



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ESCUELA DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CARRERA DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA C.P.A.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del título de:

INGENIERA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA C.P.A.

TEMA:

“AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL, DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE
CHIMBORAZO, PERÍODO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE
DICIEMBRE DE 2012”

AUTORA:

VALERIA PAULINA ZAVALA BARROSO

RIOBAMBA - ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que el presente trabajo de investigación sobre el tema “Auditoría de Gestión en el Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, Período del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2012” previo a la obtención del título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría C.P.A., ha sido desarrollado por la Sra. Valeria Paulina Zavala Barroso, ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.

Auditoría C.P.A., ha sido desarrollada por la Sra. Valeria Paulina Zavala Barroso, ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación

Ing. Jorge Arias
DIRECTOR DE TESIS

Ing. María Belén Bravo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD

Yo, Valeria Paulina Zavala Barroso, estudiante de la Escuela de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría de la Facultad de Administración de Empresas, declaro que la tesis que presento es auténtica y original. Soy responsable de las ideas expuestas y los derechos de autoría corresponden a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Valeria Paulina Zavala Barroso.

DEDICATORIA

A mis abuelitos Ricardo y Marujita que con su ejemplo y sabiduría han sabido guiarme e inspirarme de manera constante hacia la consecución de mis metas.

A mis padres quienes con su dedicación y esfuerzo me han brindado la educación permitiéndome culminar con este sueño.

A mi tía Marianita y mi prima Adriana por su alegría y apoyo inquebrantable día tras día.

A mi esposo Marcelo y a mi hija Arianna, la razón de mi vida y fuente de inspiración para luchar y triunfar en la vida.

Valeria Paulina Zavala Barroso.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincera gratitud a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, a la Facultad de Administración de Empresas y a la Escuela de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría por la instrucción académica y formación recibidas durante estos años de estudio. Así mismo, mi reconocimiento y gratitud a todos los docentes de la institución por su apoyo, consejos y valiosos conocimientos impartidos.

Valeria Paulina Zavala Barroso

INDICE GENERAL

.....	I
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN EJECUTIVO.....	XI
1. CAPITULO I.....	1
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Formulación del Problema.....	1
1.1.2. Delimitación del Problema	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	1
1.3. OBJETIVOS	2
1.3.1. Objetivo General.....	2
1.3.2. Objetivos Específicos	3
2. CAPITULO II.....	4
2.1. ANTECEDENTES	4
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.2.1. Definición de Auditoría De Gestión	6
2.2.2. Elementos de Gestión	8

2.2.3.	Objetivos de la Auditoría de Gestión	10
2.2.4.	Alcance de la Auditoría de Gestión.....	11
2.2.5.	Fases de la Auditoría de Gestión	13
2.2.6.	Indicadores de Gestión	17
2.2.7.	Control Interno	23
2.2.8.	Riesgo en la Auditoria	25
2.2.9.	Evaluación del Riesgo de Auditoría	27
2.2.10.	Técnicas de Auditoría.....	30
2.2.11.	Programas de Auditoría.....	34
2.2.12.	Papeles de Trabajo.....	35
2.2.13.	Hallazgos de Auditoría	37
2.2.14.	Marcas de Auditoría	38
2.2.15.	Evidencia de Auditoría	40
3.	CAPÍTULO III	42
3.1.	HIPÓTESIS	42
3.1.1	Hipótesis General	42
3.1.2	Hipótesis Específicas	42
3.2.	VARIABLES	42
3.2.1	Variable Independiente.....	42
3.2.2.	Variable Dependiente	43
3.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	43

3.3.1.	Tipos de Estudios de Investigación	43
3.3.2.	Diseño de la Investigación.....	44
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.5.	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	44
3.5.1.	Métodos	44
3.5.2.	Técnicas e instrumentos.....	45
4.	CAPÍTULO IV	47
4.1	LEGAJO PERMANENTE	49
4.1.1.	INFORMACIÓN GENERAL	50
4.1.2.	OBJETIVOS	51
4.2.	LEGAJO CORRIENTE.....	59
4.2.1.	FASE I: Conocimiento preliminar.....	60
4.2.2.	FASE II: Planificación estratégica	73
4.2.3.	FASE III: EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	91
4.2.4.	FASE IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	123
	ANEXO N° 1: RUC DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ	138
	ANEXO N°2: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL.....	139
	ANEXO N°3: RESOLUCIÓN N° CI 056.....	140
	BIBLIOGRAFIA	146

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: TABLA DE VALORACION Y SIGNIFICATIVIDAD	29
Tabla 2: MARCAS DE AUDITORÍA	39
Tabla 3: PRODUCTOS Y/O SERVICIOS Y SEGMENTOS ATENDIDOS.....	54
Tabla 4: PRODUCTOS Y/O SERVICIOS Y SEGMENTOS ATENDIDOS	64
Tabla 5 : MATRIZ DE RIESGOS	87
Tabla 6: ANÁLISIS DE LA MATRIZ FODA.....	92
Tabla 7: ANÁLISIS DE LA MATRIZ FODA	95
Tabla 8: MATRIZ DE PONDERACIÓN MEDIOS INTERNOS	96
Tabla 9: MATRIZ DE MEDIOS EXTERNOS.....	99
Tabla 10: MATRIZ DE PONDERACIÓN MEDIOS EXTERNOS	100

INDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1: DIAGRAMA DE FLUJO DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA	102
Ilustración 2: DIAGRAMA DE FLUJO DE FARMACIA	104
Ilustración 3: DIGRAMA DE FLUJO DE FARMACIA	106
Ilustración 4: DIAGRAMA DE FLUJO DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE INYECCIONES)	109

RESUMEN EJECUTIVO

La presente Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del cantón Alausí, provincia de Chimborazo, periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012, realiza un análisis de la situación de la institución y expone las recomendaciones necesarias para mejorar la eficiencia en el desarrollo de las actividades, mejorando procesos, optimizando recursos y ayudando a la toma de decisiones de la dirección.

En la ejecución de la auditoría se aplicaron una serie de cuestionarios, los mismos que permitieron conocer el nivel de confianza del control interno, la misión y la visión; asimismo se realizó un análisis a la matriz FODA de la empresa y paralelamente se aplicaron indicadores de gestión para evaluar la forma en que han sido utilizados los recursos del periodo examinado.

Una vez evaluada la institución, se procedió a establecer los respectivos hallazgos, entre los cuales podemos mencionar: la inexistencia de un reglamento interno, falta de un manual de funciones, inadecuada estructura organizacional, carencia de un plan de mitigación de riesgos; y, falta de aplicación de indicadores de gestión.

El documento concluye con el respectivo informe de auditoría, el mismo que sugiere la elaboración de un reglamento interno, un manual de funciones, la reestructura organizacional, la elaboración de un plan de mitigación de riesgos; y, la aplicación de indicadores de gestión, instrumentos éstos que a su vez podrán convertirse en importantes herramientas de gestión para que sus directivos puedan mejorar la toma de decisiones.

EXECUTIVE SUMMARY

The present Auditing of Management to the Ambulatory Attention Center of IESS (Instituto Ecuatoriano de seguridad social, of the County Alausí Province of Chimborazo, period from the 1st of January to the 31st of December of 201, an analysis of the institutional situation was made and exposes the necessary recommendations to improve the efficiency in the development of the activities, getting better the processes, by optimizing resources and helping to the decision taking of the Direction.

In the execution of the auditing a series of surveys were applied, the same that allowed knowing the level of trust of the internal control, the misión and the visión; therefore a SOWT matrix analysis of the Center and in a parallel form were applied the management indicators to evaluate the way in which, the resources were used for the examined period.

Once the institution was evaluated, the respective findings was proceed to establish among which can be mentioned: the lack of training, non-accomplishment of the manual of function and it is being necessary to modify it, according to the needs of the same, the elaboration of a plan of mitigation of risks; and making a more frequent control to the staff.

1. CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1. Formulación del Problema

A partir de las observaciones realizadas he podido establecer un supuesto inicial el cual radica en el deficiente manejo, gestión y control de los recursos que posee el centro, este se ve reflejado en la prestación de los servicios a los afiliados quienes muestran su descontento al no recibir la atención correcta. Estos datos preliminares permiten formular el problema y tema como sigue:

¿Permite medir la gestión del personal en el proceso administrativo y operativo la aplicación de una auditoría de gestión en el Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del cantón Alausí provincia de Chimborazo período 2012?

1.1.2. Delimitación del Problema

Evaluación de la gestión del personal en el proceso administrativo y operativo del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” del cantón Alausí provincia de Chimborazo período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2012.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La auditoría existe desde tiempos muy remotos, aunque no como tal, debido a que no existían relaciones económicas complejas con sistemas contables. Sin embargo, con el transcurso del tiempo surgen varias necesidades que se plantea un administrador, sobre todo en el hecho de evaluar si los planes se están llevando a cabalidad y si la empresa está alcanzando sus metas. Es por esta razón que el control se convirtió en parte esencial del proceso administrativo, porque sin éste, los otros pasos del proceso no son significativos.

Es así como la Auditoría de Gestión surgió de la necesidad para medir y cuantificar los logros alcanzados por la institución en un período de tiempo determinado, convirtiéndose en una manera efectiva de poner en orden los recursos de la empresa para lograr un mejor desempeño y productividad.

Con estos antecedentes, el Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” Alausí, en fin, de alcanzar una rentabilidad social reflejada en su imagen institucional, actualmente está priorizado la necesidad de mejorar sus prestaciones, el uso de recursos y tiempo, reducir la mora patronal, mejorar la imagen institucional, implementar controles internos e informar a los afiliados los beneficios y prestaciones a los que tienen derecho.

Considerando que la Auditoría de Gestión es una herramienta que nos permite diagnosticar y establecer mecanismos de mejora, he considerado la necesidad de aplicar la misma al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Alausí, ya que todos los centros que pertenecen al IESS tienen que cumplir con los objetivos institucionales, y es imprescindible brindar un servicio que propenda a que la organización tenga una excelente imagen institucional.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Realizar una Auditoría de Gestión en el Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2012 para medir el desempeño del personal en el proceso administrativo y operativo.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Conocer al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” Alausí a través de la recopilación de información.
- Evaluar el manejo de sus recursos a través de la valoración del Control Interno.
- Medir la eficiencia, efectividad, economía, ética y ecología en el proceso administrativo y operativo del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Alausí a través de indicadores de gestión.
- Presentar el informe de auditoría el cual a través de recomendaciones establezca estándares de gestión, de modo que sus directivos puedan tomar decisiones acertadas que permitan la mejora institucional continua.

2. CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES

Para el desarrollo de la investigación se consultaron los siguientes trabajos investigativos de grado:

Nombre: “Auditoría de Gestión a la Clínica Médica Del Sur de la Ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo, Período 2011”

Autor (es): María Del Carmen Aushay Quihuirí.
Alex Rolando Sarango Lapo

Año: 2013

Conclusión: La auditoría permitió conocer la necesidad de realizar un control interno efectivo en la Clínica del sur que proporcione un grado de seguridad razonable sobre el logro de sus objetivos.

Nombre: “Auditoría de Gestión por el Año 2010 para el Hospital de Especialidades San Juan en la ciudad de Riobamba

Autor (es): Norma Elizabeth Lluay Huaraca
Mayra Cristina Moreano Carrascal

Año: 2012

Conclusión: La auditoría de gestión identificó que la administración de Hospiesaj no aplica indicadores de gestión para evaluar la

eficiencia, eficacia y economía de las operaciones, por lo tanto, no se controla la utilización de los recursos.

Nombre: “Auditoría de Gestión para el Mejoramiento de los Subsistemas de Talento Humano en la Clínica Médica Moderna de la Ciudad de Riobamba, período 2011.”

Autor (es): María Del Pilar Cajo Calero.

Gladys Cecilia Espinoza Espinoza.

Año: 2013

Conclusión: La Clínica Médica Moderna de la ciudad de Riobamba, actualmente no cuenta con un departamento de desarrollo de Talento Humano, lo cual impide utilizar de manera correcta las herramientas de gestión básicas que son los gestores del desarrollo y tienden a mejorar cada uno de los procesos y subsistemas que comprende la eficiente administración del recurso humano.

Nombre: “Creación de la Unidad de Auditoría Interna en el Hospital de Especialidades San Juan”

Autor (es): Mónica Susana Ruiz Hidalgo

Blanca Azucena Shinín Tito

Año: 2012

Conclusión: Las metas y objetivos institucionales no se cumplen a cabalidad por la ausencia de un ente de asesoramiento y control en las operaciones y procedimientos del hospital, por lo que actualmente las auditorías que se realizan, son llevadas

a cabo por un contador-auditor independiente, de la ciudad de Ambato una vez al año.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. Definición de Auditoría De Gestión

Según George R. Terry en 1953, en el libro Principios de Administración, señala que "La confrontación periódica de la planeación, organización, ejecución y control administrativos de una compañía, con lo que podría llamar el prototipo de una operación de éxito, es el significado esencial de la auditoría administrativa."

Según Williams P. Leonard en 1962 la Auditoría Administrativa (La Auditoría de Gestión también se conoce con los términos Auditoría Administrativa y Auditoría Operativa) se define como: "examen comprensivo y constructivo de una estructura organizacional de una empresa, o cualquier componente de las mismas, tales como una división o departamento, así como de sus planes y objetivos, sus métodos de operación y la utilización de los recursos físicos y humanos".

Mientras que Fernández Arena J.A en 1966 con el libro "La Auditoría Administrativa", sostiene que "es la revisión objetiva, metódica y completa, de la satisfacción de los objetivos institucionales, con base en los niveles jerárquicos de la empresa, en cuanto a su estructura, y a la participación individual de los integrantes de la institución".

Concepto de la GAO - Contraloría General De Los Estados Unidos De América: "Una auditoría operativa es un examen objetivo y sistemático de evidencias con el fin de proporcionar una evaluación independiente del desempeño de una organización, programa, actividad, o función gubernamental que tenga por objetivo mejorar la responsabilidad ante

el público y facilitar el proceso de toma de decisiones por parte de los responsables de supervisar o iniciar acciones correctivas. La auditoría operativa abarca la economía y eficiencia y la auditoría de los programas”

2.2.2. Elementos de Gestión

Eficiencia: consiste en lograr la utilización más productiva de bienes materiales y de recursos humanos y financieros.

Eficacia: es el grado en que los programas están consiguiendo los objetivos propuestos.

Economía: se refiere a los términos y condiciones conforme a los cuales se adquieren bienes y servicios en cantidad y calidad apropiadas en el momento oportuno y al menor costo posible.

Ética: parte de la filosofía que trata de la moral y las obligaciones del hombre.

La conducta del personal en función de sus deberes contemplados en la Constitución, las leyes, las normas de buenas costumbres de la sociedad. El Código de Conducta o Ética de la entidad, son susceptibles de evaluarse en una entidad.

Ecología: podrá definirse como el examen y evaluación al medio ambiente, el impacto al entorno y la propuesta de soluciones reales y potenciales.

Es interminable la lista de motivos por los cuales el hombre ha causado daños irreparables a la naturaleza. Es tal el daño que los países desarrollados están dedicando recursos para proteger el medio ambiente.

Hay una serie de ONGs que se dedican exclusivamente a la protección del medio ambiente y luchan en desigualdad de condiciones ante empresas que no tienen ningún problema de causar daño ambiental con tal de lograr sus fines empresariales.

Probablemente hay entidades que no tienen que auditar este componente porque sus servicios no tienen conflictos de intereses con las leyes ambientales, pero queda la opción de que, por lo menos, se puede contribuir a la preservación del medio ambiente comprando materiales reciclables.¹

Equidad: Evalúa si las operaciones del ente impactan equitativamente en los miembros de la sociedad.

Identifica los receptores de la acción económica y la distribución de costos y beneficios entre los diferentes agentes económicos.

Objetivos de la auditoría al evaluar la equidad:

- Identificar los receptores del bien o servicio por estrato socioeconómico.
- Analizar la distribución de los recursos financieros frente a los diferentes factores productivos necesarios para la prestación del bien o servicio.
- Determinar los criterios que se tuvieron en la selección de la población beneficiaria en la ejecución de planes y programas.
- Determinar el agente económico de mayor participación.²

La Auditoría de Gestión por su enfoque involucra una revisión sistemática de las actividades de una entidad en relación a determinados objetivos y metas y, respecto a la utilización eficiente y económica de los recursos. Su propósito general puede verse seguidamente:

¹ Maldonado, M.(2001).Auditoría De Gestión. Ecuador. Pág. 16

² <http://agsonmer.blogspot.com/2008/06/auditora-de-gestin-y-de-resultados.html>

- Identificación de las oportunidades de mejoras.
- Desarrollo de recomendaciones para promover mejoras u otras acciones correctivas; y.
- Evaluación del desempeño (rendimiento).

2.2.3. Objetivos de la Auditoría de Gestión

- Formular y presentar una opinión sobre los aspectos administrativos, gerenciales y operativos, poniendo énfasis en el grado de efectividad y eficiencia con que se han utilizado los recursos materiales y financieros mediante modificación de políticas, controles operativos y acción correctiva.
- Identificar las áreas de reducción de Costos, mejorar los métodos operativos e incrementar la rentabilidad con fines constructivos y de apoyo a las necesidades examinadas.
- Determinar si la función o actividad bajo examen podría operar de manera más eficiente, económica, efectiva, ética, ecológica y equitativa.
- Detectar si se ha realizado alguna deficiencia importante de política, procedimientos y prácticas contables defectuosas.
- Establecer el grado en que la entidad y sus servidores han cumplido adecuadamente los deberes y atribuciones que les han sido asignados.
- Revisar la financiación de las adquisiciones para determinar si afectan la cantidad, calidad y las clases de Compras si se hubiesen realizado.

- Determinar el grado en que el organismo y sus funcionarios controlan y evalúan la calidad tanto en los servicios que presta como en los bienes adquiridos.
- Verificar que la entidad auditada cumpla con normas y demás disposiciones legales y técnicas que le son aplicables, así como también con principios de economía, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, excelencia y valoración de costos ambientales, según cada caso y formular recomendaciones oportunas para cada uno de los hallazgos identificados.
- Estimular la adherencia del personal al cumplimiento de los objetivos y políticas de la entidad y Mejorar los niveles de productividad, competitividad y de calidad de la entidad.
- Establecer si los controles gerenciales implementados en la entidad o programa son efectivos y aseguran el desarrollo eficiente de las actividades y operaciones.³

En conclusión, la Auditoría de Gestión ayuda a la administración a reducir los costos y aumentar utilidades, aprovechar mejor los recursos humanos y materiales, acelerar el desarrollo de las entidades hacia la eficiencia, buscando siempre un perfeccionamiento continuo de los planes de acción y procedimientos, para lograr los objetivos para los que fue creada la empresa.

2.2.4. Alcance de la Auditoría de Gestión

En la Auditoría de Gestión “puede alcanzar un sector de la economía, todas las operaciones de la entidad inclusive las financieras o puede limitarse a cualquier operación, programa, sistema o actividad específica.”⁴

³ <http://www.monografias.com/trabajos43/auditoria/auditoria2.shtml>

Tanto en la administración como el personal que lleva a cabo la auditoría debe de estar de acuerdo en cuanto al alcance en general, si se conoce que esta auditoría incluye una evaluación detallada de cada aspecto operativo de la organización, es decir que el alcance debe tener presente:

- Satisfacción de los objetivos institucionales.
- Nivel jerárquico de la empresa.
- La participación individual de los integrantes de la institución.

De la misma forma sería oportuno considerar en la Auditoría de Gestión, por la amplitud del objetivo de esta revisión:

Regulaciones: Evaluar el cumplimiento de la legislación, política y procedimientos establecidos por los órganos y organismos estatales.

Eficiencia y Economía: Involucra la utilización del personal, instalaciones, suministros, tiempos y recursos financieros para obtener máximos resultados con los recursos proporcionados y utilizarlos con el menor costo posible.

Eficacia: Se relaciona con el logro de las metas y los objetivos para los cuales se proporcionan los recursos.

Salvaguarda de Activos: Contempla la protección contra sustracciones obsolescencia y uso indebido.

⁴ MALDONADO, Milton, Auditoría de Gestión, Tercera Edición, Quito 2006, p. 26

Calidad de la Información: Abarca la exactitud, la oportunidad, lo confiable, la suficiencia y la credibilidad de la información, tanto operativa como financiera.⁵

El alcance de la auditoría de gestión alcanza a validar todas las operaciones y procedimientos de la entidad y su oportunidad de mejora enfocándose en la eficiencia, eficacia, economía, calidad de la información, y cumplimiento de leyes, procedimientos y políticas.

2.2.5. Fases de la Auditoría de Gestión

Fase I. Exploración y examen preliminar.

Comprende el estudio que, previo a la ejecución de la auditoría, se debe realizar de la entidad, para conocer los siguientes aspectos:

- Estructura organizativa y funciones.
- Flujo del proceso productivo o del servicio que presta.
- Característica de la producción o del servicio.
- Capacidad de producción o servicio.
- Plan de producción o servicio.
- Sistemas de costos, centro de costos, áreas de responsabilidad, presupuesto de gastos y su comportamiento.
- Fuentes de abastecimiento de materias primas.

⁵ <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/2/CAPITULO%201.pdf>

- Destino de la producción terminada.
- Existencia de normas de trabajo.
- Verificación de las fuentes de financiamiento.
- Evaluación del sistema de control interno contable.
- Examinar los documentos que permitan determinar el reflejo razonable de la situación financiera.
- Analizar el comportamiento de los indicadores económico.
- Realizar entrevistas que se consideren necesarias con trabajadores vinculados con la entidad.
- Efectuar un recorrido por las áreas de la entidad para observar su funcionamiento.

Fase II Planificación

Una vez realizada la exploración están creadas las condiciones para efectuar el planeamiento de la auditoría que incluirá, entre otros:

- Análisis de los elementos obtenidos en la exploración.
- Programas flexibles confeccionados de acuerdo con los objetivos trazados. Estos deberán confeccionarse por los auditores participantes, revisarse por el jefe de la auditoría y aprobarse por el jefe del área.

- Determinación del tiempo que se empleará en desarrollar la auditoria, así como su presupuesto.

Fase III Ejecución del Trabajo

En esta etapa es donde se ejecuta propiamente la auditoria, por lo que se deberá:

- Verificar toda la información obtenida verbalmente.
- Obtener evidencias suficientes.
- Prestar especial atención para que la auditoria resulte económica, eficiente y eficaz.
- El trabajo de los especialistas, que no son auditores, debe realizarse sobre la base de los objetivos definidos.
- El jefe de la auditoria deberá encargarse de la orientación y revisión del trabajo.
- Determinar en detalles el grado de cumplimiento de las seis E.

Fase IV Informe

El contenido del informe debe expresar de forma concreta sus causas y efectos, con vistas a que se tome por los ejecutivos de la entidad como una herramienta de dirección. No obstante, deberá considerarse lo siguiente:

Introducción: Los objetivos que se expondrán en este segmento, serán los que fueron definidos en la segunda etapa (Planificación).⁶

Conclusiones: Se deberá exponer de forma resumida el precio del incumplimiento y se reflejaran también de forma resumida, las causas y condiciones que incidieron en el grado de cumplimiento de las seis E y su interrelación.

Cuerpo del informe

- Hacer una valoración de la eficacia de las regulaciones vigentes.
- Todo lo que sea cuantificable, deberá cuantificarse.

Recomendaciones: Estas deberán ser generales y constructivas, no comprometiéndose la auditoria con situaciones futuras que se puedan producir en la entidad.

Anexos: Se pueden mostrar de forma resumida las partidas que componen el precio del incumplimiento, así como un resumen de responsabilidades.

También pueden utilizarse gráficos para garantizar una mejor asimilación.

⁶ <http://www.ilustrados.com/tema/10745/Compendio-teorico-sobre-Auditoria-Gestion.html>

Fase V. Seguimiento

Resulta aconsejable, de acuerdo con el grado de deterioro de las tres E, realizar una recomprobación decursado entre uno y dos años, permitiendo conocer hasta qué punto la administración fue receptiva sobre los hallazgos mostrados y las recomendaciones dadas.⁷

2.2.6. Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión, se entienden como la expresión cuantitativa del comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes: gerencia, departamento, unidad u persona cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. Son un subconjunto de los indicadores, porque sus mediciones están relacionadas con el modo en que los servicios o productos son generados por la institución. El valor del indicador es el resultado de la medición del indicador y constituye un valor de comparación, referido a su meta asociada.⁸

Objetivos de los Indicadores de Gestión

Podría decirse que el objetivo de los sistemas de medición es aportar a la empresa un camino correcto para que ésta logre cumplir con las metas establecidas. Todo sistema de medición debe satisfacer los siguientes objetivos:

- Comunicar la estrategia.

- Comunicar las metas.

⁷ <http://www.ilustrados.com/tema/10745/Compendio-teorico-sobre-Auditoria-Gestion.html>

⁸ <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/3/CAPITULO%202.pdf>

- Identificar problemas y oportunidades.
- Diagnosticar problemas.
- Entender procesos.
- Definir responsabilidades.
- Mejorar el control de la empresa.
- Identificar iniciativas y acciones necesarias.
- Medir comportamientos.
- Facilitar la delegación en las personas.
- Integrar la compensación con la actuación.

El principal objetivo de los indicadores, es poder evaluar el desempeño del área mediante parámetros establecidos en relación con las metas, así mismo observar la tendencia en un lapso durante un proceso de evaluación. Con los resultados obtenidos se pueden plantear soluciones o herramientas que contribuyan al mejoramiento o correctivos que conlleven a la consecución de la meta fijada.⁹

Para conocer y aplicar los indicadores de gestión, es importante que se encuentre implementado el control interno en la entidad y que se tenga muy en claro lo que es y la importancia del control de gestión como concepto clave y herramienta de la evaluación institucional.

⁹ <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/3/CAPITULO%202.pdf>

Uno de los resultados del control interno, que permite ir midiendo y evaluando es el control de gestión, que a su vez pretende eficiencia y eficacia en las instituciones a través del cumplimiento de las metas y objetivos, tomando como parámetros los llamados indicadores de gestión, los cuales se materializan de acuerdo a las necesidades de la institución, es decir, con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir.¹⁰

Las actividades que se realizan en una organización requieren cuantificarse, es decir, medirse; esa medida refleja en qué grado las actividades que se ejecutan dentro de un proceso, o los resultados del proceso se han alcanzado.

Para medir una actividad lo importante es saber:

Indicadores cuantitativos y cualitativos

Los indicadores desde el punto de vista de instrumentos de gestión, son de dos tipos:

a) Indicadores cuantitativos, que son los valores y cifras que se establecen periódicamente de los resultados de las operaciones, son un instrumento básico.

b) Indicadores cualitativos, que permiten tener en cuenta la heterogeneidad, las amenazas y las oportunidades del entorno organizacional; permite además evaluar, con un enfoque de planeación estratégica la capacidad de gestión de la dirección y de más niveles de la organización.

¹⁰ www.dspace.espol.edu.ec

Indicadores de gestión universalmente utilizados

Los indicadores de gestión universalmente conocida y utilizada para medir la eficiencia, la eficacia, las metas, los objetivos y en general el cumplimiento de la misión institucional pueden clasificarse de la siguiente manera:

1) Indicadores de resultados por área y desarrollo de información. - Se basa en dos aspectos: la información del desarrollo de la gestión que se adelanta y los resultados operativos y financieros de la gestión. Estos indicadores muestran la capacidad administrativa de la institución para observar, evaluar y medir aspectos como: organización de los sistemas de información; la calidad, oportunidad y disponibilidad de la información; y, arreglos para la retroalimentación y mejoramiento continuo.

2) Indicadores estructurales.- La estructura orgánica y su funcionamiento permite identificar los niveles de dirección y mando, así como, su grado de responsabilidad en la conducción institucional.¹¹

Estos indicadores sirven para establecer y medir aspectos como los siguientes:

- Participación de los grupos de conducción institucional frente a los grupos de servicios, operativos y productivos.
- Las unidades organizacionales formales e informales que participan en la misión de la institución.
- Unidades administrativas, económicas, productivas y demás que permiten el desenvolvimiento eficiente hacia objetivos establecidos en la organización.

¹¹ www.dspace.espol.edu.ec

3) Indicadores de recursos. - Tienen relación con la planificación de las metas y objetivos, considerando que para planear se requiere contar con recursos. Estos indicadores sirven para medir y evaluar lo siguiente:

Planificación de metas y grado de cumplimiento de los planes establecidos.

- Formulación de presupuestos, metas y resultados del logro.
- Presupuestos de grado corriente, en comparación con el presupuesto de inversión y otros.
- Recaudación y administración de la cartera.
- Administración de los recursos logísticos.

4) Indicadores de proceso. - Aplicables a la función operativa de la institución, relativa al cumplimiento de su misión y objetivos sociales. Estos indicadores sirven para establecer el cumplimiento de las etapas o fases de los procesos en cuanto a:

- Extensión y etapas de los procesos administrativos.
- Extensión y etapas de la planeación.
- Agilidad en la prestación de los servicios o generación de productos que indica la celeridad en el ciclo administrativo.
- Aplicaciones tecnológicas y su comparación evolutiva.

5) Indicadores de personal. - Corresponden estos indicadores a las actividades del comportamiento de la administración de los recursos humanos. Sirven para medir o

establecer el grado de eficiencia y eficacia en la administración de los recursos humanos, respecto:¹²

- Condiciones de remuneración comparativas con otras entidades del sector.
- Comparación de la clase, calidad y cantidad de los servicios.
- Comparación de servicios per cápita.
- Rotación y administración de personal, referida a novedades y situaciones administrativas del área.
- Aplicación y existencia de políticas y elementos de inducción, motivación y promoción.

6) Indicadores Interfásicos. - Son los que se relacionan con el comportamiento de la entidad frente a los usuarios externos ya sean personas jurídicas o naturales. Sirven para:

- Velocidad y oportunidad de las respuestas al usuario.
- La demanda y oferta en el tiempo.
- Transacciones con el público, relativos a servicios corrientes y esporádicos (comportamiento de la demanda potencial, demanda atendida, demanda insatisfecha).
- Satisfacción permanente de los usuarios.

¹² www.dspace.espol.edu.ec

- Calidad del servicio (tiempo de atención, información).
- Número de quejas, atención y corrección.
- Existencia y aplicabilidad de normas y reglamentos.
- Generan satisfacción o insatisfacción sobre aquellos índices fundamentales como son la rentabilidad y los índices de competitividad.

Uso de indicadores en Auditoría de gestión

El uso de indicadores en la Auditoría, permite medir:

- La eficiencia y economía en el manejo de los recursos
- Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios prestados (eficacia).
- El grado de satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes a quienes van dirigidos (calidad).¹³

2.2.7. Control Interno

El Control Interno es un proceso integrado a los procesos, y no un conjunto de pesados mecanismos burocráticos añadidos a los mismos, efectuado por el consejo de la administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto

¹³ www.dspace.espol.edu.ec

de proporcionar una garantía razonable para el logro de objetivos incluidos en las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas que sean aplicables.

COMPONENTES

El marco integrado de control que plantea el informe COSO consta de cinco componentes interrelacionados, derivados del estilo de la dirección, e integrados al proceso de gestión:

Ambiente de control: El ambiente de control define al conjunto de circunstancias que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno y que son por lo tanto determinantes del grado en que los principios de este último imperan sobre las conductas y los procedimientos organizacionales.

Es, fundamentalmente, consecuencia de la actitud asumida por la alta dirección, la gerencia, y por carácter reflejo, los demás agentes con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades y resultados.¹⁴

Evaluación de riesgos: consiste en la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, y sirve de base para determinar cómo han de ser gestionados. A su vez, dados los cambios permanentes del entorno, será necesario que la Unidad disponga de mecanismos para identificar y afrontar los riesgos asociados al cambio.

¹⁴ <http://www.monografias.com/trabajos12/coso/coso2.shtml>

Actividades de control: son las políticas, procedimientos, técnicas, prácticas y mecanismos que permiten a la Dirección administrar (mitigar) los riesgos identificados durante el proceso de Evaluación de Riesgos y asegurar que se llevan a cabo los lineamientos establecidos por ella.¹⁵

Información y comunicación: Hay que identificar, recopilar y comunicar información pertinente en tiempo y forma que permitan cumplir a cada funcionario con sus responsabilidades.

También deberá existir una comunicación eficaz en un sentido amplio, que fluya en todas las direcciones a través de todos los ámbitos de la Unidad. La Dirección debe comunicar en forma clara las responsabilidades de cada funcionario dentro del sistema de control interno implementado. Los funcionarios tienen que comprender cuál es su papel en el sistema de control interno y cómo las actividades individuales están relacionadas con el trabajo del resto.

Supervisión y Monitoreo: Los sistemas de control interno requieren supervisión, es decir, un proceso que verifique la vigencia del sistema de control interno a lo largo del tiempo. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continuada, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas.¹⁶

2.2.8. Riesgo en la Auditoría

La auditoría de gestión al realizarse no estará exenta de errores y omisiones de suficiente significación que influyan en la evaluación a expresar por el auditor en su informe.¹⁷

¹⁵ http://www.ain.gub.uy/sector_publico/normas_ctrl_interno.pdf

¹⁶ http://www.ain.gub.uy/sector_publico/normas_ctrl_interno.pdf

¹⁷ <http://www.monografias.com/trabajos43/auditoria/auditoria2.shtml>

Por tanto deberá planificarse la auditoría de modo tal que se presente expectativas razonables de detectar aquellos errores que tengan importancias relativas; a partir de:

- Criterio del personal
- Regulaciones legales y profesionales
- Identificar errores de poca cuantía con efectos significativos.

En este tipo de auditoría tendremos que tener en cuenta también los tres componentes de riesgo:

- **Riesgo inherente:** De que ocurran errores importantes generados por las características de la Empresa, o el Organismo.
- **Riesgo de Control:** De que el Sistema de Control Interno no prevenga o corrija tales errores.
- **Riesgo de detección:** De que los errores no detectados por deficiencias del Control Interno sean reconocidos por el auditor.

Sería necesario para evaluar la existencia o no de riesgos de la auditoría de gestión:

- Conocer y reconocer los riesgos propios de la actividad, del entorno y de la naturaleza propia de la información.
- Considerar la adecuación del diseño y probar la eficacia de los procedimientos de control interno.

- Determinar procedimientos sustantivos contenidos en el programa a aplicar, luego de haber evaluado el Sistema de Control Interno.
- Extensión de las pruebas sustantivas aplicables a la Empresa hacia terceros vinculados.

Además, sería importante considerar algunos factores generalizados del riesgo de auditoría que pueden ser adoptados en cada caso, y que sólo implican una simple guía a tener en cuenta.¹⁸

2.2.9. Evaluación del Riesgo de Auditoría

La evaluación del riesgo de auditoría es el proceso por el cual, a partir del análisis de la existencia e intensidad de los factores de riesgo se mide el nivel de riesgo presente en cada caso.

El nivel de riesgo de auditoría suele medirse en cuatro grados posibles, estos son:

- Mínimo
- Bajo
- Medio
- Alto

La evaluación del nivel de riesgo es un proceso totalmente subjetivo y depende exclusivamente del criterio, capacidad y experiencia del auditor. Además, es la base para le

¹⁸ <http://www.monografias.com/trabajos43/auditoria/auditoria2.shtml>

determinación del enfoque de auditoría a aplicar y la cantidad de satisfacción de auditoría a obtener.

Por lo tanto, debe ser un proceso cuidadoso y realizado por quienes posean la mayor capacidad y experiencia de un equipo de trabajo.

En este sentido, se tratan de medir tres elementos que, combinados, son herramientas a utilizar en el proceso de evaluación del nivel de riesgo.

Estos elementos son:

1. La significatividad del componente.
2. La inexistencia de factores de riesgo y su importancia relativa.
3. La probabilidad de ocurrencia de errores o irregularidades básicamente obtenida del conocimiento y la experiencia anterior de ese ente.

La combinación de los posibles estados de estos tres elementos brinda un marco para evaluar el riesgo de auditoría.

Riesgo mínimo. - Un nivel de riesgo mínimo estaría conformado cuando en un componente poco significativo no existan factores de riesgo y donde la probabilidad de ocurrencia de errores o irregularidades sea remota.

Riesgo bajo. - Cuando en un componente significativo existan factores de riesgo, pero no demasiado importantes y la probabilidad de existencia de errores o irregularidades sea baja – improbable -, ese componente tendrá una evaluación de riesgo bajo.

Riesgo moderado. - Un componente claramente significativo, donde existen varios factores de riesgo y es posible que se presenten errores o irregularidades, será de un riesgo medio.

Riesgo alto. - Un componente tendrá un nivel de riesgo alto cuando sea claramente significativo, con varios factores de riesgo, algunos de ellos muy importantes y donde sea totalmente probable que existan errores o irregularidades.¹⁹

TABLA N° 1: TABLA DE VALORACION Y SIGNIFICATIVIDAD

TABLA DE VALORACION Y SIGNIFICATIVIDAD

NIVEL DE RIESGO	SIGNIFICATIVIDAD	FACTORES DE RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE ERROR
MINIMO	NO SIGNIFICATIVO	NO EXISTEN	REMOTA
BAJO	SIGNIFICATIVO	ALGUNOS PERO POCO IMPORTANTES	IMPROBABLE
MEDIO	MUY SIGNIFICATIVO	EXISTEN ALGUNOS	POSIBLE
ALTO	MUY SIGNIFICATIVO	VARIOS Y SON IMPORTANTES	PROBABLE

Fuente: MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006 p. 62

Elaborado por: Valeria Zavala B.

¹⁹ MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006, p.62

2.2.10. Técnicas de Auditoría

Los procedimientos de auditoría son operaciones específicas que se aplican en una auditoría e incluyen técnicas y prácticas consideradas necesarias, de acuerdo con las circunstancias de manera que los procedimientos podemos definirlos como la descripción de los actos que el auditor realizará en el cumplimiento del programa de la auditoría que está ejecutando.

Los procedimientos de auditoría generalmente aceptados se describen en términos generales, de tal manera que estos sean especificados o adaptados al caso de cada auditoría y de acuerdo con el criterio profesional de cada auditor. Las técnicas de auditoría son métodos prácticos de investigación y prueba que utiliza el auditor, para obtener evidencia necesaria que fundamente su opinión; en cambio las prácticas de auditoría constituyen las labores específicas realizadas por el auditor como parte del examen.

Las técnicas de auditoría más utilizadas para reunir evidencia son:

Técnicas de verificación ocular

Comparación: es el acto de observar la similitud o diferencia existente entre dos o más elementos. Dentro de la fase de ejecución de la auditoría se efectúa la comparación de resultados, contra criterios aceptables.

Observación: es el examen ocular realizado para cerciorarse como se ejecutan las operaciones. Esta técnica es de utilidad en todas las fases de la auditoría, por cuyo intermedio el auditor se cerciora de ciertos hechos y circunstancias, en especial, las relacionadas con la forma de ejecución de las operaciones, apreciando personalmente, de manera abierta o discreta, como el personal de la entidad ejecuta las operaciones.

Técnicas de verificación oral

Indagación: es el acto de obtener información verbal sobre un asunto mediante averiguaciones directas o conversaciones con los funcionarios responsables de la entidad. La respuesta a una pregunta formulada por el auditor, es una porción insignificante de elementos de juicio en los que puede confiarse, pero las respuestas a muchas preguntas que se relacionan entre sí, pueden suministrar un elemento de juicio satisfactorio, si todas son razonables y consistentes.

Las Entrevistas: pueden ser efectuadas al personal de la entidad auditada o personas beneficiarias de los programas o actividades a su cargo. Para obtener mejores resultados debe prepararse apropiadamente, especificar quienes serán entrevistados, definir las preguntas a formular, alertar al entrevistado acerca del propósito y puntos a ser abordados.

Las Encuestas: pueden ser útiles para recopilar información de un gran universo de datos o grupos de personas. Su ventaja principal radica en la economía en términos de costo y tiempo; sin embargo, su desventaja se manifiesta en su inflexibilidad, al no obtenerse más de lo que se pide, lo cual en ciertos casos puede ser muy costoso.

Técnicas de verificación

Analizar: consiste en la separación y evaluación crítica, objetiva y minuciosa de los elementos o partes que conforman una operación, actividad, transacción o proceso, con el fin de establecer su naturaleza, su relación y conformidad con los criterios normativos y técnicos existentes. Los procedimientos de análisis están referidos a la comparación de cantidades, porcentajes y otros.

Confirmación: es la técnica que permite comprobar la autenticidad de los registros y documentos analizados, a través de información directa y por escrito, otorgada por funcionarios que participan o realizan las operaciones sujetas a examen (confirmación interna), por lo que están en disposición de opinar e informar en forma válida y veraz sobre ellas. Otra forma de confirmación, es la denominada confirmación externa, la cual se presenta cuando se solicita a una persona independiente de la organización auditada (terceros), información de interés que sólo ella puede suministrar.

Tabulación: es la técnica de auditoría que consiste en agrupar los resultados obtenidos en áreas, segmentos o elementos examinados, de manera que se facilite la elaboración de conclusiones.

Conciliación: implica hacer que concuerden dos conjuntos de datos relacionados separados e independientes. Esta técnica consiste en analizar la información producida por diferentes unidades operativas o entidades, respecto de una misma operación o actividad, con el objeto de establecer su concordancia entre si y, a la vez, determinar la validez y veracidad de los informes, registros y resultados que están siendo examinados.

Técnicas de verificación documental

Comprobación: técnica que se aplica en el curso de un examen, con el objeto de verificar la existencia, legalidad, autenticidad y legitimidad de las operaciones efectuadas por una entidad, mediante la verificación de los documentos que las justifican.

Computación: es la técnica que se utiliza para verificar la exactitud y corrección aritmética de una operación o resultado. Se prueba solamente la exactitud de un cálculo, por lo tanto, se requiere de otras pruebas adicionales para establecer la validez de las cifras incluidas en una operación.

Rastreo: es utilizada para dar seguimiento y controlar una operación de manera progresiva, de un punto a otro de un proceso interno determinado o, de un proceso a otro realizado por una unidad operativa dada. Al efectuar la comprensión de la estructura de control interno. Esta técnica puede clasificarse en dos grupos:

- a) Rastreo progresivo, que parte de la autorización para efectuar una operación hasta la culminación total o parcial de ésta; y,
- b) Rastreo regresivo, que es inverso al anterior, es decir, se parte de los resultados de las operaciones para llegar a la autorización inicial.

Revisión selectiva: consiste en el examen ocular rápido de una parte de los datos o partidas que conforman un universo homogéneo en ciertas áreas, actividades o documentos elaborados, con fines de separar mentalmente asuntos que no son normales, dado el alto costo que representaría llevar a cabo una revisión amplia o, que por otras circunstancias, no es posible efectuar una análisis profundo.

Técnicas de verificación física

Inspección: es el examen físico y ocular de activos, obras, documentos y valores, con el objeto de establecer su existencia y autenticidad. La aplicación de esta técnica es de mucha utilidad, especialmente, en cuanto a la constatación de efectivo, valores, activo fijo y otros equivalentes.

2.2.11. Programas de Auditoría

Un programa de auditoría, es el procedimiento a seguir en el examen a realizarse, el mismo que es planeado con anticipación el cual debe ser flexible, sencillo y conciso, de tal manera que los procedimientos empleados en cada auditoría gesten de acuerdo con las circunstancias del examen. El auditor debe mostrar eficiencia en el planeamiento de la auditoría a ejecutar, debe desechar todos los procedimientos exagerados o innecesarios. Al planear un programa de auditoría debe hacerse uso de todas las ventajas que ofrecen los conocimientos profesionales y el criterio personal del auditor. El programa de auditoría, es parte integrante de los papeles de trabajo, puesto que constituyen evidencia de los planes trazados y de la ejecución de los pasos seguidos en la auditoría.

Cada procedimiento de auditoría requerido en el programa debe ser objeto de referencia cruzada con la cédula que corresponda y además debe ser inicializado, en prueba de haber sido completado, por la persona que efectuó el trabajo. Si cualquier paso del programa es omitido o modificado en cualquier forma, las razones de esta omisión o modificación y la descripción del trabajo efectivamente realizado deben ser claramente consignadas en el programa o en la cédula a que se haya referido en el mismo.

Una de las funciones más importantes del programa de auditoría es especificar los "procedimientos de auditoría" que hemos considerado necesarios de acuerdo con las

circunstancias, y relacionar estos procedimientos de auditoría directamente con los procedimientos de contabilidad y con la extensión y efectividad del sistema de control interno de la Empresa objeto del examen.²⁰

2.2.12. Papeles de Trabajo

En Auditoría se puede afirmar que los papeles de trabajo son todas aquellas cédulas y documentos que son elaborados por el Auditor u obtenidos por él durante el transcurso de cada una de las fases del examen.

Los papeles de trabajo son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones, etc., en que se fundamenta el Contador Público, para dar sus opiniones y juicios sobre el sistema de información examinado. Los papeles de trabajo constituyen un medio de enlace entre los registros de contabilidad de la empresa que se examina y los informes que proporciona el Auditor

Algunos papeles de trabajo son elaborados por el propio Auditor, y se denominan Cédulas. Otros son obtenidos por medio de su cliente o por terceras personas (cartas, certificaciones, estado de cuentas, confirmaciones, etc.) pero al constituirse en pruebas o elementos de comprobación y fundamentación de la opinión, se incorporan al conjunto de evidencia que constituyen en general, los papeles de trabajo.

El cumplimiento de la segunda Norma de Auditoría referente a la "obtención de evidencia suficiente y competente" queda almacenado en los papeles de trabajo del Auditor.²¹

²⁰ <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/2/CAPITULO%201.pdf>

²¹ <http://preparatorioauditoria.wikispaces.com/file/view/Unidad+Nueve.pdf>

Clases de papeles de trabajo

Se les acostumbra clasificar desde dos puntos de vista:

Por su uso

- Papeles de uso continuo.
- Papeles de uso temporal.

Por su contenido

- Hoja de trabajo.
- Cédulas sumarias o de Resumen.
- Cédulas de detalle o descriptivas.
- Cédulas analíticas o de comprobación.²²

Organización de los Papeles de Trabajo

El gran volumen de PT, que se acumulan durante una auditoría, obliga a los profesionales a tener una buena organización de los mismos. En efecto, los profesionales auditores con experiencia recomiendan que en la mayoría de los exámenes exista un archivo permanente y uno corriente por separado.

Archivo Permanente o Carpeta Permanente. -Esta carpeta o legajo, debe reunir los datos útiles, que se pueden usar permanentemente, o en más de una auditoría y en su mayoría están relacionados con la toma de conocimiento de la entidad.

Archivo Corriente o Carpeta Corriente.- En todas las auditorías practicadas, se debe confeccionar una o varias carpetas o archivos corrientes para acumular toda la información que no es de uso continuo por parte de los auditores, y que va a respaldar las conclusiones a las cuales ha arribado, después de aplicar procedimientos y obtener evidencia.²³

²²<http://www.monografias.com/trabajos27/papeles-auditoria/papeles-auditoria.shtml#definpapel>

²³ www.soeduc.cl/apuntes/los%20papeles%20de%20trabajo.doc

2.2.13. Hallazgos de Auditoría

Se considera que los hallazgos en auditoría son las diferencias significativas encontradas en el trabajo de auditoría con relación a lo normado o a lo presentado por la gerencia.

Al plasmar el hallazgo el auditor primeramente indicará el título del hallazgo, luego los atributos, a continuación, indicarán la opinión de las personas auditadas sobre el hallazgo encontrado, posteriormente indicarán su conclusión sobre el hallazgo y finalmente hará las recomendaciones pertinentes. Es conveniente que los hallazgos sean presentados en hojas individuales.

Solamente las diferencias significativas encontradas se pueden considerar como hallazgos (generalmente determinadas por la Materialidad), aunque en el sector público se deben dar a conocer todas las diferencias, aun no siendo significativas.

El hallazgo debe cumplir con los siguientes atributos:

- **Condición:** la realidad encontrada
- **Criterio:** cómo debe ser (la norma, la ley, el reglamento, lo que debe ser)
- **Causa:** qué originó la diferencia encontrada.
- **Efecto:** qué efectos puede ocasionar la diferencia encontrada.²⁴

²⁴ <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/2/CAPITULO%201.pdf>

2.2.14. Marcas de Auditoría

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

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.

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.²⁵

²⁵ FRANKLIN, Enrique B. Auditoría Administrativa, Editorial McGraw Hill, México 2000, p. 675-676

TABLA 1: MARCAS DE AUDITORÍA

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
∪	Sumado (vertical y horizontal)
Σ	Suma correcta
£	Cotejado contra libro mayor
?	Cotejado contra libro auxiliar
¥	Verificado físicamente
»	Cálculos matemáticos verificados
W	Comprobante de cheque examinado
	Cotejado contra fuente externa
A-Z	Nota explicativa
N/A	Procedimiento no aplicable
H1-n	Hallazgo de auditoría
C/I1-n	Hallazgo de control interno
P/I	Papel de trabajo proporcionado por la institución.

Fuente: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11402/1/34357_1.pdf

Elaborado por: Valeria Zavala B.

Las marcas de auditoría sirven para abreviar una palabra o palabras cuyo objetivo es resumir una característica especial del examen para ahorrar tiempo y agilizar el examen.

2.2.15. Evidencia de Auditoría

Se llama evidencia de auditoría a "Cualquier información que utiliza el auditor para determinar si la información cuantitativa o cualitativa que se está auditando, se presenta de acuerdo al criterio establecido".

También se define la evidencia, como la prueba adecuada de auditoría. La evidencia adecuada es la información que cuantitativamente es suficiente y apropiada para lograr los resultados de la auditoría y que cualitativamente, tiene la imparcialidad necesaria para inspirar confianza y fiabilidad.

La Evidencia para que tenga valor de prueba, debe ser:

- **Suficiente:** La evidencia es suficiente, si el alcance de las pruebas es adecuado. Solo una evidencia encontrada, podría ser no suficiente para demostrar un hecho.
- **Competente:** La evidencia es competente, si guarda relación con el alcance de la auditoría y además es creíble y confiable.
- **Pertinente:** La evidencia es pertinente, si el hecho se relaciona con el objetivo de la auditoría.

Además de las tres características mencionadas de la evidencia (Suficiencia, Pertinencia y Competencia), existen otras que son necesarias mencionar, porque están ligadas estrechamente con el valor que se le da a la evidencia: Relevancia, Credibilidad, Oportunidad y Materialidad.

Existen cuatro tipos de evidencia de auditoría que son:

- **Evidencia Física:** Muestra de materiales, mapas, fotos.
- **Evidencia Documental:** Cheques, facturas, contratos, etc.

- **Evidencia Testimonial:** obtenida de personas que trabajan en el negocio o que tienen relación con el mismo.
- **Evidencia Analítica:** datos comparativos, cálculos, etc.²⁶

²⁶ <http://www.monografias.com/trabajos27/papeles-auditoria/papeles-auditoria.shtml#definipapel>

3. CAPÍTULO III

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis General

La aplicación de una auditoría de gestión al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2012 permite medir el desempeño del personal en el proceso administrativo y operativo.

3.1.2 Hipótesis Específicas

- La recopilación de información permite conocer al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” Alausí
- La valoración del Control Interno evaluará el manejo de sus recursos.
- A través de los indicadores de gestión mediremos la eficiencia, efectividad, economía, ética y ecología en el proceso administrativo y operativo del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Alausí.
- El informe de auditoría establecerá estándares de gestión a través de recomendaciones de modo que sus directivos puedan tomar decisiones acertadas que permitan la mejora institucional continua.

3.2. VARIABLES

3.2.1 Variable Independiente

Auditoría de Gestión.- Valoración independiente de todas las operaciones del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Alausí, en forma analítica objetiva y sistemática, para determinar si se llevan a cabo, políticas y procedimientos aceptables; si se siguen las normas establecidas si se utilizan los recursos de forma eficiente, eficaz, económica, ecológica, ética y equitativa, y si los objetivos del

centro se han alcanzado para así maximizar resultados que fortalezcan el desarrollo de la institución.

3.2.2. Variable Dependiente

Desempeño del Personal. - Desarrollar una estrategia que esté en concordancia con los objetivos generales del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Alausí y diseñar una serie de políticas que estén alineadas con esa estrategia de recursos humanos, así como crear las condiciones para que se puedan llevar a cabo las actividades que marcan estas políticas.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación se aplicará la modalidad de investigación cuali-cuantitativa ya que a través del enfoque cuantitativo podré recolectar y analizar datos que me permitirán dar respuesta a las preguntas de investigación, así como probar la hipótesis establecida previamente, confía en la medición numérica, el conteo, y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud los patrones de comportamiento.

Por otra parte, el enfoque cualitativo me ayudará a realizar un análisis subjetivo e individual utilizando técnicas que no pretenden medir ni asociar las mediciones con números, tales como la observación, entrevistas abiertas, revisión de documentos, entre otras.

3.3.1. Tipos de Estudios de Investigación

Los tipos de investigación que se utilizarán son:

Investigación documental: este tipo de investigación me permitirá recolectar toda la información necesaria por medio de fuentes documentales, al mismo tiempo contribuirá a una mejor organización y análisis de la información.

Investigación de campo: utilizaré este tipo de investigación ya que la auditoría la realizaré en la institución directamente para recolectar, analizar los datos y presentar los resultados correctos.

Investigación descriptiva: mediante este tipo de investigación destacaré algunas características, rasgos y comportamientos de la población involucrada en la auditoría.

3.3.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación que aplicaré es el transversal ya que me permitirá evaluar los niveles de eficiencia, efectividad, economía, ética y ecología en el proceso administrativo y operativo del Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí, a través del análisis de información recopilada.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población con la que cuenta el centro es de 22 personas motivo por el cual trabajaremos con la totalidad de la población por ser pequeña.

3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1. Métodos

Inductivo – Deductivo. - La inducción va de lo particular a lo general, este se implementa cuando de la observación de los hechos particulares obtenemos proposiciones generales, mientras que la deducción va de lo general a lo particular, esto se aplicará a través de las entrevistas, con la finalidad de detectar problemas y emitir soluciones.

Analítico – Sintético.- En el método analítico se estudiará las características internas del objeto de estudio, es decir, conocer misión, visión, objetivos, situación administrativa del centro, cumplimiento de metas con la finalidad de determinar la situación actual de la institución, mientras que el método sintético es un procedimiento mental que tiene como

meta la comprensión cabal de la esencia de lo que ya conocemos en todas sus partes y particularidades, esto lo lograremos mediante aplicación de cuestionarios.

3.5.2. Técnicas e instrumentos

Las técnicas que emplearemos son:

Encuestas: Es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración de las personas del área administrativa, área médica y de los afiliados.

Entrevistas: Es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que se adquiere información acerca de lo que se investiga, esta se la aplicará específicamente al Director del Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí.

Confirmaciones: Es la técnica que permite comprobar la autenticidad de los registros y documentos analizados, a través de información directa y por escrito, otorgada por funcionarios que participan o realizan las operaciones sujetas a examen (confirmación interna), por lo que están en disposición de opinar e informar en forma válida y veraz sobre ellas.

Indagación: Consiste en averiguar o inquirir sobre un hecho, el empleo cuidadoso de esta técnica puede determinar la obtención de información valiosa que sirva más como apoyo que como evidencia directa en el juicio definitivo del auditor. Esta técnica se la puede aplicar tanto al personal del centro como a los afiliados.

Observación: Es el examen ocular realizado para cerciorarse como se ejecutan las operaciones. Esta técnica es de utilidad en todas las fases de la auditoría, por cuyo

intermedio me cercioraré de ciertos hechos y circunstancias, en especial, las relacionadas con la forma de ejecución de las operaciones, apreciando personalmente, de manera abierta o discreta, como el personal del centro ejecuta las operaciones.

Comparación: Es el acto de observar la similitud o diferencia existente entre dos o más elementos. Dentro de la fase de ejecución se efectúa la comparación de resultados, contra criterios aceptables, facilitando de esa forma la evaluación por el auditor y la elaboración de observaciones, conclusiones y recomendaciones.

4. CAPÍTULO IV

**AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA
DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL “IESS”, DEL
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO, DEL 1 DE ENERO AL 31
DE DICIEMBRE DE 2012.**

**LEGAJO
PERMANENTE
Nº1/2**

CLIENTE: Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo.

DIRECCIÓN: Esteban de Orozco s/n y Antonio Mora

NATURALEZA DEL TRABAJO: Auditoría de Gestión

PERIODO: Del 1ero de enero al 31 de diciembre del 2012

**LEGAJO
PERMANENTE**

	INICIALES Y FECHA	
	Planificación	Final
AUTORA DE LA TESIS	V.P.Z.B 15/01/2014	28/02/2014

ÍNDICE

**LEGAJO
PERMANENTE
Nº 2/2**

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ.

4.1 LEGAJO PERMANENTE

LEGAJO PERMANENTE	
Información general.	LP1
Hoja de Marcas y abreviaturas	LP2
Programa de Auditoría	LP3

4.1.1. INFORMACIÓN GENERAL

El Centro de Atención Ambulatoria del IESS de la ciudad de Alausí es uno de los primeros dispensarios creados a nivel nacional con el fin de brindar atención médica a los empleados ferroviarios que laboraban y llegaban a la estación del Tren Alausí, más o menos por el año 1937 siendo su Director el Dr. Porfirio Barragán, brindando atención a su población afiliada al inicio en casas arrendadas para posteriormente trasladarse a sus instalaciones propias en el año 1986 siendo Director del C.A.A. del IESS Alausí el Dr. César Tilinchana.

Según consta en escrituras el terreno donde funciona el Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí fue adquirido con el fin de construir una Unidad Médica para el Cantón.

El Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí en donde funciona actualmente brinda los servicios de consulta externa en medicina general, consulta odontológica, servicios de laboratorio clínico y rayos x; está ubicada en el centro de la ciudad entre las calles Esteban Orozco y Antonio Mora. Tiene una construcción moderna de 550 metros cuadrados, consta de dos plantas distribuido de la siguiente manera: en la planta baja están ubicados 2 consultorios médicos, 1 consultorio odontológico, servicios de RX, laboratorio, enfermería, farmacia, estadística, 1 sala de espera. En la planta alta se encuentra el área administrativa: contabilidad, secretaría y dirección.

MISIÓN

“Brindar atención de salud integral, con calidad, oportunidad, eficiencia, efectividad y sobre todo con calidez afianzando los principios de solidaridad, equidad, universalidad, utilizando tecnología apropiada y altamente comprometidos con la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros clientes y para salvaguardar la salud del afiliado y de la población general.”

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

VISIÓN

“Ser líderes en la atención de salud de nuestra jurisdicción con su nivel de complejidad técnica y administrativa propia del Centro de Atención Ambulatoria, que nos permita ejercer autonomía de gestión para brindar atención médica de alta calidad, ampliando progresivamente la prestación de sus servicios, que cuente con especialidades médicas básicas y proyección a futuro de quirófano del día, con equipamiento que guarde relación con las necesidades reales en beneficio de la salud de la población general.”

4.1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Administrar directamente las funciones de afiliación, recaudación de los aportes y contribuciones al Seguro General Obligatorio y, a través de las direcciones especializadas de cada seguro, administrará las prestaciones que le corresponde otorgar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar bienestar a todas y todos los asegurados y beneficiarios, con prestaciones de salud y servicios con calidad y calidez; y a cubrir de manera universal e integral todos los ciclos vitales del ser humano.
- Proteger económicamente al asegurado (a) al IESS y su familia, con prestaciones sociales que se financian con el 9,74% del salario de aportación del afiliado y afiliada.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

- Desarrollar programas de prevención y acciones de reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.
- Salvaguardar a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, con programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.
- Liderar de manera efectiva para el cumplimiento de metas propuestas por la Unidad Médica.
- Realizar informes hacia las autoridades provinciales y nacionales con el fin de evaluar nuestro cumplimiento de metas lo que permitirá replantear nuestros objetivos y mejorar nuestros servicios.

VALORES INSTITUCIONALES

- Compromiso y lealtad con el afiliado
- Responsabilidad social
- Transparencia en nuestros actos
- Eficiencia en el manejo de los recursos
- Credibilidad y buena imagen

PRINCIPIOS

- **Solidaridad.** - Es la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio.
- **Obligatoriedad.** - Es la prohibición de acordar cualquier afectación, disminución, alteración o supresión del deber de solicitar y el derecho de recibir la protección del Seguro General Obligatorio.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

- **Universalidad.** - Es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos.

- **Equidad.** - Es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

- **Eficiencia.** - Es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios.

- **Subsidiariedad.** - Es el auxilio obligatorio del Estado para robustecer las actividades de aseguramiento y complementar el financiamiento de las prestaciones que no pueden costearse totalmente con las aportaciones de los asegurados.

- **Suficiencia.** - Es la entrega oportuna de los servicios, las rentas y los demás beneficios del Seguro General Obligatorio, según el grado de deterioro de la capacidad para trabajar y la pérdida de ingreso del asegurado.

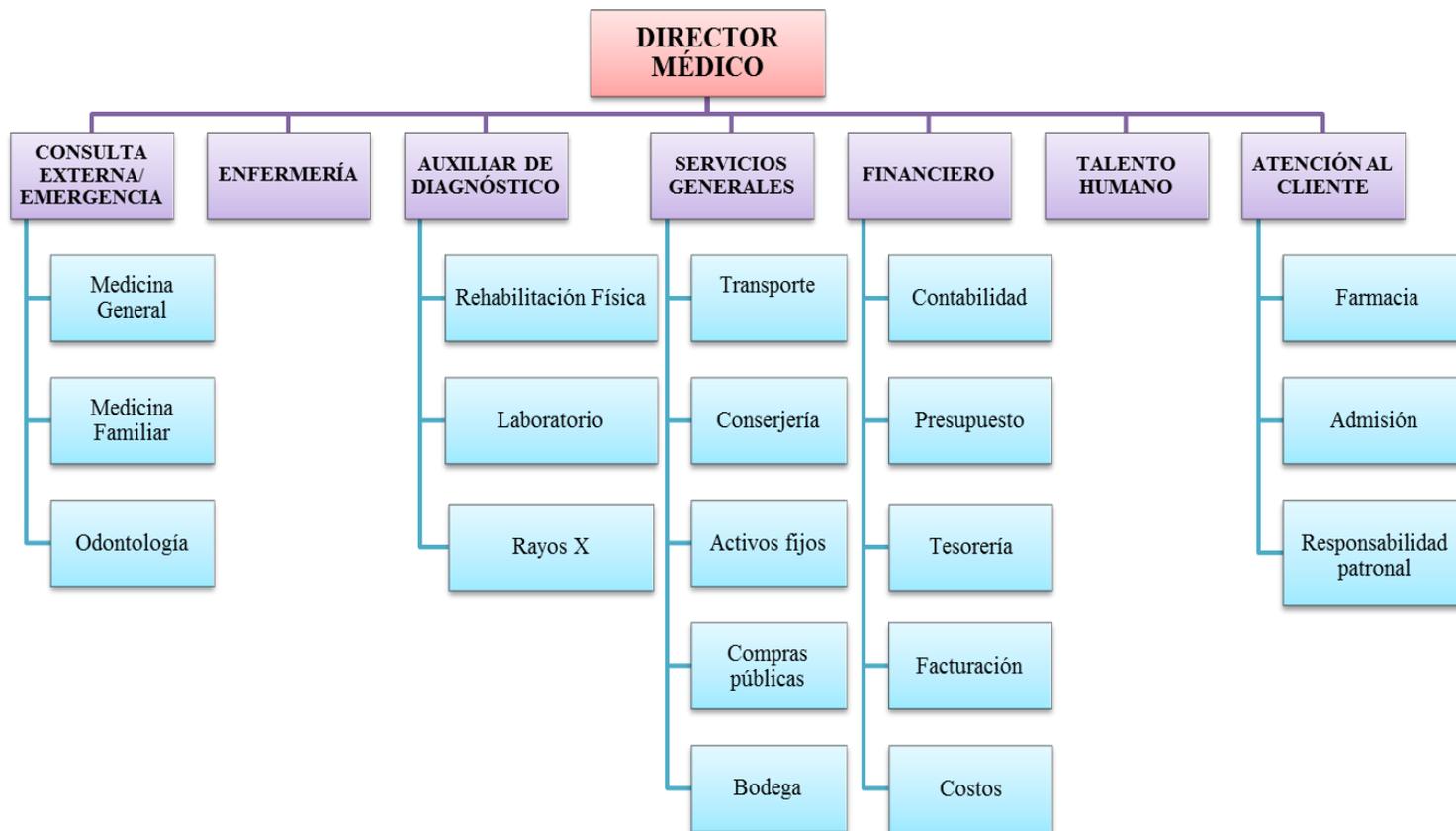
Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 2: PRODUCTOS Y/O SERVICIOS Y SEGMENTOS ATENDIDOS.

SERVICIOS	SEGMENTOS ATENDIDOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina general ➤ Medicina familiar ➤ Odontología ➤ Laboratorio ➤ Rayos X ➤ Fisioterapia ➤ Enfermería ➤ Farmacia 	<p>Segmentados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voluntarios ➤ Seguro de salud individual y familiar ➤ Seguro de riesgos de trabajo ➤ Cónyuges ➤ Hijos menores de 18 años ➤ Jubilados ➤ Seguro social campesino ➤ Montepío ➤ Población en general en caso de emergencia o de apoyo de la red pública.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



FUENTE: Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí
ELABORADO POR: Valeria Zavala.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Hoja de marcas y abreviaturas

MARCAS	SIGNIFICADO
\checkmark	Revisado o verificado
Σ	Sumatoria
∞	Hallazgo
\odot	Información comprobada
\boxtimes	Información documentada
\cap	No existe documentos
\emptyset	Incumplimiento de la normativa y reglamento
Σ	No reúne requisitos
\mathbb{D}	Documento mal estructurado
\mathbb{E}	Sustentado con evidencia
Ω	Observado

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
ARCHIVO PERMANENTE	
L/P	Legajo permanente
LP1	Información general
LP2	Hoja de marcas y abreviaturas
LP3	Programa de auditoria
ARCHIVO CORRIENTE	
CP	Conocimiento preliminar
CP1	Carta de requerimiento
CP2	Entrevista preliminar
CP3	Evaluación misión y visión.
CI	Cuestionario de control interno
HH	Evaluación de hallazgos
IP	Identificación de procesos
IG	Indicadores de gestión
AP	Análisis presupuestario
NI	Notificación del informe
IF	Informe final

Elaborado por: V.Z	Fecha: 15/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

**LEGAJO
CORRIENTE
N°1/2**

CLIENTE: Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo.

DIRECCIÓN: Esteban de Orozco s/n y Antonio Mora

NATURALEZA DEL TRABAJO: Auditoría de Gestión

PERIODO: Del ero de enero al 31 de diciembre del 2012

LEGAJO CORRIENTE

	INICIALES Y FECHA	
	Planificación	Final
AUTORA DE LA TESIS	V.P.Z.B 31/01/2014	28/02/2014

ÍNDICE

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ.

4.2. LEGAJO CORRIENTE

LEGAJO CORRIENTE/CONOCIMIENTO PRELIMINAR	
Programa de Auditoría.	PA1
Carta de Requerimiento.	NI
Entrevista preliminar.	ED
Evaluación Misión, Visión.	CP

	INICIALES Y FECHA	
	PLANIFICACIÓN	FINAL
AUTORA DE LA TESIS	V.P.Z.B 31/01/2014	28/02/2014

4.2.1. FASE I: Conocimiento preliminar

PROGRAMA DE AUDITORÍA

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ

Auditoría de Gestión Planificación

OBJETIVOS

- Establecer los recursos que serán necesarios para la realización de la Auditoría.
- Establecer el compromiso de colaboración con la Dirección del centro para la aplicación del examen.
- Obtener conocimiento general de las actividades del Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí.

Nº	PROCEDIMIENTO	REF.P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Notificar el inicio de la auditoría.	NI 1/1	V.P.Z.B	31/01/2014
2	Entrevistar al Director.	ED 1/6	V.P.Z.B	31/01/2014
3	Efectuar una visita preliminar.	VP 1/1	V.P.Z.B	31/01/2014
4	Solicitar la documentación referente a la base legal interna y externa de la institución.	SI 4/4	V.P.Z.B	31/01/2014
5	Aplicar cuestionarios para el conocimiento preliminar con el fin de conocer la misión, visión y objetivos del nivel de apoyo a la gestión.	CP 7/7	V.P.Z.B	31/01/2014

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Riobamba, 31 de enero del 2014

Doctor
Roberto Vaca
DIRECTOR C.A.A.
Presente. -

De mi consideración;

En atención al pedido que se realizó a su persona para la realización de la Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria "IESS" Alausí aplicado por el periodo comprendido de enero a diciembre del 2012.

La Señorita Valeria Paulina Zavala Barroso, realizará la auditoría de acuerdo a las respectivas normas y reglamentos de auditoría, con el fin de obtener una opinión acerca de la gestión realizada en la entidad, se llevarán a cabo pruebas técnicas y de campo, revisión de documentos y el análisis de los mismos, con el fin de obtener evidencia que sustente la respectiva opinión.

Al mismo tiempo solicito la completa colaboración y facilidades por parte del personal que labora en la institución, para acceder a la respectiva información, que permita evaluar el cumplimiento de los objetivos y la optimización y buen uso de los recursos

Hacemos propicia la oportunidad para reiterarle nuestros agradecimientos.

Atentamente,

Valeria Paulina Zavala Barroso

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

PLANIFICACIÓN PRELIMINAR

Guía de visita preliminar

1. ¿Cuál es la razón social del centro?
2. ¿El CAA pertenece al sector público o privado?
3. ¿A qué se dedica el CAA?
4. ¿Cuál es la ley que ampara el funcionamiento del CAA?
5. ¿Cuál es su principal fuente de financiamiento?
6. ¿En qué parroquia está ubicado el CAA?
7. ¿Cuál es la provincia y el cantón donde está ubicado el CAA?
8. ¿Cuál es la dirección exacta y los números telefónicos a los que se puede contactar?
9. ¿Cuál es el número del personal con el que cuenta el CAA?
10. ¿Cuáles son las áreas de trabajo con las que cuenta el CAA?
11. ¿Cuáles son los servicios y segmentos atendidos en cada programa?
12. ¿Cuál es la estructura orgánica del CAA?
13. ¿Cuál es la misión y visión del CAA?
14. ¿Cuál son los objetivos del CAA?
15. ¿Se han realizado auditorías de gestión internas en períodos pasados?

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

A. DATOS GENERALES**Razón Social**

IESS Seguro de Salud Centro de Atención Ambulatoria Alausí

Sector:

Público

Área Empresarial:

Servicios de salud

Ley que la Ampara:

Estatuto codificado del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Ley de Seguridad Social, resolución No. CI 056 del 26 de enero del 2000.

Financiamiento:

Propio (aportes de los afiliados)

Parroquia:

Alausí

Cantón:

Alausí

Provincia:

Chimborazo

Dirección:

Esteban Orozco s/n y Antonio Mora

Teléfono:

032-930-144

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

B. CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA.**1. N° DE EMPLEADOS**

Veinte y dos empleados

2. ÁREAS DE TRABAJO.

Medicina general, medicina familiar, odontología, laboratorio, rayos x, fisioterapia, enfermería, farmacia, estadística y administración

3. PRODUCTOS Y/O SERVICIOS Y SEGMENTOS ATENDIDOS©

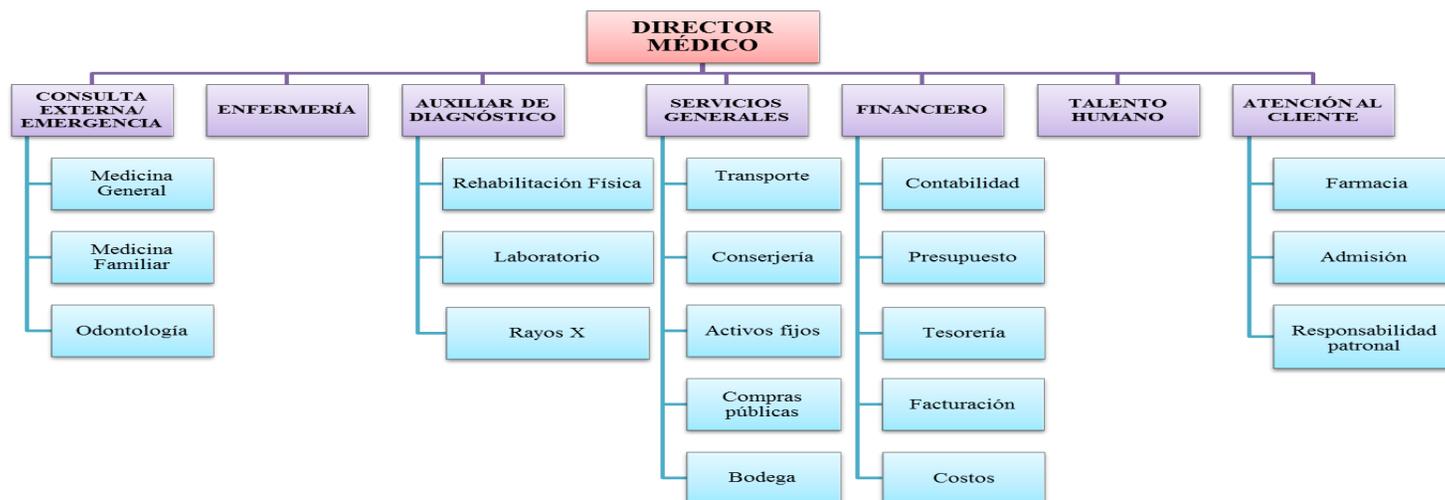
Tabla 3: Productos y/o servicios y segmentos

SERVICIOS	SEGMENTOS ATENDIDOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina general ➤ Medicina familiar ➤ Odontología ➤ Laboratorio ➤ Rayos X ➤ Fisioterapia ➤ Enfermería ➤ Farmacia 	<p>Segmentados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Voluntarios ➤ Seguro de salud individual y familiar ➤ Seguro de riesgos de trabajo ➤ Cónyuges ➤ Hijos menores de 18 años ➤ Jubilados ➤ Seguro social campesino ➤ Montepío ➤ Población en general en caso de emergencia o de apoyo de la red pública.

© Información comprobada

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4. ESTRUCTURA ORGANICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN ABULATORIA IESS ALAUSÍ



FUENTE: Unidad Ambulatoria IESS ALAUSÍ
ELABORADO POR: Valeria Zavala

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4. FILOSOFÍA INSTITUCIONAL ©

MISIÓN

Brindar atención de salud integral con calidad, calidez, eficiencia y eficacia, afianzando los principios de solidaridad, equidad, universalidad con recurso humano capacitado y tecnología apropiada, comprometidos con la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios y para salvaguardar la salud del afiliado y población en general.

VISIÓN

Ser el centro de salud del primer nivel de atención de nuestra jurisdicción con un nivel de complejidad técnica y administrativa propia del centro de atención ambulatoria que nos permite ejercer autonomía de gestión para brindar atención médica de alta calidad, ampliando progresivamente la prestación de sus servicios hasta llegar a las 24 horas, para el beneficio de la salud de la población en general.

OJETIVOS ✓

OBJETIVO GENERAL ✓

- Brindar atención médica a los afiliados y no
- afiliados en medicina general, odontología, laboratorio clínico, Rayos X, medicina familiar y preventiva, fisioterapia y emergencias.

✓ Revisado o verificado

© Información comprobada

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

OBJETIVOS ESPECIFICOS ✓

- Ofrecer servicios de salud oportunos con calidez, eficiencia y eficacia.
- Liderar de manera efectiva para el cumplimiento de metas propuestas por la Unidad Médica.
- Realizar informes hacia las autoridades provinciales y nacionales con el fin de evaluar nuestro cumplimiento de metas lo que permitirá replantear nuestros objetivos y mejorar nuestros servicios.

¿SE HA REALIZADO AUDITORÍA DE GESTIÓN EN PERÍODOS PASADOS?

Si.....

No.....**X**.....

ALCANCE DEL EXAMEN

La Auditoría de Gestión será realizada al Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí por el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Evaluación de la misión y visión del Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí.

Para el análisis de la Misión y la Visión se han preparado dos cuestionarios, que al ser aplicados a 20 personas (Nº empleados del C.A.A. Alausí) pertenecientes a los diferentes departamentos de la institución (Ver: Anexo 1 y Anexo 2), establecieron los siguientes resultados:

MISIÓN

Brindar atención de salud integral con calidad, calidez, eficiencia y eficacia, afianzando los principios de solidaridad, equidad, universalidad con recurso humano capacitado y tecnología apropiada, comprometidos con la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios y para salvaguardar la salud del afiliado y población en general.

VISIÓN

Ser el centro de salud del primer nivel de atención de nuestra jurisdicción con un nivel de complejidad técnica y administrativa propia del Centro de Atención Ambulatoria, que nos permita ejercer autonomía de gestión para brindar atención médica de alta calidad, ampliando progresivamente la prestación de sus servicios hasta las 12 horas (Centro de Salud Urbano de 12 horas). Esto implica la creación de servicio de emergencia, especialidades básicas, Psicología, Maternidad de corta estancia, su equipamiento debe guardar relación con las necesidades de los servicios implementados para el beneficio de la salud de la población general.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO PARA ANALIZAR LA MISIÓN (ANEXO 1) **L**

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí.

OBJETIVO DEL EXAMEN: Conocer si la misión del Centro Atención Ambulatoria “IESS” Alausí contribuye a que el personal tenga claramente definida la orientación que debe seguir.

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿La alta dirección ha definido claramente la razón de ser del Centro?	18	2 [∞]
2	¿Es difundida la misión de la institución entre el personal, y esta se mantiene presente en ellos?	8	12 [∞]
3	¿Conoce y sabe claramente la misión del Centro?	9	11 [∞]
4	¿El enunciado de la misión identifica el que hacer esencial del centro?	10	10 [∞]
5	¿El enunciado de la misión se ha formulado en términos claros?	10	10 [∞]
6	Todas las actividades que usted realiza tiene resultados finales congruentes con la misión del Centro?	20	0
TOTAL Σ		√75	L45

Σ Sumatoria

√ Verificado

L Sustentado con evidencia

∞ Hallazgo

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO DE LA MISIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

Promedio ponderación = $\frac{75}{120}$

Promedio ponderación=62,50%

Confianza: 62,50% Media ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIO
76-95	BAJO	ALTA

Riesgo:

37,50% Alto ✓



Al evaluar la Misión del Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí podemos concluir que su planteamiento, aplicación y difusión, se encuentran en el 62% de confianza.

La misión de la institución, posee un lenguaje claro, acorde a las necesidades de la misma, estableciendo un adecuado propósito, con el único fin de lograr su satisfacción.

Sin embargo, podemos observar que existe un riesgo del 38%, esto se debe a la falta de difusión y socialización entre el personal de la institución, motivo por el cual muchos miembros del centro desconocen la razón de ser del mismo. Por lo que se recomienda utilizar diferentes canales de comunicación para que la misión institucional permanezca presente en todo el personal. **L**

✓ Verificado

L Sustentado con evidencia.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO PARA ANALIZAR LA VISIÓN (ANEXO 2) **L**

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí.

OBJETIVO DEL EXAMEN: Conocer si la Visión del Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí define claramente lo que quiere ser a largo plazo.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tiene la institución una visión que defina claramente lo que quiere ser a largo plazo?	16	4 [∞]
2	¿Conoce y sabe la visión del Centro?	11	9 [∞]
3	¿La visión es difundida en sus diferentes medios y formas, es consistente y permanente a través del tiempo?	7	13 [∞]
4	¿Los programas, acciones, estrategias y demás prácticas gerenciales son congruentes con el contenido de la visión?	15	5 [∞]
5	¿El contenido de la visión, su difusión y el desempeño de la alta dirección proyecta la idea de que es factible alcanzarla?	17	3 [∞]
6	¿La visión es difundida en forma permanente entre el personal?	5	15 [∞]
TOTAL Σ		√71	L49

Σ Sumatoria

√ Verificado

L Sustentado con evidencia

∞ Hallazgo

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO DE LA VISIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

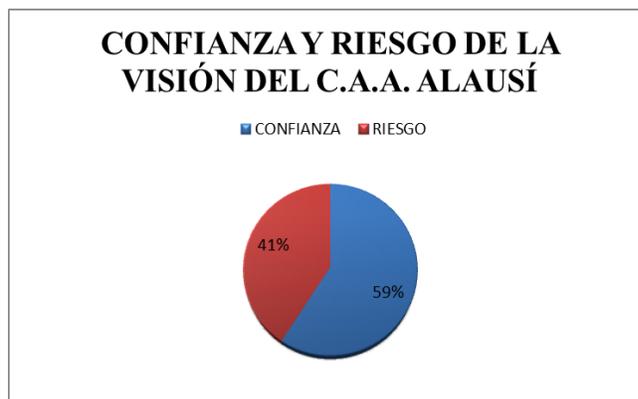
$$\text{Promedio ponderación} = \frac{71}{120}$$

$$\text{Promedio ponderación} = 59,17\%$$

Confianza: 59,17% Medio ✓

Riego: 40,83% Medio ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIO
76-95	BAJO	ALTA



El nivel de confianza que posee el Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí, en cuanto al análisis de su visión es del 59%, dándonos una idea clara, de que el cumplimiento de metas y objetivos posiblemente no se lleguen a cumplir a cabalidad.

La visión del centro utiliza un lenguaje claro y conciso, estableciendo un propósito adecuado de lo que quiere ser a largo plazo, sin embargo, su difusión es escasa y no permanece a través del tiempo, por lo que es necesario emplear diferentes métodos de difusión y control de tal manera que el personal tenga presente siempre el gran objetivo institucional que en equipo deben alcanzar. **E**

✓ Verificado

E Sustentado con evidencia

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4.2.2. FASE II: Planificación estratégica**PROGRAMA DE AUDITORÍA****CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ****Auditoría de Gestión
Evaluación del Control Interno
Programa de Auditoría****OBJETIVOS**

- Adquirir información de los controles internos existentes en el C.A.A. Alausí.
- Evaluar el cumplimiento de los controles internos existentes en el C.A.A. Alausí.

Nº	PROCEDIMIENTO	REF.P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Evaluación del Control Interno	ECI15/15	V.P.Z.B	28/11/2014
2	Elaborar la matriz de riesgos	MR 3/3	V.P.Z.B	01/12/2014

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Evaluación Específica de Control Interno

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí.

COMPONENTE: Ambiente de Control. **L**

FECHA: 18 de marzo del 2014

OBJETIVO DEL EXAMEN: determinar el comportamiento moral y ético, para verificar si se mantiene una adecuada comunicación y relación organizacional en la institución.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	¿Cuenta la Institución con un manual o código de normas de conducta?	X		
2	¿La dirección manifiesta algún tipo de interés por la integridad y los valores éticos?	X		
3	¿Existen pronunciamientos referentes a valores éticos y normas de comportamiento?	X		
4	¿Mantienen comunicación y fortalecimiento sobre el tema de valores éticos y de conducta?	X		
5	¿En la dirección ven a una persona a imitar?	X		
6	¿Existe algún tipo de sanciones documentadas para quienes irrespeten los valores institucionales establecidos?	X		
7	¿Han existido problemas con la dirección o entre el personal?	X		∞Desacuerdos entre el personal.
8	¿Se toma en cuenta el conocimiento y habilidades para la ejecución de una determinada función?	X		
9	¿Existen capacitaciones continuas y dirigidas a todo el personal?		X	∞Solo a ciertas áreas.
10	¿Conoce la estructura organizativa de la Institución?	X		
11	¿La institución se preocupa por la formación profesional?	X		

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Nº	PREGUNTAS	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
1	¿Cuenta la Institución con un manual o código de normas de conducta?	10	10
2	¿La dirección manifiesta algún tipo de interés por la integridad y los valores éticos?	10	8
3	¿Existen pronunciamientos referentes a valores éticos y normas de comportamiento?	10	8
4	¿Mantienen comunicación y fortalecimiento sobre el tema de valores éticos y de conducta?	10	5
5	¿En la dirección ven a una persona a imitar?	10	7
6	¿Existe algún tipo de sanciones documentadas para quienes irrespeten los valores institucionales establecidos?	10	7
7	¿Han existido problemas con la dirección o entre el personal?	10	3
8	¿Se toma en cuenta el conocimiento y habilidades para la ejecución de una determinada función?	10	10
9	¿Existen capacitaciones continuas y dirigidas a todo el personal?	10	5
10	¿Conoce la estructura organizativa de la Institución?	10	5
11	¿La institución se preocupa por la formación profesional?	10	7
	TOTAL	110	75

Promedio ponderación: 68,18%

Confianza: 68,18% Media ✓

Riesgo: 31,82% Medio ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIA
76-95	BAJO	ALTA

De acuerdo con los datos arrojados por el cuestionario de control interno, referente al Ambiente de control, podemos determinar que existe un nivel de confianza del 68,18% lo que indica que las medidas de control establecidas en este componente son buenas, sin embargo hay que prestar especial atención en los conflictos entre el personal y en la capacitación que se debe brindar por igual a todo el personal. **E**

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí

COMPONENTE: Evaluación de Riesgos **L**

FECHA: 18 de marzo del 2014

OBJETIVO DEL EXÁMEN: Determinar los riesgos como un proceso interactivo, la administración debe identificar los riesgos presentes en todos los niveles, poniendo énfasis en aquellos que puedan afectar a las operaciones de la institución.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para mitigarlos?	X		
2	¿Los riesgos identificados son discutidos abiertamente?	X		
3	¿Se recopila y comunica oportunamente información importante que podría desestabilizar a la institución?		X	∞La información no llega de manera oportuna sino cuando ya se presenta el problema.
4	¿Los riesgos identificados han sido tomados en cuenta de acuerdo al nivel de impacto institucional?	X		
5	¿Existen mecanismos adecuados para identificar riesgos internos o externos?	X		
6	¿Se valora la probabilidad de ocurrencia de un riesgo?		X	∞No se analiza la probabilidad de ocurrencia de un riesgo.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Nº	PREGUNTAS	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
1	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para	10	7
2	¿Los riesgos identificados son discutidos abiertamente?	10	5
3	¿Se recopila y comunica oportunamente información importante que podría desestabilizar a la institución?	10	3
4	¿Los riesgos identificados han sido tomados en cuenta de acuerdo al nivel de impacto institucional?	10	7
5	¿Existen mecanismos adecuados para identificar riesgos internos o externos?	10	8
6	¿Se valora la probabilidad de ocurrencia de un riesgo?	10	3
TOTAL		60	33

Promedio ponderación: 33/60

Promedio ponderación: 55%

Confianza: 55% Medio ✓

Riesgo: 45% Medio ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIA
76-95	BAJO	ALTA

De acuerdo a los datos arrojados por el cuestionario aplicado podemos establecer que el nivel de confianza es del 55%, resultado que no es tan satisfactorio ya que el nivel de riesgo es de 45% y podría continuar aumentando lo que pondría en serio peligro al centro, motivo por el cual se debe poner más atención en lo que está relacionado a la prevención de riesgos. **L**

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí

COMPONENTE: Actividades de control. **L**

FECHA: 18 de marzo del 2014

OBJETIVO DEL EXAMEN: Verificar si los procedimientos internos son adecuados, mejoran el control y se adaptan a la necesidad de la institución.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	¿Existen controles que aseguren que las acciones de la dirección se llevan a cabo correctamente?	X		
2	¿El acceso a documentos, equipos y recursos de valor están protegidos con mecanismos de seguridad físicos y lógicos?	X		© Claves
3	¿Se mantienen actualizados los procedimientos y la base legal a la que se rige la entidad?	X		
4	¿Los recursos físicos con los que cuenta la institución están asignados a una determinada persona?	X		
5	¿Se limita el acceso a la información de acuerdo al cargo y desempeño de las personas?	X		
6	¿Se da autorización correspondiente para modificar la información presente en el sistema institucional?		X	∞Se puede modificar libremente la información del sistema
7	¿Cuentan con indicadores de desempeño para evaluar la gestión operativa?	X		
8	¿Se realiza supervisiones esporádicas a las actividades que realiza el personal?	X		
9	¿Se han identificado los procesos, procedimientos y actividades que no generan valor agregado o son innecesarios en la entidad?	X		

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Nº	PREGUNTAS	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
1	¿Existen controles que aseguren que las acciones de la dirección se llevan a cabo correctamente?	10	8
2	¿El acceso a documentos, equipos y recursos de valor están protegidos con mecanismos de seguridad físicos y lógicos?	10	10
3	¿Se mantienen actualizados los procedimientos y la base legal a la que se rige la entidad?	10	7
4	¿Los recursos físicos con los que cuenta la institución están asignados a una determinada persona?	10	8
5	¿Se limita el acceso a la información de acuerdo al cargo y desempeño de las personas?	10	7
6	¿Se da autorización correspondiente para modificar la información presente en el sistema institucional?	10	3
7	¿Cuentan con indicadores de desempeño para evaluar la gestión operativa?	10	7
8	¿Se realiza supervisiones esporádicas a las actividades que realiza el personal?	10	8
9	¿Se han identificado los procesos, procedimientos y actividades que no generan valor agregado o son innecesarios en la entidad?	10	7
TOTAL		90	65

Promedio ponderación: 65/90

Promedio ponderación: 72,22%

Confianza: 72,22% Media ✓

Riesgo: 27,78% Medio ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIO
76-95	BAJO	ALTA

Los datos obtenidos del cuestionario de control interno, nos indica que el nivel de confianza es del 72,22% lo que demuestra que las actividades de control del Centro funcionan correctamente, sin embargo, hay que tomar en cuenta el hecho de que no se emite la autorización correspondiente para modificar la información en el sistema de la institución, ya que esto puede generar problemas por mal manejo de información.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ECI 8/13

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí

COMPONENTE: Información y Comunicación. **L**

FECHA: 18 de marzo del 2014

OBJETIVO DEL EXAMEN: Obtener información adecuada relacionada con actividades tanto internas como externas.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	¿Se utilizan reportes para brindar Información en todos los niveles de entidad?	X		
2	¿Los datos que recibe todo el personal son comunicados con oportunidad y claridad?		X	∞No son tan oportunos
3	¿El director está al tanto del desempeño de la institución?	X		
4	¿La información que se presenta es confiable?		X	∞De ciertas áreas no
5	¿Se emiten informes periódicos sobre la marcha de la institución?	X		
6	¿La información generada de forma externa es puesta a conocimiento de todo el personal?		X	∞Solo a las áreas que competen
7	¿El flujo informativo circula en sentido horizontal, transversal, ascendente y descendente?		X	∞No funciona correctamente
8	¿Cada área opera, coordinada y en interacción con las otras áreas de la institución?		X	∞No todas, solo el área de medicina general

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

N°	PREGUNTAS	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
1	¿Se utilizan reportes para brindar Información en todos los niveles de entidad?	10	7
2	¿Los datos que recibe todo el personal son comunicados con oportunidad y claridad?	10	3
3	¿El director está al tanto del desempeño de la institución?	10	7
4	¿La información que se presenta es confiable?	10	3
5	¿Se emiten informes periódicos sobre la marcha de la institución?	10	10
6	¿La información generada de forma externa es puesta a conocimiento de todo el personal?	10	5
7	¿El flujo informativo circula en sentido horizontal, transversal, ascendente y descendente?	10	3
8	¿Cada área opera, coordinada y en interacción con las otras áreas de la institución?	10	2
TOTAL		80	40

Promedio ponderación: 40/80

Promedio ponderación: 50%

Confianza: 50% Media ✓

Riesgo: 50% Medio ✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIO
76-95	BAJO	ALTA

De acuerdo a los datos arrojados en el cuestionario de control interno referente al componente de Información y Comunicación, se refleja un resultado preocupante ya que existe un nivel de confianza y riesgo del 50%, esto se debe a que la información no llega a todo el personal de manera oportuna, además no toda la información generada es confiable, motivo por el cual la dirección debe mejorar el flujo informativo y la calidad de emisión de la información para evitar descoordinación entre las áreas del centro.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Centro de Atención Ambulatoria “IESS” Alausí

COMPONENTE: Supervisión y Monitoreo. **E**

FECHA: 18 de marzo del 2014

OBJETIVO DEL EXAMEN: Determinar si las actividades de supervisión del control interno son prácticas y brindan información relevante.

N°	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	¿Se toman en cuenta recomendaciones sugeridas de agentes externos para mejorar la labor institucional?	X		
2	¿Se consideran las deficiencias en determinada área o personal?	X		
3	¿Todo hallazgo es puesto a consideración del director?	X		
4	¿Se solicitan documentos de respaldo, al momento de realizar verificaciones?	X		
5	¿El director, realiza verificaciones propias para determinar la veracidad de la información presentada?	X		
6	¿Se evalúa periódicamente el desenvolvimiento del personal?	X		∞Cada año

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Nº	PREGUNTAS	PROMEDIO	CALIFICACIÓN
1	¿Se toman en cuenta recomendaciones sugeridas de agentes externos para mejorar la labor institucional?	10	10
2	¿Se consideran las deficiencias en determinada área o personal?	10	8
3	¿Todo hallazgo es puesto a consideración del director?	10	10
4	¿Se solicitan documentos de respaldo, al momento de realizar verificaciones?	10	10
5	¿El director, realiza verificaciones propias para determinar la veracidad de la información presentada?	10	10
6	¿Se evalúa periódicamente el desenvolvimiento del personal?	10	4
	TOTAL	60	52

Promedio ponderación: 52/6

Promedio ponderación: 86,67%

Confianza: 86,67% Alta✓

Riesgo: 13,33% Bajo✓

TABLA DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	RIESGO	CONFIANZA
15-50	ALTO	BAJA
51-75	MEDIO	MEDIO
76-95	BAJO	ALTA

De acuerdo a los datos arrojados por el componente de control, Supervisión y Monitoreo, en el cuestionario de control interno, el mismo nos muestra que las medidas establecidas para supervisar las actividades institucionales, se encuentran en un nivel aceptable y la confianza que este refleja es del 86,67%, sin embargo no hay que descuidarse de este componente ya que el lapso de evaluación del desenvolvimiento del personal es muy largo y debería ser por lo menos trimestral para asegurar su correcto proceder. **L**

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 4 : MATRIZ DE RIESGOS

N°	RIESGO	POSIBLE RESULTADO	SÍNTOMA	PROBABILIDAD	IMPACTO	PRIORIDAD	RESPUESTA
1	Desacuerdos entre el personal	Las actividades que realizan no van encaminadas a la consecución de los objetivos institucionales.	Descoordinación entre las actividades de cada uno de los servidores.	A	A	1	Mantener una relación cordial y propiciar un ambiente de confianza entre todo el personal de manera que todos se enfoquen hacia los objetivos de la institución.
2	Capacitaciones direccionadas al personal de ciertas áreas	Ambiente hostil entre el personal y falta de compromiso con el avance	Falta de interés en las labores que desempeña cada servidor	M	A	3	Dar la oportunidad de que todo el personal se capacite para que puedan desarrollarse profesionalmente y contribuyan para el progreso del Centro.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

3	No se comunica oportunamente la información	Descoordinación en las actividades que realiza cada área.	El personal no cumple con actividades de vital importancia por desconocimiento de información.	M	M	5	Dar a conocer a tiempo la información que se genere de manera externa o interna.
4	No se valora la probabilidad de ocurrencia de los riesgos	Ocurrencia de riesgos que exponen negativamente la imagen de la Unidad	Llamados de atención por parte de la Dirección general, afiliados y organismos de control.	M	A	3	Verificar y tomar en cuenta las posibles acciones y medidas para mitigar los riesgos presentes.
5	Información libremente modificada del sistema	La información reflejada no coincide con la realidad de la Unidad.	Desfase en los informes al comparar con los resultados de las actividades.	M	A	3	Solicitar por escrito la modificación de información justificando la causa de la misma.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

6	La información presentada no es confiable	Informes maquillados que afectan el desarrollo institucional.	Bajo rendimiento de la actividad institucional por la falsedad de la información.	M	A	3	Realizar controles constantes y sin previo aviso con la finalidad de determinar la veracidad de la información.
7	La información no es socializada con todo el personal	Descoordinación entre las diferentes áreas de la Unidad y falta de comunicación entre las mismas.	Informes y actividades no realizados en el tiempo requerido.	M	B	7	Mantener informado a todo el personal de todo lo que concierne a la Unidad.
8	Falta de coordinación en las diferentes áreas de trabajo	Las actividades realizadas por cada área no concuerdan con el objetivo de la Unidad.	Descoordinación en las actividades que cada área realiza.	M	M	5	Implementar medidas para que todas las áreas de la Unidad trabajen encaminadas hacia un mismo objetivo.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

MR 4/4

9	La dirección no realiza un control permanente del desenvolvimiento del personal.	El personal puede manipular de acuerdo a sus intereses la información institucional.	Confianza excesiva entre el personal y el director.	M	A	3	Realizar verificaciones constantes al personal de acuerdo a las responsabilidades asignadas a cada uno.
----------	--	--	---	----------	----------	----------	---

Elaborado por: V.Z	Fecha: 28/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4.2.3. FASE III: EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ

Auditoría de Gestión Ejecución del Trabajo Programa de Auditoría

OBJETIVOS

- Dar a conocer los hallazgos encontrados en cada una de las pruebas realizadas.

Nº	PROCEDIMIENTO	REF.P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Realizar el análisis de la matriz FODA de la Institución.	MF 5/5	V.P.Z.B	02/12/2014
2	Realizar el análisis de Procesos.	AP 9/9	V.P.Z.B	02/12/2014
3	Aplicar indicadores de gestión.	IG 3/3	V.P.Z.B	03/12/2014
4	Analizar los hallazgos con los atributos de los mismos.	HH 10/10	V.P.Z.B	03/12/2014

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 5: ANÁLISIS DE LA MATRIZ FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presupuesto suficiente para necesidades. ➤ Buena aceptación del personal médico. ➤ Satisfacción en la atención en un 85%. ➤ Fácil acceso a la atención. ➤ Equipamiento adecuado. ➤ Proceso de historia laboral. ➤ Proceso de facturación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presupuesto Institucional suficiente. ➤ Implementación de programa AS400. ➤ Protocolización de tratamientos. ➤ Descentralización de recursos humanos. ➤ Atención a hijos y cónyuge. ➤ Capacitación continua institucional. ➤ Incremento de población afiliada.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de atención en especialidades ➤ Clientes crónicos. ➤ Exceso de papeleo en atención médica. ➤ Falta de personal administrativo y paramédico. ➤ Mala comunicación. ➤ Falta de capacitación. ➤ Lista de esperas para procedimientos. ➤ Déficit de costos entre facturación con la asignación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crisis económica Nacional y mundial. ➤ Desempleo. ➤ Altos costos de insumos, medicinas y equipos. ➤ Falta de implementación de proceso informático AS400. ➤ Ingerencia política en administraciones técnicas de salud. ➤ Centralización de recursos humanos. ➤ Falta de centro de capacitación ➤ Centralización de capacitación.

FUENTE: Unidad ambulatoria IESS Alausí

ELABORADO POR: Valeria Zavala B.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

MATRIZ DE MEDIOS INTERNOS

Suministra una base para analizar las relaciones entre las áreas de la institución. Es una herramienta analítica de formulación de estrategia que resume y evalúa las debilidades y fortalezas importantes de dirección, mercadeo, finanzas, producción, recursos humanos, investigación y desarrollo.

Comprende aspectos de la institución, tales como sus leyes orgánicas, los recursos humanos de que dispone, la tecnología a su alcance, su estructura formal, sus redes de comunicación, su capacidad financiera, etc.

Es válido reiterar que un ambiente participativo e informado, facilita la introducción de cambios que, entre otras cosas, deben propiciar una mayor realización personal y profesional de todos los implicados.

Fortalezas. - Son todos aquellos elementos que me diferencian de la competencia.

Debilidades. - Son los problemas presentes que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse.

Ponderación

Para la evaluación del desenvolvimiento de la institución la ponderación será la siguiente: cada factor tendrá una ponderación, la misma que fluctuará entre 0 hasta 1, por lo que la suma será igual a uno.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

La clasificación que se usará en los parámetros son:

1.= Debilidad grave o muy importante

2.= Debilidad menor

3.= Equilibrio

4.= Fortaleza menor

5.= Fortaleza importante

El resultado ponderado se obtiene entre la ponderación y el parámetro asignado. Se suma el resultado ponderado de cada uno de los factores.

Para los resultados internos la clasificación puede ser 5 máximo que implica que la Unidad está estable y 1 mínimo que indica que la Unidad tiene problemas, el equilibrio es igual a 3.

Cuando el resultado es inferior al promedio se tienen más debilidades que fortalezas, y si el resultado es mayor al promedio se posee más fortalezas que debilidades.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 6: ANÁLISIS DE LA MATIZ FODA
UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ
PERFIL ESTRATÉGICO INTERNO

ASPECTOS INTERNOS	CLASIFICACIÓN DE IMPACTO				
	DEBILIDAD		EQUILIBRIO	FORTALEZA	
	DEBILIDAD GRAVE	DEBILIDAD MENOR		FORTALEZA MENOR	FORTALEZA IMPORTANTE
Presupuesto suficiente para necesidades					●
Buena aceptación al personal médico					●
Satisfacción en la atención en un 85%					●
Fácil acceso a la atención			●		
Equipamiento adecuado					●
Proceso de historia laboral				●	
Proceso de facturación				●	
Falta de atención en especialidades		●			
Clientes crónicos	●				
Exceso de papeleo en atención médica		●			
Falta de personal administrativo y paramédico		●			
Mala comunicación	●				
Falta de capacitación	●				
Lista de esperas para procedimientos		●			
Déficit de costos entre facturación con la asignación.	●				
TOTAL	4	4	1	2	4
PORCENTAJE	27%	27%	6%	13%	27%

Fuente: Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí
Elaborado por: Valeria Zavala B.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 7: MATRIZ DE PONDERACIÓN MEDIOS INTERNOS
UNIDAD AMBULATORIA "IESS" ALAUSÍ

ASPECTOS INTERNOS CLAVES	Ponderación	Calificación	Resultado Ponderado
Presupuesto suficiente para necesidades	0,07	5	0,33
Buena aceptación al personal médico	0,07	5	0,33
Satisfacción en la atención en un 85%	0,07	5	0,33
Fácil acceso a la atención	0,07	3	0,20
Equipamiento adecuado	0,07	5	0,33
Proceso de historia laboral	0,07	4	0,27
Proceso de facturación	0,07	4	0,27
Falta de atención en especialidades	0,07	2	0,13
Clientes crónicos	0,07	1	0,07
Exceso de papeleo en atención médica	0,07	2	0,13
Falta de personal administrativo y paramédico	0,07	2	0,13
Mala comunicación	0,07	1	0,07
Falta de capacitación	0,07	1	0,07
Lista de esperas para procedimientos	0,07	2	0,13
Déficit de costos entre facturación con la asignación.	0,07	1	0,07
TOTAL	1,00	43	2,87
Fuente: Unidad Ambulatoria "IESS" Alausí			
Elaborado por: Valeria Zavala B.			

Como resultado del análisis obtuvimos 2,87 puntos lo que nos indica que la Unidad posee más debilidades que fortalezas, motivo por el cual la dirección debe poner mayor énfasis y atención en dichas debilidades con la finalidad de controlarlas y así evitar que a futuro se conviertan en un problema que detenga el desarrollo de la institución.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

MATRIZ DE MEDIOS EXTERNOS

Se refiere a la identificación de los factores exógenos, más allá de la organización, que condicionan su desempeño, tanto en sus aspectos positivos (oportunidades), como negativos (amenazas).

Comprende aspectos como: la evolución económica del país, su crecimiento y desarrollo, las relaciones internacionales, los tratados de comercio, los cambios demográficos y culturales que alteran los niveles de demanda, el desarrollo tecnológico y los avances científicos que la organización debería conocer y eventualmente adoptar, etc.

Permite identificar oportunidades y amenazas que el ambiente externo genera para el funcionamiento y operación de la organización. Es preciso entender que estas externalidades no son estáticas ni definitivas.

Oportunidades: son fenómenos que están ocurriendo o que podrían ocurrir en el futuro y que cooperan al logro de los objetivos de la institución, favoreciendo con su desarrollo.

Amenazas: Son fenómenos que están ocurriendo o que podrían ocurrir en el futuro, que dificultan el logro de los objetivos de la institución.

Ponderación

Para la evaluación de la matriz de medios externos a ponderación será la siguiente: cada factor tendrá una ponderación, la misma que fluctuará entre 0 hasta 1, por lo que la suma será igual a uno.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

La clasificación que se usará en los parámetros son:

1.= Amenaza grave o muy importante.

2.= Amenaza menor.

3.= Equilibrio.

4.= Oportunidad menor.

5.= Gran Oportunidad.

El resultado ponderado se obtiene entre la ponderación y el parámetro asignado. Se suma el resultado ponderado de cada uno de los factores.

Para los resultados internos la clasificación puede ser 5 máximo que implica que la Unidad está estable y 1 mínimo que indica que la Unidad tiene problemas, el equilibrio es igual a 3. Cuando el resultado es inferior al promedio se tienen más amenazas que oportunidades, y si el resultado es mayor al promedio se posee más oportunidades que amenazas.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 8: MATRIZ DE MEDIOS EXTERNOS

UNIDAD AMBULATORIA "IESS" ALAUSÍ

PERFIL ESTRATÉGICO EXTERNO

ASPECTOS EXTERNOS	CLASIFICACIÓN DE IMPACTO				
	AMENAZA		EQUILIBRIO	OPORTUNIDAD	
	AMENAZA GRAVE	AMENAZA MENOR		OPORTUNIDAD MENOR	OPORTUNIDAD IMPORTANTE
Presupuesto Institucional suficiente					●
Implementación de programa AS400				●	
Protocolización de tratamientos					●
Decentralización de recursos humanos					●
Atención a hijos y cónyuge			●		
Capacitación continua Institucional			●		
Incremento de población afiliada					●
Crisis económica nacional y mundial	●				
Desempleo	●				
Altos costos de insumos, medicinas y equipos		●			
Falta de implementación de proceso informático AS400		●			
Ingerencia política en administraciones técnicas de salud	●				
Centralización de recursos humanos		●			
Falta de centro de capacitación		●			
Centralización de capacitación		●			
TOTAL	3	5	2	1	4
PORCENTAJE	20%	33%	13%	7%	27%

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Tabla 9: MATRIZ DE PONDERACIÓN MEDIOS EXTERNOS

UNIDAD AMBULATORIA "IESS" ALAUSÍ

ASPECTOS EXTERNOS CLAVES	Ponderación	Calificación	Resultado Ponderado
Presupuesto Institucional suficiente	0,07	5	0,33
Implementación de programa AS400	0,07	4	0,27
Protocolización de tratamientos	0,07	5	0,33
Decentralización de recursos humanos	0,07	5	0,33
Atención a hijos y cónyuge	0,07	3	0,20
Capacitación continua Institucional	0,07	3	0,20
Incremento de población afiliada	0,07	5	0,33
Crisis económica nacional y mundial	0,07	1	0,07
Desempleo	0,07	1	0,07
Altos costos de insumos, medicinas y equipos	0,07	1	0,07
Falta de implementación de proceso informático AS400	0,07	2	0,13
Injerencia política en administraciones técnicas de salud	0,07	1	0,07
Centralización de recursos humanos	0,07	2	0,13
Falta de centro de capacitación	0,07	2	0,13
Centralización de capacitación	0,07	2	0,13
TOTAL	1,00	42	2,80
Fuente: Unidad Ambulatoria "IESS" Alausí			
Elaborado por: Valeria Zavala B.			

Al analizar los resultados obtenidos, podemos determinar que la Institución tiene más amenazas que oportunidades, motivo por el cual la administración deberá aprovechar al máximo las oportunidades con las que cuenta para mitigar en parte las amenazas que lo acechan con la finalidad de evitar que éstas afecten al progreso institucional.

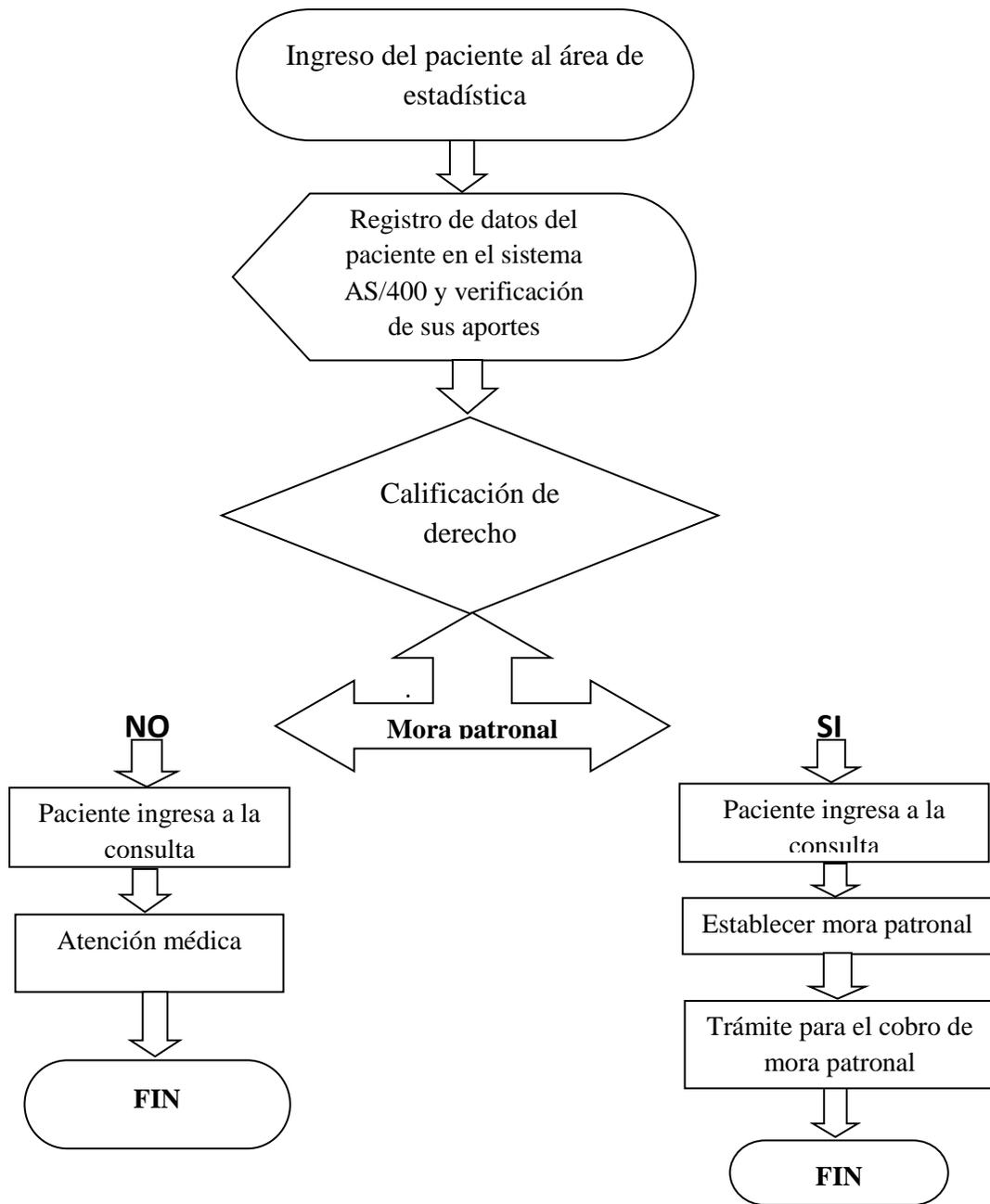
Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ANALISIS DE PROCESOS CLAVES EXISTENTES**1. ATENCION PARA CITA MÉDICA DE PERSONAS AFILIADAS(OS) Y NO AFILIADAS(OS)**

1. Verificación de las citas por el sistema de Call Center
2. Registro de los datos del paciente en el sistema AS/400
3. Verificación de aportes del afiliado
4. Actualización de datos de afiliación
5. Calificación de derecho
6. Establecer mora patronal cuando exista
7. Publicar diariamente la lista de turnos solicitados por el sistema de Call center
8. Indicar al paciente en que consultorio será atendido e invitar a tomar asiento hasta que el Profesional lo llame

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ILUSTRACIÓN 1: DIAGRAMA DE FLUJO DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA



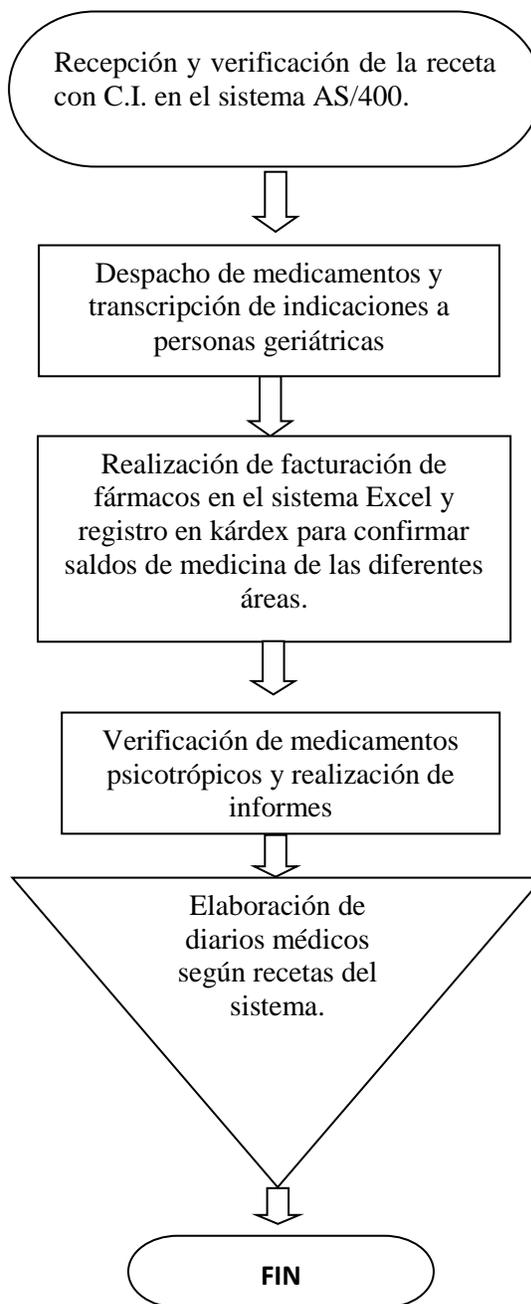
Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

2. DESCRIPCION DEL DESPACHO DE MEDICINA A LOS PACIENTES

1. Recepción de recetas y verificación con cédula de identidad en el sistema AS/400
2. Ubicación del medicamento y despacho
3. Transcribir indicaciones a pacientes geriátricos que lo solicitan
4. Realización de facturación de fármacos en el sistema Excel
5. Registro de recetas en kárdex para establecer saldos de los medicamentos de las diferentes unidades
6. Verificación de medicamentos psicotrópicos
7. Elaboración de diarios médicos según recetas del sistema

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ILUSTRACIÓN 2 : DIAGRAMA DE FLUJO DE FARMACIA



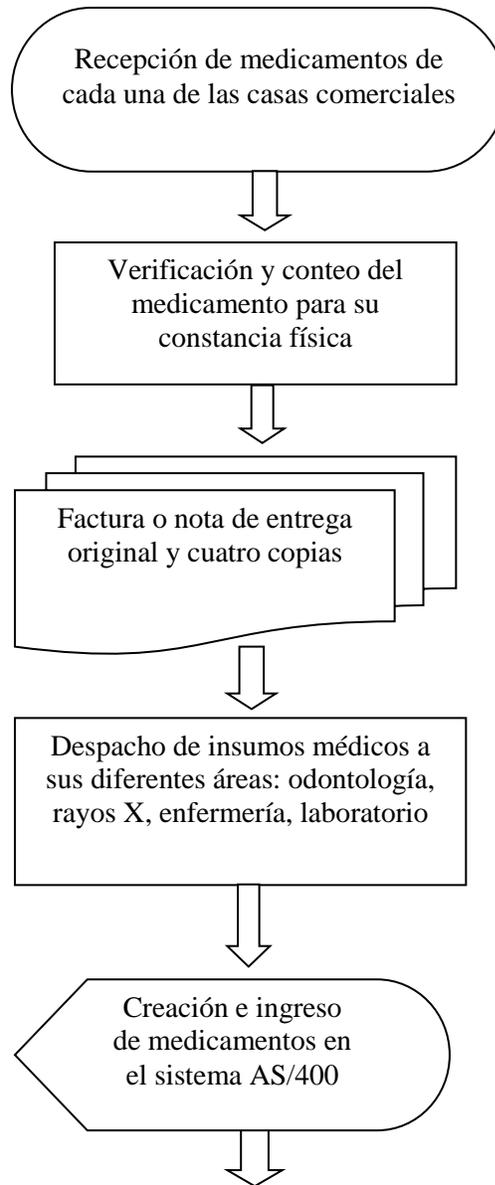
Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

3. RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS

1. Recepción de medicamentos de las casas comerciales adjudicadas
2. Verificación y conteo del medicamento con su respectiva factura o nota de entrega para emisión de informes
3. Despacho de los insumos médicos a las diferentes áreas: odontología, enfermería, laboratorio y rayos x
4. Ingreso de medicamentos al sistema AS/400 y a kárdex manual
5. Creación de medicamentos en el sistema AS/400 cuando no existe su nombre
6. Ordenar los medicamentos en perchas y casilleros
7. Informe de saldos de medicamentos y de recetas que no constan en el sistema

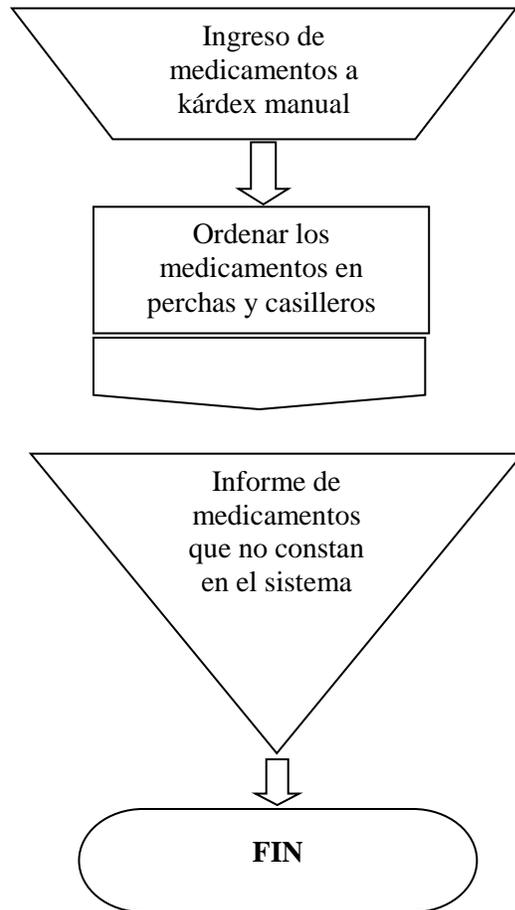
Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ILUSTRACIÓN 3: DIGRAMA DE FLUJO DE FARMACIA



Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

AP 7/9



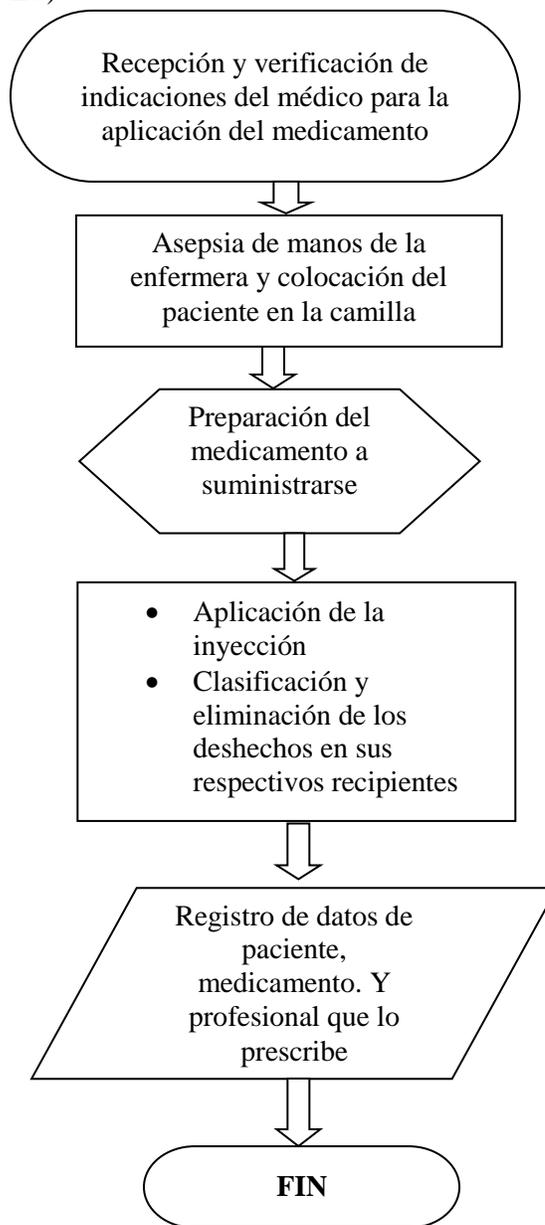
Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4. ENFERMERÍA (COLOCACIÓN DE INYECCIONES)

1. Recepción y verificación de las indicaciones del médico para la aplicación del medicamento
2. Asepsia de manos del personal de enfermería
3. Colocar al paciente en la camilla
4. Preparación del medicamento
5. Aplicación de la inyección
6. Clasificación y eliminación los desechos en sus respectivos recipientes
7. Registro de datos del paciente, del medicamento y profesional que prescribe
8. Indicaciones

Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ILUSTRACIÓN 4 : DIAGRAMA DE FLUJO DE ENFERMERÍA
(APLICACIÓN DE INYECCIONES)



Elaborado por: V.Z	Fecha: 02/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ÍNDICES DE GESTIÓN

1. ECONOMÍA

Gasto nómina promedio por empleado

$$\mathbf{Gasto\ Nómina} = \frac{\mathbf{Gasto\ Total\ Nómina}}{\mathbf{\# Total\ de\ empleados}}$$

$$\mathbf{Gasto\ Nómina} = \frac{\$ 464.563,25}{20}$$

$$\mathbf{Gasto\ Nómina} = \$ 22.116,51$$

ANÁLISIS: Por el resultado obtenido encontramos que el promedio de gasto por empleado al año es de \$ 22.116,51; lo que nos indica que el gasto total de nómina se encuentra dentro del rango asignado a la Unidad.

2. EFICACIA

$$\mathbf{Visitas\ domiciliarias} = \frac{\mathbf{visitas\ realizadas}}{\mathbf{visitas\ planificadas}}$$

$$\mathbf{Visitas\ domiciliarias} = \frac{322}{416} * 100$$

$$\mathbf{VISITAS\ DOMICILIARIAS} = 77,40\%$$

Elaborado por: V.Z	Fecha: 30/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

ANÁLISIS: de acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que el grado de eficacia es muy alto consiguiendo de

esta manera que un gran porcentaje de los afiliados recibe las visitas domiciliarias atendiendo sus necesidades.

3. EFICIENCIA

$$EFICIENCIA = \frac{\text{Tiempo Programado por consulta}}{\text{Tiempo Utilizado por consulta}}$$

$$EFICIENCIA = \frac{20 \text{ Minutos}}{20 \text{ Minutos}} * 100$$

$$EFICIENCIA = 1$$

ANÁLISIS: Mediante la aplicación del indicador de eficiencia podemos constatar que el tiempo programado por consulta es el mismo tiempo que se utiliza para atender a cada afiliado, por lo que podemos decir que si se optimiza el tiempo asignado.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 30/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4. ÉTICA

$$\text{LLAMADOS DE ATENCIÓN} = \frac{\text{Llamados Asimilados}}{\text{Llamados realizados}}$$

$$\text{EFICIENCIA} = \frac{3}{5} * 100$$

$$\text{EFICIENCIA} = 60\%$$

ANÁLISIS: de los llamados de atención realizados solo el 60 % han sido corregidos en su totalidad.

5. ECOLOGÍA

$$\text{PERSONAS QUE CUIDAN EL CENTRO} = \frac{\text{Nº DE FUNCIONARIOS QUE UTILIZAN LOS BASUREROS ADECUADAMENTE}}{\text{TOTAL DE FUNCIONARIOS}}$$

$$\text{ECOLOGÍA} = \frac{15}{20} * 100$$

$$\text{ECOLOGÍA} = 68,18\%$$

ANÁLISIS: del total del personal de la unidad el 68,18% cuidan del medio ambiente utilizando adecuadamente los tachos de basura, pese a ser un porcentaje alto aún falta concientizar a todo el personal con la finalidad de cuidar las instalaciones y el ambiente del centro.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 30/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: ESCASA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
CP2/5	1	La filosofía Institucional es difundida de manera escasa entre el personal, motivo por el cual no se mantiene presente.	La misión, visión, principios y políticas de la Institución deben ser conocidas y estar presentes en cada uno de los colaboradores de la misma.	Inadecuado canal de comunicación y descoordinación entre las unidades de mando.	Desconocimiento parcial de la esencia de las labores institucionales y la importancia de la aportación de los colaboradores en el desarrollo institucional.	La filosofía de la Institución no es difundida de manera apropiada entre sus colaboradores	Exponer la misión, visión, políticas de calidad, políticas basadas en valores en lugares visibles y mantener comunicación de manera continua con todo el personal para evitar que la filosofía pierda su permanencia entre ellos.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: DESACUERDOS ENTRE EL PERSONAL

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 1/15	2	Existen desacuerdos entre el personal de la Unidad Ambulatoria IESS Alausí.	Un ambiente propicio para el control, estimula e influencia las tareas del personal con respecto al control de sus actividades. En este contexto, el personal es la esencia de cualquier entidad, al igual que sus atributos individuales como la integridad y valores éticos.	Descoordinación en las actividades propias de cada uno de los servidores.	El personal no trabaja enfocado a las necesidades de la Institución y hacen prevalecer intereses propios más no institucionales	La Dirección de la Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí, no propicia un buen ambiente laboral que contribuya al desarrollo de la Institución.	Mantener una relación cordial con todos los servidores y propiciar un ambiente de confianza que permita orientar a todo el personal a conseguir los objetivos institucionales.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: CAPACITACIONES DIRECCIONADAS AL PERSONAL DE CIERTAS ÁREAS

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 1/15	3	El personal de la Unida Ambulatoria “IESS” Alausí no es capacitado en su totalidad.	El talento humano es lo más valioso que posee cualquier institución, por lo que debe ser tratado y conducido de forma tal que se consiga su más elevado rendimiento. Es responsabilidad de la dirección encaminar su satisfacción personal en el trabajo que realiza, procurando su enriquecimiento humano y técnico.	El no capacitar de manera equitativa al personal genera un ambiente hostil de trabajo y falta de compromiso con el avance institucional.	El personal no trabaja con el mismo interés y predisposición de hacer bien sus actividades.	La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí, no está haciendo el uso correcto de las capacitaciones asignadas para el personal.	El director debe capacitar al personal de manera equitativa de acuerdo a las necesidades de la Institución, con la finalidad de que todos profesionalmente tengan la misma oportunidad de crecer

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: NO SE COMUNICA OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 4/15	4	La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí en escasas ocasiones comunica oportunamente información importante que podría poner en riesgo el desarrollo de la Institución.	Cumplir el informe COSO, sección Información y Comunicación.- la Institución debe recopilar y comunicar por escrito y de forma oportuna toda información que sea de importancia para el normal desenvolvimiento institucional.	Descoordinación entre las diferentes áreas de la Unidad al momento de elaborar información oportuna.	El personal desconoce aspectos que pueden ser de vital importancia para la adecuada marcha de la Institución.	La Unidad Ambulatoria “IESS”Alausí no recopila y comunica oportunamente información que podría poner en riesgo el correcto desenvolvimiento de la institución.	El Director deberá coordinar con todas las áreas de la Unidad, la comunicación oportuna de información que se genere de manera interna o externa para evitar riesgos.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: NO SE VALORA LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LOS RIESGOS

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 4/15	5	La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí, no valora la probabilidad de ocurrencia de un riesgo.	Cumplir el informe COSO, sección Riesgos. - Se debe evaluar o prever la probabilidad de que ocurra un riesgo y su impacto en la institución.	Controles ineficientes, referente al plan de contingencias elaborado por la Institución	Ocurrencia de riesgos y llamados de atención por parte de la Dirección General, afiliados y organismos de control, que desprestigian a la Institución.	La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí no prevé la ocurrencia de riesgos ni las posibles soluciones para mitigarlos.	Verificar constantemente y tomar en cuenta las posibles acciones y medidas para mitigar los riesgos presentes.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: INFORMACIÓN LIBREMENTE MODIFICADA DEL SISTEMA

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 7/15	6	La información presente en el sistema institucional, puede ser modificada libremente.	Cumplir con el informe COSO, sección Actividades de Control.- se debe sustentar con documentos las causas que originen cambios en la información, para que la misma sea lo suficientemente confiable.	La dirección tiene un nivel de confianza alto en las buenas costumbres y honradez de su personal, es así que el sistema no restringe modificaciones .	La información reflejada en el sistema puede ser modificada de acuerdo a los intereses de quienes lo manejen lo cual puede alterar la confiabilidad de los resultados.	La dirección de la Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí permite que la información presente en el sistema institucional sea modificada libremente.	El Director debería establecer como regla general que previo a alguna modificación en el sistema, se solicite la misma justificando la causa por escrito y de ser conveniente se autorice, caso contrario no se efectúe dicha modificación.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: INFORMACIÓN PRESENTADA NO ES VERIFICADA

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 10/15	7	La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí posee información que no es confiable en su totalidad	Cumplir el informe COSO, sección Actividades de Control.- deben utilizarse todas las pruebas existentes, para comprobar la exactitud, tener la seguridad de que las operaciones se llevan correctamente.	Inexistencia de controles que determinen la veracidad de la información.	La Unidad puede estar sufriendo serios problemas, los cuales no pueden ser atendidos por desconocimiento generado por la falsedad de la información.	El Director de la Unidad, no está totalmente seguro de que la información que le facilitan sus servidores, reflejen la situación real de la Institución y sea cien por ciento confiable.	Al director, realizar controles constantes y sin previo aviso con la finalidad de determinar si la información presentada es verídica.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA "IESS" ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: INFORMACIÓN NO ES SOCIALIZADA A TODO EL PERSONAL

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 10/15	8	La información generada de forma externa no es expuesta a todo el personal.	Cumplir informe COSO, sección Información y Comunicación.- La información y comunicación debe ser identificada, capturada, procesada y comunicada al personal en forma y dentro del tiempo indicado, de forma tal que les permita cumplir con sus responsabilidades.	Descoordinación entre las diferentes unidades de la institución y falta de comunicación entre las mismas.	No todo el personal conoce de los problemas que se pueden presentar en la institución, menos aún como podrían mejorar con su aportación.	La Administración de la Unidad no socializa adecuadamente la información poniendo en peligro a toda la institución.	Hacer conocer toda la información, especialmente si se tratase de información que ponga en peligro la buena marcha y normal desenvolvimiento institucional.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 10/12/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA "IESS" ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: FALTA DE COORDINACIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE TRABAJO

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 10/15	9	En la Unidad no todas las áreas de trabajo desarrollan sus actividades de manera coordinada.	Los servidores participarán activamente en la aplicación y el mejoramiento de las medidas ya implantadas, así como en el diseño de controles efectivos para las áreas de la organización donde desempeñan sus labores, de acuerdo con sus competencias y responsabilidades.	La Dirección no se encarga de encaminar y enfocar al personal hacia el logro de los objetivos institucionales	Las actividades de la Unidad se desarrollan sin un enfoque de hacia dónde quiere llegar la Institución.	La Dirección no incentiva a sus servidores a que trabajen en unidad y coordinación para que la Institución se desarrolle.	Implementar medidas para que todas las áreas de la Unidad trabajen por un mismo objetivo y así contribuir al desarrollo de la misma.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 30/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

UNIDAD AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

HOJA DE HALLAZGOS

TÍTULO: LA DIRECCIÓN NO REALIZA UN CONTROL PERMANENTE DEL DESENVOLVIMIENTO DEL PERSONAL

REF.	N°	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ECI 13/15	10	El Director realiza escasas verificaciones que determinan el correcto desenvolvimiento del personal	Cumplir el informe COSO, sección Información y Comunicación.- La dirección es la responsable del sistema de control y debe asumir su propiedad.	Dar confianza excesiva al personal que colabora en la institución, motivo por el cual no se realizan controles constantes.	El personal puede manipular de acuerdo a sus intereses la información institucional.	La Dirección de la Unidad realiza escasas verificaciones del desenvolvimiento del personal	Realizar verificaciones constantes del correcto desenvolvimiento del personal de acuerdo a las responsabilidades asignadas a cada uno.

Elaborado por: V.Z	Fecha: 30/11/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

4.2.4. FASE IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

<p>CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ</p> <p>Auditoría de Gestión Comunicación de Resultados Programa de Auditoría</p>
--

OBJETIVOS

- Emitir las respectivas conclusiones y recomendaciones en el informe de auditoría.

N°	PROCEDIMIENTO	REF.P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Realizar la notificación para la lectura del informe.	NI 1/1	V.P.Z.B	15/12/2014
3	Realizar el Informe Final de Auditoría de Gestión	IF	V.P.Z.B	17/12/2014

Elaborado por: V.Z	Fecha: 31/01/2014
Revisado por: J.A	Fecha:

Riobamba, 15 de diciembre de 2014

Doctor

Roberto Vaca R.

DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

Presente. -

De mi consideración.

He efectuado la Auditoría de Gestión bajo la utilización de método COSO con la aplicación de cuestionarios de control interno, encuestas al personal y observaciones directas al **CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ** del año 2012.

En el informe que se adjunta consta los resultados obtenidos en base al análisis, incluyendo las respectivas recomendaciones que de seguro serán de beneficio para la institución.

Atentamente

Valeria Zavala Barroso

AUTORA DE LA TESIS

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

Doctor

Roberto Vaca R.

DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ

De mi consideración:

He efectuado la Auditoría de Gestión al **CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ** por el año 2012, para emitir una opinión recomendable en cuanto al logro de los objetivos y la eficiencia y eficacia de sus operaciones.

El análisis se realizó de acuerdo con las Normas Ecuatorianas de Auditoría y Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas. Estas normas requieren que planifiquemos y ejecutemos la evaluación del Sistema de Control Interno de tal forma que podamos obtener una seguridad razonable, que la información, documentación y actividades examinadas están libres de errores de carácter significativo, igualmente, que las operaciones a las cuales corresponden se hayan efectuado de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias, políticas y demás normas aplicables. La información, actividades y procesos ejecutados son de responsabilidad de la dirección de la empresa. Mi responsabilidad es la de expresar una opinión sobre si la información, actividades y procesos desarrollados se los realiza y ejecuta de manera adecuado con base en nuestra auditoría.

Se analizó al personal del Centro, mediante cuestionarios, observación y entrevistas con el personal, revisión y evaluación de documentos y actividades seleccionadas.

MOTIVO

La Auditoría de Gestión en el Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS”, del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2012 se la realizó para medir el desempeño del personal en el proceso administrativo y operativo.

OBJETIVOS

- Conocer al Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “IESS” Alausí a través de la recopilación de información.
- Evaluar el manejo de sus recursos a través de la valoración del Control Interno.
- Medir la eficiencia, efectividad, economía, ética y ecología en el proceso administrativo y operativo del Centro de Atención Ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Alausí a través de indicadores de gestión.
- Presentar el informe de auditoría el cual a través de recomendaciones establezca estándares de gestión, de modo que sus directivos puedan tomar decisiones acertadas que permitan la mejora institucional continua.

ALCANCE

La Auditoría de Gestión practicada al CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA “IESS” ALAUSÍ, comprende el período del ejercicio económico del año 2012.

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Atención Ambulatoria del IESS de la ciudad de Alausí es uno de los primeros dispensarios creados a nivel nacional con el fin de brindar atención médica a los empleados ferroviarios que laboraban y llegaban a la estación del Tren Alausí, más o menos por el año 1937 siendo su Director el Dr. Porfirio Barragán, brindando atención a su población afiliada al inicio en casas arrendadas para posteriormente trasladarse a sus instalaciones propias en el año 1986 siendo Director del C.A.A. del IESS Alausí el Dr. César Tilinchana.

Según consta en escrituras el terreno donde funciona el Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí fue adquirido con el fin de construir una Unidad Médica para el Cantón.

El Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí en donde funciona actualmente brinda los servicios de consulta externa en medicina general, consulta odontológica, servicios de laboratorio clínico y rayos x; está ubicada en el centro de la ciudad entre las calles Esteban Orozco y Antonio Mora. Tiene una construcción moderna de 550 metros cuadrados, consta de dos plantas distribuido de la siguiente manera: en la planta baja están ubicados 2 consultorios médicos, 1 consultorio odontológico, servicios de RX, laboratorio, enfermería, farmacia, estadística, 1 sala de espera. En la planta alta se encuentra el área administrativa: contabilidad, secretaría y dirección.

MISIÓN

“Brindar atención de salud integral, con calidad, oportunidad, eficiencia, efectividad y sobre todo con calidez afianzando los principios de solidaridad, equidad, universalidad, utilizando tecnología apropiada y altamente comprometidos con la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros clientes y para salvaguardar la salud del afiliado y de la población general.”

VISIÓN

“Ser líderes en la atención de salud de nuestra jurisdicción con su nivel de complejidad técnica y administrativa propia del Centro de Atención Ambulatoria, que nos permita ejercer autonomía de gestión para brindar atención médica de alta calidad, ampliando progresivamente la prestación de sus servicios, que cuente con especialidades médicas básicas y proyección a futuro de quirófano del día, con equipamiento que guarde relación con las necesidades reales en beneficio de la salud de la población general.”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Administrar directamente las funciones de afiliación, recaudación de los aportes y contribuciones al Seguro General Obligatorio y, a través de las direcciones especializadas de cada seguro, administrará las prestaciones que le corresponde otorgar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar bienestar a todas y todos los asegurados y beneficiarios, con prestaciones de salud y servicios con calidad y calidez; y a cubrir de manera universal e integral todos los ciclos vitales del ser humano.
- Proteger económicamente al asegurado (a) al IESS y su familia, con prestaciones sociales que se financian con el 9,74% del salario de aportación del afiliado y afiliada.
- Desarrollar programas de prevención y acciones de reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.
- Salvaguardar a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, con programas de salud integral, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.

- Liderar de manera efectiva para el cumplimiento de metas propuestas por la Unidad Médica.
- Realizar informes hacia las autoridades provinciales y nacionales con el fin de evaluar nuestro cumplimiento de metas lo que permitirá replantear nuestros objetivos y mejorar nuestros servicios.

RESULTADOS ESPECÍFICOS POR COMPONENTE

1. DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

La máxima autoridad y los directivos establecerán los principios y valores éticos como parte de la cultura organizacional para que perduren frente a los cambios de las personas de libre remoción; estos valores rigen la conducta de su personal, orientando su integridad y compromiso hacia la organización.

La filosofía Institucional es difundida de manera escasa entre el personal, motivo por el cual no se mantiene presente.

RECOMENDACIÓN

Al director, exponer la misión, visión, políticas de calidad, políticas basadas en valores en lugares visibles y mantener comunicación de manera continua con todo el personal para evitar que la filosofía pierda su permanencia entre ellos.

2. AMBIENTE PROPICIO DE CONTROL

Un ambiente propicio para el control, estimula e influencia las tareas del personal con respecto al control de sus actividades.

La máxima autoridad de cada entidad establecerá en forma clara y por escrito las líneas de conducta y las medidas de control para alcanzar los objetivos de la institución de acuerdo con las disposiciones y los lineamientos del gobierno y demás organismos, para lo cual mantendrá un ambiente de confianza basado en la seguridad, integridad y competencia de las personas; de honestidad y de respaldo hacia el control interno; así como garantizará el uso eficiente de los recursos y protegerá el medio ambiente.

Existen desacuerdos entre el personal de la Unidad Ambulatoria IESS Alausí, lo cual genera un ambiente hostil de trabajo.

RECOMENDACIÓN

Al Director, Mantener una relación cordial con todos los servidores y propiciar un ambiente de confianza que permita orientar a todo el personal a conseguir los objetivos institucionales.

3. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO CONTINUO

Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo.

Al personal de la Unida Ambulatoria “IESS” Alausí no se le capacita en su totalidad sino a ciertos servidores por afinidad.

RECOMENDACIÓN

Al Director, debe capacitar al personal de manera equitativa de acuerdo a las necesidades de la Institución, con la finalidad de que todos tengan la misma oportunidad de crecer profesionalmente.

4. COMUNICACIÓN OPORTUNA DE LA INFORMACIÓN

La máxima autoridad y los directivos de la entidad, deben identificar, capturar y comunicar información pertinente y con la oportunidad que facilite a las servidoras y servidores cumplir sus responsabilidades.

La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí en escasas ocasiones comunica oportunamente información importante que podría poner en riesgo el desarrollo de la Institución.

RECOMENDACIÓN

Al Director, deberá coordinar con todas las áreas de la Unidad, la comunicación oportuna de información que se genere de manera interna o externa para evitar riesgos.

5. VALORAR LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LOS RIESGOS

La valoración del riesgo estará ligada a obtener la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, este análisis le permitirá a las servidoras y servidores reflexionar sobre como los riesgos pueden afectar el logro de sus objetivos, realizando un estudio detallado de los temas puntuales sobre riesgos que se haya decidido evaluar.

La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí, no valora la probabilidad de ocurrencia de un riesgo, lo cual le expone a la institución a graves problemas.

RECOMENDACIÓN

Al Director, desarrollar un plan estratégico tomando en cuenta las posibles acciones y medidas para mitigar los riesgos presentes y realizar un estudio constante de lo que acontece para evitar dichos riesgos.

6. CONTROL SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información contarán con controles adecuados para garantizar confiabilidad, seguridad y una clara administración de los niveles de acceso a la información y dato sensibles.

La información presente en el sistema institucional, puede ser modificada libremente poniendo en riesgo la imagen de la institución y sobre todo su desarrollo.

RECOMENDACIÓN

Al Director, deberá establecer como regla general que previo a alguna modificación en el sistema, se solicite la misma justificando la causa por escrito y de ser conveniente se autorice, caso contrario no se efectúe dicha modificación.

7. CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Las actividades de control se dan en toda la organización, en todos los niveles y en todas las funciones, tomando algunas acciones de control, de detección y prevención, entre ellas tenemos la verificación que nos permite detectar desviaciones e incumplimientos.

La Unidad Ambulatoria “IESS” Alausí posee información que no es confiable en su totalidad.

Al Director:

Realizar controles constantes y sin previo aviso con la finalidad de determinar si la información presentada es verídica.

8. SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se establecerán canales de comunicación abiertos, que permitan trasladar la información de manera segura, correcta y oportuna a los destinatarios dentro y fuera de la institución

La información generada de forma externa no es expuesta a todo el personal.

RECOMENDACIÓN

Al Director, generar un espacio en el cual se pueda dar a conocer la información a todo el personal, especialmente si se tratase de información que ponga en peligro la buena marcha y normal desenvolvimiento institucional.

9. APLICAR EL MANUAL DE FUNCIONES EXISTENTE

Toda entidad debe complementar su organigrama con un manual de organización actualizado en el cual se deben asignar responsabilidades, acciones y cargos, a la vez que debe establecer los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus servidoras y servidores.

En la Unidad no todas las áreas de trabajo desarrollan sus actividades de manera coordinada.

RECOMENDACIÓN

Al Director, aplicar el manual de funciones existente o a la vez actualizarlo para que cada área trabaje de manera coordinada y en concordancia a los objetivos y metas institucionales.

10. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

El trabajo de las servidoras y servidores será evaluado permanentemente, su rendimiento y productividad serán iguales o mayores a los niveles de eficiencia previamente establecidos para cada función, actividad o tarea.

El Director realiza escasas verificaciones que determinan el correcto desenvolvimiento del personal.

RECOMENDACIÓN

Al Director, realizar evaluaciones constantes del correcto desenvolvimiento del personal de acuerdo a las responsabilidades asignadas a cada uno.

CONCLUSIONES

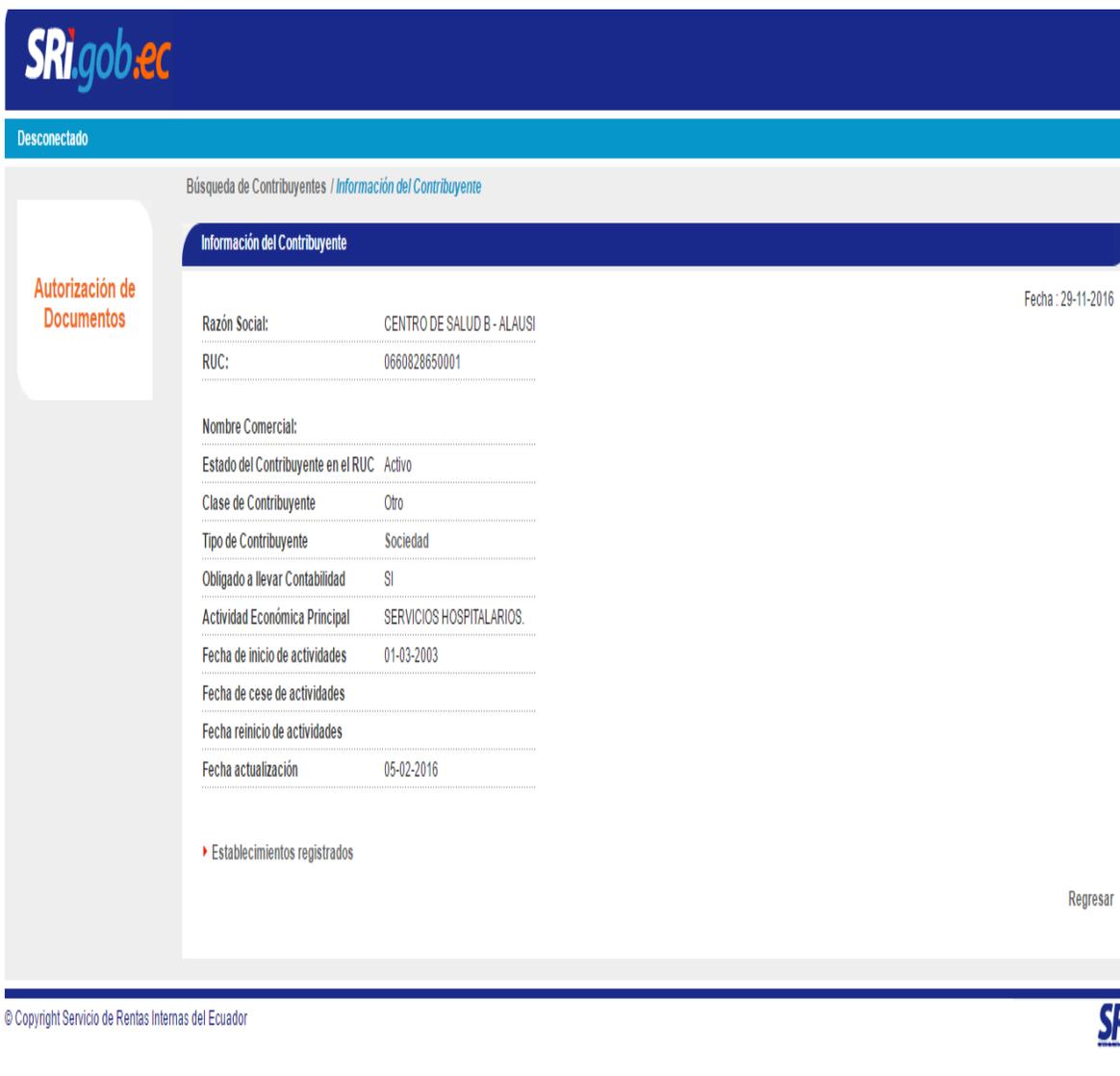
- La falta de capacitación hacia todo el personal del Centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí ha generado desacuerdos y falta de compromiso por parte de los servidores al realizar sus actividades correspondientes.
- El centro de Atención Ambulatoria IESS Alausí pese a que posee un manual de funciones no lo cumple a cabalidad motivo por el cual no existe coordinación en las actividades que realiza cada área de trabajo.
- El centro no posee un plan de mitigación de riesgos, esto provoca que el personal desconozca cómo actuar ante un acontecimiento en forma inmediata.
- La falta de control permanente al desenvolvimiento del personal por parte de la dirección genera una eficiencia y eficacia en las actividades que desarrollan cada uno de los servidores.

RECOMENDACIONES

- Capacitar de manera equitativa a todo el personal aprovechando la oportunidad que brinda la institución para que todos los servidores se desarrollen tanto como personas, así como en lo profesional, de tal manera que cada uno trabaje comprometido con el progreso de la institución.
- Poner en práctica el manual de funciones que posee el centro con la finalidad de que cada área de trabajo realice sus actividades de manera coordinada, y de ser necesario modificarlo de acuerdo a las necesidades del mismo.
- Elaborar un plan para mitigar riesgos, esta herramienta le permitirá a la institución actuar con rapidez ante una posible amenaza.
- Aplicar un control de manera más frecuente para evaluar el desenvolvimiento del personal y evitar llamados de atención por parte de la Dirección General al realizar los levantamientos de carga laboral semestrales.

ANEXOS

ANEXO N° 1.- RUC DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS ALAUSÍ



The screenshot displays the SRI.gob.ec website interface. At the top left is the logo 'SRI.gob.ec'. Below it, a blue bar contains the text 'Desconectado'. The main content area has a header 'Búsqueda de Contribuyentes / Información del Contribuyente'. On the left, a white box with a red border contains the text 'Autorización de Documentos'. The main content area is titled 'Información del Contribuyente' and contains a table of taxpayer data. The data includes: Razón Social: CENTRO DE SALUD B - ALAUSI; RUC: 0660828650001; Nombre Comercial: (blank); Estado del Contribuyente en el RUC: Activo; Clase de Contribuyente: Otro; Tipo de Contribuyente: Sociedad; Obligado a llevar Contabilidad: SI; Actividad Económica Principal: SERVICIOS HOSPITALARIOS; Fecha de inicio de actividades: 01-03-2003; Fecha de cese de actividades: (blank); Fecha reinicio de actividades: (blank); Fecha actualización: 05-02-2016. Below the table is a link 'Establecimientos registrados'. In the top right corner of the main content area, the date 'Fecha : 29-11-2016' is displayed. At the bottom right of the main content area is a 'Regresar' button. The footer contains the copyright notice '© Copyright Servicio de Rentas Internas del Ecuador' and the SRI logo.

SRI.gob.ec

Desconectado

Búsqueda de Contribuyentes / Información del Contribuyente

Autorización de Documentos

Información del Contribuyente

Razón Social: CENTRO DE SALUD B - ALAUSI

RUC: 0660828650001

Nombre Comercial:

Estado del Contribuyente en el RUC: Activo

Clase de Contribuyente: Otro

Tipo de Contribuyente: Sociedad

Obligado a llevar Contabilidad: SI

Actividad Económica Principal: SERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de inicio de actividades: 01-03-2003

Fecha de cese de actividades:

Fecha reinicio de actividades:

Fecha actualización: 05-02-2016

► Establecimientos registrados

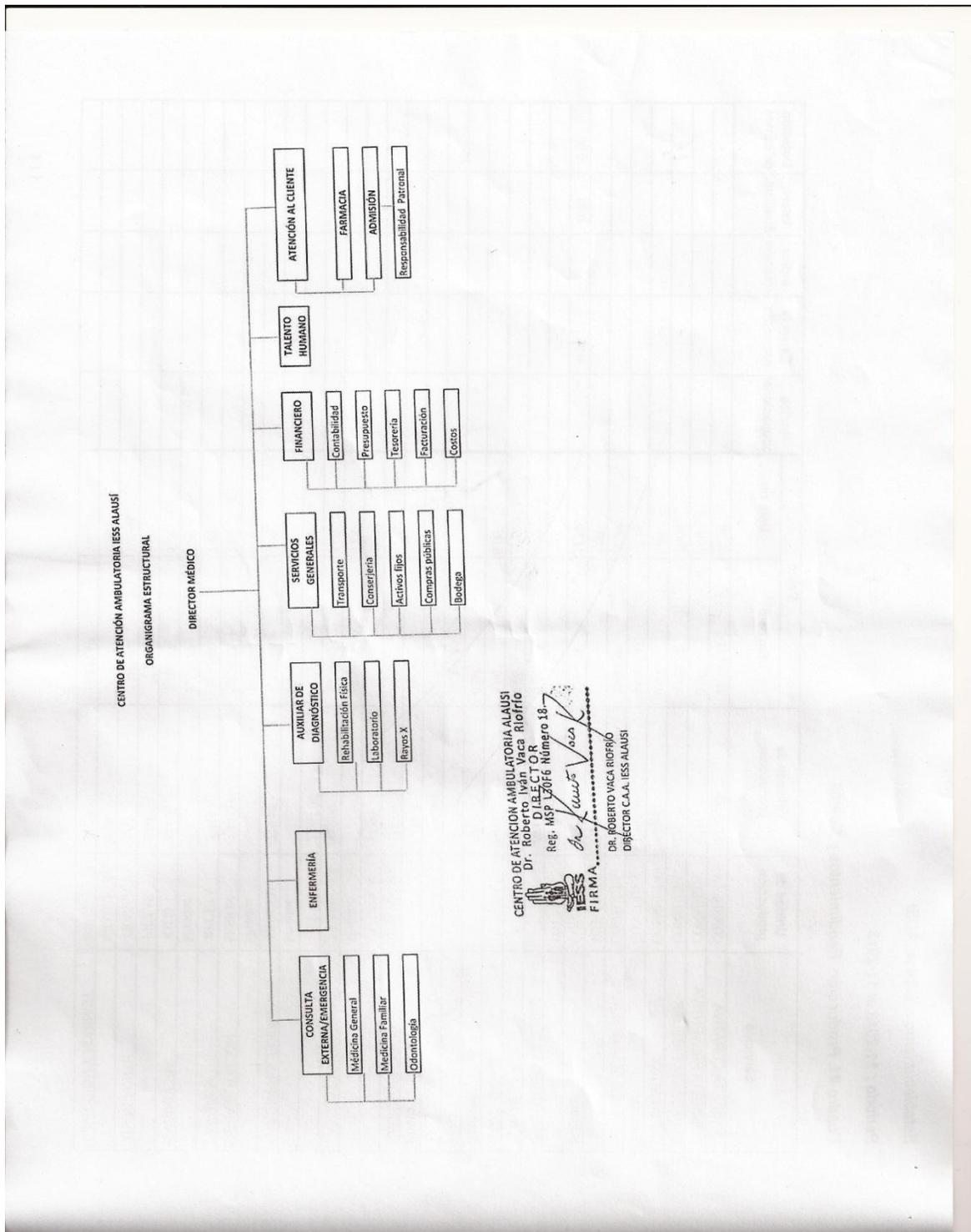
Fecha : 29-11-2016

Regresar

© Copyright Servicio de Rentas Internas del Ecuador



ANEXO N°2: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- En el plazo máximo de quince (15) días contados a partir de la vigencia de esta Resolución, la Dirección Nacional Médico Social organizará los Subistemas Zonales de Atención Médica Integrada, con base en la siguiente clasificación actual de las Unidades Médicas del IESS.

A. Hospitales de Nivel III:

1. El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), de la ciudad de Quito;
2. El Hospital Tenitorio Maldonado Carbo (HTMC), de la ciudad de Guayaquil;
3. El Hospital José Carrasco Arceaga (HJCA), de la ciudad de Cuenca;

B. Hospitales de Nivel II:

1. El Hospital de Ambato;
2. El Hospital de Babohoyo;
3. El Hospital de Esmeraldas;
4. El Hospital de Ibarra;
5. El Hospital de Loja;
6. El Hospital de Manta;
7. El Hospital de Portoviejo, y
8. El Hospital de Riobamba

C. Hospitales de Nivel I:

1. El Hospital de Ancón;
2. El Hospital de Chone;
3. El Hospital de Durán;
4. El Hospital de Latacunga;
5. El Hospital de Machala;
6. El Hospital de Milagro, y
7. El Hospital de Puyo.

D. Centros de Atención Ambulatoria:

1. El Dispensario Central en Quito;
2. El Dispensario Central en Cuenca;
3. El Dispensario Central en Loja;
4. El Dispensario Chimbacalle en Quito;
5. El Dispensario Colocollo en Quito;
6. El Dispensario El Batán en Quito;
7. El Dispensario Suroccidental en Quito;
8. El Dispensario Norte en Guayaquil;
9. El Dispensario No. 6 (Central) en Guayaquil;
10. El Dispensario No. 24 (Letamendi) en Guayaquil;
11. El Dispensario No. 31 (Colombia y Chile) en Guayaquil;
12. El Dispensario No. 32 en Quevedo;
13. El Dispensario No. 33 en La Libertad;
14. El Dispensario No. 34 en Guayaquil;
15. El Dispensario de Añáusi;
16. El Dispensario de Azogues;
17. El Dispensario de Bamba;
18. El Dispensario de Guaranda;

COMISION INTERVENTORA
del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

19. El Dispensario de Jipijapa;
20. El Dispensario de La Troncal;
21. El Dispensario de Nueva Loja;
22. El Dispensario de Olavalo;
23. El Dispensario de Sangolquí;
24. El Dispensario de Santo Domingo de los Colorados; y
25. El Dispensario de Tulcán

E. Unidades de Atención Ambulatoria:

1. El Dispensario de Amaluzaña;
2. El Dispensario de Atuntaqui;
3. El Dispensario de Balzar;
4. El Dispensario de Baños;
5. El Dispensario de Bucay;
6. El Dispensario de Calceta;
7. El Dispensario de Cañar;
8. El Dispensario de Cantamanga;
9. El Dispensario de Cayambe;
10. El Dispensario de Chunchi;
11. El Dispensario de Coca;
12. El Dispensario de Cotacachi;
13. El Dispensario de Daula;
14. El Dispensario de El Angel;
15. El Dispensario de El Carmen;
16. El Dispensario de El Empulme;
17. El Dispensario de Huaquillas;
18. El Dispensario de Macará;
19. El Dispensario de Macas;
20. El Dispensario de Pajari;
21. El Dispensario de Pasaje;
22. El Dispensario de Pillaro;
23. El Dispensario de Piñas;
24. El Dispensario de Portoviejo;
25. El Dispensario de Portoviejo;
26. El Dispensario de Puerto Ayora en Galápagos;
27. El Dispensario de San Cristóbal en Galápagos;
28. El Dispensario de San Gabriel;
29. El Dispensario de San Juan en Quito;
30. El Dispensario de San Lorenzo;
31. El Dispensario de San Miguel de Bolívar;
32. El Dispensario de Sangolquí;
33. El Dispensario de Santa Rosa;
34. El Dispensario de Sucúa;
35. El Dispensario de Tabacundo;
36. El Dispensario de Tena;
37. El Dispensario de Ventanas;
38. El Dispensario de Vinoco;
39. El Dispensario de Zamora;
40. El Dispensario de Zaruma;
41. El Dispensario La Ecuatoriana en Quito;
42. El Dispensario Los Esteros;
43. El Dispensario Parque Industrial en Ríohamba; y
44. El Dispensario Unidad de Rehabilitación - Guayaquil.

COMISION INTERVENTORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

SEGUNDA. En el plazo de quince (15) días contados a partir de la vigencia de esta Resolución, los Directores de los Hospitales de Niveles III, II y I y de los Centros de Atención Ambulatoria designarán a los miembros del Comité de Gestión que será responsable de la implantación de la estructura orgánica en la respectiva Unidad Médica y de la organización de las gerencias, subgerencias, jefaturas de Área, jefaturas de Centro y jefaturas de Enfermería y de Unidades de Apoyo, Médico y Administrativo.

Dentro de un plazo máximo de ciento ochenta (180) días contados desde su integración, con sujeción al cronograma de actividades que someterá a conocimiento del Director del Hospital o Centro, el Comité de Gestión deberá delimitar y concluir:

- (a) La transición desde la estructura actual hacia la estructura orgánica señalada en este Reglamento;
- (b) La implantación y puesta en marcha de los órganos y dependencias creados en este Reglamento;
- (c) El informe de conclusiones y recomendaciones sobre las dependencias que deberán suprimirse, por medio del Director de la Unidad Médica, al Director General del IESS, para resolución del órgano máximo;
- (d) La nómina de elegibles, de entre el personal de la Unidad, para ocupar los puestos de dirección y jefatura, para la consiguiente acción de encargo provisional que será expedida por el Director General del IESS; y,
- (e) La lista de los puestos de dirección y jefatura que no pueden ser encargados al personal de la Unidad, para la resolución correspondiente por parte del órgano máximo del IESS.

El Comité de Gestión estará integrado por un (1) médico del Área de Especialidades Clínicas, un (1) médico del Área de Especialidades Quirúrgicas, un (1) médico del Área de Materno - Infantil, un (1) médico del Área de Medicina Crítica y un (1) médico del Área de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

El Comité de Gestión de cada Unidad Médica está facultado para solicitar el apoyo técnico de la Gerencia Técnica del Proyecto de Modernización del IESS en el desarrollo de los procesos administrativos, financieros e informáticos, así como en eventos de capacitación del recurso humano del Hospital.

Los Directores de Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria evaluarán periódicamente los avances logrados por el Comité de Gestión e informarán de sus novedades y resultados a la Dirección Nacional Médico Social.

TERCERA - En el plazo de treinta (30) días contados a partir de la vigencia de esta Resolución, el Director Nacional Médico Social entregará a los Subdirectores de Prestaciones de Salud de cada circunscripción regional el plan de contenidos y el cronograma de ejecución de los Talleres de Capacitación para la implantación de la estructura orgánica y del sistema de responsabilidades en las Unidades de Atención Ambulatoria.

Dentro de un plazo máximo de ciento ochenta (180) días contados desde la culminación de los Talleres de Capacitación, con sujeción al cronograma de actividades que someterá a conocimiento del Subdirector de Prestaciones de Salud de la circunscripción, el Director de la Unidad de Atención Ambulatoria deberá determinar y concluir:

- (a) La transición desde la estructura actual hacia la estructura orgánica señalada en este Reglamento;
- (b) La implantación y puesta en marcha de los órganos y dependencias creados en este Reglamento;
- (c) El informe de conclusiones y recomendaciones sobre las dependencias que deberán suprimirse, por medio del Subdirector de Prestaciones de Salud de la circunscripción, para resolución del órgano máximo; y,
- (d) La nómina de elegibles, de entre el personal de la Unidad, para ocupar los puestos de dirección y jefatura, y la lista de puestos que no pueden ser encargados al personal de la Unidad, para la consiguiente acción de encargo provisional que será expedida por el Director General del IESS.

COMISION INTERVENTORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El Subdirector de Prestaciones de Salud evaluará los resultados de la implantación en su circunscripción y presentará a la Dirección Nacional Médico Social el proyecto de adscripción de los afiliados y jubilados a cada una de las Unidades de Atención Ambulatoria que forman parte del Subsistema de Atención Médica Integrada en la Zona respectiva.

El Subdirector de Prestaciones de Salud está facultado para solicitar el apoyo técnico de la Gerencia Técnica del Proyecto de Modernización del IESS en el desarrollo de los procesos administrativos, financieros e informáticos, así como en eventos de capacitación del recurso humano de las Unidades de Atención Ambulatoria de su respectiva circunscripción.

CUARTA - Hasta la terminación del periodo de transición señalado en las Disposiciones Transitorias Segunda y Tercera, no se modificarán las denominaciones de puestos en las Unidades Médicas del IESS, vigentes a la fecha de expedición de esta Resolución.

QUINTA - Dentro de los sesenta (60) días posteriores a la vigencia de esta Resolución, la Dirección Nacional Médico Social presentará, para la aprobación del órgano máximo del IESS:

1. El proyecto de reglamento del Sistema de Referencias y Contrareferencias Médicas en los Subsistemas Zonales de Atención Médica Integrada, y
2. El proyecto de Normas Técnicas y Criterios de Calificación del Nivel de Complejidad y Acreditación de las Unidades Médicas.

SEXTA - Dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la vigencia de este Reglamento, la Supervisoría de las Unidades Médicas del IESS entregará al Director General, para la aprobación del órgano máximo del IESS:

1. El Plan de Desarrollo del Recurso Humano de las Unidades Médicas del IESS, para el período 2001-2002, y
2. El Plan de Inversiones en Equipamiento de las Unidades Médicas del IESS, para el período 2001-2003, con el objeto de establecer la potencialidad de transformación del nivel de complejidad de cada Unidad Médica y consolidar las redes de referencia y contrareferencia de los subsistemas zonales de atención médica integrada.

Con base en los planes y reglamentos aprobados por el órgano máximo del IESS, la Dirección Nacional Médico Social procederá a la recalificación del nivel de complejidad de las unidades médicas y a su acreditación definitiva como prestadores de salud dentro de cada subsistema zonal.

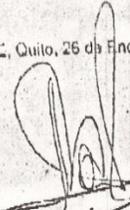
SÉPTIMA - Durante el periodo de conformación de los subsistemas zonales de atención médica integrada, los Directores de Hospital de Nivel II podrán autorizar la referencia del paciente hacia cualquiera de los Hospitales de Nivel III, con base en criterios de oportunidad de la atención, accesibilidad al servicio, eficiencia de la prestación y economía de desplazamiento.

OCTAVA - Durante el periodo de transición previo a la recalificación del nivel de complejidad de las Unidades Médicas del IESS, los Directores de Hospital de Nivel III deberán establecer acuerdos de complementación de servicios para el manejo de las referencias de casos críticos, en función de las especialidades disponibles en cada Hospital, con el fin de optimizar el uso de la capacidad instalada y las ventajas de la especialización clínica o quirúrgica de mayor nivel de complejidad.

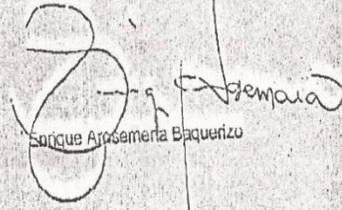
COMISION INTERVENTORA
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

DISPOSICIÓN FINAL.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha. Publíquese en el Registro Oficial.

COMUNIQUESE, Quito, 26 de Enero de 2000



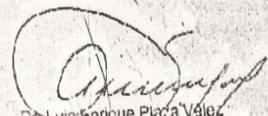
Alfredo Mancero Samán



Enrique Arcemerita Baquerizo



Gladys Palán Tamayo



Dr. Luis Enrique Plaza Vélez
DIRECTOR GENERAL DEL IESS



Dr. Polanco Arias Lara
PROSECRETARIO

BIBLIOGRAFIA

- Maldonado,(2001),Auditoría de Gestión,Quito.
- Maldonado,(2006),Auditoría de Gestión,Tercera edición,Quito.
- Maldonado,(2011),Auditoría de Gestión,Cuarta edición,Quito.
- Franklin,(2000),Auditoría Administrativa,México.

LINKOGRAFÍA

- Sonmer Garrido Díaz, 2008, Auditoría de Gestión y de Resultados, recuperado de:
<http://agsonmer.blogspot.com/2008/06/auditora-de-gestin-y-de-resultados.htm>
- Roberto González, 2006, Marco Teórico Y Conceptual de la Auditoría de Gestión, recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos43/auditoria/auditoria2.shtml>
- Universidad Politécnica Salesiana, 2009, Auditoría de Gestión, recuperado de:
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/2/CAPITULO%201.pdf>
- Universidad Politécnica Salesiana, 2009, Indicadores de Gestión, recuperado de:
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1460/3/CAPITULO%202.pdf>
- Enrique Ladino, 2003, Control Interno - Informe COSO, recuperado de:
<http://www.monografias.com/trabajos12/coso/coso2.shtml>
- Guillermo Cuellar, 2009, Papeles de Trabajo, recuperado de:
<http://preparatoriaauditoria.wikispaces.com/file/view/Unidad+Nueve.pdf>
- Jorge Quiñónez, 2005, Procedimientos y Técnicas de Auditoría, recuperado de:
<http://www.monografias.com/trabajos27/papeles-auditoria/papeles-auditoria.shtml#definpapel>