financiera y proporcionar en forma oportuna, los estados financieros para la toma de decisiones, a través de programas Informáticos, del Sistema de Administración Financiera Integrado (SAFI).

Oportunidad en los Registros

Art. 68.- El Contador, deberá registrar las transacciones dentro del período en que ocurran, a efecto que la información contable sea oportuna y útil para la toma de decisiones.

Documentación Contable

Art. 69.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá girar instrucciones al Contador, para que la documentación contable que justifique el registro de una operación, contenga datos y elementos suficientes que faciliten el análisis sobre la pertinencia, veracidad y legalidad, incluyendo dentro de este último requisito, el tiempo de conservación de los registros y documentos en original, de conformidad a la Ley.

Inversiones Financieras

Art. 70.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá verificar que el Contador efectúe el registro de las inversiones financieras y que contenga características, tales como: Justificación, clase, valor, rendimiento, fecha y referencia, documento de soporte, vencimientos y cualquier otro aspecto que permita obtener información suficiente sobre la transacción.

Control Sobre los Vencimientos

Art. 71.- Al Tesorero Institucional, le corresponderá efectuar el control sobre los derechos y obligaciones; además, deberá informar mensualmente, a través del Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), a la Subdirección Administrativa, las fechas de vencimiento, para su recuperación o cancelación en forma oportuna.

Custodia de Documentos de Inversión

Art. 72.- El Tesorero Institucional, será el responsable de la custodia de valores u otros documentos que evidencien la propiedad de inversiones financieras.

Registro y Control de los Ingresos Propios

Art. 73.- El Director del Hospital, a través de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá aplicar el Manual de Procedimientos que permitirá el registro y el cobro de los ingresos propios del Hospital, en concepto de arrendamientos, convenios, contratos u otros ingresos.

Políticas y Procedimientos Sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 74.- El Director del Hospital, Nivel Gerencial y jefaturas, deberán verificar que los documentos y registros, sean diseñados y utilizados, de conformidad con las transacciones y hechos significativos que realice la Institución, de acuerdo a Lineamientos y Guías, emitidos por el Ministerio de Salud, otros organismos gubernamentales o propios de la Institución autorizados por el Director.

Los documentos y registros, deberán tener un propósito claro: Apropriados para alcanzar los objetivos, útil a los funcionarios para controlar las operaciones, servir a los fiscalizadores u otras personas para analizar las operaciones, estar disponibles y accesibles para que el personal autorizado y los auditores la verifiquen cuando corresponda; los cuales deberán ser adecuadamente administrados, tanto previos a su utilización, como una vez hayan sido utilizados. Los formularios de uso general, deberán ser uniformes y pre numerados.

Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 75.- El Director del Hospital, niveles gerenciales y jefaturas, deberán establecer los procedimientos para la conciliación periódica de todo tipo de registros. Las conciliaciones se efectuarán, tanto de registros y documentos, fuente de las anotaciones, como entre registros de las unidades administrativas y los generales de la Institución, para los diferentes tipos de información que circulan a nivel institucional; la conciliación periódica de los registros, permitirá verificar su exactitud y enmendar errores u omisiones.

Conciliaciones

Art. 76.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional (UFI), deberá ordenar y supervisar que la persona responsable de verificar saldos o disponibilidades, efectúe conciliaciones mensuales de toda clase y naturaleza de cuentas, relacionadas con la información contable y de tesorería.

La persona responsable de las conciliaciones, será independiente del responsable de las funciones de registro y autorización.

Confirmación de Saldos

Art. 77.- El Jefe de la Unidad Financiera Institucional, a través del Área de Contabilidad, deberá conciliar y confirmar en forma independiente, los saldos de las cuentas de derechos y obligaciones financieras a cargo de la Institución, por lo menos una vez al año.

NORMAS SOBRE SERVICIOS DEL HOSPITAL**Unidades Especiales del Hospital**

Art. 78.- El Director del Hospital, en coordinación con sus unidades organizativas, serán responsables de planificar, organizar, administrar los servicios médicos hospitalarios continuos y permanentes a la población del Área Geográfica designada, de acuerdo a manuales, normas y lineamientos, emitidos por el Ministerio de Salud (MINSAL); así como también, definirá los alcances de las intervenciones sanitarias en sus pacientes, de acuerdo a su capacidad instalada real. Estas incluirán: Hospitalización, consulta externa, consulta de emergencia, servicios de apoyo, rehabilitación y terapia, administración de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio y gabinete, estudios radiológicos y procedimientos especiales.

Subdirección Médica

Art. 79.- La Subdirección Médica y las jefaturas médicas, Enfermería y Paramédicas, serán responsables de implementar la práctica médica asistencial, que garantice el desempeño de los profesionales y personal paramédico en los servicios médico hospitalarios, para brindar una atención a los pacientes que sea adecuada, oportuna y de manera integral, de acuerdo a guías y manuales emitidos por el Ministerio de Salud.

División de Servicios de Apoyo

Art. 80.- El Jefe de la División de los Servicios de Apoyo y las jefaturas de los departamentos de dichos servicios, serán responsables de programar y coordinar el apoyo brindado a los diferentes servicios médico hospitalarios de atención directa al paciente, a través de exámenes y pruebas necesarias, procedimientos y actividades para apoyar en el diagnóstico y tratamiento del paciente, según el Reglamento General de Hospitales y Lineamientos, emitidos por el Ministerio de Salud y garantizar el desempeño de los profesionales, personal paramédico y técnico.

Servicios Médicos Hospitalarios

Art. 81.- Se deberá contar con servicios hospitalarios especializados de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecoobstetricia, de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, para suministrar la atención requerida con calidad y calidez a los usuarios que lo demanden. Estos servicios estarán orientados a:

- a) Garantizar la organización eficiente del personal de cada uno de los servicios, para proporcionar atención integral, a través de la satisfacción de necesidades en el cuidado de la salud del usuario;
- b) Sistematizar programas de inducción, capacitación y educación permanente para la incorporación del personal nuevo y la actualización del conocimiento del personal permanente, para contribuir a la calidad de atención del personal, bajo la coordinación de la Unidad de Desarrollo Profesional (UDP);
- c) Armonizar las funciones establecidas para el personal asistencial y técnico con las Políticas y Procedimientos de Recursos Humanos; y
- d) Elaborar o aplicar las Normas de Atención Asistencial a Pacientes, de las diferentes áreas hospitalarias.

Departamento de Enfermería

Art. 82.- El personal de enfermería, deberá brindar el apoyo directo en el proceso de atención, tratamiento, evolución y recuperación del paciente, a nivel ambulatorio e internación hospitalaria, de acuerdo al Manual de Organización y Funcionamiento del Departamento de Enfermería y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud.

Programas de Salud

Art. 83.- El Director del Hospital, las jefaturas médicas, enfermería y no médicas y los demás empleados, serán responsables de garantizar cuando proceda, el cumplimiento de los programas médicos que el Ministerio de Salud (MINSAL) establezca, mediante: La planificación, organización, control, evaluación, supervisión y monitoreo oportuno de dichos servicios.

Verificación y Monitoreo de la Calidad Médica

Art. 84.- Con la finalidad de asegurar la calidad de los servicios médicos hospitalarios, cada Jefatura del Área Médica, de Enfermería y no Médica, será responsable de monitorear, supervisar y evaluar permanentemente el cumplimiento de los servicios médicos hospitalarios, de acuerdo a normas y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud.

Estadísticas de los Servicios de Salud

Art. 85.- El Director del Hospital, a través de la Unidad de Estadísticas y Documentos Médicos (ESDOMED), con el apoyo de las diferentes jefaturas, deberá establecer y mantener actualizados los procedimientos que sean necesarios, a fin de proporcionar datos estadísticos oportunos, veraces y confiables de todos los servicios de salud proporcionados por el Hospital, basados en la Norma Técnica para los Departamentos de Estadísticas y Documentos Médicos de Hospitales Nacionales y Lineamientos para la Organización y Funcionamiento para los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de Nivel Hospitalario; así como también, los diferentes sistemas de información implementados por el Ministerio de Salud, sobre estadísticas de salud.

Administración de Medicamentos

Art. 86.- La División de Servicios de Apoyo, a través del Asesor de Medicamentos y Jefatura de Farmacia, deberá implementar acciones de acuerdo a los lineamientos autorizados y establecidos por el Ministerio de Salud, como el Cuadro Básico de Medicamentos y las guías para las buenas prácticas de prescripción, a fin de garantizar la gestión y administración eficiente de los medicamentos para los usuarios.

Las jefaturas médicas de cada servicio asistencial hospitalario, a través del personal médico, velarán por una prescripción racional y adecuada de medicamentos.

El control de despacho de recetas, existencias y vencimientos, será a través del Sistema Informático de Registro de Medicamentos Institucional.

Administración de Almacenes de Medicamento e Insumos Médicos

Art. 87.- La Subdirección Administrativa, a través de la Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), Asesor de Medicamentos e Insumos Médicos y de los jefes de almacenes, deberá implementar acciones de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, a través de un Manual, denominado "Sistema Integral Nacional de Abastecimientos (SINAB)" y Lineamientos Técnicos para el Manejo de Suministros en Almacenes del MINSAL, a fin de garantizar la gestión y administración eficiente de los medicamentos e insumos médicos para los usuarios.

Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal

Art. 88.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa y del Jefe de Recursos Humanos, deberá efectuar rotaciones de personal en las áreas clínicas, técnicas y administrativas con tareas o funciones afines, permitiendo que los servidores institucionales adquieran experiencia para desempeñarse en diferentes puestos de trabajo, excepto el personal de las áreas administrativas de Alta Gerencia, donde se maneja información confidencial, quienes de acuerdo a análisis y evaluación del desempeño, podrán permanecer en el cargo o ser rotadas a cualquier Área a criterio de la Dirección y de acuerdo a las necesidades que se presenten.

Procedimiento sobre Garantía o Caucciones

Art. 89.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa, Recursos Humanos y la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, gestionará la adquisición de fianzas de fidelidad, que se deberán adquirir para los funcionarios y empleados del Hospital responsables de: Recepción, manejo, control, custodia e inversión de fondos o valores públicos o del manejo de los bienes de la Institución.

Políticas y Procedimientos de los Controles Generales de los Sistemas de Información

Art. 90.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa y del Jefe de la Unidad de Informática, deberá dar cumplimiento a los Lineamientos Técnicos de Procedimientos Informáticos Generales, emitidos por el Ministerio de Salud, que contienen las políticas y procedimientos de los controles generales de los sistemas de información que incluya: Planificación, administración y control de las operaciones del centro de datos (copias de respaldo y recuperación), Manual de Procedimientos del Sistema del Hospital, la adquisición, implementación y mantenimiento del software del Sistema, seguridad de acceso y desarrollo y mantenimiento de aplicaciones, sean existentes o nuevos, planes de contingencia, metodología del ciclo de vida de desarrollo de sistemas, entre otros.

Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación

Art. 91.- El Director del Hospital, a través de la Subdirección Administrativa y el Jefe de la Unidad de Informática, deberá dar seguimiento a los Lineamientos Técnicos de Procedimientos Informáticos Generales, emitidos por el Ministerio de Salud y Manual de Procedimientos de Sistemas del Hospital, que contiene las políticas y procedimientos sobre los controles de aplicación específicos para la seguridad y procesamiento de información (origen, entrada, proceso y salida), huellas de auditoría entre otros.

Operación de los Recursos Informáticos

Art. 92.- El Jefe de Informática, a través de la Subdirección Administrativa, establecerá los controles que garantizarán que los recursos informáticos sean correctamente utilizados y que proporcionen efectividad y continuidad en el procesamiento electrónico y resguardo de datos, seguridad, control de la información y restricciones en el acceso al personal no autorizado. Los aspectos de control tendrán relación con: Planeamiento de los recursos de los sistemas de información, operaciones de computador, programas del Sistema Operativo y seguridad física y lógica.

CAPÍTULO IV**NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN****Adecuación de los Sistema de Información y Comunicación**

Art. 93.- El Director del Hospital, Subdirecciones y demás jefaturas, deberán hacer uso del Sistema de Información en Salud, diseñado por el Ministerio de Salud (MINSAL), Ministerio de Hacienda y los propios de la Institución, según corresponda, el cual facilitará la identificación, captura y socialización de la información pertinente y oportuna en todos los niveles del Hospital, permitiendo así realizar las actividades de control y evaluación para cumplir con las responsabilidades respectivas.

Proceso de Identificación, Registro y Recuperación de la Información

Art. 94.- El Director del Hospital, a través de las Subdirecciones Médica, Administrativa y demás jefaturas, deberá establecer y dar seguimiento a los procesos que les permita identificar, registrar, proteger y recuperar la información, de eventos internos y externos, a fin de asegurar la continuidad y el restablecimiento oportuno de los sistemas de información; así como también, el seguimiento de aquellos procesos que permitan obtener la información que sea necesaria para satisfacer las demandas de usuarios internos y externos, entendiéndose que el Sistema de Información, se refiere a todo tipo de información y no solamente a los computarizados.

Características de la Información

Art. 95.- El Director del Hospital, a través de las jefaturas y niveles gerenciales, deberá monitorear y supervisar que la información procesada sea:

- a) Confiable: Útil para la toma de decisiones;
- b) Oportuna: Que la información llegue en el tiempo adecuado para la toma de decisiones;
- c) Suficiente: Disponer sólo de la información necesaria para la toma de decisiones; y
- d) Pertinente: Que la información sea importante y significativa para el cumplimiento de sus competencias.

Efectiva Comunicación de la Información

Art. 96.- El Director del Hospital, a través de las Subdirecciones y jefaturas, deberá velar porque la información pertinente sea comunicada en forma verbal o escrita al usuario interno, para que pueda cumplir con sus responsabilidades en lo que le compete y para el usuario externo que lo necesite, se aplicarán controles más rigurosos, a fin de proporcionar sólo la información que proceda, de conformidad a la Ley de Acceso a la Información Pública (AFI) y su Reglamento.

Canales de Comunicación

Art. 97.- El Director del Hospital, Subdirecciones, jefes de Departamento y unidades, establecerán líneas recíprocas de comunicación, utilizando terminología clara y uniforme, para facilitar la retroalimentación e intercomunicación en todos los niveles de la Institución.

Archivo, Control y Uso Institucional

Art. 98.- Todos los funcionarios y empleados del Hospital, de acuerdo a sus niveles, estarán obligados a archivar y mantener los documentos propios de su Área, por un período no menos de cinco años, a excepción de aquellos documentos que no puedan ser desechados, en razón de requisitos legales y técnicos, del tiempo o cuando las respectivas leyes lo determinen expresamente.

CAPÍTULO V**NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO****Monitoreo sobre la Marcha**

Art. 99.- El Director del Hospital, Subdirecciones y jefaturas, deberán monitorear las actividades de control de ejecución de las operaciones, a fin de comprobar que el control interno funcione efectivamente.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 100.- El Director del Hospital, Subdirectores y jefaturas, responsables de cada Unidad, deberán evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno, en el Área de su competencia, al menos una vez al año.

Supervisión

Art. 101.- El Director del Hospital, establecerá y mantendrá en todos los niveles de mando de la Institución, una adecuada supervisión directa o indirecta, a través de las Subdirecciones y jefaturas.

Evaluaciones Separadas

Art. 102.- La Unidad de Auditoría Interna, la Corte de Cuentas de la República, y demás instituciones de control y fiscalización, evaluarán periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno Institucional.

Comunicación de Resultado del Monitoreo

Art. 103.- Los resultados de las actividades del monitoreo del Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados al Director del Hospital y a los niveles gerenciales y jefaturas, según corresponda para efectuar las correcciones necesarias.

CAPÍTULO VI**DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

Art. 104.- La revisión, actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas y los documentos emanados de éstas, será realizado considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el Director del Hospital. Todo proyecto de modificación o actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil, San Salvador, deberá ser revisado y autorizado por la Corte de Cuentas de la República, en su condición de Organismo Rector del Sistema Nacional de Control y Auditoría de la Gestión Pública.

Art. 105.- Derógase el Decreto No. 20, publicado en el Diario Oficial No. 166, Tomo No. 380, de fecha 5 de septiembre de 2008.

Art. 106.- El presente Decreto, entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los tres días del mes de abril de dos mil catorce.

LIC. ROSALÍO TÓCHEZ ZAVALA,
PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA.

DECRETO No. 10

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 22, de fecha treinta de marzo de dos mil seis, publicado en el Diario Oficial No. 79, Tomo No. 371, de fecha dos de mayo de dos mil seis, la Corte de Cuentas de la República, emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, de la Municipalidad de San Carlos, Departamento de Morazán.
- II. Que con base al artículo 71, del referido Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, de la Municipalidad de San Carlos, Departamento de Morazán, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.
- III. Que el once de septiembre de dos mil nueve, la Corte de Cuentas de la República, emitió los lineamientos para la actualización de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, en las entidades públicas.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

**NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS,
DEPARTAMENTO DE MORAZAN**

CAPITULO PRELIMINAR

Ámbito de Aplicación

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, constituirán el marco básico establecido por el Concejo Municipal de San Carlos, Departamento de Morazán, aplicables a las diferentes dependencias de la Municipalidad y de carácter obligatorio, las cuales constituirán las directrices básicas para el buen funcionamiento de las unidades organizativas, con el fin de guiar, regular y limitar las acciones a desarrollar en los procesos que en ellas se realicen.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2.- Se entenderá por Sistema de Control Interno, al conjunto de normas, procesos y procedimientos continuos interrelacionados e interactuantes, realizados por los funcionarios, jefaturas y subalternos, adoptadas por la Municipalidad para proteger los recursos institucionales, promoviendo así la eficiencia y eficacia para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, estableciéndose ésta de manera previa, concurrente y posterior.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Control Interno de esta Municipalidad, tendrá por objeto coadyuvar con las instituciones en el cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Lograr eficiencia, efectividad y eficacia de las operaciones;
2. Obtener confiabilidad y oportunidad de la información;
3. Cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables; y
4. Fomentar la transparencia, eficiencia, efectividad y economía en la ejecución y desarrollo de las operaciones técnicas y financieras de la Municipalidad.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los componentes del Sistema de Control Interno serán:

1. **Ambiente de Control:** Es el conjunto de factores del ambiente organizacional que la Municipalidad y jefaturas deberán establecer y mantener, para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno y una buena administración;

2. **Valoración de Riesgos:** Es la identificación y análisis de los riesgos que puedan ocasionar el logro de los objetivos propuestos por la Municipalidad;
3. **Actividades de Control:** Son las políticas y procedimientos que permiten obtener una seguridad razonable de las disposiciones emitidas por la Municipalidad;
4. **Información y Comunicación:** Mantener información actualizada, para posteriormente comunicar efectivamente a los diferentes niveles de la estructura organizativa y en su caso a la ciudadanía para dar a conocer e identificar las necesidades, registrarlas y posteriormente darles solución; y
5. **Monitoreo:** Darle seguimiento a las diferentes actividades que se realicen en la Municipalidad.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 5.- La responsabilidad por el diseño, implantación, evaluación y perfección del Sistema de Control Interno, corresponderá al Concejo Municipal y a las jefaturas de cada Unidad; cada empleado deberá realizar las acciones necesarias para garantizar su efectivo cumplimiento.

Control Interno Administrativo

Art. 6.- El control interno administrativo, los procedimientos y registros que conciernan a los procesos de decisión, estarán constituidos por el Plan de Organización, el cual conduce a la autorización de las transacciones por parte del Concejo Municipal, de tal manera que fomente la eficiencia en las operaciones, observancia de políticas, normas prescritas y el logro de las metas y objetivos programados.

Control Interno Financiero

Art. 7.- El Control interno financiero, comprenderá el Plan de Organización, los procedimientos y registros concernientes a la custodia de recursos financieros, verificación de la exactitud, confiabilidad y oportunidad de los registros e informes financieros.

El control interno financiero, deberá ser proyectado para dar una seguridad razonable, a fin de que:

- a) Las operaciones y transacciones se ejecuten, de acuerdo con la autorización general o específica;
- b) Dichas transacciones se registrarán convenientemente para permitir la preparación de estados financieros, de conformidad con los principios y normas adoptadas por la Municipalidad y con sujeción a las demás disposiciones legales; y
- c) Los recursos municipales, estarán debidamente salvaguardados, de tal manera que su acceso o disposición sea para fines de la entidad; la gestión financiera, contará con la documentación de soporte necesaria; así como también, registros, estados financieros presentados, los cuales serán conciliados periódicamente.

Control Interno Previo

Art. 8.- Comprenderá los procedimientos que permitirán analizar las operaciones que se hayan proyectado antes de su autorización o de que surtan efecto, con el propósito de determinar su propiedad, legalidad, veracidad y conformidad con el presupuesto, programa y planes.

El Control Interno Previo, será efectuado por los servidores municipales responsables del procesamiento de las operaciones, sin que existan unidades administrativas específicas para este propósito.

Control Interno Previo al Compromiso

Art. 9.- Comprenderá el examen de las operaciones o transacciones propuestas, que puedan generar compromiso de los fondos municipales, con el propósito de determinar lo siguiente:

- a) Pertinencia de las operaciones propuestas, determinando si está relacionada directamente con los fines de la entidad;
- b) Legalidad de la operación, asegurándose que la entidad cuente con competencia legal para ejecutarla y no existan restricciones o impedimentos para realizarla; y
- c) Conformidad con el presupuesto o disponibilidad de fondos asignados, para financiar la transacción.

En el Control Interno Previo al Compromiso, los servidores municipales en sus labores ordinarias, verificarán la conformidad con los fines institucionales y disponibilidad presupuestaria, para la ejecución del gasto. También considerarán la propiedad y legalidad de las transacciones que sean normales y repetitivas y no requieran mayor detalle en el análisis, agilizando entonces los correspondientes trámites.

Control Interno Previo al Desembolso

Art. 10.- El Control Interno Previo al Desembolso, comprenderá el examen de las transacciones antes de que se efectúe el pago de bienes o servicios adquiridos; al examinar cada desembolso propuesto, se deberá determinar principalmente:

- a) Veracidad de la transacción, mediante el análisis de la documentación y autorización respectiva;
- b) Que la operación no haya variado de manera significativa, con respecto al compromiso previamente establecido;
- c) Existencia de fondos disponibles, para cancelar la obligación dentro del plazo establecido;
- d) Quien lleve a cabo el control interno previo al desembolso, deberá revisar la veracidad y legitimidad de la transacción.

Control Interno Posterior

Art. 11.- Será la evaluación de los sistemas de administración e información y de los procedimientos de control interno incorporados; así como también, el examen de las tareas administrativas, financieras y operacionales de la Municipalidad, efectuado con posterioridad a su ejecución por la Unidad de Auditoría Interna.

Seguridad Razonable

Art. 12.- El Sistema de Control Interno, proporcionará seguridad razonable para el cumplimiento de los objetivos de la Municipalidad.

CAPITULO I**NORMAS RELACIONADAS CON EL AMBIENTE DE CONTROL****Integridad y Valores Éticos**

Art. 13.- El Concejo Municipal y demás niveles de jefaturas o encargados de cada Unidad, deberán mantener y demostrar integridad y valores éticos en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones; así como también, contribuir a su liderazgo y acciones a promoverlos en la Municipalidad, para su cumplimiento por parte de los demás servidores; por lo que, se deberá contar con un Código de Ética que regule la conducta de los funcionarios y empleados municipales, en el desempeño de sus actividades laborales.

Los principios y valores éticos, estarán definidos en el Código de Ética de los Funcionarios y Trabajadores de la Alcaldía Municipal de San Carlos, Departamento de Morazán.

Compromiso con la Competencia

Art. 14.- El Concejo Municipal y jefes o encargados de las diferentes dependencias, deberán realizar acciones que estimulen al personal a mantener un nivel aceptable de capacidad e idoneidad para el desempeño de sus cargos.

La Municipalidad, deberá aplicar los procedimientos establecidos en el Manual de Evaluación y Funciones, Reglamento Interno de Trabajo y Manual Descriptor de Puestos.

Cada Manual, tendrá definido los objetivos, políticas y procedimientos aplicables a la Municipalidad.

Estilo de Gestión

Art. 15.- El Concejo Municipal y jefes o encargados, deberán desarrollar y mantener un estilo de gestión democrático y participativo, que le permita administrar con transparencia, orientado a la medición del desempeño y que promueva una actitud positiva hacia mejores procesos de control.

Para cumplir con un estilo de gestión, deberá aplicarse lo establecido en el Manual de Evaluación del Desempeño Laboral.

Estructura Organizacional

Art. 16.- El Concejo Municipal, difundirá la aplicación de la estructura organizacional establecida en el Manual de Organización y Funciones, en donde se definirá el nivel de autoridad y dependencia jerárquica de cada Unidad organizativa. Dicho Manual, deberá ser actualizado y aprobado por el Concejo Municipal cada tres años.

Definición de Areas de Autoridad, Responsabilidad y Relaciones de Jerarquía

Art. 17.- El Concejo Municipal, deberá asignar autoridad, responsabilidad adecuada y aceptable según el cargo; así como también, establecer claramente las relaciones de jerarquía, proporcionando los canales apropiados de comunicación mediante: La estructura organizativa, Manual de Organización y Funciones y Descriptor de Puestos, en los cuales se definirán los objetivos, niveles de autoridad y responsabilidad de cada funcionario y empleado, según el cargo.

Políticas y Prácticas para la Administración del Recurso Humano

Art. 18.- El Concejo Municipal, para lograr una excelente administración del recurso humano, deberá definir, aprobar y aplicar políticas y prácticas en el: Manual de Contratación, Inducción, Formación y Actualización, tendientes a la promoción de la motivación y cultura de servicio entre el personal de todos los niveles organizacionales, que garanticen un excelente trato humano.

Delimitación de Funciones y Responsabilidades

Art. 19.- El Concejo Municipal y jefaturas, delegarán autoridad y responderán por ella, manteniendo los canales más directos de comunicación; para ello, se contará con el Manual de Organización y Funciones y Descriptor de Puestos, debidamente actualizado y aprobado por el Concejo Municipal.

Todo el personal, deberá cumplir con los objetivos y metas que les competen hacer, manteniendo además las responsabilidades y requisitos del perfil asignado a cada puesto.

Reclutamiento y Selección de Personal

Art. 20.- La Alcaldía, realizará reclutamiento para identificar e interesar candidatos que llenen las vacantes; para seleccionar a la persona, deberá realizar entrevistas, verificación y otros procedimientos, a efecto de determinar la capacidad técnica, profesional, honestidad, responsabilidad, y otros atributos para el desempeño del cargo.

Inducción

Art. 21.- El Concejo Municipal, establecerá procesos de inducción, a efecto de familiarizar a los funcionarios o servidores municipales con la Institución, funciones, políticas, atribuciones del cargo y el personal con quien van a relacionarse.

Capacitación

Art. 22.- La Alcaldía, ejecutará programas de capacitación para desarrollar las capacidades y aptitudes de los empleados municipales en el campo de su competencia, sobre la base de un diagnóstico que contenga las necesidades de capacitación y otros aspectos.

Expedientes de Personal

Art. 23.- La Alcaldía, deberá contar y mantener actualizados los expedientes del personal, para facilitar la toma de decisiones en la administración del recurso humano.

Unidad de Mando

Art. 24.- En los manuales de Organización y Funciones, se deberá establecer las líneas de autoridad y de cada empleado, los cuales responderán de sus funciones ante una sola autoridad.

Art. 25.- Se delegará por escrito la autoridad y función necesaria de todos los niveles jerárquicos establecidos, asignándoles competencia para tomar decisiones en los procesos de operación, con el objetivo de poder cumplir con las funciones encomendadas.

Separación de Funciones Incompatibles

Art. 26.- Las funciones de las diferentes unidades organizativas y la de sus servidores deberán separarse, de tal manera que exista independencia entre las funciones de autorizar, ejecutar, registrar, custodiar y controlar las operaciones.

Unidad de Auditoría Interna

Art. 27.- El Concejo Municipal, contará con la Unidad de Auditoría Interna, ya que según el Código Municipal, establece que en los municipios con ingresos anuales inferiores a cinco millones de colones o su equivalente en dólares, de los Estados Unidos de América, deberán tener una Unidad de Auditoría Interna, la cual dependerá jerárquicamente del Concejo Municipal y deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Que no ejerza funciones en los procesos de administración, finanzas ni en la toma de decisiones de la entidad;
- b) Formule y ejecute con total independencia funcional, el Plan Anual de Auditoría, el cual deberá enviarlo a la Corte de Cuentas de la República, de conformidad con las disposiciones legales aplicables;
- c) Remita copia de los informes de auditoría practicados a la Corte de Cuentas de la República, para los efectos legales pertinentes; y
- d) Que el Auditor Interno sea nombrado por el Concejo Municipal.

CAPITULO II**NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS****Definición de Objetivos Institucionales**

Art. 28.- El Concejo Municipal y jefes de departamentos, para la formulación con base a la misión y visión institucional, definirán los objetivos y metas a largo plazo y la identificación de estrategias, que les permita anticiparse a los cambios que puedan afectar su capacidad para alcanzar los resultados previstos. El Plan Estratégico Institucional, deberá incluir una integración de actividades y un enfoque sistemático, que comprenderá a las políticas y programas necesarios para ejecutar los proyectos, que traduzcan la visión y misión a términos concretos.

Planificación Participativa

Art. 29.- El Concejo Municipal, deberá aplicar el Plan Participativo de Desarrollo con Proyección Estratégica, el cual será evaluado por el Comité de Desarrollo del Municipio, creado por todos los sectores involucrados en el quehacer Municipal, tales como: Miembros del Concejo, jefes de instituciones y líderes comunales, quienes tendrán como función principal, dar seguimiento y garantizar la ejecución de este Plan.

Identificación de Riesgos

Art. 30.- El Concejo Municipal y demás jefaturas o encargados de cada Unidad, deberán identificar los factores de riesgos relevantes, internos y externos, asociados al logro de los objetivos municipales que puedan ocurrir en las siguientes áreas:

- a) Efectivo;
- b) Inventarios;
- c) Recurso humano;
- d) Adquisiciones de bienes y servicios;
- e) Registro y control tributario; y
- f) Archivo general.

Art. 31.- Para lograr la identificación de riesgos el Concejo Municipal y encargados de cada Unidad, deberán realizar un estudio de los resultados financieros para la prestación de servicios y diagnóstico potencial y económico financiero Municipal; así como también, tener encuestas por el personal que labore en cada Unidad, para conocer los riesgos identificados en cada uno de ellos.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 32.- El Concejo Municipal, implementará un Sistema de Análisis de Riesgo, con el propósito de analizar periódicamente los riesgos identificados.

El Sistema de Riesgos que se aplicará, será a través de revisiones de documentos de forma periódica en las diferentes áreas que integren la Municipalidad, siendo responsables de implementarlo el Concejo Municipal y jefaturas.

Gestión de Riesgos

Art. 33.- El Concejo Municipal y demás jefaturas, definirán las opciones de respuesta ante los riesgos tendientes a evitar, reducir o transferir, registrando la aplicación concreta de dichas operaciones que entrarán a prevenir o reducir el riesgo y formarán parte del Plan de Manejo. En él se identificarán las dependencias o áreas encargadas de ejecutar las acciones propuestas.

CAPITULO III**NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL****Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos**

Art. 34.- El Concejo Municipal, a través del Alcalde, Secretario y jefes de Departamento, deberán implantar un Sistema de Gestión que les permita documentar por escrito las políticas y procedimientos que garanticen la adecuada operatividad del Sistema de Control Interno y que además, permita la divulgación a los empleados para garantizar el cumplimiento de los objetivos.

Para ello, el Concejo a través de los jefes de Departamento, deberán elaborar un Manual de Políticas y Procedimientos de Autorización y aprobación de las operaciones.

Actividades de Control

Art. 35.- El Concejo Municipal, establecerá un Sistema de Control Interno que permita lograr:

- a) Eficiencia, efectividad y eficacia de las operaciones;
- b) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información; y
- c) Cumplir con las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Este Sistema, deberá estar comprendido en principios y prácticas de control interno, utilizadas para promover la administración eficiente de los recursos públicos; dentro de las prácticas o técnicas a considerar están:

- a) Validación, que comprende los mecanismos de autorización, comparación, verificación de la pertinencia y legalidad;
- b) Aseguramiento, que incluye procedimientos de control, tendientes a reducir riesgos y errores que puedan producirse durante la ejecución de las actividades de la entidad;
- c) Reejecución, se refiere a la verificación durante el proceso de ejecución; y
- d) Especialización funcional, están dadas por la segregación de funciones, acceso restringido, supervisión y Auditoría Interna.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 36.- El Concejo Municipal y jefes de departamentos, deberán elaborar un Manual de Políticas y Procedimientos de Control Interno, que defina claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la Institución.

Políticas de Autorización y Aprobación

Art. 37.- El Tesorero, será responsable que todos los gastos que realice la Municipalidad, estén debidamente autorizados por el funcionario competente, independiente de quien realice funciones contables, refrende cheques o sea responsable del manejo de bienes y valores; los gastos serán sometidos en cuanto a la pertinencia, legalidad, veracidad y conformidad con los planes y presupuestos.

Al establecer y verificar la propiedad, legalidad, veracidad y conformidad con el presupuesto de todos los gastos institucionales, se facilitará el normal desarrollo de las actividades sin interrupciones al proceso normal o al trámite de cada transacción.

Art. 38.- El Concejo Municipal, a través del Secretario y demás jefes de departamentos, divulgarán a todos los funcionarios en cada nivel, el grado de responsabilidad que asuman, especialmente con respecto a la aprobación y autorización de gastos; por lo que, será necesario divulgar con el personal que se asigne dicha función, los grados de responsabilidad descritos en los artículos 57, 58, 59, 60 y 61, de la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

Sistema de Suministros

Art. 39.- El Concejo Municipal, será responsable que el Sistema de Suministros, posibilite la identificación de los responsables de la autorización, adjudicación, contratación y recepción; que se sujetará a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y otras disposiciones legales aplicables.

Requerimiento de Bienes y Servicios

Art. 40.- El Encargado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable que toda adquisición de bienes y servicios que realice la Municipalidad, cuente con el debido requerimiento suscrito por el responsable del Area o Unidad administrativa usuaria. Lo solicitado, estará incluido en el Plan Anual de Adquisiciones o en su modificación aprobada.

Adjudicación de Bienes y Servicios

Art. 41.- El Concejo Municipal, deberá nombrar un Encargado de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), quien será el responsable de llevar un control de expedientes de cada proyecto que se realice, incluyendo las compras.

Art. 42.- El Concejo Municipal, a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), será responsable que toda adjudicación de bienes o servicios que efectúe la Municipalidad, se realice bajo un Sistema de Evaluación cualitativa y cuantitativa, que obedezca a parámetros y criterios objetivos, medibles y comprobables, lo cual quedará documentado, de conformidad a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su Reglamento.

Art. 43.- El Concejo Municipal, deberá ejecutar todos los proyectos basándose y dándole cumplimiento a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Plan de Adquisiciones

Art. 44.- El Concejo Municipal, deberá elaborar el Plan Anual de Adquisiciones en coordinación con las áreas administrativas y financieras, a fin de cumplir con los objetivos y metas trazadas por la entidad para cada ejercicio fiscal.

Plan Anual de Trabajo

Art. 45.- El Concejo Municipal, deberá formular el Plan Anual de Trabajo, con base a los objetivos, políticas y prioridades, comprendiendo las metas y programación de actividades organizativas; las que deberán estar sustentadas en las necesidades que el Municipio tenga y que se identificarán por medio de cabildos abiertos u otras participaciones de la Comunidad.

Autorización sobre la Emisión de Cheques

Art. 46.- El Tesorero Municipal, será el responsable que los cheques emitidos por la Municipalidad, sean autorizados mancomunadamente por funcionarios competentes, quienes deberán estar nombrados por medio de Acuerdo del Concejo Municipal, uno de los cuales deberá ser el Tesorero, constituyendo éste la firma indispensable y dos miembros del Concejo, para que cualquiera de ellos firme como Refrendario. Para la autorización, se requerirá que los funcionarios sean distintos de aquellos responsables del manejo de ingresos a Caja y del registro contable y recepción o distribución de materiales y suministros; asimismo, la Municipalidad, deberá notificar a las instituciones financieras y/o bancarias respectivas, a más tardar el tercer día de emitido el Acuerdo.

Art. 47.- El Tesorero, será el responsable del manejo de todos los fondos percibidos por esta Municipalidad, relacionados con los pagos que se harán dentro y fuera de la entidad, ya sean pagos de planillas de jornal y todos los gastos, quedando con su debido soporte, con transparencia, veracidad, claridad o que se pueda comprobar la legalización del gasto, que esté disponible para su revisión en el momento oportuno o cuando sea requerido por los jefes inmediatos o autoridades correspondientes.

Las planillas de jornal, serán pagadas con cheque o se emitirá un solo cheque a nombre del Encargado de la obra, pero los demás trabajadores firmarán la planilla en constancia de recibir el dinero por el trabajo realizado; para el caso de los empleados municipales, se abonará el pago correspondiente a su cuenta bancaria.

El Tesorero Municipal, deberá cumplir con las políticas y procedimientos definidos en el Manual de Tesorería.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Activos

Art. 48.- El Concejo Municipal, deberá establecer por medio de documento, las políticas y procedimientos para proteger y conservar los bienes, fondos y valores, principalmente los más vulnerables. Para ello, elaborará un Manual de Políticas y Procedimientos para el Manejo de Activos.

Art. 49.- La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones, a través del Encargado de Bodega, deberá tener el control mensual de las existencias o inventarios, el cual deberá llevarlo, empleando métodos y/o técnicas modernas de contabilidad, de tal forma que se responda a las necesidades y naturaleza de la Institución.

Control de Bienes

Art. 50.- El Concejo Municipal, deberá nombrar Contador o Encargado de Contabilidad, el cual será el responsable del manejo del Sistema de Contabilidad Gubernamental, efectuando los registros oportunamente y la documentación deberá permanecer archivada como mínimo por un período de cinco años y los registros durante diez años.

Determinación de Cuentas Bancarias

Art. 51.- Toda cuenta bancaria, deberá estar a nombre de la Alcaldía Municipal de San Carlos, Departamento de Morazán, conforme a las disposiciones legales correspondientes, identificando su naturaleza cuando fueren cuentas para realizar proyectos.

Será recomendable el uso y mantenimiento del mínimo necesario de cuentas bancarias para facilitar su conciliación, control de cheques, elaboración de informes de Caja Chica, disponibilidades y minimizar errores de aplicación bancaria de la entidad.

Art. 52.- El Concejo Municipal, por medio del Departamento de Contabilidad, establecerá registros de activos fijos, los cuales deberán poseer la información suficiente, que identifique las características principales del bien que se trate: Su naturaleza, ubicación y nombre de la persona a quien se le haya asignado, fecha y costo de adquisición, vida útil, depreciación, amortización, revalúo, reparaciones extraordinarias y/o mantenimiento, descargo, adiciones y mejoras cuando aplique.

Codificación

Art. 53.- El Departamento de Contabilidad, establecerá un Sistema de Codificación para identificar los bienes del activo fijo, el cual estará constituido de acuerdo al tipo y características del bien que se trate y se colocarán en una parte visible, de tal manera que se facilite su ubicación al momento de realizar constataciones físicas.

Uso de Vehículos

Art. 54.- El Concejo Municipal, será responsable de que los vehículos propiedad de la Municipalidad, se utilicen para el servicio en las actividades de la entidad y deberán portar en un lugar visible el distintivo que identifique la Institución, éste no deberá ser removible.

Art. 55.- Los vehículos, deberán ser guardados al final de cada jornada en un lugar seguro dispuesto para ello, excepto en los casos que en razón de la misión encomendada, no sea posible retornar dentro de la misma jornada laboral a las instalaciones de la Municipalidad. Además, el Concejo Municipal considerará tener a disposición el vehículo de la Municipalidad para las personas de escasos recursos para el traslado a centros hospitalarios, debido a que la Unidad de Salud no cuenta con ambulancia.

Art. 56.- Las personas que tengan a su cargo el uso y manejo del vehículo propiedad de la entidad, tendrán la obligación del cuidado y conservación del mismo; al igual que el resguardo apropiado cuando no se encuentre en uso, de la misma forma serán responsables por los daños al vehículo ocasionados por la impericia, abuso o negligencia al conducirlo; así como también, de las infracciones a las leyes de tránsito, corresponderá a la entidad establecer los procedimientos administrativos relacionados con el control, mantenimiento y cumplimiento de aspectos legales, relacionados con la circulación de sus vehículos, a través del Concejo Municipal.

Art. 57.- El Concejo Municipal, llevará un libro de control del vehículo, para verificar misiones o reuniones u otra actividad autorizada por el Concejo Municipal y los kilometrajes que recorrerá el vehículo y calcular el gasto de combustible; para ello, se verá la misión oficial y otras actividades a la cual irá cada persona que utilizará el vehículo y así verificar el gasto de combustible para regularlo en el presupuesto Municipal vigente.

Registro y Revalúo de Bienes Inmuebles

Art. 58.- El Concejo Municipal, deberá documentar los bienes inmuebles propiedad de la Municipalidad, incluyendo edificios, áreas verdes y otros, mediante escrituras públicas, que amparen su propiedad y/o posesión y estar debidamente inscritas en el registro correspondiente, según indica la Ley y su respectivo revalúo se hará cada diez 10 años.

Denominación de Cuentas Bancarias

Art. 59.- El Concejo Municipal, deberá asegurar que todas las cuentas bancarias se identifiquen por su naturaleza y que estén a nombre de la Tesorería Municipal, reconociéndolas por fuente de financiamiento y proyectos.

Emisión de Cheques

Art. 60.- El Concejo Municipal, a través del Tesorero Municipal, deberá asegurar que la emisión de cheques se efectúe a nombre del beneficiario. Las firmas en los cheques emitidos, deberán estamparse manualmente, ofreciéndose seguridad máxima y por ningún motivo se firmarán cheques en blanco.

Art. 61.- Los cheques, deberán estar previamente numerados y los números de una misma serie deberán agotarse, antes de iniciar otra. Los cheques anulados, tendrán que llevar el sello de "anulado" y anexarse al taco de la chequera correspondiente.

Art. 62.- El Concejo Municipal, deberá nombrar una persona encargada de cuentas corrientes, quien será el responsable de llevar actualizado todos los registros de contribuyentes, dándole cumplimiento al Manual de Organización de Funciones.

Art. 63.- El Concejo Municipal y demás unidades que constituyan la Administración Tributaria Municipal, deberá ejercer control sobre el registro de contribuyentes y el tratamiento de la mora tributaria.

Manejo de Fondos Circulantes de Caja Chica y/o Proyectos

Art. 64.- El Concejo Municipal, deberá crear el Fondo Circulante de Caja Chica, cumpliendo con lo establecido en las disposiciones generales del Presupuesto Municipal vigente.

El Fondo, será mantenido mediante réintegros, de conformidad a los comprobantes que para el efecto se presenten, cuyo detalle se presentará con una liquidación, donde se reflejará la aplicación y clasificación presupuestaria del gasto, éste será suscrito por el Encargado del Fondo que será en el caso el Jefe del Registro del Estado Familiar y éste rendirá fianza. En ningún momento cada réintegro se excederá al límite autorizado. La mecánica de este Fondo, servirá para ahorrar tiempo y permitirá agilizar la satisfacción de diversas necesidades emergentes de la Municipalidad.

Arqueo de Fondos y Valores

Art. 65.- Deberán practicarse frecuentemente arqueos sin previo aviso, sobre la totalidad de fondos y valores que maneje la Municipalidad. Los arqueos, serán practicados por la Unidad de Auditoría Interna o por servidores independientes de quienes tengan asignada la responsabilidad de custodia, manejo o registro de los fondos, como lo son la Corte de Cuentas de la República y el Concejo Municipal.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 66.- El Concejo Municipal, deberá establecer un Manual de Políticas y Procedimientos sobre el Diseño y Uso de Documentos y Registros, que contribuya en la anotación adecuada de las transacciones y hechos significativos que se realicen en la Institución.

Los documentos y registros, deberán ser apropiadamente administrados y mantenidos, los cuales reunirán los siguientes requisitos:

- a) Tener un propósito claro;
- b) Ser apropiada para alcanzar los objetivos institucionales;
- c) Ser útil a los funcionarios para controlar las operaciones;
- d) Servir a los fiscalizadores u otras personas para analizar las operaciones; y
- e) Estar disponible y accesible para el personal autorizado y para que también los auditores la verifiquen cuando consideren necesario.

Uso y Control de Formularios Prenumerados

Art. 67.- La Municipalidad, para efectos de registrar sus operaciones internas, ingresos y egresos o control de los mismos, deberá utilizar formularios prenumerados, debiendo prever el número de copias, el destino de cada una de ellas y las firmas de autorización necesarias. Entre los documentos a utilizar se mencionan los siguientes: Cheque boucher, vale de Caja Chica, liquidación de Caja Chica, solicitud de compra, solicitud de cotizaciones, comprobantes de diario, comprobantes de ingreso.

Art. 68.- El vale de Caja Chica, deberá utilizarse como documento soporte del efectivo que se entregue para compras menores, a través del Fondo de Caja Chica. El documento de liquidación de Caja Chica se utilizará con el fin de liquidar los gastos efectuados a través de Caja Chica. La cotización de precios será utilizada con el propósito de adquirir los mejores precios y calidad de los bienes que se requieran. El comprobante de diario, se hace indispensable para detallar las operaciones contables.

Los comprobantes de ingreso, lo constituirán aquellos que sean expedidos a los usuarios o contribuyentes de los servicios de la Alcaldía.

Art. 69.- Para efectos de lo mencionado en el último inciso del artículo anterior; se deberá llevar un estricto control de la numeración correlativa que hubiere sido entregada a los encargados de efectuar los cobros correspondientes. Tratándose de la compra de bienes y servicios a particulares, en primer lugar el comprobante de egreso, lo constituirá la factura emitida por el vendedor, la cual deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley o en su defecto, recibo emitido por el vendedor de los bienes o servicios, comprobantes que deberán ser anexados al boucher respectivo para su contabilización.

Art. 70.- Los formularios, cualquiera que sea su naturaleza, deberán ser objeto de control permanente; su pérdida será oportunamente notificada al nivel jerárquico pertinente. Los formularios, que sean inutilizados deberán anularse y archivarse dentro de los legajos de los que hubieren sido utilizados correctamente, para mantener su control, secuencia numérica y evitar su uso posterior. La custodia de formularios que se encuentren sin utilizar, será responsabilidad del personal que los resguarde.

Registros

Art. 71.- Con el objeto de contar con registros que contribuyan a las anotaciones adecuadas de las transacciones y hechos significativos, el Concejo Municipal dotará a los jefes de departamentos de todos los registros necesarios para el soporte de las operaciones, tales como: Herramientas, formatos o planillas previamente elaboradas para el soporte de las transacciones que realicen, control de activos fijos por medio de tarjetas individuales, registros de contribuyentes en mora y todos aquellos registros que por su trascendencia cualitativa y cuantitativa sean útiles a los funcionarios para controlar las operaciones y fiscalizaciones.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 72.- El Concejo Municipal, deberá nombrar por medio de Acuerdo Municipal, a los servidores responsables de elaborar las conciliaciones mensuales de:

- a) Fondos por fuentes de financiamiento que administre la Municipalidad;
- b) Valores a Cobrar;
- c) Obligaciones financieras de la Municipalidad;
- d) Documentos pre numerados (Tiquetes, vialidades, recibos, cartas de venta y otros.); y
- e) Y otras conciliaciones de documentos y valores sujetos de cuantificación.

Art. 73.- El Encargado de la elaboración de conciliaciones deberá ser:

- a) Una persona independiente de la función de custodia y registro de operaciones;
- b) Capacitarse para realizar la función;
- c) Tener conocimientos contables; y
- d) Otros atributos personales y profesionales que sean necesarios de considerar.

Conciliaciones Bancarias

Art. 74.- Con el propósito de verificar saldos o disponibilidades bancarias, el Encargado de Contabilidad, deberá efectuar conciliaciones de todos los fondos, por lo menos una vez al mes, cinco días después de haber recibido el Estado de Cuenta Bancario correspondiente, con el propósito de asegurar la veracidad de los saldos y revelar cualquier error, omisión o transacción no registrada, ya sea por parte de terceros o por parte de la Institución. Esto permitirá que se tomen decisiones a tiempo y si fuere necesario la aplicación de acciones correctivas.

Valores a Cobrar

Art. 75.- El Concejo Municipal, a través de un servidor nombrado y autorizado, deberá conciliar en forma periódica los documentos que amparen los valores a cobrar, tales como: Estados de cuentas, listado de contribuyentes en mora con los registros auxiliares y cuentas de mayor.

Inventarios

Art. 76.- El Concejo Municipal, deberá conciliar cada seis meses, a través de la Unidad de Auditoría Interna o por otro servidor independiente, las existencias físicas de los inventarios con los registros auxiliares y cuentas de mayor.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal

Art. 77.- El Concejo Municipal, deberá establecer un Manual de Políticas y Procedimientos sobre Rotación de Personal, entre quienes realicen tareas claves o funciones afines. Este documento, deberá definir claramente cuáles serán las áreas que estarán sujetas a esta política, de manera que se obtenga el mayor beneficio posible, evitando caer en entorpecimiento de procesos, sino más bien alcanzar los objetivos institucionales y el fortalecimiento de la misión y visión Municipal.

Art. 78.- La política de rotación de personal que se adopte, deberá permitir que los funcionarios no tengan permanentemente el control de actividades específicas; disminuyendo con ello, el riesgo de encubrimiento, fraudes, errores, deficiencias administrativas, utilización indebida de recursos y a la vez mejorar las capacidades.

Control de Asistencia

Art. 79.- El Concejo Municipal, deberá de establecer normas y procedimientos que permitan el control de asistencia, permanencia en el lugar y puntualidad de los empleados, el cual se llevará registrado en libro de asistencia.

Será responsabilidad del Secretario Municipal, efectuar supervisión permanente del registro de asistencia, quien enviará por escrito al Alcalde Municipal las irregularidades encontradas.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Garantías o Caucciones

Art. 80.- El Concejo Municipal y jefes de departamentos, serán responsables de velar por el cumplimiento de la rendición de fianza por parte de los funcionarios y servidores encargados de recepcionar, controlar, custodiar o invertir fondos o valores públicos.

La rendición de fianzas, deberá ser razonable y suficiente para que sirva como medio de aseguramiento del adecuado cumplimiento de las funciones que ejerzan los encargados.

Fianzas

Art. 81.- El Concejo Municipal, a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional (UACI), deberá de reglamentar los procedimientos relacionados con garantías y cauciones, con el fin de salvaguardar los recursos, considerando la razonabilidad y suficiencia para que sirva como garantía del buen uso de los recursos.

Art. 82.- El Concejo Municipal, para la adquisición de obras, bienes y servicios, aplicará lo establecido en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), en lo concerniente a las garantías exigidas para contratar.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles Generales de los Sistemas de Información

Art. 83.- El Concejo Municipal y jefes de departamentos, serán responsables de velar por el uso y protección de toda clase de información que se genere y se divulgue en esta Institución, ya sea por medios magnéticos o manuales.

Para ello, se implementará un Sistema de Control, a través de la elaboración de backups cuando se manejen programas informáticos propios de la Municipalidad, aplicables a todas las operaciones generadas en cada Departamento.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación

Art. 84.- El Concejo Municipal, con el fin de prevenir, detectar y corregir errores e irregularidades, tales como: Adiciones, eliminaciones o alteraciones, mientras la información fluya a través de los sistemas de información, deberán elaborar un documento de políticas y procedimientos sobre los controles de aplicación específicos, en todos los procesos administrativos y financieros de la Municipalidad.

CAPITULO IV**NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION****Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación**

Art. 85.- El Concejo Municipal y las unidades, deberán diseñar e implementar sistemas de información que permitan la toma de decisiones para alcanzar los objetivos institucionales, estos sistemas de información, deberán ser aplicados para cada una de las unidades que compongan la organización Municipal, las cuales a su vez deberán contar con sus respectivos respaldos, que estos sistemas permitan a las autoridades rendir cuenta de la gestión por medio de cabildos abiertos, medios de comunicación, como: Radio, prensa, televisión, páginas Web, hojas volantes, etc.

Procesos de Identificación, Registro y Recuperación de Información

Art. 86.- El Concejo Municipal y jefes de departamentos, deberán diseñar por medio de documentos los procesos que le permitan identificar, registrar y recuperar la información, de eventos internos y externos, que requieran. El documento, deberá precisar claramente tipos de información que se generen en cada Area de la Municipalidad y a la vez establecer los usuarios internos y externos que tengan competencia de conocimiento en cada tipo de información generada, ya sea por divulgación, requerimiento o por cumplimiento legal.

Características de la Información

Art. 87.- El Concejo Municipal, jefes o encargados y demás empleados, deberán asegurarse que la información que proporcionen o reciban, sea completa, veraz, pertinente, confiable y oportuna.

Efectiva Comunicación de la Información

Art. 88.- La información interna y externa, deberá ser comunicada al usuario que la solicite en la forma y tiempos requeridos, siempre que no exista disposición legal expresa que lo prohíba.

Será responsabilidad del Alcalde Municipal, proporcionar información externa o podrá designar la persona indicada verificando la exactitud de la información.

Archivo Institucional

Art. 89.- El Concejo Municipal, deberá contar con un Archivo Institucional para preservar la información, en virtud de su utilidad y requerimiento jurídico y técnico.

Art. 90.- Será responsabilidad del Encargado de cada Unidad, mantener en buen estado la documentación que tenga a su cargo.

Art. 91.- El Concejo Municipal, será el responsable de autorizar la reposición de la documentación deteriorada del Registro del Estado Familiar, por medio de Acuerdo Municipal.

CAPITULO V**NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO****Monitoreo sobre la Marcha**

Art. 92.- El Concejo Municipal, a través del Secretario Municipal, deberá ejercer vigilancia y supervisiones periódicas de la ejecución de las actividades administrativas, para reducir la emisión de errores o su inmediata corrección.

Monitoreo Mediante Autoevaluación del Sistema de Control Interno

Art. 93.- Los jefes o encargados de las distintas dependencias, deberán de verificar la efectividad del Sistema de Control Interno, aplicando en sus respectivas áreas de competencia administrativa, mediante evaluaciones realizadas al menos una vez al año.

Evaluaciones Separadas

Art. 94.- La Unidad de Auditoría Interna, la Corte de Cuentas de la República y demás instituciones de control y fiscalización, de acuerdo a sus competencias, evaluarán periódicamente la efectividad del Sistema de Control Interno Municipal.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 95.- Los resultados o hallazgos de las actividades de monitoreo del Sistema de Control Interno, deberán ser comunicados por escrito al Concejo Municipal y jefes de Unidad, a efecto de que se tomen medidas correctivas en cada una de las áreas de la Municipalidad.

Acceso a la Información Pública

Art. 96.- El Concejo Municipal, nombrará a un Encargado de la Unidad de Acceso a la Información Pública y éste tendrá la responsabilidad de:

- a) Recoger y difundir la información oficiosa y propiciar que la Municipalidad la actualice periódicamente;
- b) Recibir y tramitar las solicitudes de acceso a la información y de datos personales;
- c) Ayudar a los particulares en la elaboración de solicitudes, entre otras.

CAPITULO VI**DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA**

Art. 97.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por la Municipalidad de San Carlos, Departamento de Morazán, considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, autoevaluaciones y evaluaciones separadas, practicadas al Sistema de Control Interno, esta labor estará a cargo de una Comisión nombrada por el Concejo Municipal. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas de la Municipalidad de San Carlos, Departamento de Morazán, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 98.- El Concejo Municipal, será responsable de divulgar las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, a sus funcionarios y empleados; así como de la aplicación de las mismas.

Art. 99.- Deróguese el Decreto No. 22, emitido por la Corte de Cuentas de la República, publicado en el Diario Oficial No. 79, Tomo No. 371, de fecha dos de mayo de dos mil seis.

Art. 100.- El presente decreto entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los tres días del mes de abril de dos mil catorce.

LIC. ROSALÍO TÓCHEZ ZAVALA,
PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA.

DECRETO No. 11

EL PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto No. 9, de fecha nueve de abril del año dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo 379, de fecha doce de mayo de 2008, la Corte de Cuentas de la República emitió el Reglamento de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- II. Que mediante nota de fecha 9 de mayo de 2013, el señor Director General de dicha entidad, solicitó a esta Corte la modificación del referido Decreto.
- III. Que según el artículo 111, del mencionado Decreto, todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

POR TANTO:

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

DECRETA EL SIGUIENTE REGLAMENTO, que contiene las:

**NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECIFICAS
DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
(ISSS)**

CAPITULO PRELIMINAR

Ambito de Aplicación

Art. 1.- Las Normas Técnicas de Control Interno Específicas, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que en este documento se denominará "el Instituto", constituirán las directrices generales para la realización de sus actividades, en todas sus oficinas administrativas y prestación de servicios de salud en los centros de atención.

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2.- El Sistema de Control Interno, es el conjunto de procesos concatenados, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa y operativa, realizados por los funcionarios y empleados del Instituto, diseñados para reducir los riesgos internos y externos que pudieran afectar los resultados.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3.- El Sistema de Control Interno, pretende garantizar al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos institucionales:

- a) **Objetivos de Gestión:** Están relacionados con la eficiencia, efectividad, eficacia, transparencia y economía en el desarrollo de los procesos administrativos y operativos;
- b) **Objetivos Relacionados con la Información:** Orientados al fortalecimiento de la confiabilidad, oportunidad de la información interna y externa, como mecanismo de rendición de cuentas y transparencia institucional; y
- c) **Objetivos Relacionados con el Cumplimiento de Leyes, Reglamentos, Disposiciones Administrativas y Otras Regulaciones Aplicables:** Están relacionados con el cumplimiento de la Normativa Legal y Técnica, aplicable a la gestión del Instituto por parte de sus empleados.

Componentes del Sistema de Control Interno

Art. 4.- Los componentes del Sistema de Control Interno del Instituto, serán: Ambiente de Control, Valoración de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Monitoreo.

Responsables del Sistema de Control Interno

Art. 5.- La responsabilidad por: El diseño, implantación, evaluación y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno, en la gestión administrativa, de salud y previsional, concernirá a la Dirección General del Instituto, a través de los funcionarios de nivel gerencial y jefaturas de cada Dependencia, en el ámbito de sus competencias.

Corresponderá a todos los demás empleados, realizar las acciones necesarias para velar por su efectiva implementación y cumplimiento y será responsabilidad del nivel gerencial, jefaturas y demás servidores, efectuar el control interno previo y concurrente.

Seguridad Razonable

Art. 6.- El Sistema de Control Interno, pretenderá proporcionar seguridad razonable para no afectar el cumplimiento de los objetivos del Instituto y se basará en el análisis, costo beneficio, previa implantación de cada actividad de control para determinar su alcance, viabilidad, factibilidad, conveniencia y contribución al logro de los objetivos.

CAPITULO I**NORMAS RELATIVAS AL AMBIENTE DE CONTROL****Integridad y Valores Éticos**

Art. 7.- La Dirección General, Subdirección General, Subdirecciones, Nivel Gerencial y jefaturas, serán responsables de fomentar el conocimiento y práctica de la misión y visión; así como también, de actuar con integridad, practicar valores éticos y morales en el cumplimiento de sus deberes y obligaciones; así mismo, liderar y promover acciones en la Institución para el cumplimiento de los demás servidores.

Art. 8.- Los empleados y funcionarios del Instituto, serán regidos por las pautas de conducta establecidas en la Ley de Etica Gubernamental, en lo correspondiente al marco de ética organizacional y de atención al derechohabiente; así como también, cualquier otro cuerpo legal de aplicación para los empleados y funcionarios públicos.

Art. 9.- La Jefatura, responsable de dirigir cada dependencia de la organización, deberá contribuir mediante el desempeño de sus funciones al logro de los objetivos institucionales y al fomento de valores éticos y morales.

Art. 10.- Las jefaturas de las dependencias del Instituto, serán responsables de generar un clima organizacional propicio en que, a través del liderazgo y la inducción al personal, se motive la integración de un equipo multidisciplinario de trabajo en el desempeño de sus funciones, con equidad, calidad, ética, eficiencia y calidez.

Art. 11.- Cada Jefatura del Instituto, será responsable de brindar al personal de nuevo ingreso los instrumentos y herramientas indispensables para el desempeño de sus funciones; así como también, darle a conocer las normas éticas que rigen en esta Institución, para el desempeño laboral y de atención al derechohabiente.

Art. 12.- Las jefaturas, serán responsables de fomentar la correcta interrelación con las distintas dependencias de la organización, estableciendo efectivos canales de comunicación que permitan mantener una cultura organizacional, basada en el cumplimiento de los valores éticos.

Art. 13.- Será responsabilidad de las jefaturas, procurar que el personal guarde la confidencialidad de la información institucional y que en su desempeño, practique las normas de cortesía, respeto, moral, urbanidad y cívica.

Compromiso con la Competencia

Art. 14.- La Jefatura, responsable de cada Dependencia, en coordinación con el Area de Recursos Humanos, deberá corroborar que el personal de nuevo ingreso, cumpla con el proceso de reclutamiento y selección establecido en los manuales de Normas y Procedimientos correspondientes.

Art. 15.- Los niveles gerenciales, apoyados por el Area de Recursos Humanos, deberán velar porque su personal disponga continuamente de la capacitación y adiestramiento que contribuya al desempeño eficaz y eficiente de las funciones que el puesto de trabajo le exija y mantenga el nivel de aptitud, actitud e idoneidad que conlleve al logro de los objetivos de su Dependencia.

Art. 16.- Los niveles gerenciales y jefaturas, orientarán a su personal en la adopción y ejecución de controles internos para la adecuada implementación de sus actividades, brindando seguimiento y apoyo periódico. El personal, deberá desempeñar sus labores con cuidado y esmero, a fin de brindar un servicio con calidad, cumplir con sus metas y otros requerimientos.

Estilo de Gestión

Art. 17.- Los niveles gerenciales, serán responsables de emplear un estilo de gestión participativa orientada a incentivar y mantener las buenas prácticas y logros sobresalientes, todo con el fin de fortalecer y fomentar la motivación individual.

Art. 18.- Las jefaturas de las dependencias del Instituto, tendrán la responsabilidad de ejercer la supervisión de las áreas de gestión mediante procedimientos de control, a fin de promover en el personal una actitud positiva y receptiva que contribuya a la minimización de los riesgos.

Art. 19.- Las jefaturas, serán responsables de aplicar controles administrativos establecidos, en los manuales de Normas y Procedimientos y otras regulaciones aplicables, que permitan evaluar el desarrollo de las actividades del personal; así como también, la reorientación y encausamiento de las actividades para el logro de los objetivos y de metas de trabajo propuestas.

Estructura Organizacional

Art. 20.- El responsable de cada elemento organizacional; así como también, el personal que lo conforme, deberá respetar la estructura organizativa definida y aplicar adecuadamente los niveles de responsabilidad, obligaciones y derechos del personal, logrando eficacia y eficiencia en los productos finales.

Art. 21.- Las jefaturas de las dependencias del ISSS, canalizarán a través de la Unidad de Desarrollo Institucional, la evaluación, diseño y propuestas de mejora a su estructura organizativa, la cual deberá contar con el visto bueno de los Subdirectores, exceptuando aquellas que dependan directamente de la Dirección General. La Unidad de Desarrollo Institucional gestionará la aprobación del Director General y autorización del Consejo Directivo.

Art. 22.- La estructura organizacional, deberá orientarse a definir roles y funciones de los diferentes niveles de la organización, con base al Plan Estratégico, para que actúen en forma sinérgica y complementaria; a fin de obtener resultados de calidad, fomentando la mejora del desempeño individual, del equipo de trabajo y del clima organizacional.

Definición de Áreas de Autoridad, Responsabilidad y Relaciones de Jerarquía

Art. 23.- La autoridad máxima de cada dependencia, en coordinación con las áreas responsables, deberá definir y documentar las competencias y responsabilidades de cada nivel de su estructura organizativa, los procesos administrativos y productos finales.

Art. 24.- La autoridad responsable y el equipo de trabajo, deberán tener claramente definidas, acatar e implementar adecuadamente las relaciones jerárquicas, objetivos, canales de comunicación, responsabilidades, limitaciones, ámbito de acción y productos finales especificados en el Plan Anual de Trabajo y en el Manual de Organización de cada Dependencia.

Art. 25.- La Jefatura competente, podrá delegar autoridad, no así la responsabilidad por los resultados obtenidos en la gestión, la que será compartida.

Políticas y Prácticas para la Administración del Capital Humano

Art. 26.- La autoridad responsable de cada Dependencia, deberá respetar y acatar las políticas y prácticas para la administración de los recursos humanos formalizadas en los manuales, instructivos y documentos institucionales, relacionados con: La contratación, inducción, adiestramiento, evaluación, promoción y acciones disciplinarias.

Auditoría Interna

Art. 27.- La auditoría interna, se realizará de forma permanente, objetiva e independiente, a fin de contribuir a la eficiencia, calidad y logro de los objetivos institucionales. Su acción se efectuará bajo un enfoque sistémico e integral de las áreas que la conformen, orientado hacia el desarrollo de una auditoría de riesgos, se regirá por lo establecido en las Normas de Auditoría Gubernamental, emitidas por la Corte de Cuentas de la República.

Art. 28.- El personal técnico de auditoría, tendrá acceso irrestricto a los registros, archivos y documentos que sustenten la información y operaciones del Area auditada, enmarcado según la naturaleza de la auditoría en ejecución, considerando que si ésta es clasificada o reservada, con ese mismo carácter será revisada.

Art. 29.- La Unidad de Auditoría Interna organizativamente, dependerá del Consejo Directivo, debiendo mantener y garantizar una comunicación bilateral constante con los auditados, durante todo el proceso y fases de la auditoría.

Art. 30.- La Unidad de Auditoría Interna, contará con un Plan Anual de Trabajo, el cual deberá ser aprobado por el funcionario de quien dependerá jerárquicamente y será remitido a la Corte de Cuentas de la República.

CAPITULO II

NORMAS RELATIVAS A LA VALORACION DE RIESGOS

Definición de Objetivos y Metas Institucionales

Art. 31.- Será responsabilidad de la Dirección General, definir los lineamientos estratégicos y políticas institucionales de gestión, en coordinación con el nivel Gerencial. Las jefaturas correspondientes, deberán definir los objetivos y metas de trabajo por Area de gestión, de acuerdo con la visión y misión institucional.

Art. 32.- Cada Dependencia de la organización, elaborará los planes anuales operativos y proyectos de funcionamiento, en concordancia con el Plan Estratégico.

Art. 33.- El monitoreo, del avance en el cumplimiento de los objetivos y metas proyectadas en los planes anuales operativos y proyectos respectivos, deberá ser efectuado por la Jefatura de cada Dependencia en forma mensual, remitiendo dichos resultados al Area correspondiente para la realización de evaluaciones trimestrales de avance del Plan Estratégico y notificación oportuna a la Administración Superior.

Planificación Participativa

Art. 34.- La Administración Superior, será la responsable de dar el visto bueno y líneas de trabajo para formular el Plan Estratégico, previo al estudio de la situación actual, análisis del entorno y de las características internas significativas, teniendo en consideración todas las disposiciones legales internas y externas aplicables.

Art. 35.- Cada Jefatura, será responsable de la formulación del Plan Anual de Trabajo, el cual será integrado por la Dependencia encargada, de conformarlo tendiente a lograr el cumplimiento de los objetivos generales y el alcance de la visión del Instituto.

Art. 36.- Será responsabilidad de la Dirección General, Subdirección General, Subdirecciones, nivel Gerencial y jefaturas de las diferentes dependencias del Instituto, promover en el personal un ambiente participativo de trabajo para la elaboración de los diversos planes.

Art. 37.- Los planes institucionales aprobados, deberán ser divulgados por las jefaturas respectivas.

Identificación de Riesgos

Art. 38.- La Jefatura responsable, deberá identificar a través de un método técnico aplicable los factores de riesgos relevantes en aspectos tales como: Sistemas de información, infraestructura física, legislación o regulaciones, medio ambiente, entre otros, que sean determinantes para el logro de su gestión; ya sean éstos internos como externos y que puedan incidir negativamente al logro de los objetivos y metas institucionales, con un plazo no mayor de cinco años.

Análisis de Riesgos Identificados

Art. 39.- La autoridad responsable de cada Dependencia, deberá analizar la probabilidad de ocurrencia y el impacto de los eventos de riesgos, estimar el costo de pérdida y priorizarlos de acuerdo al impacto desfavorable que pudieran tener, con el fin de administrar los factores que presenten mayor exposición al riesgo (Siempre que el resultado de la Exposición al Riesgo (ER) sea más alto, se priorizará la administración de estos riesgos).

Gestión de Riesgos

Art. 40.- Será responsabilidad de las jefaturas establecer, las acciones encaminadas a minimizar la ocurrencia de los factores de riesgos identificados y priorizados; así como también, realizar el debido seguimiento para conocer la efectividad alcanzada.

CAPITULO III

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Responsables de Implementar los Sistemas Administrativos

Art. 41.- Será responsabilidad de cada Jefatura de División o de Unidad y Centros de Atención, asegurar la implantación, funcionamiento y actualización de los sistemas administrativos, cuidando de incorporar en ellos el control interno de forma integrada.

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos

Art. 42.- El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional, deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

Art. 43.- Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

Art. 44.- Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al Area correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

Art. 45.- El personal que ejecute los procedimientos, seá responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 46.- Será responsabilidad de las jefaturas superiores del Instituto, autorizar oportunamente los documentos normativos que sean generados por las dependencias encargadas de su elaboración.

Art. 47.- Las dependencias responsables de elaborar documentos normativos de aplicación general para el funcionamiento del Instituto, deberán solicitar de acuerdo al ámbito que le corresponda la autorización del nivel superior, de conformidad de la estructura organizativa vigente.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 48.- Los documentos y registros de uso interno institucional, deberán estar en concordancia con los procedimientos definidos, a fin de lograr los objetivos de la organización y del control interno.

Art. 49.- Las revisiones y enmiendas de los documentos de uso oficial, serán permitidas solamente con la aprobación del Area responsable de documentar, divulgar y distribuir los instrumentos técnicos administrativos actualizados a los usuarios.

Definición de Políticas de Carácter Financiero

Art. 50.- Será responsabilidad del Area Financiera y de los titulares, que ésta designe velar por la ejecución de las actividades de control y análisis relacionadas con las operaciones financieras.

Art. 51.- Las dependencias del Instituto relacionadas con el proceso de control contable, deberán registrar las operaciones de carácter financiero, para efectuar los cierres contables y remitir la documentación oportunamente, según corresponda de acuerdo a lo regulado por la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y otras leyes aplicables.

Definición de Políticas y Procedimientos Sobre Activos

Art. 52.- El Instituto, a través de las áreas Administrativa y Financiera, establecerá políticas y procedimientos para controlar, proteger y conservar los activos institucionales.

Art. 53.- El Area de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, considerando las disposiciones establecidas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), deberá concentrar los procesos de compra de bienes y servicios, con base a la estimación de necesidades anuales de las diferentes dependencias y la respectiva asignación presupuestaria.

Art. 54.- El uso de los activos, tales como: Bienes de consumo, fondos de efectivo, vehículos, instalaciones, equipo de cómputo, audiovisual, promocional, de propiedad intelectual y otros, estará acorde a las necesidades del Instituto, siendo cada funcionario el responsable de la custodia y autorización de las operaciones vinculadas al movimiento de dichos activos, de conformidad a las políticas y procedimientos de control establecidos.

Art. 55.- La venta, donación, dación en pago u otro tipo de operación traslativa de dominio permitida por la Ley entre entidades privadas, estatales o autónomas, se regirán por políticas y procedimientos específicos, previa aprobación del Consejo Directivo del Instituto y de conformidad a las leyes y disposiciones vigentes.

Definición de Políticas y Procedimientos Sobre Garantías o Cauciones

Art. 56.- Con el fin de garantizar la protección de los bienes del Instituto, todo pago de indemnizaciones, a razón de las pérdidas de dinero u otros bienes con valor pecuniario y que resulte como consecuencia de siniestros o actos fraudulentos cometidos por uno o varios empleados del Instituto en el desempeño de sus cargos, estará cubierto por las pólizas de seguro contratadas, previa investigación y proceso de deducción de responsabilidades.

Art. 57.- Los empleados cubiertos por la póliza de seguros, serán todas las personas con quienes el Instituto hubiese celebrado contrato de trabajo vigente en el desempeño de las funciones inherentes a sus cargos.

Definición de Políticas Sobre Conciliación Periódica de Registros

Art. 58.- Las jefaturas, serán responsables de documentar las políticas de conciliación de registros, a fin de garantizar que ésta sea correcta o de corregir las inconsistencias, si las hubieren.

Art. 59.- Las conciliaciones, se deberán realizar tanto entre los registros y documentos fuente de las anotaciones, como entre registros de las dependencias administrativas y generales del Instituto, para los diferentes tipos de información que se hace uso en el ISSS.

Definición de Políticas para el Otorgamiento de Prestaciones al Derechohabiente

Art. 60.- Las jefaturas responsables, velarán por el cumplimiento de las actividades establecidas para el aseguramiento de patronos, trabajadores y sus beneficiarios, encaminado al efectivo control patronal, recaudación oportuna de las cotizaciones y al cumplimiento del otorgamiento de los beneficios económicos y previsionales. Todo de conformidad a lo establecido en las leyes, reglamentos y otras regulaciones aplicables.

Art. 61.- Las áreas responsables, deberán proveer a todas las dependencias del Instituto, el marco regulatorio y normativo para el otorgamiento de las prestaciones en salud y previsionales, siendo las jefaturas correspondientes, las que velarán por su cumplimiento.

Definición de Políticas y Procedimientos Relacionadas al Recurso Humano

Art. 62.- El Area de Recursos Humanos, será responsable de proveer a todas las dependencias del Instituto, las Descripciones de Puestos para la presentación de documentación relacionada con la administración de puestos y movimientos de personal en las respectivas áreas, a fin de que ejecute en forma eficiente y eficaz las actividades propias de cada Dependencia, de acuerdo a la legislación y Normativa interna aplicable.

Art. 63.- Las jefaturas de las diferentes dependencias, deberán establecer la rotación de su personal cuando aplique, con el objetivo de promover la capacitación continua y mayor eficiencia en las áreas de trabajo.

Art. 64.- El Area de Recursos Humanos, será la responsable de tramitar el otorgamiento de las prestaciones y el pago de las remuneraciones a los empleados del Instituto.

Definición de Políticas Relacionadas a los Sistemas de Información

Art. 65.- Los centros de cómputo y áreas de segmentación existentes en las dependencias del Instituto, deberán cumplir lo establecido en el Manual de Políticas y de Procedimientos correspondientes, demás documentación necesaria y programas fuentes para facilitar el mantenimiento de las aplicaciones que sean desarrolladas en ellas.

Art. 66.- El área de Informática, en coordinación con los administradores de red local, establecerán y ejecutarán planes contingenciales en las diferentes áreas para la recuperación de la información crítica que se administre, a través de equipos de segmentación, red de datos y estaciones de trabajo.

Art. 67.- El Area de Informática, será la responsable de contar con los respaldos actualizados de información contenida en los servidores de producción institucionales y de almacenarla en un lugar externo a la Institución (cajas de seguridad, bancos, otras oficinas, etc.) que garantice el acceso, protección y seguridad de los mismos.

Art. 68.- El Area de Informática, será la responsable de la creación de usuarios, cuentas de correo electrónico, acceso a navegación por Internet y otros para el desarrollo de las operaciones del Instituto.

Art. 69.- Será responsabilidad de cada usuario, mantener la confidencialidad de su contraseña, la cual será personal e intransferible. Todas las acciones que se realicen en su nombre, a través de correo electrónico, acceso a sistemas y otros similares, acarrearán responsabilidad ante cualquier organismo contralor, interno o externo, que se declare como ofendido por violentar aspectos legales sobre la propiedad intelectual.

Los aspectos mencionados en este artículo, deberán ser comunicados por la Jefatura de Informática al Jefe de la Dependencia correspondiente, cuando se de el caso en el personal bajo su cargo, a fin de que se apliquen las medidas correspondientes.

Definición de Políticas y Procedimientos de los Controles de Aplicación

Art. 70.- Las jefaturas y usuarios que para el desarrollo de sus funciones utilicen aplicaciones informáticas, deberán contar con los manuales de los sistemas y aplicaciones instaladas, a efecto de prevenir y detectar errores e irregularidades durante las etapas de entrada, procesamiento y salida de información que incluya las interfaces y operarlos a fin de garantizar que ésta sea oportuna, completa, válida y actualizada, lo que facilitará la toma de decisiones

Art. 71.- Las jefaturas de División y Unidad, directores y administradores de Centros de Atención Médica, jefes de Departamento, Sección y/o Servicio, que cuenten con administradores de red local, deberán procurar mejoras a los mecanismos idóneos para controlar el procesamiento de la información.

CAPITULO IV**NORMAS RELATIVAS A LA INFORMACION Y COMUNICACION****Adecuación de los Sistemas de Información y Comunicación**

Art. 72.- El diseño de los Sistemas de Información Institucional, deberá ser adecuado a las necesidades de cada proceso en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos del mismo, con el propósito de apoyar la misión, políticas, estrategias y objetivos del Instituto.

Art. 73.- Los sistemas de información, tales como: Solicitud de Información, Rendición de Cuentas, Portal Web y otros, servirán de apoyo a las jefaturas del ISSS, en la función del monitoreo de los planes anuales de trabajo y el cumplimiento de las metas establecidas, a fin de constituir un antecedente para la toma de decisiones y divulgación de información en los términos y lineamientos que establece la Ley de Acceso a la Información Pública.

Características de la Información

Art. 74.- Las jefaturas en coordinación con el Area correspondiente, deberán desarrollar los lineamientos técnicos establecidos para la administración y protección de los documentos físicos y digitales bajo su resguardo, garantizando que la información sea confiable, completa, pertinente y oportuna.

Efectiva Comunicación de la Información

Art. 75.- Los procesos establecidos en el Instituto, deberán contar con información veraz, oportuna y actualizada, que de respuesta a los entes fiscalizadores y al público al momento de requerirla; así como también, para la toma de decisiones de los niveles superiores y evaluación de los procedimientos que les corresponde realizar.

Art. 76.- La Dirección General y las jefaturas de las dependencias del Instituto, serán responsables que el personal bajo su cargo conozca y aplique con calidad y oportunidad lo establecido en las Normas Técnicas de Control Interno Específicas; así como también, todos los documentos normativos internos y externos, que se relacionen con el quehacer institucional.

Art. 77.- Deberá existir institucionalmente, un canal de comunicación oportuno hacia los usuarios internos, a fin de que la información les sea transmitida en la forma adecuada y en el plazo conveniente para el cumplimiento de sus responsabilidades.

Art. 78.- El Instituto, a través del Area respectiva, divulgará y facilitará la información oficiosa, de conformidad a la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP).

Archivo Institucional

Art. 79.- El Area responsable del proceso, deberá archivar y custodiar la información y/o documentación que soporte y demuestre las operaciones, a través de los medios más seguros, de fácil acceso y utilización, en forma ordenada, sea ésta electrónica o física. Estos documentos podrán ser consultados, de acuerdo a las normas y regulaciones aplicables.

Art. 80.- Corresponderá a las dependencias del Instituto que resguarden información, mantenerla de tal manera que se facilite su ubicación al momento de requerirse. Igualmente, deberán establecer mecanismos de seguridad encaminados a prevenir el deterioro, destrucción total o parcial ocasionada por robo, siniestro o caso fortuito.

Art. 81.- Como medida de control interno, toda dependencia institucional deberá foliar la documentación que salga del área de trabajo, sea en calidad de préstamo o requerimiento de otro tipo, salvo otra medida de control de mayor practicidad. Al ser devuelta, se revisará para comprobar que se encuentra en las condiciones que fue entregada.

Art. 82.- Los procesos establecidos en el Instituto, deberán contar con un Sistema de Información veraz y oportuno, que de respuesta a los entes fiscalizadores y al público, al momento de requerirla; así como también, para la toma de decisiones de los niveles superiores y evaluación de los procedimientos que les corresponda realizar.

Art. 83.- Cada Dependencia, deberá contar con un espacio físico para resguardar la documentación que respalde los procesos u operaciones, realizados de acuerdo con la Normativa Legal que aplique.

CAPITULO V**NORMAS RELATIVAS AL MONITOREO****Monitoreo Sobre la Marcha**

Art. 84.- El nivel gerencial, jefaturas y demás funcionarios, deberán establecer las estrategias de acción para impulsar prácticas adecuadas de supervisión, monitoreo y evaluación, a fin de obtener una mejora continua en los procesos y fortalecer el control interno en pro de minimizar el riesgo de las operaciones y procesos que se ejecuten con un nivel de seguridad razonable.

Art. 85.- La Jefatura responsable, deberá monitorear que los procesos de trabajo se desarrollen de conformidad a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos correspondiente, a fin de alcanzar los objetivos institucionales.

Art. 86.- Las jefaturas, deberán realizar monitoreo para verificar que las dependencias bajo su cargo, cumplan con las funciones que les hubieren sido definidas en el Manual de Organización respectivo.

Evaluaciones Separadas

Art. 87.- El control interno y externo posterior, será efectuado mediante la Auditoría Interna Institucional, Corte de Cuentas y/o firmas privadas.

Art. 88.- El Instituto, contratará firmas privadas de Auditoría Externa, para realizar auditoría financiera enmarcada en la Ley relacionada.

Comunicación de los Resultados del Monitoreo

Art. 89.- El resultado de las supervisiones, monitoreo, evaluaciones y auditorías, deberá ser comunicado a la Administración Superior, nivel gerencial y jefaturas según corresponda, a efecto de atender y corregir la deficiencia o irregularidad detectada, considerando la posibilidad real para implementar la acción correctiva.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES FINALES Y VIGENCIA

Art. 90.- La revisión y actualización de las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas, será realizada por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), considerando los resultados de las evaluaciones sobre la marcha, auto evaluaciones y evaluaciones separadas, practicadas al Sistema de Control Interno; esta labor, estará a cargo de una Comisión nombrada por la máxima autoridad. Todo proyecto de modificación o actualización a las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), deberá ser remitido a la Corte de Cuentas de la República, para su revisión, aprobación y posterior publicación en el Diario Oficial.

Art. 91.- La Dirección General, a través de las jefaturas correspondientes, serán responsables de divulgar las presentes Normas Técnicas de Control Interno Específicas a las jefaturas y empleados de todas las dependencias del Instituto.

Art. 92.- Derógase el Decreto No. 9, de fecha nueve de abril del año dos mil ocho, publicado en el Diario Oficial No. 86, Tomo No. 379, de fecha doce de mayo de 2008.

Art. 93.- El presente Decreto, entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.

San Salvador, a los tres días del mes de abril de dos mil catorce.

LIC. ROSALÍO TÓCHEZ ZA VALETA
PRESIDENTE DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

(Registro No. F004257)