



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **TITULACIÓN DE LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORIA**

**Auditoria de gestión en el área de salud nro.5 Cariamanga departamento de recursos humanos periodo 2010**

**Trabajo de fin de titulación**

**Autoras:** Aguirre Aguirre, Francia Clenda

Mejía Sarango, María Beatriz

**Directora:** Tituaña Castillo, María del Cisne, Econ.

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA**

**2013**

## Certificación

Economista.

María del Cisne Tituaña Castillo

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

### **C E R T I F I C A:**

Que el presente trabajo, denominado: “Auditoría de Gestión” realizado por los profesionales: Aguirre Aguirre Francia Clenda y Mejía Sarango María Beatriz; cumplen con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, abril 2013

f) .....

## Cesión de derechos

“Nosotras Aguirre Aguirre Francia Clenda y Mejía Sarango María Beatriz declaramos ser autoras del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos y acciones legales.

Adicionalmente declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Aguirre Aguirre Francia Clenda

Cedula Nro.1103582712

f.....

Mejía Sarango María Beatriz

Cedula Nro. 1103286181

# DEDICATORIA

A Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza, por permitirme culminar con éxito mi Carrera Profesional, ya que sin él no hubiera sido posible alcanzar mis objetivos, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que nos rodea.

A mi amado esposo Julio Cesar Cueva, por su interés y dedicación, que sin esperar nada a cambio, ha sido pilar fundamental durante los años de mi Formación Académica que forman parte de este logro que me abre puertas inimaginables en nuestro desarrollo profesional. Gracias por tu infinita paciencia, por tu tierna compañía y tu inagotable apoyo, por compartir mi vida y logros, esta tesis también es tuya.

A mis tesoros que son mis hijas: Nicole, Yuliana por ser la más grande inspiración en mi vida, y para que yo alcance las metas y objetivos propuestos durante mi existencia.

A mis queridos Padres, hermanos y en especial a mi hermana Lucia que con sus conocimientos me ayudo en el desarrollo de mi tesis; gracias por impulsarme día tras día a continuar y lograr mis metas.

**Francia Clenda Aguirre Aguirre**

Me gustaría dedicar el presente proyecto de investigación, primeramente a Dios por darme la vida, a toda mi familia, de manera especial a mi esposo Víctor Salinas, a mis hijos y a mis queridos padres, por su comprensión y ayuda en momentos buenos y malos, quienes con impulso positivo en el logro de mis metas me brindaron todo su apoyo económico y moral, lo que me ha dado ánimos para culminar el presente trabajo.

**María Beatriz Mejía Sarango**

# AGRADECIMIENTO

Antes que a todo queremos agradecer a Dios por darnos las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesitamos y bendecirnos con la posibilidad de caminar a su lado durante toda nuestra vida.

Presentamos nuestra gratitud imperecedera a la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad de cursar nuestros estudios superiores en la carrera de Contabilidad Auditoria.

A sus distinguidas autoridades, docentes y personal administrativo.

A los padres de familia que contribuyeron y apoyaron al desarrollo de esta tesis.

Y de manera particular a la Dra. Isabel Robles Coordinadora del Programa de Graduación y a la Directora de Tesis Eco. María del Cisne Tituaña Castillo.

Y a todos cuantos colaboraron en el desarrollo progresivo de la presente tesis

Las autoras

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación .....	ii
Cesión de derechos .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	v
Índice de contenidos .....	vi
Resumen ejecutivo .....	viii
CAPITULO I	
ANTECEDENTES DE LA EMPRESA .....	1
Descripción de la empresa .....	2
1.1 Base Legal .....	2
1.2 Organigrama estructural y funcional .....	3
1.3 Plan estratégico .....	4
1.3.1 Misión .....	10
1.3.2 Visión .....	10
1.3.3 Valores .....	11
1.3.4 Objetivos .....	11
	12
CAPITULO 2	
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
2.1 Auditoría de gestión .....	16
2.2 Elementos de la auditoría de gestión .....	16
2.3 Herramientas para la auditoría de gestión .....	19
CAPITULO 3	
APLICACIÓN PRÁCTICA AUDITORÍA DE GESTIÓN .....	39
3.1 Planificación .....	40
3.2 Evaluación del control interno .....	47
3.3 Diseño cuadro de indicadores de gestión .....	62
3.4 Cédulas narrativas .....	75
3.5 Informe de auditoría de gestión .....	78
3.6 Análisis e interpretación de resultados .....	80

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	83
1. Conclusiones .....	89
2. Recomendaciones .....	89
BIBLIOGRAFÍA .....	90
ANEXOS .....	91
ANEXO 1. Capacitación del Personal .....	93
ANEXO 2. Reclutamiento y Selección de Personal .....	94
ANEXO 3. Evaluación de Personal .....	103
ANEXO 4. Fotos .....	168
	173

# RESUMEN EJECUTIVO

El tema del presente trabajo de investigación: es la Auditoria al departamento de Recursos Humanos del Área de Salud Nro. 5 Cariamanga periodo comprendido entre el 01-01-2010 al 31-12-2010. El cual busca evaluar la estructura de control interno de la Entidad.

Se detalla los antecedentes y descripción de la entidad.

Seguidamente, se hace referencia de varios conceptos relacionado con el trabajo en ejecución y estos son: Concepto de auditoria, Gestión, Tipos y Elementos de la auditoria de gestión, información sobre las herramientas para realizar la auditoría de gestión; así como también los riesgos al ejecutar la auditoría de gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes; además de la matriz de riesgo, la cual constituye una herramienta de control y de gestión. Las características del programa de auditoría y seguidamente como se desarrolla el muestro para realizar la ejecución de la auditoria.

También consta el desarrollo del informe de auditoría, el alcance, organigrama de la Entidad, los resultados de los programas de auditoria aplicados así como también las desviaciones, las conclusiones y recomendaciones.



# **CAPITULO 1**

## **Antecedentes de la Empresa**

### **1.1 Descripción de la empresa**

El área de salud Nro. 5 Cariamanga forma parte de las 13 áreas de salud de la provincia de Loja, su sector de influencia está ubicado al sur oriente del cantón Loja y comprende las parroquias Chile, San Vicente, Cariamanga, Sanguillín, Colaisaca, Utuana y el Lucero, está conformada por cinco unidades operativas: 2 puesto de salud ubicado en el barrio Usaime y el Batán, 3 subcentros de salud ubicados en las parroquias de Lucero , Sanguillín y Colaisaca y un centro de salud hospital ubicado en la cabecera parroquial de Calvas en donde también funciona la jefatura del área, su población de cobertura es de 30438 habitantes. Es una estructura técnica-administrativa y financiera básica del sistema nacional de salud; es el ente coordinador de los servicios de salud y es el lugar de articulación y síntesis entre 3 elementos: las normas, elaboradas en su función de rectoría por el nivel central, la experiencia del personal de salud como operacionalizador de las normas y las necesidades de la comunidad traducidas en demandas; es a este nivel que el enfoque multisectorial y la participación de los gobiernos seccionales tiene la posibilidad real y concreta de realizarse.

Es además una red de servicios básicos constituida por puestos de salud, subcentros, centros de salud, centro de salud materno infantil, centro de salud-hospital. Estas unidades de salud brindan a toda la población asignada atención básica de fomento, promoción, prevención, protección específica y de morbilidad.

### **Infraestructura**



La infraestructura del área de salud Nro. 5 Cariamanga está constituida por el hospital “José Miguel Rosillo”, ubicado en Cariamanga, cabecera cantonal del cantón Calvas, con una construcción de aproximadamente 2.000 metros cuadrados. El edificio está construido con cemento armado, hierro y el techo se encuentra cubierto con loza en su mayor extensión. Cuatro subcentros de salud ubicados en las parroquias el Lucero, Sanguillín, Usaime, Colaisaca y, un puesto de salud en la parroquia el Batán, el hospital se encuentra equipado casi en su totalidad.

## **1.2 Base legal**

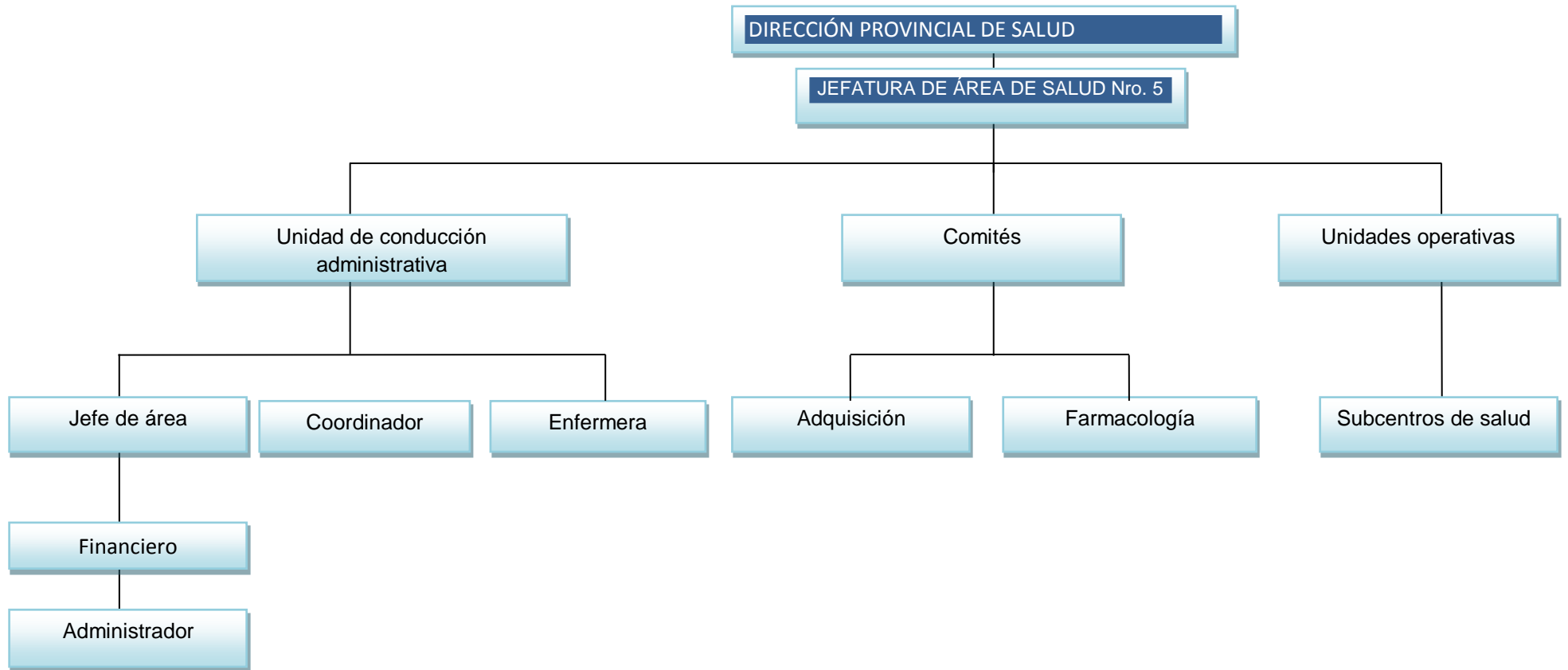
El ministerio de salud pública con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructura del sistema nacional de salud y la protección de los grupos poblacionales. Así mismo este Ministerio ha suscrito acuerdos internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud.

La constitución de la república, la agenda social de desarrollo social y los objetivos del milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del modelo de atención en salud.

El desarrollo y funcionamiento del área de salud Nro. 5 Cariamanga se basa fundamentalmente en normas y políticas contempladas en la LOSEP y el código de trabajo, y el reglamento interno que ha sido elaborado por todos los jefes departamentales de la institución.

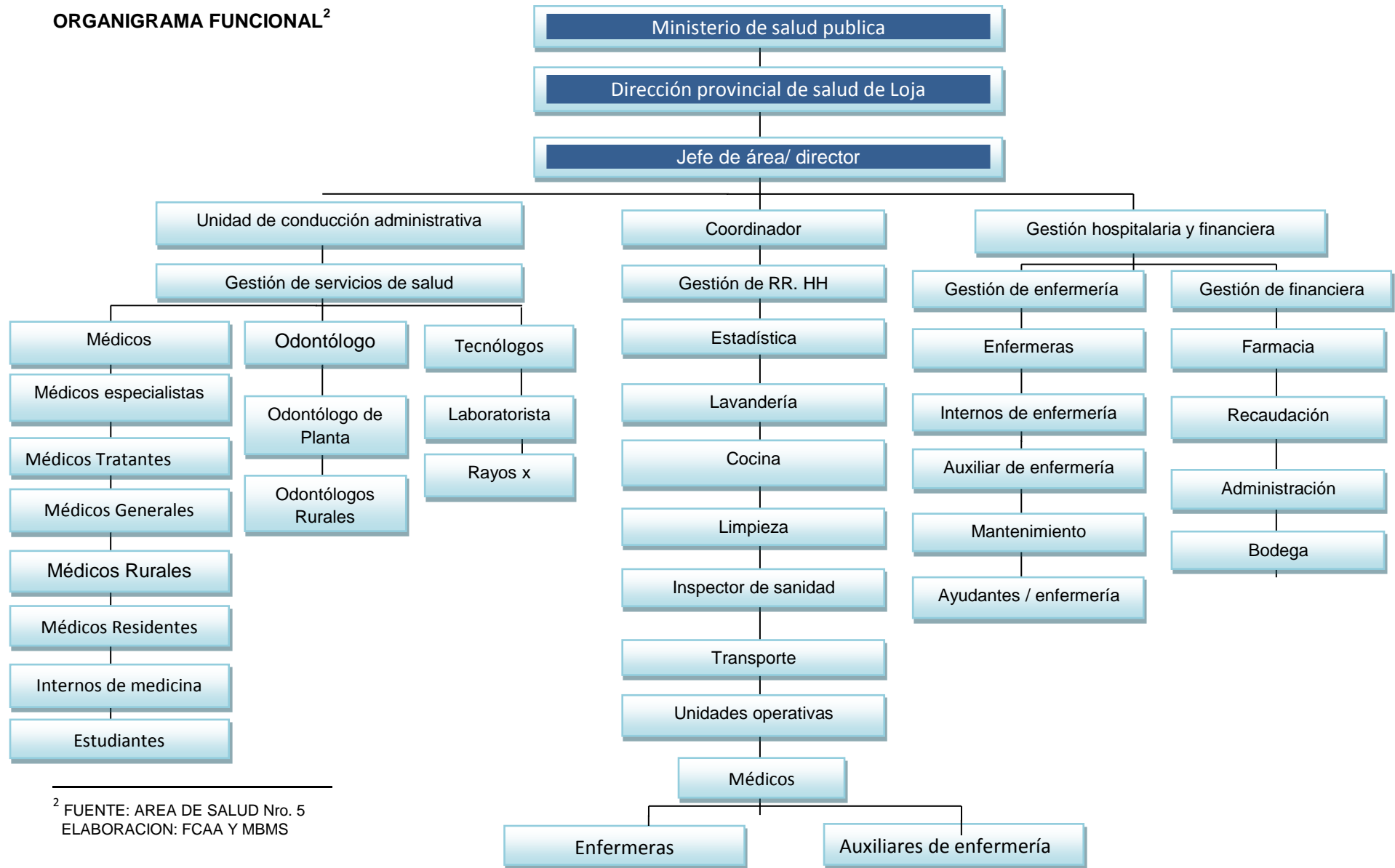
### 1.3 Organigrama estructural y funcional

#### ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL<sup>1</sup>



<sup>1</sup> FUENTE: AREA DE SALUD Nro. 5  
ELABORACION: FCAA Y MBMS

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL<sup>2</sup>**



<sup>2</sup> FUENTE: AREA DE SALUD Nro. 5  
ELABORACION: FCAA Y MBMS

**Director provincial de salud.-** Programación y dirección de los servicios de salud en la provincia de conformidad con las normas establecidas.

**Funciones:**

Programar dirigir y controlar las actividades y servicios médicos de recuperación prevención y fomento de la salud de la provincia de Loja.

Programar dirigir y controlar las actividades y servicios médicos de recuperación prevención y fomento de la salud de la provincia de Loja.

Controlar y supervisar las actividades económicas, financieras, administrativas y técnicas. Ejercer la representación del ministro de salud, en la provincia y conformar los comités que se requieran.

**Jefatura de área de salud Nro. 5**

**Jefe de área.-** Programación y dirección de los servicios de salud en el hospital José Miguel Rosillo y unidades operativas.

**Funciones:**

Programar dirigir y controlar las actividades de salud y servicios médicos recuperación, prevención y fomento del cantón Calvas.

Programar dirigir y controlar las actividades de salud y servicios médicos de recuperación, prevención y fomento del cantón Calvas.

Controlar y supervisar las actividades económicas financieras, administrativas y técnicas. Supervisar y controlar el funcionamiento de las unidades operativas de su jurisdicción.

**Coordinador**

**Funciones**

Reemplazar al jefe del área en su ausencia o por delegación expresa

Establecer mecanismos de coordinación con los servidores del hospital, especialmente para la aplicación del sistema de referencia y contra referencia de pacientes buscados la especificidad y complementariedad entre niveles.

Participar en la planificación y ejecución o ajuste del diagnóstico de salud del Área.

Participar en la planificación y ejecución o ajuste del diagnóstico de salud del Área.

Elaborar un programa de monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades realizadas por las unidades operativas del área de Salud.

## **Enfermera**

### **Funciones**

Participar con el equipo multidisciplinario de la unidad de conducción administrativa en la elaboración, actualización y análisis del diagnóstico situacional del área, identificando problemas o necesidades con la oferta y la demanda de servicios.

Participar en la programación local integrada de las actividades del área, y apoyar para su cumplimiento en la Unidad operativa de salud

Supervisar monitorear y evaluar con el equipo técnico de la Unidad de conducción administrativa

Participar en la implementación y manejo adecuado de normas procedimientos e instrumentos de apoyo.

## **Financiero**

### **Funciones**

Planificar, organizar, dirigir y coordinar las actividades financieras contables de la jefatura del área y de la unidad operativa de salud.

Implantar a nivel de área de salud los sistemas contables y financieros, de conformidad con la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control (LOAFYC), sus reglamentos y manuales de procedimientos.

Asesorar a la UCA, Jefe del Área y directores de las UOs en aspectos de carácter presupuestarios, financiero y contable.

Participar con el Jefe del área y coordinador en el proceso de formulación presupuestaria del área de salud.

## **Administrador**

### **Funciones**

Impulsar el proceso de implantación y desarrollo de las áreas de salud, mejorando en ellas la capacidad técnico –operativa y de gestión.

Desconcentrar en el área, el manejo de los sistemas administrativos que permitan una gestión y operación autosuficiente

Constituir enlace entre las áreas de salud y el nivel central del Ministerio, gestionando y negociando recursos orientados a fortalecer el desarrollo de las áreas.

Asignar a las áreas de salud de acuerdo a prioridades y en forma equitativa, los recursos indispensables para su implantación y sostenimientos.

## **Recursos Humanos**

### **Funciones**

Mantener actualizados los registros, tarjetas y expedientes del personal que trabaja en las unidades operativas y Jefatura del área de salud.

Efectuar el control de asistencia del personal que labora en la jefatura del área y unidades operativas e informar regularmente las novedades detectadas a la jefatura del área.

Participar en la elaboración del calendario de vacaciones del personal que trabaja en las UOs y de la jefatura del área.

Proporcionar información sistemática y oportuna al departamento de contabilidad sobre el movimiento de personas, sanciones, bonificaciones por vacaciones, maternidad etc.

Colaborar en la ejecución de programas de clasificación de puestos y evaluados del personal de la jefatura del área y UOs que la conforman.

## **Laboratorista**

### **Funciones**

Extracción de muestras a pacientes



Selección de muestras

Procesamiento de muestras

Transcribir resultados y entrega de resultados.

## **Farmacia**

### **Funciones**

Preparar el aprovisionamiento de medicamentos y otros artículos farmacéuticos para el tratamiento de pacientes.

Dirigir controlar las labores administrativas y financieras de la farmacia a su cargo.

Administrar los bienes, equipos y medicamentos a su cargo

Supervisar el control contable del movimiento económico – financiero de la farmacia.

Proveer y solicitar oportunamente la adquisición de medicamentos y otros productos farmacéuticos.

## **Medico**

### **Funciones**

Aplicar las estrategias para el primer nivel de atención de la salud.

Integrar el equipo interdisciplinario

Promover y/o integrar las entidades existentes o en formación que impliquen formas de participación comunitaria.

Planificar las acciones en salud con la actuación principal de la comunidad:

- a. Realizar un diagnóstico de situación basado en un enfoque crítico de riesgo, teniendo en cuenta los factores demográficos, sanitarios, socio-culturales, económicos y epidemiológicos obtenidos en el área; en forma permanente.

**b.** Realizar acciones de administración

**c.** Enfatizar las tareas de evaluación continua de las acciones de salud.

Planificar acciones de salud.

Registrar todas las prestaciones que realiza.

Realizar la historia clínica individual y familiar.

Efectuar la práctica asistencial según normas, adaptadas, con la participación de los actores locales, a su realidad cotidiana.

Referenciar y promover la contra referencia.

Indicar la internación y/o traslado del paciente.

Realizar el seguimiento de pacientes derivados a niveles de mayor complejidad.

Colaborar en la atención integral del paciente internado.

Continuar con el tratamiento y seguimiento del paciente externado.

Cumplir con programas de formación continua.

Asesorar en temas de salud a instituciones y grupos del área.

Realizar tareas de investigación social, clínica y epidemiológica en su área de desempeño.

Realizar tareas docentes en la comunidad, en el pregrado de carreras de las ciencias de la salud y en cursos de post grado de su especialidad.

### **1.3 Plan estratégico**

#### **1.3.1 Misión**

El área de salud Nro. 5 Cariamanga trabaja permanentemente para disponer de un espacio físico técnicamente equipado, que le permita elevar día a día la calidad de los servicios de salud, promueve además la capacitación científica y humana de su personal, promoviendo el apoyo decidido y comprometido de las instituciones y la comunidad que confía plenamente en la calidad de atención y la capacidad resolutive de la institución.

### **1.3.2 Visión**

Cuenta con un espacio físico técnicamente equipado y un equipo multidisciplinario, con calidad profesional y humana que brinda atención de salud integral e integrada a la comunidad, priorizando los sectores de difícil acceso y los grupos etéreos de mayor riesgo, coordina su accionar con organizaciones comunitarias locales e instituciones de salud y desarrollo local y provincial, promoviendo la participación activa propositiva y confiada de la comunidad.

### **1.3.3 Valores**

El comportamiento de las personas que trabajamos en el Hospital se rige por unos valores compartidos por todos, coherentes con nuestra misión y con los principios éticos de la sociedad a la que servimos.

En consecuencia, nos comprometemos a actuar según los valores siguientes:

#### **Competencia**

Manteniendo el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes adecuados a la actividad que desarrollamos, aspirando constantemente a mejorar en nuestro trabajo diario.

#### **Respeto**

Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

#### **Responsabilidad e integridad**

Trabajando con ética y asumiendo nuestras decisiones y actos, así como sus consecuencias.

#### **Trabajo en equipo**

Manteniendo un espíritu de colaboración, confianza y solidaridad con nuestros compañeros de trabajo, teniendo siempre presente el objetivo común de servir a los ciudadanos.

#### **Calidad**

Buscando la excelencia en todas nuestras actuaciones.

#### **Confidencialidad**

Haciendo un uso adecuado de la información (que podamos ver, sentir o intuir) de las personas, de los datos personales y de los datos de la empresa. Y protegiendo la intimidad de las personas y sus derechos.

## VALORES DEL HOSPITAL

### **Calidad**

Por la atención brindada a los pacientes, tanto en los servicios médicos como administrativos

### **Congruencia**

Identificarse con la misión y visión de la Institución y comprometerse con ella.

### **Compromiso**

Para con el paciente que solicita nuestros servicios al brindarle nuestra confianza y apoyo.

### **Eficacia**

Actuar adecuadamente para el logro de los objetivos institucionales y de salud.

### **Eficiencia**

Obtención de los mejores resultados en el logro de los objetivos por medio del uso racional de los recursos disponibles.

### **Equidad**

En los recursos y servicios de la institución sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad.

### **Ética**

Apego a los códigos, normas y principios del actuar del equipo de salud.

### **Honestidad**

Reconocimiento de nuestra actitud o vocación por el servicio ante los intereses personales o de grupo.

### **Profesionalismo**

Al aplicar los conocimientos adquiridos para apoyar los servicios que presta la Institución.

### **Respeto**

Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante.

## **1.3.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

Realizar un estudio y diagnóstico organizacional del área de salud Nro. 5 Cariamanga.

### **Objetivos Específicos**

Elaborar un reglamento interno basado en normas y políticas, contempladas en la ley de servicio civil y carrera administrativa y el código de trabajo, adaptadas a la realidad de la

institución en forma consensuada, que permita a los empleados y trabajadores conocer sus responsabilidades, sus deberes y derechos, así mismo en forma consensuada, priorizar las necesidades para buscar alternativas de solución a las mismas.

Realizar un diagnóstico institucional, participativo integral de los problemas personales, institucionales, en cuanto a equipamiento, infraestructura y de servicio sentidos en las unidades operativas del área, así mismo en forma consensuada, priorizar las necesidades para buscar alternativas de solución a las mismas.

Mantener actualizado un diagnóstico participativo, integral de la comunidad de influencia del área de salud Nro. 5 Cariamanga, con enfoque de salud integral. Para lo cual entre otras tomara las siguientes medidas.

Coordinación con otros organismos directos o indirectos relacionados con la salud y desarrollo comunitario para identificar, analizar y priorizar los problemas sentidos en cada sector.

Coordinación con otros organismos directos o indirectos relacionados con la salud y desarrollo comunitario para identificar, analizar y priorizar los problemas sentidos en cada sector.

Promover la participación institucional y comunitaria en las acciones de salud tendientes a la solución de los problemas de acuerdo a las prioridades establecidas técnicamente gestionando en forma conjunta en los organismos pertinentes a través de proyectos específicos.

Sectorizar a la comunidad a fin de identificar claramente, los individuos, las familias, grupos étnicos, comunidades y lugares de mayor riesgo, lo que permitirá implementar acciones de solución acordes a cada realidad.

Mantener un mapa parlante de salud actualizada en el que se identifique claramente los factores de mayor riesgo.

Realizar un análisis permanente de los avances y resultados obtenidos en la implementación de acciones, con el fin de re planificar o modificar la planificación.

Organización de la comunidad en grupos familiares, barriales, sociales, etc., a fin de hacer posible el desarrollo de programas con mayores posibilidades de éxitos.

Brindar atención en salud integral e integrada y asistencia médica, tomando en cuenta los principios de equidad, participación social, eficiencia, integridad, calidad, universalidad y solidaridad, bajo las políticas de salud establecidas por ministerio de salud provincial en cuanto a la implementación de planes y programas.

# **CAPÍTULO 2**

## Marco Teórico

### 2.1. Marco conceptual de la Auditoria de Gestión

**2.1.1. Auditoría<sup>3</sup>:** Proceso sistemático, que consiste en obtener y evaluar objetivamente evidencias sobre las afirmaciones relativas a los actos o eventos de carácter económico – administrativo, con el fin de determinar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones y los criterios establecidos, para luego comunicar los resultados a las personas interesadas. Se practica por profesionales calificados e independientes, de conformidad con normas y procedimientos técnicos.

**2.1.2. Gestión<sup>4</sup>:** Es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos

**2.1.3. Auditoría de Gestión:** La auditoría de gestión es aquella que se realiza para evaluar el grado de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos previstos por la organización y con los que se han manejado los recursos.

### 2.1.4. Objetivos y Propósitos de la Auditoria de Gestión

#### Objetivos<sup>5</sup>

- Evaluar los objetivos y planes organizacionales.
- Vigilar la existencia de políticas adecuadas y su cumplimiento.
- Comprobar la confiabilidad de la información y de los controles.
- Verificar la existencia de métodos adecuados de operación.
- Comprobar la correcta utilización de los recursos.

### 2.1.5. Alcance de la auditoría de gestión<sup>6</sup>

La Auditoría de Gestión examina en forma detallada cada aspecto operativo de la organización, por lo que, en la determinación del alcance debe considerarse lo siguiente:

---

<sup>3</sup>Fernández, Eduardo. (2008): Concepto de Auditoría [en línea], México D.F., disponible en: [http://www.soeduc.cl/apuntes/concepto de auditoria.doc](http://www.soeduc.cl/apuntes/concepto%20de%20auditoria.doc), [consulta 31-01-2011]

<sup>4</sup>Contraloría General del Estado. (2002): *Manual de Auditoría de Gestión*, Quito-Ecuador.

<sup>5</sup>¿Qué es la Auditoría de Gestión? [en línea], Ecuador, disponible en:<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/fin/36/audigest.htm>, [consulta 31-01-2011]

<sup>6</sup>Alcance de la Auditoría de Gestión [en línea], Ecuador, disponible

en: <http://agsonmer.blogspot.com/2008/06/alcance-de-la-auditora-de-gestin-y.html>, [consulta 03-02-2011]



- Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.
- Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.
- Evaluación de la eficiencia y economía en el uso de los recursos, entendido como rendimiento efectivo, o sea operación al costo mínimo posible sin desperdicio innecesario; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.
- Medición del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información financiera y operativa.
- Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones; oportunidades de mejorar la productividad con mayor tecnificación; exceso de personal con relación al trabajo a efectuar; deficiencias importantes, en especial que ocasionen desperdicio de recursos o perjuicios económicos.
- Sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores y auditados; el mismo debe quedar bien definido en la fase de Conocimiento Preliminar, porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o sea la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.

#### **2.1.6. Características de la auditoría de gestión<sup>7</sup>**

El artículo 30 del Reglamento de los servicios de prevención define una Auditoría como “... instrumento de gestión que ha de incluir una evaluación sistemática, documentada y objetiva de la eficacia del sistema de prevención...”. Es sistemática, Los resultados de la auditoría, no se basan en el azar, son debidos a un análisis minucioso, ordenado y planificado por parte del auditor, que permiten un grado de fiabilidad muy elevado. En este sentido, hay que destacar que uno de los aspectos que más definen la calidad y cualidad de un auditor, es la metodología que utiliza en la realización de la auditoría, siendo, por tanto, un claro “elemento diferenciador” entre auditores.

Es independiente, Sería muy difícil que alguien involucrado en el cumplimiento de la totalidad o parte del sistema, se pueda evaluar a sí mismo de forma objetiva, de ahí la importancia del factor de independencia del auditor. Analiza resultados, La auditoría no es un simple examen de cómo se llevan a cabo las actividades, analiza los resultados,

---

<sup>7</sup> <http://blogs.utpl.edu.ec/bbcutpl/>

evaluando, basando en éstos la efectividad de las actuaciones preventivas realizadas, como consecuencia de la evaluación de riesgos. Dicho de otra forma, evalúa si las acciones preventivas tendentes al control de los riesgos detectados en la empresa, su sistema de implantación y de gestión son eficaces o no, en función de los resultados obtenidos.

Es objetiva, El resultado de la auditoría se basa en las denominadas “evidencias objetivas”, a través de las cuales el auditor avala sus conclusiones, no pudiendo basarlas, en ningún caso, en apreciaciones subjetivas, suposiciones, etc., siendo necesario, por tanto, realizar las verificaciones de los procesos que sean pertinentes.

Es periódica, Cualquier sistema de gestión se implanta para una organización y unas necesidades empresariales de un determinado momento. Los cambios en los objetivos, en la organización, en los procesos, en los procedimientos, en las personas, etc., pueden generar nuevas necesidades que hacen que los sistemas implantados dejen de ser eficaces. De igual forma, los sistemas, aún no existiendo cambios, pueden degradarse o perder su efectividad como consecuencia de la confianza que la empresa tiene en el buen funcionamiento del mismo. Las auditorías, al ser periódicas, deben impedir ese desajuste entre el sistema y la realidad.

### **2.1.7. Tipos de auditorías.**

#### **a. Auditoría de los estados financieros.**

Examen que realiza el contador público y que ofrece el máximo nivel de seguridad de que los estados financieros se ajustan a los principios de contabilidad generalmente aceptados o a otro criterio establecido.

#### **b. Auditorías de cumplimiento.**

Auditoría que averigua si la compañía ha cumplido con algunos criterios establecidos como las leyes y regulaciones.

#### **c. Auditoría operacional.**

Análisis de un departamento o de otra unidad de negocios o empresa gubernamental para medir la eficiencia y la eficacia de sus operaciones.

## 2.2. ELEMENTOS DE LA AUDITORIA DE GESTION<sup>8</sup>

La insuficiencia del presupuesto para el control de la gestión de los recursos, ha motivado la aparición de criterios como los de economía, eficiencia y eficacia para evaluar la actividad económica financiera, criterios que han ido recogiendo en nuestro ordenamiento legal, veamos cómo se definen estos principios:

**2.2.1. Economía:** significa la adquisición, al menor costo y en el momento adecuado, de recursos financieros, humanos y físicos en cantidad y calidad apropiadas.

**Es decir:**

- Los recursos idóneos
- En la calidad y cantidad correcta.
- En el momento previsto.
- En el lugar indicado y precio convenido.

**El auditor deberá comprobar si la entidad:**<sup>9</sup>

Invierte racionalmente los recursos, al saber si utilizan los recursos adecuados, según los parámetros establecidos, ahorran estos recursos o los pierden por falta de control o deficientes condiciones de almacenaje y de trabajo.

Utilizan la fuerza de trabajo adecuada y necesaria. Si se cumplen óptimamente los recursos monetarios y crediticios.

**2.2.2. Eficiencia:** relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios. Una actividad eficiente maximiza el resultado.

Entre otros debe lograr:

- Que las normas sean correctas y la producción los servicios se ajusten a las mismas.

---

<sup>8</sup> Whittington Ray, O. & Pany, Kurt. (2005): *Principios de Auditoría*, México D.F., Mc Graw Hill. p. 9 – 10

<sup>9</sup> ¿Elementos de la Auditoría de Gestión? [en línea], Ecuador, disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos43/bases-de-auditoria/bases-de-auditoria2.shtml> [consulta 02-02-2011]

- Mínimos desperdicios en el proceso productivo o en los servicios prestados.
- Que los trabajadores conozcan la labor que realizan y que esta sea la necesaria y conveniente para la entidad.
- Que se cumplan los parámetros técnicos productivos en el proceso de producción o de servicios que garantice la calidad.

**2.2.3. Eficacia:** Significa el logro, en el mejor grado, de los objetivos u otros efectos perseguidos de un programa, una organización o una actividad.

**Es decir:**

- Cumplimiento de la producción y los servicios en cantidad y calidad.
- El producto obtenido y el servicio prestado, tiene que ser socialmente útil.

El auditor comprobará el cumplimiento de la producción o el servicio y hará comparaciones con el plan y períodos anteriores para determinar progresos y retrocesos.

## **2.3. HERRAMIENTAS PARA LA AUDITORÍA DE GESTIÓN<sup>10</sup>**

### **2.3.1. Equipo multidisciplinario**

En la auditoría de gestión es necesario conformar un equipo multidisciplinario, que dependiendo de la naturaleza de la entidad y de las áreas a examinarse a más de los auditores profesionales podría estar integrado por especialistas en otras disciplinas que ayuden a realizar un trabajo de calidad.

**Auditores.-** De este grupo, entre los dos más experimentados, se designa al jefe de grupo y al supervisor quienes tendrán la máxima e integra responsabilidad de la auditoria de gestión. Así mismo, este trabajo debe realizarse a cargo de una Dirección de Auditoria y bajo la dirección de su titular.

---

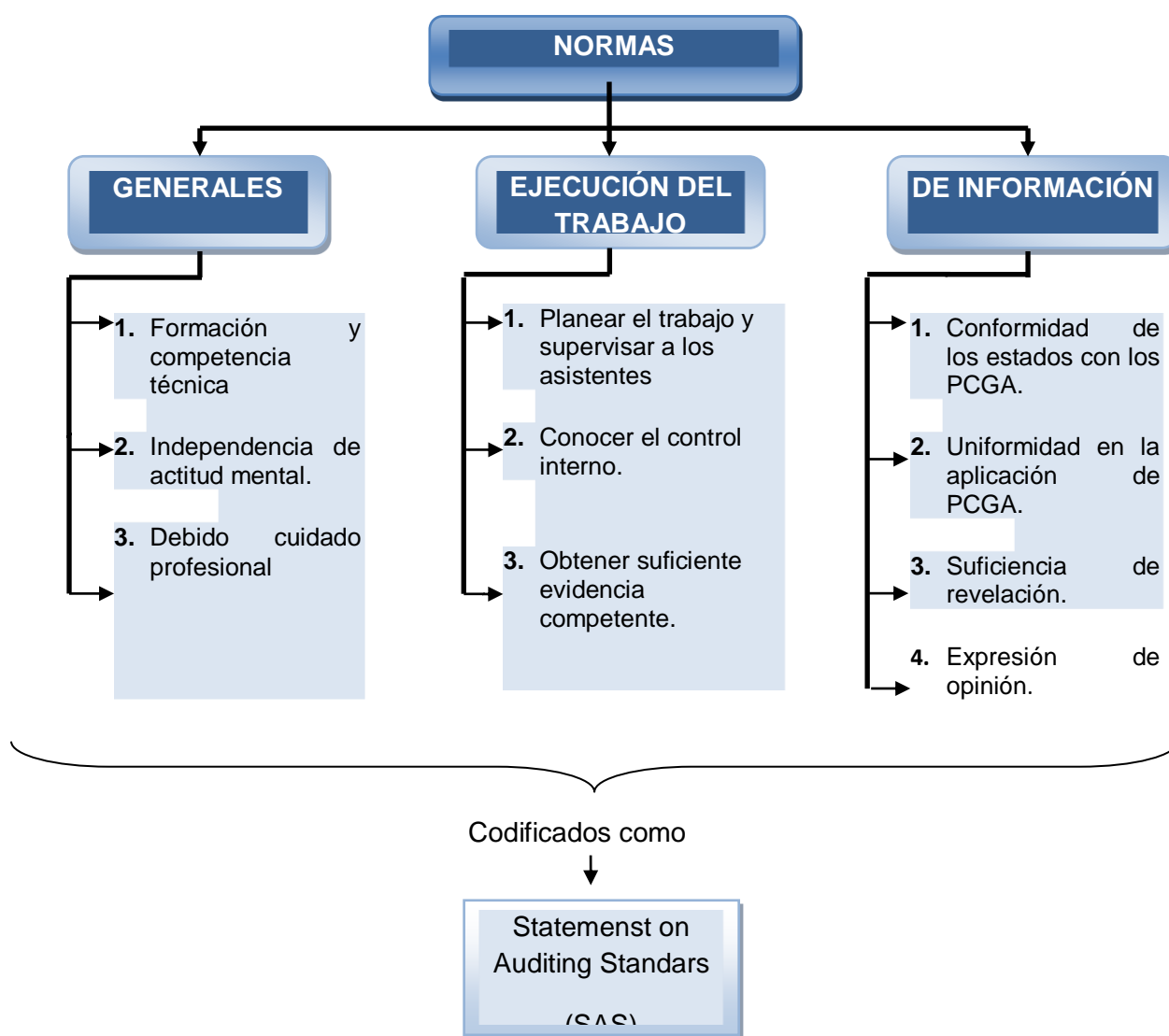
<sup>10</sup> Contraloría General del Estado. (2001): *Manual de Auditoría de Gestión*, Quito-Ecuador. p. 42

**Especialistas.-** Estos profesionales a más de su capacidad deben tener la independencia necesaria con relación a la entidad objeto de la auditoria, a fin de obtener mayor confianza de que su trabajo será ejecutado con total imparcialidad.

Cabe recalcar que el equipo que forma parte del grupo de Auditores deberá mantener las normas, principios básicos de ética profesional para la realización de la auditoria de gestión.

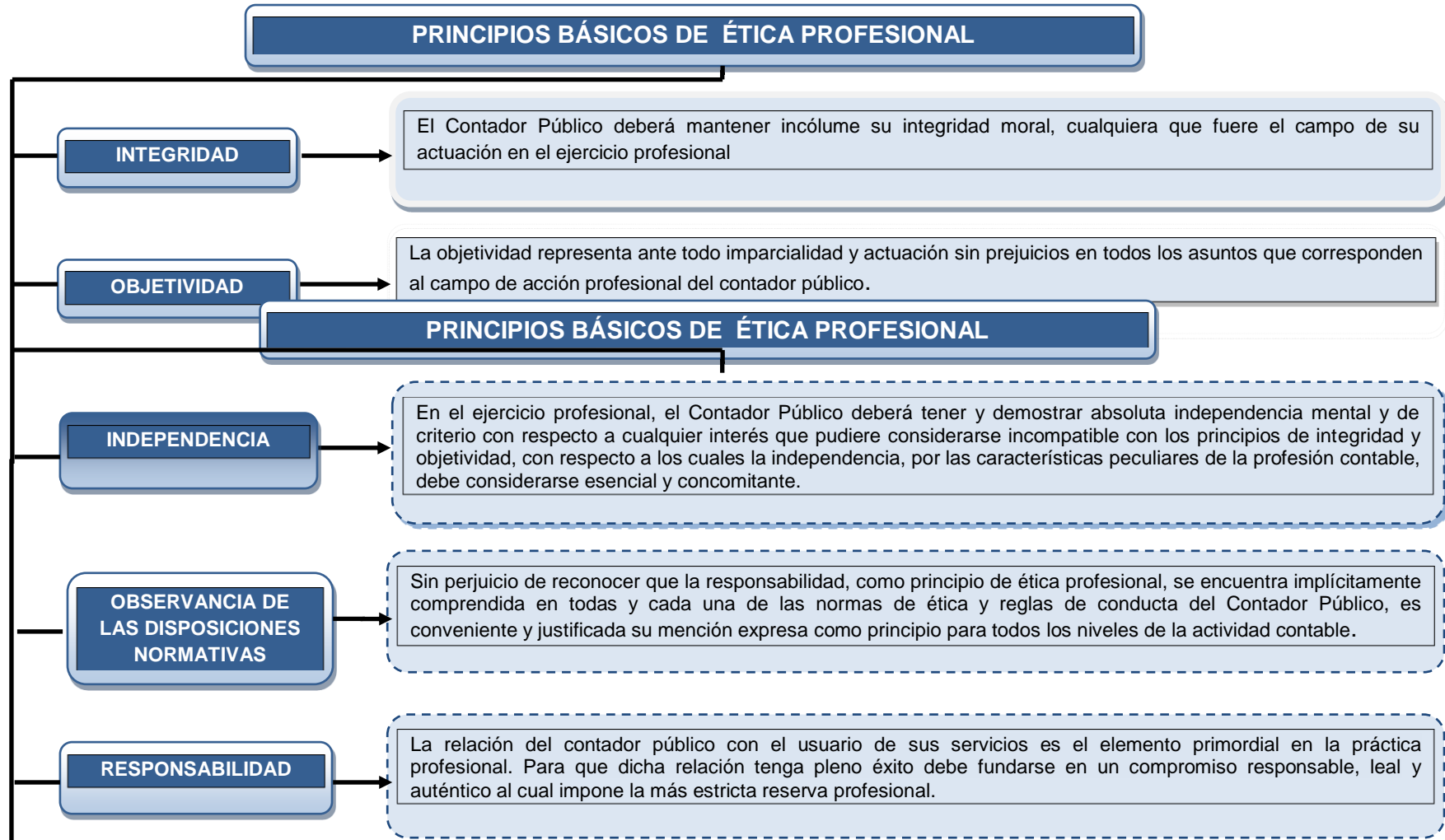
### 2.3.2 Normas de Auditoria

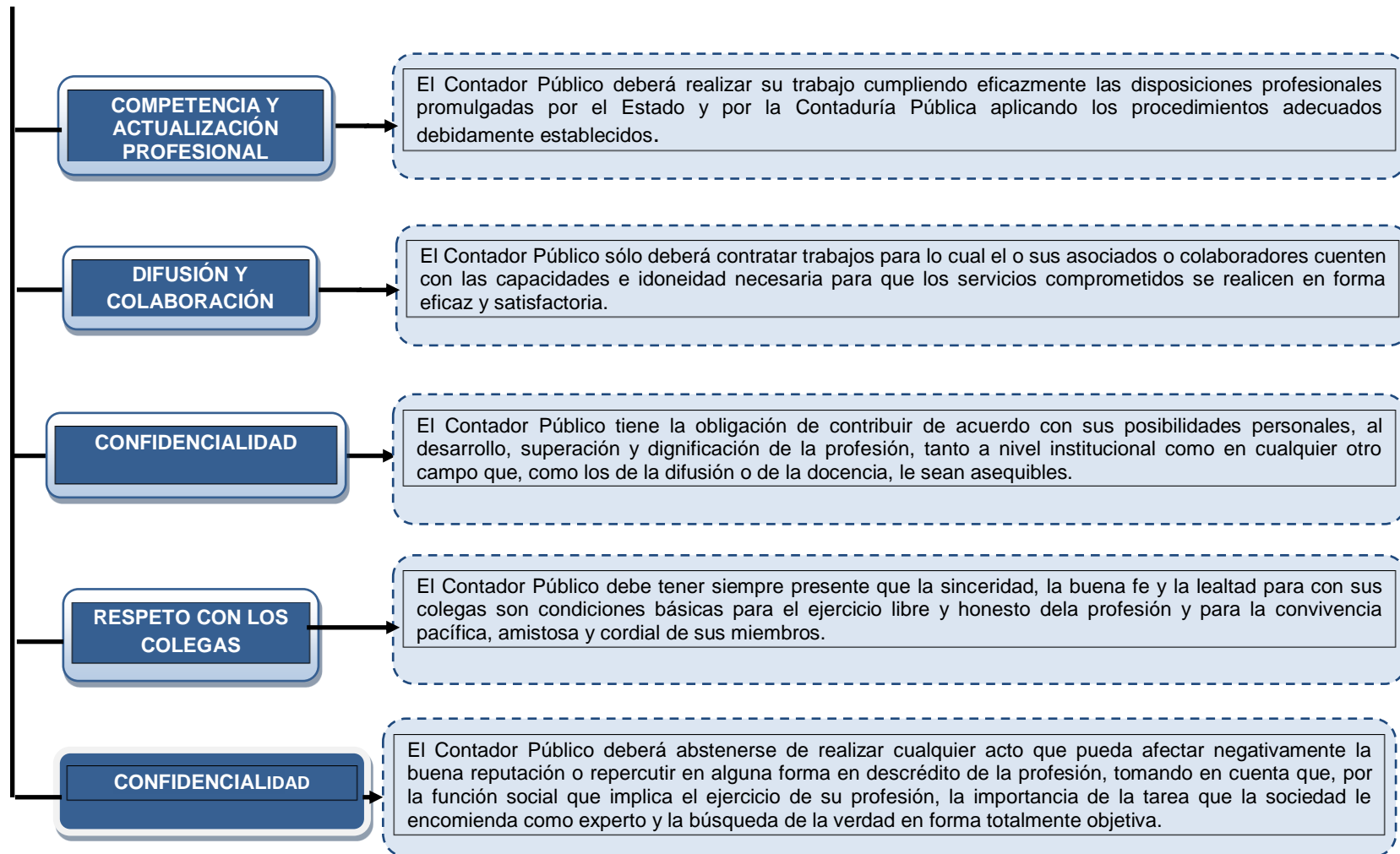
#### NORMAS DE AUDITORIA GENERALMENTE ACEPTADAS



Elaborado por: FCAA Y MBMS

### 2.3.3 Principios básicos de ética profesional



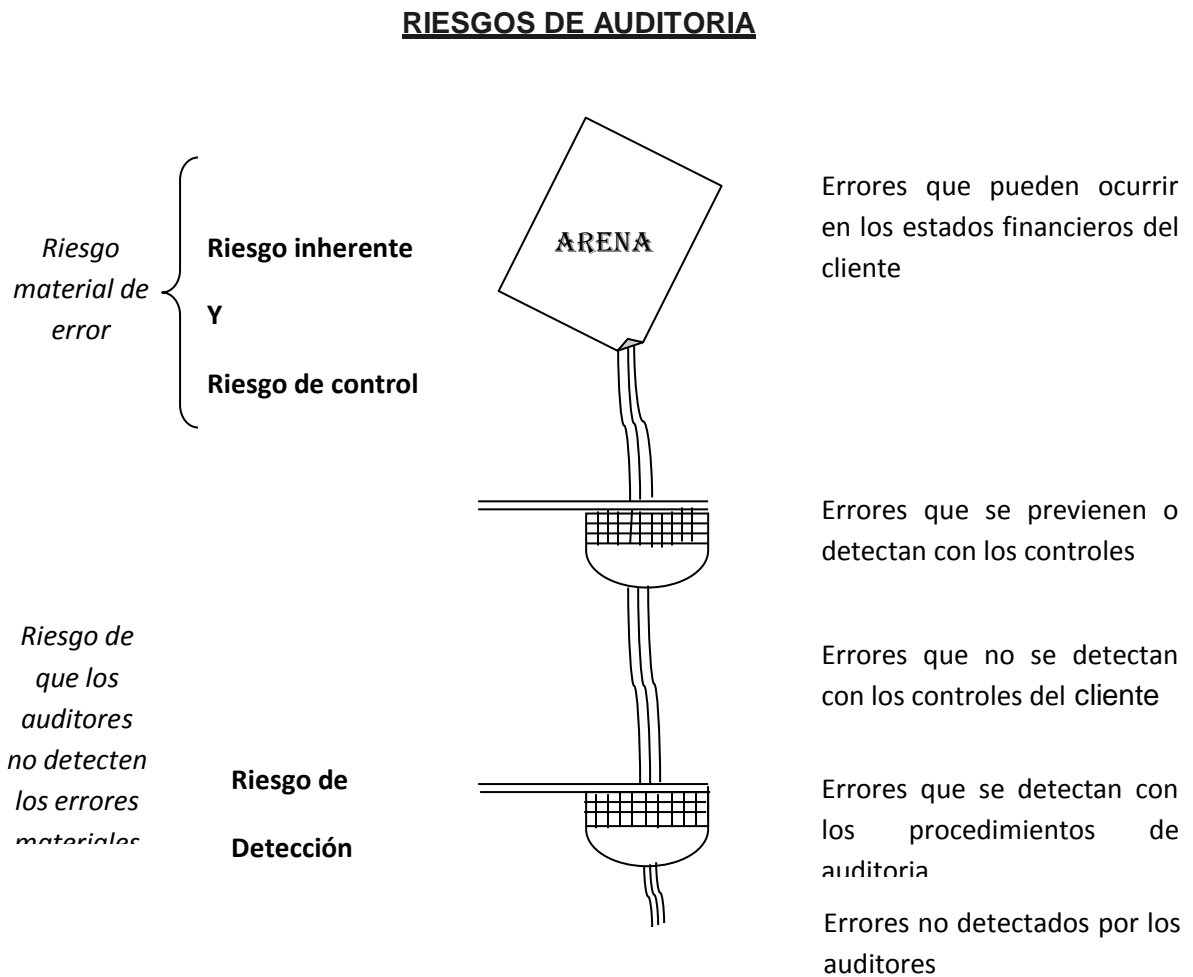


Elaborado por: FCAA Y MBMS

### 2.3.4 Riesgos de auditoría de gestión.- matriz de riesgo y de confianza.

Al ejecutar la auditoría de gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes que afecten los resultados del auditor expresado en su informe.

En este tipo de auditoría debemos tener en cuenta también las tres clases de riesgo:



**Fuente:** Whittington Ray, O. & Pany, Kurt. (2005): *Principios de Auditoría*, México D.F., Mc Graw Hill. p. 121

**Elaborado por:** FCAA Y MBMS



### 2.3.5. Matriz de Riesgo<sup>11</sup>

Una matriz de riesgo constituye una herramienta de control y de gestión normalmente utilizada para identificar las actividades (procesos y productos) más importantes de una empresa, el tipo y nivel de riesgos inherentes a estas actividades y los factores exógenos y endógenos relacionados con estos riesgos (factores de riesgo). Igualmente, una matriz de riesgo permite evaluar la efectividad de una adecuada gestión y administración de los riesgos financieros que pudieran impactar los resultados y por ende al logro de los objetivos de una organización.

### 2.3.6 .Hallazgos de auditoria

Se denomina hallazgo de auditoría al resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante el examen a un área, actividad u operación.

Es toda información que a juicio del auditor le permite identificar hechos o circunstancias importantes que inciden en la gestión de recursos en la entidad o programa bajo examen que merecen ser comunicados en el informe. Sus elementos son: condición, criterio, causa y efecto.

**Condición:** Comprende la situación actual encontrada por el auditor al examinar una area, actividad u transacción. La condición, entendida como lo que es, refleja la manera en que el criterio esta siendo logrado.

**Criterio:** Comprende la norma con la cual el auditor mide la condición.

Se denomina criterio a la norma transgredida de carácter legal-operativo o de control que regula el accionar de la entidad examinada. El plan de auditoría debe señalar los criterios que se van a utilizar. El auditor tiene la responsabilidad de seleccionar criterios que sean razonables, factibles y aplicables a las cuestiones sometidas a examen, entre los que se pueden mencionar:

---

<sup>11</sup> <http://oguervencio.bligoo.com/content/view/937954/Matrices-de-Riesgos-en-Auditoria.html#content-top>

[www.geocities.com/miguelalatrasta/ELPROGRAMADEAUDITORIA.htm](http://www.geocities.com/miguelalatrasta/ELPROGRAMADEAUDITORIA.htm)

**Disposiciones aplicables a la entidad:**

- Leyes
- Reglamentos
- Políticas internas
- Planes: objetivos y metas mensuales
- Normas: manuales de organizaciones y funciones
- Directivas, procedimientos
- Otras disposiciones

**Desarrollados por el auditor**

- Sentido común, lógico y convincente
- Experiencia del auditor
- Desempeño de entidades similares
- Prácticas prudentes

**Causa:** Es la razón básica (o las razones) por lo cual ocurrió la condición, o también el motivo del incumplimiento del criterio de la norma. Su identificación requiere de la habilidad y el buen juicio del auditor y, es indispensable para el desarrollo de una recomendación constructiva que prevenga la recurrencia de la condición.

**Efecto:** Es el resultado adverso o potencial de la condición encontrada, generalmente representa la pérdida en términos monetarios originados 150 por el incumplimiento para el logro de la meta, fines y objetivos institucionales.

**Conclusiones:** Son juicios profesionales del auditor basados en los hallazgos luego de evaluar sus atributos y de obtener la opinión de la entidad. Su formulación se basa en las realidades de la situación encontrada, manteniendo una actitud objetiva, positiva e independiente sobre lo examinado.

**Recomendaciones:** Son sugerencias positivas para dar soluciones prácticas a los problemas o deficiencias encontradas, con la finalidad de mejorar las operaciones o actividades de la entidad.

**2.3.7. Programa de auditoría <sup>12</sup>**

---

<sup>12</sup> El programa de Auditoría [en línea], Perú., disponible en: <http://miguelalatrisha.blogspot.com/2009/01/programa-de-auditora.html> [consulta 10-02-2011]

El programa de auditoría es el procedimiento a seguir, en el examen a realizarse, el mismo que es planeado y elaborado con anticipación y debe ser de contenido flexible, sencillo y conciso, de tal manera que los procedimientos empleados en cada auditoría estén de acuerdo con las circunstancias del examen.

En la preparación del programa de auditoría se debe tomar en cuenta:

- Las Normas de Auditoría.
- Las Técnicas de Auditoría.
- Las experiencias anteriores.
- Las experiencias anteriores.
- Los levantamientos iniciales.
- Las experiencias de terceros.

### **2.3.8. Características del programa de auditoría**

- Debe ser sencillo y comprensivo.
- Debe ser elaborado tomando en cuenta los procedimientos que se utilizarán de acuerdo al tipo de empresa a examinar.
- El programa debe estar encaminado a alcanzar el objetivo principal.
- Debe desecharse los procedimientos excesivos o de repetición.
- El programa debe permitir al Auditor a examinar, analizar, investigar, obtener evidencias para luego poder dictaminar y recomendar.
- Las sociedades auditoras, acostumbran tener formatos pre establecido los cuales deben ser flexibles para que puedan ser adecuados a un determinado tipo de empresa.
- El programa debe ser confeccionado en forma actualizada y con amplio sentido crítico de parte del Auditor

### **2.3.9. Ventajas del programa de auditoría**

- Fija la responsabilidad por cada procedimiento establecido.

- Efectúa una adecuada distribución del trabajo entre los componentes del equipo de auditoría, y una permanente coordinación de labores entre los mismos.
- Establece una rutina de trabajo económico y eficiente.
- Ayuda a evitar la omisión de procedimientos necesarios.
- Sirve como un historial del trabajo efectuado y como una guía para futuros trabajos.
- Asegura una adherencia a los principios y normas de auditoría.
- Respalda con documentos el alcance de la auditoría.
- Proporciona las pruebas que demuestren que el trabajo fue efectivamente realizado cuando era necesario.

### **2.3.10. Responsabilidad del programa de auditoría**

El Auditor a cargo de la auditoría en cuestión es responsable directo del programa de auditoría, como de los informes y criterios que emita.

### **2.3.11. Muestreo en la auditoría de gestión<sup>13</sup>**

El muestreo es el proceso de determinar una muestra representativa que permite concluir sobre los hallazgos obtenidos en el universo de operaciones. Por muestra representativa se entiende una cantidad dada de partidas que considerando los valores otorgados a elementos tales como el “riesgo”, permite inferir que el comportamiento de esa muestra es equivalente al comportamiento del universo.

El muestreo de auditoría, es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de las partidas dentro de un grupo de operaciones, con el propósito de evaluar características del grupo.

Objetivos de la aplicación del muestreo en auditoría.

- a. Obtener evidencia del cumplimiento de los procedimientos de control establecidos.

---

<sup>13</sup> Manual de auditoría p 61-65

- b. Obtener evidencias directas sobre la veracidad de las operaciones que se incluye en los registros y controles.

El Auditor al efectuar la auditoría de gestión y considerar los factores de riesgos (en cualquiera de los tipos de riesgo), tendrá que decidirse o no, por el método para seleccionar la muestra y el tamaño de ésta, ya que es imposible abarcar en su totalidad todas las operaciones vinculadas con la gestión del área a utilizar.

Los auditores emplean los dos enfoques de las técnicas de muestreo, como son:

**De apreciación o no estadístico.-** Los ítems a ser incluidos en la muestra son determinados de acuerdo a criterios, en este tipo de muestreo el tamaño, selección y evaluación de las muestras son completamente subjetivas: por lo tanto, es más fácil que ocurran desviaciones. Esta técnica es la más tradicional que viene aplicando el auditor; se sustenta en una base de juicio personal.

**Estadístico.-** Aplica técnicas estadísticas para el diseño, selección y evaluación de la muestra: provee al auditor de una medición cuantitativa de riesgo. Este muestreo ayuda al auditor a:

- Diseñar una muestra eficiente.
- Medir la eficiencia de la evaluación comprobatoria obtenida.
- Evaluar los resultados de la muestra.

Una vez seleccionada la muestra se debe verificar si las operaciones seleccionadas tienen relación con los criterios siguientes:

- La visión y misión de la entidad u organismo.
- Los objetivos y metas planteados o programadas.
- El manejo eficiente y económico de los recursos.
- La calidad esperada por el usuario.
- La normativa legal que regula las actividades y justifica la existencia de la entidad.
- Los indicadores de gestión establecidos por la organización, cuando fuere del caso.

### 2.3.12 Evidencias suficientes y competentes

Las evidencias de auditoría constituyen los elementos de prueba que obtiene el auditor sobre los hechos que examina y cuando éstas son suficientes y competentes, son el respaldo del examen y sustentan el contenido del informe.

El auditor dedica la mayor parte de su trabajo a la obtención o elaboración de las evidencias, lo que logra mediante la aplicación de las técnicas de auditoría.

#### Elementos

- Evidencias suficientes:- Cuando éstas son en la cantidad y en los tipos de evidencias, que sean útiles y obtenidas en los límites de tiempo y costos razonables.
- Evidencias competentes.- Cuando, de acuerdo a su calidad, son válidas y relevantes.

#### Clases

- Física.- Que se obtiene por medio de una inspección y observación directa de actividades documentos y registros
- Testimonial.- Que es obtenida en entrevistas cuyas respuestas son verbales y escritas, con el fin de comprobar la autenticidad de un hecho.
- Documental.- Son los documentos logrados de fuente externa o ajena la entidad.
- Analítica.- Es la resultante de computaciones con disposiciones legales, raciocinio y análisis.

CONFIABILIDAD DE LA EVIDENCIA	
MAYOR CONFIABILIDAD	MENOR CONFIABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtenida a partir de personas o hechos independientes de la entidad.</li> <li>- Producida por una estructura de Control Interno efectivo</li> <li>- Para conocimiento directo:</li> <li>- Observación, inspección o reconstrucción.</li> <li>- De la alta dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtenida dentro de la entidad.</li> <li>- Producida por una estructura de control interno débil.</li> <li>- Por conocimiento indirecto: Confianza en el trabajo de terceras personas. Ej. Auditores internos.</li> <li>- Del personal de menos nivel.</li> </ul>

## **2.3 Proceso de la auditoría de gestión<sup>14</sup>**

### **Fase 1. Conocimiento preliminar**

Las normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, en lo relacionado con la Planificación, establecen la necesidad de identificar los elementos claves de la administración, con el fin de evaluar la importancia de los objetivos de auditoría, por lo que, antes de iniciar una auditoría de gestión, es preciso un conocimiento general de la entidad, programa o proyecto a ser examinado. Para tal propósito, se revisará la información del archivo permanente; así como se recopilarán datos en línea con la ayuda del internet y se realizará la visita previa a la entidad para establecer el estado de las actividades de la entidad y determinar la oportunidad de realizar la acción de control; lo que permitirá además, la designación del equipo de trabajo multidisciplinario y la elaboración de la orden de trabajo con objetivos más reales.

En el caso de una nueva acción de control a la entidad, proyecto o programa, se procederá a la actualización de la información existente, incluyendo información de los papeles de trabajo del examen anterior; a la vez que se diseñarán procedimientos, para identificar cambios importantes en la organización de la entidad, desde la última auditoría. Con el fin de obtener un conocimiento preliminar de la entidad, se identificarán los siguientes aspectos:

La naturaleza jurídica, objetivos institucionales, finalidad y objeto social, establecidos en la base legal de constitución.

La misión, visión, metas y objetivos de largo, mediano y corto plazo, determinados en la planificación de la entidad.

Las relaciones de dependencia, ambientales, jerárquicas, operativas, económicas, comerciales, sociales, societarias, gubernamentales e interinstitucionales (factores externos).

---

<sup>14</sup> [www.contraloria.gob.ec/acuerdo\\_047\\_CG](http://www.contraloria.gob.ec/acuerdo_047_CG)

## **Fase 2. Planificación**

Es el proceso de recopilación de información y de verificación de hechos, que serán la base para conocer las características fundamentales de la entidad y para la ejecución del examen.

La verificación de hechos a través de la información recopilada y mediante entrevistas a funcionarios, podrá revelar la existencia de áreas críticas, lo que se dejará constancia en los papeles de trabajo, para dar mayor atención en la ejecución del examen.

## **Fase 3. Ejecución**

En esta etapa, se ejecuta el trabajo de auditoría, con el desarrollo de los programas y con la obtención de la evidencia suficiente, relevante y competente, basada en criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa; evaluación de los resultados de la gestión y determinación de los hallazgos resultantes para sustentar los comentarios, las conclusiones y recomendaciones que serán incluidas en el informe.

## **Fase 4 Comunicación de resultados**

La redacción del informe de auditoría de gestión, al igual que de otro tipo de auditoría, observará las normas nacionales e internacionales y demás disposiciones emitidas para el efecto y presentará una estructura en la cual se establezcan los hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

En la fase de comunicación de resultados, se mantendrá informada a la administración de la entidad permanentemente, sobre las observaciones encontradas durante la ejecución del examen, con la finalidad de obtener los justificativos y comentarios pertinentes, previo a la elaboración del informe final.

La estructura y contenido de los informes de auditoría de gestión se guiará por los lineamientos establecidos en el Manual de Auditoría de Gestión



## Fase 5. Seguimiento

No	Cuestionario	Respuestas		Realizado por
		SI	NO	
1	Se han efectuado las acciones correctivas, de las recomendaciones derivadas de los exámenes anteriores?			
2	Los informes de auditoría, se presentan a las autoridades superiores responsables de establecer las políticas?			
3	Se realiza el seguimiento y evaluación permanente del sistema del control interno, para determinar mejoras y ajustes requeridos?			
4	Se utilizan indicadores para detectar ineficiencias, abusos o despilfarros?			
5	Se considera la información de terceros, para verificar datos generados en la entidad?			
6	Se verifica la eficacia de las actividades regulares de control, cuando se desarrollan y establecen nuevos sistemas de contabilidad o de información?			
7	Se mejoran los sistemas de contabilidad e información, cuando el volumen y complejidad de las operaciones se incrementan significativamente?			
8	El personal está obligado a hacer constar con su firma, que se han efectuado actividades esenciales para el control interno?			
9	Se han definido herramientas de autoevaluación?			
10	Las deficiencias detectadas durante el proceso de autoevaluación, son comunicadas inmediatamente a los niveles de decisión, para su corrección oportuna?			

### 2.4 Indicadores para la auditoría de gestión

#### Definición

- Referencia numérica
- Mide el desempeño
- Sirve para tomar acciones correctivas inmediatas.

#### Objetivos

- Identificar los objetivos de la empresa

- Determinar los objetivos del área de auditoría.
- Reuniones para determinar actividades críticas del departamento
- Determinar los principales indicadores
- Definir sistema de monitoreo y ajuste
- Informar resultados al Comité de Auditoría
- Evaluación periódica de los indicadores.

### **Características**

- Los indicadores deben ser analizados periódicamente.
- Se debe tener una especie de biblioteca y un responsable de los principales indicadores.
- El indicador debe ser un medio y no un fin.
- Ser relevante o útil para la toma de decisiones.
- Factible medir
- Fácil de interpretar
- Verificable (control de gestión)
- Libre de precisión personal
- Aceptado razonablemente por la organización
- Justificable implantar con relación a su costo beneficio.
- Los indicadores deben ser sencillos
- Un indicador facilita el control y el autocontrol
- Los indicadores deben promover la calidad de la organización
- Se deben desarrollar Los indicadores claves
- Se deben establecer indicadores para cada factor crítico del éxito
- Los indicadores deben inducir a buenos resultados.
- Los indicadores deben servir de apoyo para alcanzar objetivos.

### **Parámetros de los indicadores de gestión <sup>15</sup>**

Los indicadores de gestión se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomaran acciones correctivas o preventivas según el caso.

---

<sup>15</sup> [www.virtual.unal.edu.co/.../149\\_indicadolo\\_gestion.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/.../149_indicadolo_gestion.htm)

El desempeño de una empresa debe medirse en términos de resultados, los resultados se expresan en índices de gestión, a su vez los índices de gestión son una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una organización frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia. En otras palabras es la relación entre las metas u objetivos y los resultados.

“Los índices de gestión son una unidad de medida gerencial que permite evaluar el desempeño de una organización frente a sus metas, objetivos y responsabilidades con los grupos de referencia; es decir, la relación entre las metas, objetivos y los resultados”<sup>18</sup>

Un indicador es una medida de la condición de un proceso o evento en un momento determinado, que en conjunto pueden proporcionar una visión del panorama de la situación de un proceso, negocio o de las ventas de una compañía.

Los indicadores permiten tener un control adecuado sobre la situación dada, de ahí su importancia al hacer posible el predecir y actuar con base en las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.

Los indicadores son una forma clave de retroalimentar el proceso, de monitorear el avance o ejecución de un proyecto, planes estratégicos, etc., y son más importantes si su tiempo de respuesta es muy corto, ya que esto permite que las correcciones o ajustes que se necesiten realizar sean en el momento preciso.

El paquete de los indicadores puede variar su tamaño, de acuerdo al tipo de negocio, sus necesidades específicas y los proyectos que trabaja.

El desempeño de una empresa se mide de acuerdo a sus resultados y estos a su vez se miden a través de los índices de gestión ya expresados anteriormente.

“Lo que no se mide con hechos y datos no puede mejorarse”

## **Clasificación de los indicadores de gestión<sup>16</sup>**

- Indicadores de Procesos
- Indicadores de Medios de Actividad
- Indicador de Sub-actividad de los factores fijos
- Indicadores de cumplimiento
- Indicadores de Eficacia
- Indicadores de Eficiencia
- Indicadores de Economía
- Indicadores de Calidad
- Indicadores Financieros

## **2.5 Herramientas para la auditoría de gestión**

### **Técnicas de auditoría**

Las técnicas son el conjunto de recursos que se emplean en un arte o una ciencia. Son pasos lógicos para llegar al examen de auditoría. Recursos investigativos que realiza el auditor para hacer el examen.

Las técnicas de Auditoría son los recursos particulares de investigación, utilizados por el auditor para obtener los datos necesarios para corroborar la información que ha obtenido o le han suministrado (Evidencia Primaria). Son los métodos prácticos de investigación y prueba que el Contador Público utiliza para lograr la información y comprobación necesaria para poder emitir su opinión profesional.

### **Marcas de auditoría<sup>17</sup>**

Todo hecho, técnica o procedimiento que el Auditor efectúe en la realización del examen debe quedar consignado en la respectiva cédula (analítica o subanalítica generalmente), pero esto llenaría demasiado espacio de la misma haciéndola prácticamente ilegible no solo para los terceros, sino aún para el mismo auditor.

---

<sup>16</sup> [www.slideshare.net/rona/daraujos/indicadores-de-gestion-2](http://www.slideshare.net/rona/daraujos/indicadores-de-gestion-2)

<sup>17</sup> [Fccea.unicauca.edu.co/old/tgait/tgarfse130130.html](http://Fccea.unicauca.edu.co/old/tgait/tgarfse130130.html)

Para dejar comprobación de los hechos, técnicas y procedimientos utilizados en las cédulas o planillas, con ahorro de espacio y tiempo, se usan marcas de auditoría, las cuales son símbolos especiales creados por el auditor con una significación especial.

Por ejemplo al efectuar una reconciliación bancaria, los cheques pendientes de cobrar y las consignaciones bancarias deben ser cotejadas con el libro de bancos para comprobar que están bien girados y elaboradas, en cuanto al importe, número, fecha, beneficiario, número de cuenta etc. Cada uno de los cheques y consignaciones cotejadas debe tener una descripción de lo realizado. En lugar de escribir toda esta operación junto a cada cheque y consignación, se utiliza un símbolo o marca de comprobación, cuyo significado se explica una sola vez en el lugar apropiado de la cédula a manera de convención detallando todo el procedimiento realizado.

Para las marcas de auditoría se debe utilizar un color diferente al del color del texto que se utiliza en la planilla para hacer los índices. Las marcas deben ser sencillas, claras y fáciles de distinguir una de otra. El primer papel de trabajo del archivo de la auditoría debe ser la cédula de las marcas de auditoría.

### **Papeles de trabajo<sup>18</sup>**

**Concepto.-** Son el conjunto de documentos, planillas o cédulas, en las cuales el auditor registra los datos y la información obtenida durante el proceso de auditoría, los resultados y las pruebas realizadas.

Los papeles de trabajo también pueden constituir la información almacenada en cintas, películas u otros medios (diskettes), y puede habilitarse sobre listados, y fotocopias de documentos claves de la organización, sin incurrir a exceso de copiar todo el archivo.

Al preparar el auditor los papeles de trabajo debe evitar acumular exceso de documentación, (Calidad Vs Cantidad), esto se simplifica utilizando marcas de auditoría, es decir, certificando o validando información o actuaciones físicas que se tuvo a la vista, mediante marcas y referencias previamente definidas, tales como:

---

<sup>18</sup> [www.auditool.org/index.php2](http://www.auditool.org/index.php2)

√ Verificado y cruzado contra registros contables.

Σ Sumado

% Porcentaje observado.

∩ Totalizado

≈ Cifras verificadas.

∞ Soportes originales vistos.

entre otras.

# **CAPITULO 3**

## Aplicación Práctica

### SIGLAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
USO	Unidades operativas de salud
UCA	Unidad de conducción administrativa
FCAA	Francia Clenda Aguirre Aguirre
MBMS	María Beatriz Mejía Sarango
MCTC	María del Cisne Tituaña Castillo
OT	Orden de trabajo
NIA	Notificación inicio de auditoria
RVP	Resultado de la visita previa
PE	Planificación especifica
CCI	Cuestionario de control interno
GI	Gestión institucional
RSP	Reclutamiento de personal
ED	Evaluación de desempeño
RC	Registro y control
CP	Capacitación de personal
IAP	Información actualizada del personal
PA	Programa de auditoria



## **FASE 1: CONOCIMIENTO PRELIMINAR**

OT /1-1

Loja, 03 de mayo de 2011

### **ORDEN DE TRABAJO 001**

Señoras Francia Clenda Aguirre Aguirre

María Beatriz Mejía Sarango

#### **EGRESADAS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Ciudad.-

De mi consideración:

De conformidad al plan anual de graduación masiva prevista por la Universidad Técnica Particular de Loja, sírvase ejecutar la auditoría de gestión al departamento de recursos humanos del área de salud Nro. 5 Cariamanga, periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2010; en el que ustedes actuarán como auditoras.

El objetivo general es: efectuar una auditoría de gestión a la empresa con la finalidad de emitir conclusiones y recomendaciones.

Los objetivos específicos:

Realizar el diagnóstico organizacional de la empresa

Planificar la auditoría y seleccionar indicadores de gestión, cuantitativos y cualitativos.

Ejecutar la auditoría y elaborar el informe final.

Como resultado de la auditoría, se desarrollará la planificación, ejecución del trabajo de campo y el informe de auditoría que contendrá comentarios, conclusiones y recomendaciones el que se realizará en seis meses.

Atentamente,

Econ. María del Cisne Tituaña Castillo  
**DIRECTORA DE TESIS**

**Notificación de inicio de la auditoria o examen especial**

NIA /1-1

Loja, 03 de mayo del 2011

Doctora.

Jenny Encalada

**DIRECTORA DEL AREA DE SALUD Nro. 5 CARIAMANGA**

Ciudad.-

Estimada Doctora:

Por medio del presente expresamos a usted un cordial y atento saludo y a la vez notificamos el inicio de la auditoría de gestión del período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2010 del departamento de recursos humanos del área de salud Nro. 5 de la ciudad de Cariamanga y de conformidad a la orden de trabajo N° 001 emitida por la Econ. María del Cisne Tituaña en calidad de directora de tesis; donde esperamos contar con toda la colaboración que le sea posible para que la presente auditoría se desarrolle con normalidad y se consigan los objetivos planteados.

Por la atención que se sirva dar a la presente, le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Saludos Cordiales,

Francia Aguirre

**AUDITOR**

Beatriz Mejía

**AUDITOR**

## **INFORME DE LA VISITA PREVIA**

### **1 Identificación de la entidad**

El Área de salud Nro. 5 Cariamanga es una institución que forma parte de la red de las 13 áreas de salud de la provincia de Loja, su área de influencia comprende las parroquias de Chile, San Vicente, Cariamanga, Sanguillín, Colaisaca, Utuana y el Lucero, conformada por cinco unidades operativas, dos puestos de salud que se encuentran ubicados en el barrio Usaime y el Batan; tres subcentros de salud en las parroquias de Lucero, Sanguillín y Colaisaca y un centro de salud hospital en la cabecera cantonal de Calvas en donde funciona la jefatura del área , su población de cobertura es de 30.438 habitantes. Es una red de servicios básicos constituida por puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, centro de salud materno infantil, centro de salud hospital. Estas unidades de salud brindan a toda las población asignada atención básica de fomento, promoción, prevención, protección específica y de morbilidad.

**2** Base legal<sup>19</sup>

**3** Misión

**4** Visión

**5** Estructura orgánica

**6** Objetivo general

**7** Objetivos específicos

### **8 Principales actividades, operaciones e instalaciones**

El área de salud Nro. 5 garantiza al acceso universal y solidario a los servicios de salud con atención integral de calidad y calidez para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables. Trabaja permanentemente, para disponer de un espacio físico técnicamente equipado, que le permita elevar día a día la calidad de los servicios de salud, promueve además la capacitación científica y humana de su personal, promoviendo el apoyo decidido y comprometido de las instituciones y la comunidad que confía plenamente en la calidad de atención y la capacidad resolutive de la institución.

---

<sup>19</sup> **Nota:** En el capítulo I "Antecedentes de la empresa" se encuentra el detalle de la información de los numerales 2...7.

Cuenta con un espacio físico técnicamente equipado y un equipo multidisciplinario, con calidad profesional y humana, que brinda atención de salud integral e integrada a la comunidad, priorizando los sectores de difícil acceso y los grupos etéreos de mayor riesgo, coordina su accionar con organizaciones comunitarias locales e instituciones de salud y desarrollo local y provincial, promoviendo la participación activa, propositiva y confiada de la comunidad.

Con el propósito de promover un mejor funcionamiento del Área y viabilizar la ejecución de planes y programas tendientes a elevar el nivel de salud y desarrollo de la comunidad, para lograr así los objetivos y visión planteada, la Unidad de Conducción del Área ha creído necesario elaborar un Reglamento Interno, que permita a los empleados y trabajadores conocer sus responsabilidades, sus deberes y derechos, propuesta que ha sido planteada a todos los empleados y trabajadores del Área con quienes en forma consensuada se debe establecer un sistema de incentivos o sanciones de acuerdo al desempeño de las funciones.

Para el efecto se establecen las siguientes cláusulas:

Primera:

- 1.1** Elaborar un Reglamento Interno basado en normas y políticas, contempladas en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y en el Código de Trabajo, adaptadas a la realidad de nuestra institución en forma consensuada, que permita a los empleados y trabajadores conocer sus responsabilidades, sus deberes y derechos, así mismo establecer en común acuerdo un sistema de incentivos o sanciones de acuerdo al desempeño de las funciones.
- 1.2** Realizar un diagnóstico institucional, participativo integral de los problemas personales, institucionales, en cuanto a equipamiento, infraestructura y de servicio sentidos en las unidades operativas del Área, así mismo en forma consensuada, priorizar las necesidades para buscar alternativas de solución a las mismas.

- 1.3 Mantener actualizado un diagnóstico participativo, integral de la comunidad de influencia del área de salud Nro. 5 Cariamanga, con enfoque de salud integral. Para lo cual entre otras tomará las siguientes medidas:
- 1.4 Coordinación con otros organismos directos o indirectos relacionados con la salud y desarrollo comunitario para identificar, analizar y priorizar los problemas sentidos en cada sector.
- 1.5 Promover la participación institucional y comunitaria en las acciones de salud tendientes a la solución de los problemas de acuerdo a las prioridades establecidas técnicamente, gestionando en forma conjunta en los organismos pertinentes a través de proyectos específicos.
- 1.6 Sectorizar a la comunidad a fin de identificar claramente, los individuos, las familias grupos etéreos, comunidades y lugares de mayor riesgo, lo que permitirá implementar acciones de solución acordes a cada realidad.
- 1.7 Mantener un Mapa Parlante de Salud actualizado en el que se identifique claramente las principales fortalezas y debilidades de la comunidad, señalizando claramente los factores de mayor riesgo.
- 1.8 Realizar un análisis permanente de los avances y resultados obtenidos en la implementación de acciones, con el fin de re planificar o modificar la planificación.
- 1.9 Organización de la comunidad en grupos familiares, barriales, sociales, etc., a fin de hacer posible el desarrollo de programas con mayores posibilidades de éxitos.
- 1.10 Objetivos brindar Atención en salud integral e integrada y asistencia médica, tomando en cuenta los principios de equidad, participación social, eficiencia, integridad, calidad, universalidad y solidaridad, bajo las políticas de Salud establecidas por el MSP en cuanto a la implementación de planes y programas.

**Principales Políticas y estrategias institucionales**

Cumplir con los programas del ministerio de salud publica

Alcanzar coberturas de atención hospitalaria y médica

Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil

Cumplir con la atención médica por ciclos de vida

Cubrir con las prestaciones de maternidad gratuita y atención de la infancia

**Funcionarios Principales**

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PERIODO DE GESTION	
		DESDE	HASTA
<b>Dra. Jenny Enacalada</b>	Directora	16-03-2011	Continua
<b>Dra. Sevigne Aguirre</b>	Coordinadora	01-04-2009	Continua
<b>Lcda. Magygori Reyes</b>	Jefe Financiero	03-02-1994	Continua
<b>Ing. Rubén Soto</b>	Administrador	01-10-1981	Continua
<b>Dra. Mirella Montero</b>	Odontología	16-07-1980	Continua
<b>Sor. Leonor Astudillo</b>	Jefe de enfermería	01-10-2008	Continua

**MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN**

Empresa: Área de salud Nro. 5 Cariamanga  
 Examen aplicado: Auditoría de Gestión  
 Periodo: enero-diciembre 2010  
 Preparado por: Francia Clenda Aguirre Aguirre  
 María Beatriz Mejía Sarango Fecha: 10-05-2011  
 Revisado por: Econ. María del Cisne Tituaña Fecha: 02-02-2012

**1. Tipo de examen**

Auditoría de gestión

**2. Objetivos de la auditoria**

Objetivo General: Efectuar una auditoría de gestión al área de salud nro. 5 de Cariamanga con la finalidad de emitir conclusiones y recomendaciones orientadas a su mejoramiento.

**3. Equipo de auditoria**

El personal asignado está conformado por:

Francia Clenda Aguirre Aguirre	Auditora
María Beatriz Mejía Sarango	Auditora

**4. Base legal****5. Estructura orgánica****6. Misión, visión, Objetivos institucionales**

**Nota:** En el capítulo I Antecedentes de la Empresa se encuentra el detalle de la información numerales 4...6

**7. Principales actividades**

Nota: En el capítulo III, informe de la visita previa se encuentra el detalle de la información numeral 7.

**8. Servicios principales<sup>20</sup>**

- Hospitalización
- Emergencia

---

<sup>20</sup> Nota: En el Anexo Nro. 1, puede encontrar el detalle de los servicios que presta el Área de la Salud Nro. 5.

- Consulta externa
- Ginecología
- Cirugía
- Pediatría
- Laboratorio
- Rayos x
- Odontología

## 9. Sistemas informáticos

El departamento cuenta con equipos de computación cuyas características y utilización se detallan a continuación:

CARACTERISTICAS	UBICACIÓN Y UTILIZACION
<b>1 Computador de mesa marca Samsung, modelo 733NW Intel ® core ™ 2 CPU E7400 @ 280 GMZ 2,80 GHZ 1,98 GB DE RAM</b>	Departamento de RR.HH, se utiliza para la elaboración de oficios, asistencia de personal, elaboración matrices, movimientos de personal.

## 10. Puntos de interés para el examen

Componentes: Área de salud nro. 5 Cariamanga

Subcomponentes: Departamento de Recursos humanos

Adicionalmente considero que el trabajo de auditoría se centrará en el establecimiento de controles clave, calificación de los factores de riesgo de auditoría para componente importante.

## 11. Indicadores

Satisfacción del cliente =100%

Cientes atendidos = 100% planificación

Incremento de capacitación año 2010 en relación año 2009



**Estructuración de los cuestionarios de control interno y programas de auditoría**

<p style="text-align: center;"><b>Área de salud Nro. 5 Cariamanga</b>  <b>Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010</b>  <b>CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO</b>  <b>COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS</b>  <b>SUBCOMPONENTE: GESTION INSTITUCIONAL</b></p>					
					CCI/GI
					1/6
No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	El área de salud cuenta con leyes y políticas institucionales				
2	En la entidad se ha implantado y se encuentra en aplicación la planificación estratégica				
3	En la institución se encuentra definido: las metas, misión, visión, objetivos				
4	La entidad cuenta para medir resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia y economía de parámetros e indicadores de gestión				
5	Se efectúan reuniones habituales de la dirección para resolver problemas que se presenten y para tratar asuntos estratégicos.				
6	En la institución se encuentran detectadas las fortalezas y debilidades; así como las oportunidades y amenazas.				
7	Existen manuales de procedimientos para cada departamento de la Institución				
8	Los controles informáticos son suficientes				

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN**  
**DE PERSONAL**

CCI/RSP

2/6

No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	En la Institución el ingreso del personal se efectúa previo proceso de convocatoria, evaluación y selección de los postulantes más idóneos para ocupar cargos.				
2	La convocatoria de vacantes de los cargos se lo realiza mediante la difusión y publicación por los medios de comunicación.				
3	La dirección se asegura, que cada servidor que ingresa a la institución, reúna los requisitos de idoneidad, experiencia y honestidad.				
4	Todos los requisitos son documentados por quien presta el servicio.				
5	Para ocupar los cargos existe un concurso de méritos de oposición y competencia.				
6	Entrevistas previas por parte del jefe departamental que requirió los servicios.				

Área de salud Nro. 5 Cariamanga

Del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2010

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS

SUBCOMPONENTE: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

CCI/ED

3/6

No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	Cada uno de los servidores viene rindiendo de acuerdo con las exigencias del cargo que ocupa en la entidad.				
2	En la institución se cuenta con formatos de evaluación de personal				
3	De las evaluaciones aplicadas en la institución han reflejado el rendimiento y comportamiento del servidor				
4	La dirección ha aprobado políticas y procedimientos de evaluación de personal y son de conocimiento del personal				
5	Los servidores de la instituciones son informados de los resultados de las evaluaciones				
6	La evaluación del rendimiento de los servidores es permanente.				

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: REGISTRO Y CONTROL**

CCI/RC

4/6

No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	Existen mecanismos establecidos por la institución que permitan cautelar, que los servidores cumplan con su responsabilidad de asistir al centro laboral, conforme al horario establecido en los reglamentos.				
2	La dirección motiva permanentemente con el ejemplo al personal a su cargo, a efecto de que la puntualidad se convierta en un hábito.				
3	Los jefes de cada departamento a más de verificar que cada servidor se encuentre físicamente en su lugar de trabajo se cercioran que este cumpla efectivamente con sus funciones del cargo asignado.				
4	Existen mecanismos de control en la Institución-				
5	Los controles de asistencia y permanencia son aplicados a todo el personal de la Institución.				

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: CAPACITACION DE PERSONAL**

CCI/CP

5/6

No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	Existe en la institución una capacitación continua de todo el personal.				
2	La institución cuenta con un programa permanente de capacitación aprobado.				
3	La capacitación brindada por la institución se encuentra relacionada con los puestos que desempeña cada servidor.				
4	Los servidores designados por la institución, para recibir capacitación externa están en la obligación de difundir los conocimientos adquiridos se cumple con este proceso.				
5	Los jefes de cada departamento se preocupan por motivar a su personal a su cargo con la finalidad de mantener sus conocimientos actualizados.				

Área de salud Nro. 5 Cariamanga

Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS

SUBCOMPONENTE: INFORMACION ACTUALIZADA DEL PERSONAL

CCI/IAP

6/6

No	Preguntas	Respuestas			Comentarios
		SI	NO	NA	
1	La institución cuenta con registros, donde se consigne la información de todos y cada uno de los servidores contratados o con nombramiento.				
2	Los registros del personal contienen el historial de cada servidor				
3	Los registros se mantienen actualizados				
4	El departamento de recursos humanos verifica si los documentos presentados por el personal en copia simple, reúnen los requisitos de veracidad y legalidad pertinentes.				

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**

PA/1-6
--------

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: GESTION INSTITUCIONAL**

**Objetivos:**

Establecer el grado de cumplimiento de los deberes y atribuciones encomendados a la Directora.

Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

Nº	PROCEDIMIENTOS	REF. P/T	ELAB. POR	FECHA
1.	Notificar a la Directora acerca del inicio de la Auditoría de Gestión, efectuar la visita previa a la entidad y presentar al equipo de trabajo que realiza la auditoría.	N.	FCAA MBMS	30-04- 2011
2.	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso administrativo.	ECI/GI 2/12	FCAA MBMS	07-05- 2011
3.	Aplicar indicadores aplicados a la Gerencia General, para el efecto se usarán de fichas técnicas.	IG/1-3	FCAA MBMS	20-06- 2011
Elaborado por: FCAA /MBMS		Aprobado por: MCTC		

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**

PA/2-6

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DEL PERSONAL**

**Objetivos:**

- Establecer el grado de cumplimiento de la normativa y políticas llevadas a cabo dentro del proceso reclutamiento y selección del personal.
- Medir la eficiencia y eficacia en el proceso de reclutamiento y selección de personal.
- Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>ELAB. POR</b>	<b>FECHA</b>
1.	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso reclutamiento y selección de personal.	ECI/RSP 4/12	FCAA MBMS	07-05-2011
Elaborado por: FCAA/MBMS		Aprobado por: MCTC		



**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**

PA/3-6

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**Objetivos:**

- Establecer el grado de cumplimiento de la normativa y políticas llevadas a cabo dentro del proceso de evaluación de desempeño.
- Medir la eficiencia y eficacia en el proceso de evaluación de desempeño.
- Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>ELAB. POR</b>	<b>FECHA</b>
1.	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso reclutamiento y selección de personal.	ECI/ED 6/12	FCAA MBMS	30-04-2011
2.	Aplicar indicadores de gestión para el proceso de evaluación de desempeño.	IG/2-3	FCAA MBMS	07-05-2011
Elaborado por: FCAA/MBMS		Aprobado por: MCTC		

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**

PA/4-6

**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

**SUBCOMPONENTE: REGISTRO Y CONTROL**

**Objetivos:**

- Establecer el grado de cumplimiento de la normativa y políticas llevadas a cabo dentro del proceso de registro y control.
- Medir la eficiencia y eficacia en el proceso de registro y control.
- Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>ELAB. POR</b>	<b>FECHA</b>
1.	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso registro y control.	ECI/RC 8/12	FCAA MBMS	30-04-2011
Elaborado por: FCAA/MBMS		Aprobado por: MCTC		

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**

PA/5-6

**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

**SUBCOMPONENTE: CAPACITACION DE PERSONAL**

**Objetivos:**

- Establecer el grado de cumplimiento de la normativa y políticas llevadas a cabo dentro del proceso de capacitación.
- Medir la eficiencia y eficacia en el proceso de capacitación.
- Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>ELAB. POR</b>	<b>FECHA</b>
<b>1.</b>	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso capacitación.	ECI/CP 10/12	FCAA MBMS	30-04-2011
<b>2.</b>	Aplicar indicadores de gestión para el proceso de capacitación.	IG/3-3	FCAA MBMS	07-05-2011

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de Enero al 31 de Diciembre 2010**

PA/6-6

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: INFORMACION ACTUALIZADA DEL PERSONAL**

**Objetivos:**

- Establecer el grado de cumplimiento de la normativa y políticas llevadas a cabo dentro del proceso información actualizada del personal.
- Medir la eficiencia y eficacia en el proceso información actualizada del personal.
- Emitir las correspondientes recomendaciones para mejorar el sistema de control interno.

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>ELAB. POR</b>	<b>FECHA</b>
1.	Evaluar el control interno a través de la aplicación de un cuestionario de control interno, estableciendo el grado de confianza y el nivel de riesgo del sistema de control interno dentro del proceso información actualizada del personal.	ECI/IAP 12/12	FCAA MBMS	30-04- 2011
Elaborado por: FCAA/MBMS		Aprobado por: MCTC		

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: GESTION INSTITUCIONAL**

ECI/GI
1/12

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	El área de salud cuenta con leyes y políticas institucionales	X			10	6	En la entidad existen documentos sobre leyes y reglamentos pero no se aplica en todos los departamentos
2	En la entidad se ha implantado y se encuentra en aplicación la planificación estratégica		X		10	5	No existe un documento que sustente la planificación estratégica
3	En la institución se encuentra definido: las metas, misión, visión, objetivos	X			10	8	Existe un documentos pero contiene información de carácter general
4	La entidad cuenta para medir resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia y economía de parámetros e indicadores de gestión		X		10	5	No se encontró un documento completo que sustente dicha información
5	Se efectúan reuniones habituales de la dirección para resolver problemas que se presenten y para tratar asuntos estratégicos		X		10	5	No hay archivos
6	En la institución se encuentran detectadas las fortalezas y debilidades; así como las oportunidades y amenazas.		X		10	5	No hay archivos que lo respalden
7	Existen manuales de procedimientos para cada departamento de la institución	X			10	7	Hay un manual de carácter general
8	Los controles informáticos son suficientes	X			10	7	Algunos equipos no han sido actualizados
<b>TOTAL</b>					<b>80</b>	<b>48</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 1. VALORACION

CP: Confianza ponderada

CT: Calificación total 48

PT: Ponderación total 80

ECl/GI

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{48 * 100}{80} = 60\%$$

### 2. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** La Dirección, demuestra un 60% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya que no existe planificación estratégica ni un control mediante indicadores de gestión que le permita medir eficiencia y la economía en cuanto al manejo de los recursos.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

ECL/RSP

3/12

**SUBCOMPONENTE: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL**

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	En la Institución el ingreso del personal se efectúa previo proceso de convocatoria, evaluación y selección de los postulantes más idóneos para ocupar cargos.	X			10	8	No se cumple con todos los procesos
2	La convocatoria de vacantes de los cargos se lo realiza mediante la difusión y publicación por los medios de comunicación	X			10	8	Se cumple parcialmente
3	La dirección se asegura, que cada servidor que ingresa a la institución, reúna los requisitos de idoneidad, experiencia y honestidad.	X			10	7	Se cumple parcialmente
4	Todos los requisitos son documentados por quien presta el servicio.	X			10	8	Se cumple parcialmente
5	Existe para ocupar los cargos concurso de méritos de oposición y competencia.	X			10	8	No se cumple en todos los casos
6	Entrevistas previas por parte del jefe departamental que requirió los servicios.		X		10	4	No hay archivo que lo sustente
<b>TOTAL</b>					<b>60</b>	<b>43</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 1. VALORACION

CP: Confianza ponderada  
CT: Calificación total 43  
PT: Ponderación total 60

ECI/RSP
4/12

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{43 * 100}{60} = 71,67$$

### 2. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** En el proceso de reclutamiento y selección de personal, demuestra un 71,67% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya que en algunos caso no se ha cumplido con todo el proceso de reclutamiento de selección del personal de la Institución.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC

**Nota:** respaldo anexo nro. 2



**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

ECI/ED

5/12

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	Cada uno de los servidores de la entidad viene rindiendo de acuerdo con las exigencias del cargo que ocupa en la entidad.	X			10	7	No se cumple en todos los casos
2	En la institución se cuenta con formatos de evaluación de personal	X			10	8	En algunos servidores no se cumple
3	De las evaluaciones aplicadas en la institución han reflejado el rendimiento y comportamiento del servidor	X			10	8	Se cumple parcialmente
4	La dirección ha aprobado políticas y procedimientos de evaluación de personal y son de conocimiento del personal	X			10	8	No se cumple en todos los casos
5	Los servidores de las instituciones son informados de los resultados de las evaluaciones	X			10	8	No se cumple en algunos casos
6	La evaluación del rendimiento de los servidores es permanente.		X		10	5	No se realiza permanentemente
<b>TOTAL</b>					<b>60</b>	<b>44</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 1. VALORACION

CP: Confianza ponderada  
CT: Calificación total 44  
PT: Ponderación total 60

ECI/ED

6/12

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{44 * 100}{60} = 73,33$$

### 2. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** En el proceso de evaluación de desempeño, demuestra un 73,33% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya que no existe un proceso adecuado de evaluación del personal y no se lo realiza en forma permanente.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**  
**SUBCOMPONENTE: REGISTRO Y CONTROL**

ECI/RC

7/12

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	Existen mecanismos establecidos por la institución que permitan cautelar, que los servidores cumplan con su responsabilidad de asistir al centro laboral, conforme al horario establecido en los reglamentos.	X			10	6	Falta mejor control
2	La dirección motiva permanentemente con el ejemplo al personal a su cargo, a efecto de que la puntualidad se convierta en un hábito	x			10	7	Se cumple parcialmente
3	Los jefes de cada departamento a más de verificar que cada servidor se encuentre físicamente en su lugar de trabajo se cercioran que este cumpla efectivamente con sus funciones del cargo asignado.	X			10	8	No hay registro
4	Existen mecanismos de control en la Institución	X			10	8	No hay registros
5	Los controles de asistencia y permanencia son aplicados a todo el personal de la institución.	X			10	8	Falta un mejor control en algunos casos
<b>TOTAL</b>					<b>50</b>	<b>37</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 3. VALORACION

CP: Confianza ponderada  
CT: Calificación total 37  
PT: Ponderación total 50

ECI/RC

8/12

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{37 * 100}{50} = 74\%$$

### 4. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** En el proceso de registro y control, demuestra un 74% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya que los mecanismos que se aplican en la institución para el registro y control de firmas del personal no garantiza un adecuado control.

Elaborado por: FCAA/ MBMS

Aprobado por: MCTC

**Nota:** respaldo anexo nro. 3

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

ECI/CP

9/12

**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

**SUBCOMPONENTE: CAPACITACION DE PERSONAL**

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	Existe en la institución una capacitación continua de todo el personal.	X			10	6	Se cumple parcialmente
2	La institución cuenta con un programa permanente de capacitación aprobado.	x			10	7	No hay documento que lo sustente
3	La capacitación brindada por la institución se encuentra relacionada con los puestos que desempeña cada servidor	X			10	7	Se cumple parcialmente
4	Los servidores designados por la institución, para recibir capacitación externa están en la obligación de difundir los conocimientos adquiridos se cumple con este proceso	X			10	8	Se cumple parcialmente
5	Los jefes de cada departamento se preocupan por motivar a su personal a su cargo con la finalidad de mantener sus conocimientos actualizados.	X			10	8	Se cumple parcialmente
<b>TOTAL</b>					<b>50</b>	<b>36</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 5. VALORACION

CP: Confianza ponderada  
CT: Calificación total 36  
PT: Ponderación total 50

ECI/CP
10/12

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{36 * 100}{50} = 72\%$$

### 6. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** En el proceso de capacitación, demuestra un 72% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya que la dirección de la Institución no se ha preocupado por establecer un plan de capacitación en donde se incluya a todo el personal.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC

**Nota:** respaldo anexo 5

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

ECI/IAP

11/12

**SUBCOMPONENTE: INFORMACION ACTUALIZADA DEL PERSONAL**

No.	Preguntas	Respuestas			Pond.	Calif.	Observaciones
		Si	No	N/A			
1	La institución cuenta con registros, donde se consigne la información de todos y cada uno de los servidores contratados o con nombramiento.	X			10	7	No se cumple en todos los casos
2	Los registros del personal contienen el historial de cada servidor	X			10	8	Se cumple parcialmente
3	Los registros se mantienen actualizados	X			10	7	Se cumple parcialmente
4	El departamento de recursos humanos verifica si los documentos presentados por el personal en copia simple, reúnen los requisitos de veracidad y legalidad pertinentes.	X			10	8	Se cumple parcialmente
<b>TOTAL</b>					<b>40</b>	<b>30</b>	

## MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO

### 7. VALORACION

CP: Confianza ponderada  
CT: Calificación total 30  
PT: Ponderación total 40

ECI/IAP

12/12

$$CP = \frac{CT * 100}{PT}$$

$$CP = \frac{30 * 100}{40} = 75\%$$

### 8. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO

**COMENTARIO:** En el proceso de información actualizada del personal, demuestra un 75% en el nivel de riesgo, lo que equivale a un nivel medio dentro de la evaluación de control interno, no alcanza el 100% ya la información del personal no se encuentra de una forma ordenada en algunos casos ocasionando que la información no se encuentre de manera rápida y oportuna.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Aprobado por: MCTC



**Evaluación total de la Auditoría**

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga  
Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010  
EVALUACION TOTAL**

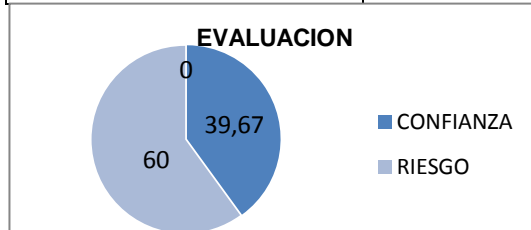
**1. VALORACION**

PT: Ponderación total                    100  
 CT: Calificación total                    48+43+44+37+36+30  
 CP: Calificación porcentual            39,67  
 $CP = \frac{CT*100}{PT}$

$$CP = \frac{40*100}{100} = 40$$

**2. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE RIESGO**

Calificación porcentual	Grado de confianza	Niveles de riesgo
15-50%	1 BAJO	3 ALTO
51-75%	2 MEDIO	2 MEDIO
76-100%	3 ALTO	1 BAJO



**COMENTARIO:** Como promedio general de confianza de la institución evaluada, se ha obtenido un nivel de confianza bajo esto debido a que se necesita implementar un mejor control de registros y de igual manera el mejor cumplimiento de la normativa.

**Área de salud Nro. 5 Cariamanga**  
**Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010**  
**DIAGNOSTICO F.O.D.A.**  
**COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación de internos de las facultades de medicina de la ciudad de Loja.</li> <li>• Profesionales de las cuatro especialidades básicas: gineco-obstetra, cirujano, traumatólogo y pediatra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad del personal contratado.</li> <li>• Insuficiencia número de recursos humanos profesionales de la salud.</li> <li>• Escasa participación del personal en las capacitaciones.</li> <li>• Rige una cultura organizacional que evidencia escasa calidez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran demanda laboral</li> <li>• Posibilidad de ascenso dentro del organigrama</li> <li>• Lograr una posición económica estable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldos bajos</li> <li>• Pocos profesionales y mayor número de auxiliares</li> <li>• Imagen distorsionada de la profesión</li> </ul>

Elaborado: FCAA/MBMS

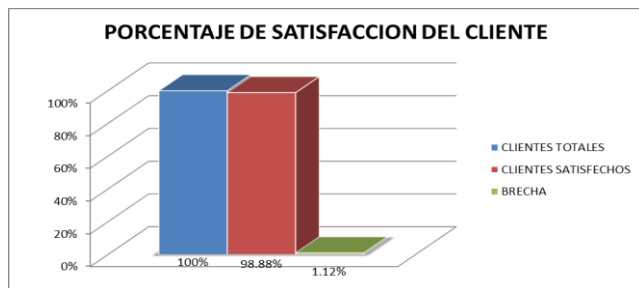
## FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

IG/1-3

### FICHA Nº 1 Objetivo.- “Satisfacer a nuestro cliente con un índice = 100%”

Nombre del indicador	Factores críticos riesgo	Cálculo	Unidad de medida	Estándar (meta)	Frecuencia	Fuente	Interpretación
Porcentaje de satisfacción de los usuarios del hospital en el mes de agosto 2010	Mala atención por parte del personal del hospital	CS = Número de clientes satisfechos / Número de clientes totales x 100 CS= 1704 / 1706=99,88%	%	100%	Anual		$I = \frac{1704}{1706}$ $I = 99,88\%$ Brecha=0,12 desfavorable

**GRAFICO NRO. 1**



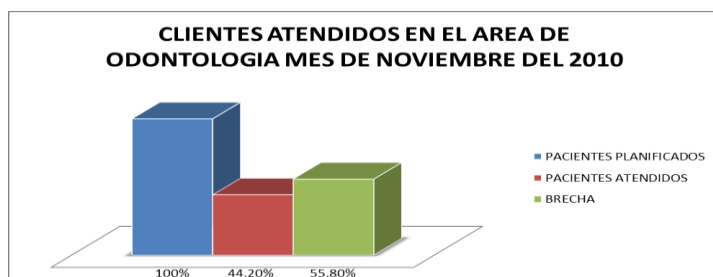
Elaboración: FCAA/MBMS

Se puede decir que el Área de salud nro. 5 Cariamanga ha realizado bien los procesos de atención a sus clientes, pues el índice alcanzado para el año 2010 casi alcanza a la meta planteada como parte de sus objetivos, esto es muestra de que el personal se encuentra comprometido con sus clientes y requerimientos. La percepción de los clientes hacia la atención personalizada que el Área de salud ofrece es muy buena porque se sienten clientes verdaderamente importantes.

## FICHA N° 2 Objetivo.- “Clientes atendidos área de odontología = 100% de la planificado”

Nombre del indicador	Factores críticos riesgo	Cálculo	Unidad de medida	Estándar (meta)	Frecuencia	Fuente	Interpretación
Porcentaje de clientes atendidos en odontología en el mes de noviembre del 2010.	Disponibilidad de personal. Disponibilidad de recursos	CA = Número de clientes atendidos / Número de clientes Planificados x 100 CA= 212,60 / 480=44.29%	%	=100%	mensual	Departamento de odontología	$I = \frac{212,60}{480}$ <b>I= 44,20%</b> <b>Brecha=55,80</b> <b>desfavorable</b>

### GRAFICO NRO. 2



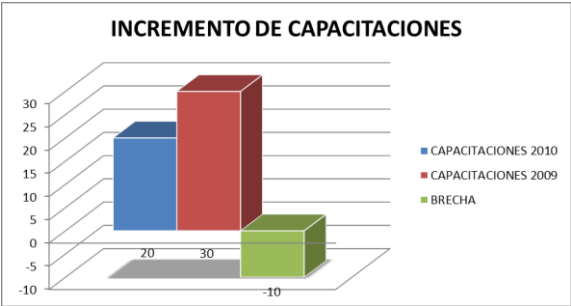
Elaboración: FCAA/MBMS

De la muestra tomada que corresponde al mes de noviembre del 2010 se puede decir que el Área de salud nro. 5 Cariamanga no ha cumplido con lo planificado en lo que se refiere al cumplimiento de la meta en la atención de los clientes en el área de odontología esto debido a muchas causas tales como falta de material de odontología, no existe una buena coordinación entre el auxiliar de odontología y la odontóloga, y además porque existen pacientes que reservan el cupo y no asisten a las consultas.

**FICHA Nº 3** Objetivo.- “Porcentaje de incremento de capacitación de personal 2010 con relación al año 2009.

Nombre del indicador	Factores críticos riesgo	Cálculo	Unidad de medida	Estándar (meta)	Frecuencia	Fuente	Interpretación
Porcentaje de capacitaciones recibidas en por el personal en el año 2010	Asignación oportuna de recursos	$CP = \frac{\text{Número de capacitaciones año 2010} - \text{número de capacitaciones 2009}}{\text{número de capacitaciones año 2009}} \times 100$ $CP = \frac{20 - 30}{30} = -33,33\%$	%	30	mensual	Departamento de Recursos humanos	$I = \frac{20 - 30}{30}$ <b>I = -33,33%</b> <b>Brecha = desfavorable</b>

**GRAFICO NRO. 3**



Elaboración: FCAA/MBMS

Existen diversos motivos para que el número de horas previstas para capacitar a los empleados no puedan cumplirse en su totalidad, esto a causa de la falta de un plan de capacitación en donde se incluya a todo el personal que se encuentra laborando en la institución, esto todo en beneficio de la misma.

*Área de salud Nro. 5 Cariamanga*  
*Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010*

**CEDULA NARRATIVA**

**TIPO DE TRABAJO:** Auditoria de gestión

PT

**COMPONENTE:** Reclutamiento y selección de personal

1/4

1. Falta un mejor control del ordenamiento de las carpetas de los empleados de la institución para una mejor facilidad de la búsqueda de información.
2. Normas y procedimientos no cumplidos para la contratación de personal
3. No existe un documento ya establecido y aprobado en donde se indique las bases para el concurso de méritos y oposición para el ingreso del nuevo personal del hospital.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Revisado por: MCTC

*Área de salud Nro. 5 Cariamanga*

*Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010*

**CEDULA NARRATIVA**

**TIPO DE TRABAJO:** Auditoria de gestión

PT

**COMPONENTE:** Evaluación de desempeño

2/4

1. La no existencia de un formato pre establecido para la evaluación del desempeño del personal.
2. No existe una evaluación continua del personal del Área de salud nro. 5 Cariamanga.

Elaborado por: FCAA/MBMS

Revisado por: MCTC

<p><i>Área de salud Nro. 5 Cariamanga</i>  <i>Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010</i></p> <p><b>CEDULA NARRATIVA</b></p>		<p>PT</p> <p>3/4</p>
<p>TIPO DE TRABAJO: Auditoria de gestión</p> <p>COMPONENTE: Registro y control</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inexistencia de un archivo ordenado de las carpetas del personal</li> <li>2. Los formularios llevados en la institución no son confiables puesto que no se puede identificar con exactitud en que momento el personal pone la firma ya sea de llegada o salida de la entidad.</li> </ol>		
		<p>Elaborado por: FCAA/MBMS</p> <p>Revisado por: MCTC</p>

<p><i>Área de salud Nro. 5 Cariamanga</i>  <i>Del 1ro de enero al 31 de diciembre 2010</i></p> <p><b>CEDULA NARRATIVA</b></p>		<p>PT</p> <p>4/4</p>
<p>TIPO DE TRABAJO: Auditoria de gestión</p> <p>COMPONENTE: Capacitación de personal</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La capacitación del personal del año 2010 es menor a la capacitación del año 2009. No se cumple con todo el proceso de justificación de salidas de la institución a la asistencia de cursos de capacitación.</li> <li>2. La capacitación no es recibida por todo el personal de la Institución y en forma continua.</li> </ol>		
		<p>Elaborado por: FCAA/MBMS</p> <p>Revisado por: MCTC</p>

## INFORME DE AUDITORIA

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Loja, 26 de Julio del 2011

Doctora.

Jenny Encalada

**DIRECTORA DEL AREA DE SALUD NRO. 5 CARIAMANGA**

Ciudad.-

En su despacho.-

Estimada Doctora : Con fecha 03 de mayo del 2011 se notificó a su persona la realización de una Auditoria de gestión al departamento de Recursos Humanos, por el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2010. Al planificar la Auditoría de Gestión el departamento antes mencionado se ha tomado en cuenta el control interno para determinar el alcance de las pruebas de cumplimiento de auditoría con el propósito de expresar una opinión sobre las áreas examinadas y establecer mejoras en la estructura de control interno a la fecha del informe.

El manejo adecuado de la estructura de control interno es responsabilidad directa de la Directora quién deberá tomar todas las acciones para evitar irregularidades; dicha labor consiste en expresar opiniones sobre el departamento examinado, en base a la Auditoría efectuada. La Auditoría de Gestión fue realizada de acuerdo a las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, ya que el cumplimiento de estas normas garantiza la calidad del trabajo del auditor, Durante la Auditoría de Gestión realizada se observó algunos aspectos que involucran la estructura de control interno y otros aspectos operacionales que se exponen para su consideración. Estas conclusiones y recomendaciones tienen el propósito de mejorar la estructura de control interno, la eficiencia, eficacia y calidad en las operaciones de la empresa.

Atentamente,

Francia Aguirre

AUDITORA

María Beatriz Mejía

AUDITORA



## **INDICE DE CONTENIDOS DEL INFORME**

### **CAPITULO I: INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**

Motivo de la auditoria

Objetivos de la Auditoría

Alcance de la Auditoría

Base Legal de la empresa

Estructura Orgánica

Funcionarios Principales

### **CAPITULO II: RESULTADOS DEL EXÁMEN**

Comentario

Conclusión

Recomendación

## **INFORME DE AUDITORIA**

Área de salud Nro. 5 Cariamanga

Periodo: Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

Presentación del informe: 26 de julio del 2011

### **CAPITULO I**

#### **INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**

##### **Motivo del examen**

La presente auditoria se llevó a cabo en cumplimiento del Plan de actividades para el año 2011 habiéndose dispuesto su ejecución mediante Orden de Trabajo Nro. 001.

##### **Objetivos de la Auditoría.**

Evaluar el sistema de control interno con la finalidad de formular recomendaciones, que permitan fortalecer y mejorar las operaciones de la entidad.

Determinar la correcta contabilización de las cuentas motivo de examen.

Establecer la razonabilidad de los saldos de las cuentas a examinarse a la fecha corte de examen.

Determinar el cumplimiento de las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias vigentes, evaluando el Sistema de Control Interno implantado por la empresa.

##### **Alcance de la Auditoria**

La auditoría cubrió el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2010 y se realizó mediante la revisión de procedimientos empleados en las operaciones de la cuenta examinada.

##### **Base legal de la empresa.**

En el presente examen se aplicaron las disposiciones legales que se citan en el cuerpo del informe, tomada de la siguiente legislación.

Manual del área de Recursos Humanos.

Reglamentos internos del Área de salud nro. 5 Cariamanga

Otras disposiciones legales consideradas necesarias.

##### **Estructura orgánica**

El Área de salud nro. 5 Cariamanga funciona con la estructura orgánica la cual se encuentra detallada en el cap. I antecedentes de la empresa.

## **CAPITULO II**

### **RESULTADOS DEL EXAMEN**

#### **Hallazgo Nro. 1**

##### **Funciones por escrito permiten supervisar y evaluar desempeño de los servidores**

##### **CONDICIÓN**

El área de salud nro. 5 Cariamanga ha emitido reglamentos de carácter general, pero no cuenta con un documento interno de control acorde a sus necesidades y características, que determine las funciones, deberes y obligaciones de cada servidor y evite que las labores se realicen a criterio personal y sin responsabilidades definidas.

##### **CRITERIO**

La Norma Técnica de Control Interno indica lo siguiente:

##### **NTCI Asignación de Autoridad y Responsabilidad**

La dirección de cada entidad debe definir con claridad las líneas de autoridad y responsabilidad funcional de los servidores que presten servicios en ella...En toda entidad debe establecerse en forma clara y por escrito, para cada nivel, las correspondientes funciones y responsabilidades del personal...

##### **CAUSA**

Lo expuesto obedece a la inobservancia de las obligaciones que le compete al director del Hospital.

##### **EFECTO**

Ocasionando un inadecuado desempeño de actividades, funciones y planes institucionales

##### **CONCLUSIÓN**

La falta de una apropiada estructura de control interno administrativo no permite un desarrollo apropiado de los planes, funciones y responsabilidades administrativas del Área de Salud Nro. 5 Cariamanga.

## **RECOMENDACIÓN**

Dirección Regional Loja exigirá a la Directora la formulación del plan operativo anual que permita visualizar acciones y objetivos institucionales y de la administración a corto y mediano plazo, dispondrá la elaboración de un manual de funciones ajustado a los requerimientos institucionales, conforme al marco legal referencial que deba considerarse; el cual deberá hacerse conocer a todo el personal.

## Hallazgo Nro. 2

### Carencia de evaluación de personal

#### CONDICION

La unidad de recursos humanos no ha implementado un sistema de evaluación de personal como un proceso técnico que permita determinar si un servidor rinde de acuerdo a las exigencias del cargo que ocupa en la entidad, formulando para ello políticas y procedimientos de evaluación de personal, los que al ser aprobados por la máxima autoridad se divulguen entre los servidores para que conozcan como evalúa su rendimiento.

#### CRITERIO

El art. 215 del Reglamento General a la Ley Orgánica de servicio público indica lo siguiente:

**Art. 215 de la evaluación.**-Consiste en la evaluación continua de la gestión del talento humano...

**NTCI Control y evaluación del rendimiento laboral.**- El control y la evaluación del rendimiento laboral debe ser una práctica permanente al interior de la entidad, a fin de determinar las necesidades de adiestramiento que requiere para su desarrollo...

#### CAUSA

La evaluación del personal debió ser efectuada por el jefe que directamente supervisa su labor, con la participación de la unidad de Recursos Humanos, para establecer su nivel de desempeño, cuyos resultados permitirán la capacitación, promoción, ascensos.

#### EFECTO

Como no ha existido evaluación no ha sido posible tomar las acciones para mejorar su nivel de rendimiento.

#### CONCLUSIÓN

La ausencia de un sistema de evaluación de personal, ha impedido establecer si el rendimiento de los servidores se ajusta a las exigencias de su cargo y adoptar las acciones correctivas necesarias.

## **RECOMENDACIÓN**

A la Directora dispondrá al responsable de la Unidad de Recursos Humanos, formule las políticas y procedimientos de evaluación de personal, las que luego de aprobadas y divulgadas entre los servidores, dispondrá su ejecución. La evaluación la ejecutara el jefe que directamente supervisa su labor con la participación de la Unidad de Recursos Humanos, los resultados permitirán establecer si su rendimiento se ajusta a las exigencias del cargo que ocupa y la toma de acciones correctivas de existir.

## **Hallazgo Nro. 3**

### **Registros inadecuados para el control del recurso humano**

#### **CONDICION**

El responsable de la Unidad de Recursos Humanos, mantiene un registro que contiene en forma conjunta la información de la asistencia diaria y los permisos del personal de la entidad.

#### **CRITERIO**

La Norma Técnica de Control Interno determina lo siguiente:

NTCI Asistencia y permanencia del personal

Debe establecerse en la entidad procedimientos apropiados que permitan controlar la asistencia de los servidores, así como el cumplimiento de las horas efectivas de labor...

#### **CAUSA**

Las carpetas del personal contienen una estructura que impide conocer con precisión las licencias, permisos, vacaciones, sanciones y capacitación del personal.

#### **EFECTO**

Dificultándose, proveer a la administración de información veraz y oportuna respecto al historial de cada servidor en los que archivan desordenadamente y en forma parcial los documentos que respaldan los permisos, capacitación del personal.

#### **CONCLUSIÓN**

El uso de registros inadecuados para el control individual del personal, ha impedido a la administración contar con información veraz y oportuna relativa al historial de cada servidor.

#### **RECOMENDACIÓN**

Al Jefe de recursos humanos revisar a la hora de entrada y salida del personal que estos hayan registrado su firma.

El registro de entrada de personal se lo retire en una hora determinada y luego de esto que se acerquen donde el responsable de los registros y en ese momento se procesa a registrar tanto la firma como la hora real de entrada del personal.

## Hallazgo Nro. 4

### **Plan de capacitación contribuye a actualizar conocimientos y mejorar rendimiento**

#### **CONDICION**

La Directora, Jefe de Personal no establecieron un plan de capacitación para el personal del Área de salud nro. 5 Cariamanga, destinado a que actualicen conocimientos y los apliquen en el desarrollo de sus funciones y actividades asignadas, que incluya programación de tiempos, tipos de cursos, seminarios y otros.

#### **CRITERIO**

La Norma Técnica de Control Interno determina lo siguiente:

#### **NTCI Capacitación y entrenamiento permanente**

Los directivos de cada entidad, cualquiera que sea su nivel en la organización, tienen la responsabilidad de adiestrar permanentemente al personal a su cargo, así como estimular su capacitación continua. La capacitación es un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla habilidades y destrezas de los servidores, que les permite un mejor desempeño en sus labores habituales

Lo expuesto es producto de la falta de mecanismos por parte de la Directora orientadas a optimizar su recurso humano.

Ocasionando que las labores no se cumplan con la eficiencia deseada

#### **CONCLUSIÓN**

La falta de un plan de capacitación ha impedido mejorar el desempeño profesional y el desarrollo de habilidades y destrezas de los servidores para el completo desempeño de sus funciones.

#### **RECOMENDACIÓN**

A la Directora en coordinación con los jefes departamentales, elaborarán un plan de capacitación para los funcionarios, según su función y área de especialización, el cuál será puesto a consideración de la Dirección Regional Loja para su respectiva aprobación y ejecución.



## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- El Área de salud nro. 5 Cariamanga, es una institución, bien estructurada que cuenta con un buen sistema de control interno; así como con políticas y reglamentos estructurados, sin embargo no está siendo aplicado correctamente, lo que provoca niveles de riesgos que hay que tomar en cuenta sobre todo por la Directora quien ejerce la administración general de la Institución.
- En cuanto al control de la asistencia diaria de los servidores de la entidad no existe una documentación completa y ordenada que no permite conocer con exactitud si los servidores cumplen con todo su horario diario de trabajo.
- Registro de permiso y vacaciones, archivada en conjunto con la asistencia diaria lo cual no permite obtener la información oportuna y rápida.
- Falta mejor control en el manejo de los documentos de las comisiones de servicios autorizadas para los servidores de la Entidad.
- La no existencia de un archivo ordenado de los servidores de la entidad.

## **RECOMENDACIONES**

- Considerar el incluir en el presupuesto la compra de un sistema que puede ser un reloj en donde los empleados registren su huella, además realizar durante la jornada normal de labores controles flash en donde permita conocer que los servidores se encuentran en sus oficinas desempeñando sus funciones.
- Archivar los documentos de todos los funcionarios en carpetas en forma individual de manera que cuando se requiera la información se la obtenga de una manera más eficiente.
- Que previo al desembolso de los valores que les corresponden a los empleados por cumplir la comisión de servicios para el cual fueron autorizados se exija la entrega de todos los documentos en el tiempo señalado en el Reglamento de Viáticos y Subsistencias.
- Implementar un sistema que permita ordenar la información de cada uno de empleados con que cuenta el Área de Salud Nro. 5 Cariamanga.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Andrade Puga, R. (1998). *Auditoría, teoría básica-enfoque moderno*. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Casal, A. M., Hourcle, R. A., Lattuca, A. J., López, R. D., Lores, J., Nacuzzi, R. M., y otros. (1999). *Auditoría, temas seleccionados*. Buenos Aires: Ediciones Macchi.
- Contraloría General del Estado. (2001): *Manual de Auditoría de Gestión*, Quito-Ecuador.
- Whittington, O. R., & Pany, K. (2000). *Auditoría, un enfoque integral* (12a ed.). Santafé de Bogotá, Colombia: Irwin McGraw-Hill. Whittington, O. R., & Pany, K. (2005). *Principios de auditoría* (14ª ed.). Mexico D.F.: Mc. Graw Hill.
- Whittington Ray, O. & Pany, Kurt. (2005): *Principios de Auditoría*, México D.F., Mc Graw Hill. p. 121
- Alcance de la Auditoría de Gestión [en línea], Ecuador, disponible en:<http://agsonmer.blogspot.com/2008/06/alcance-de-la-auditora-de-gestin-y.html>, consulta 03-02-2011]
- El programa de Auditoría [en línea], Perú., disponible en:<http://miguelalatrisha.blogspot.com/2009/01/programa-de-auditora.html> [consulta 10-02-2011].
- Elementos de la Auditoría de Gestión. [en línea], Ecuador, disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos43/bases-de-auditoria/bases-de-auditoria2.shtml> [consulta 02-02-2011].
- Fernández, Eduardo. (2008): Concepto de Auditoría [en línea], México D.F., disponible en :[http://www.soeduc.cl/apuntes/concepto de auditoria.doc](http://www.soeduc.cl/apuntes/concepto_de_auditoria.doc), [consulta 31-01-2011]<http://oguervicencio.bligoo.com/content/view/937954/Matrices-de-Riesgos-en-Auditoria.html#content-top>.
- Qué es la Auditoría de Gestión? [en línea], Ecuador, disponible en:[http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/fin/36/audi\\_gest.htm](http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/fin/36/audi_gest.htm), [consulta 31-01-2011] ROBBINS, S. P., & DECENZO, D. A.

(2002). *Fundamentos de Administración* (3 era ed.). México D. F.: Pearsons Educación.

- Principios Básicos de la Ética [en línea], Ecuador, disponible en:<http://www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/30/eticont.htm> [consulta 04-02-2011]