



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**  
**CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Previo a la obtención del título de  
**LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**  
**CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO**

**TEMA:**

“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2013, CANTÓN FRANCISCO DE ORELLANA, PROVINCIA DE ORELLANA”.

**AUTORAS:**

**MARÍA CARLOTA CAICEDO GUERRERO**  
**KARINA ELIZABETH JIMÉNEZ HUIRACOCOA**

**ORELLANA - ECUADOR**  
**2016**

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL**

Certificamos que el presente trabajo de titulación ha sido desarrollado por las señoritas Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha y María Carlota Caicedo Guerrero, quienes han cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.



Ing. Letty Karina Elizalde Marín  
**DIRECTORA DEL TRIBUNAL**



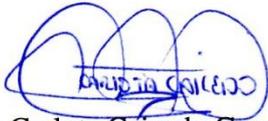
Ing. Pedro Enrique Díaz Córdova  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Nosotras, María Carlota Caicedo Guerrero y Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha, declaramos que el presente trabajo de titulación es de nuestra autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados.

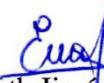
Como autoras, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Francisco de Orellana, 04 de Febrero del 2016.



María Carlota Caicedo Guerrero

1500415862



Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha

2200048474

## DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación está dedicado a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi anhelo, por haberme dado la inteligencia, paciencia y ser mi guía. Como ser supremo y creador nuestro, de todo lo que nos rodea.

A mi padre, **Colón Caicedo**, que desde el cielo siempre lo tendré presente en mi corazón y mente, aunque me cuidas, me guías y con tus sabios consejos que me distes. Nunca te olvidare, a mi madre **América Guerrero**, porque siempre está a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos, gracias por haber fomentado el deseo de superación y el anhelo del triunfo en mi vida.

A mis hijos Priscila, Jonathan, Andrés, Alexander y Félix, a mi esposo por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente que de una u otra manera han contribuido para el logro de mi objetivo. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Mil palabras no bastarán para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

*María Carlota*

## **DEDICATORIA**

A Dios como ser supremo y creador nuestro y de todo lo que nos rodea y por habernos dado la inteligencia, paciencia y ser nuestro guía en nuestras vidas.

También mis padres Rosa Eva y Antenor quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ya que ellos siempre han estado presentes para apoyarme moral y psicológicamente.

A mi hermano Diego por su ayuda incondicional, a todos mis familiares, mis amigos y todas aquellas personas que de una u otra manera ha contribuido para el logro de mis objetivos.

*Karina Elizabeth*

## **AGRADECIMIENTO**

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo Facultad de Administración de Empresas, a sus autoridades y docentes que con su experiencia nos transmitieron los conocimientos necesarios y su sabiduría para alcanzar nuestro desarrollo profesional.

De manera especial a la Ing. Letty Elizalde Directora del trabajo de titulación y al Ing. Pedro Díaz Miembro del trabajo de titulación, quienes supieron brindarnos la colaboración y guía necesaria en el desarrollo de este trabajo.

Mil gracias

María Carlota y Karina Elizabeth

## ÍNDICE GENERAL

Carátula .....	i
Certificación Del Tribunal .....	¡Error! Marcador no definido.
Declaración de Autenticidad.....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	vi
Índice General .....	vii
Índice de Tablas .....	ix
Índice de Gráficos .....	x
Resumen Ejecutivo .....	xi
Abstract.....	xii
Introducción .....	1
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.1.1 Formulación del problema .....	2
1.1.2 Delimitación del problema .....	3
1.2 Justificación .....	3
1.3 Objetivos .....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos .....	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes Investigativos .....	5
2.2 Fundamentación Teórica .....	6
2.2.1 La administración .....	6
2.2.2 Definición de la auditoría .....	6
2.2.3 Auditoría de gestión.....	8
2.2.4 Control interno.....	13
2.2.5 Riesgos de auditoría.....	19
2.2.6 Evidencias suficientes y competentes .....	19
2.2.7 Técnicas de Auditoría.....	20

2.2.8 Papeles de trabajo .....	21
2.2.9 Custodia y archivo .....	21
2.2.10 Marcas de Auditoría .....	22
2.2.11 Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS).....	22
2.3 Hipótesis.....	25
2.3.1 Hipótesis General .....	25
2.3.2 Hipótesis Específicas .....	25
2.4 Variables .....	26
2.4.1 Variable Independiente .....	26
2.4.2 Variable Dependiente .....	26
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>27</b>
3.1 Modalidad de la Investigación .....	27
3.2 Tipos de Investigación .....	27
3.3 Población y Muestra .....	28
3.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos .....	30
3.4.1 Métodos.....	30
3.4.2 Técnicas.....	30
3.4.3 Instrumentos.....	31
3.5 Resultados.....	32
3.5.1 Análisis de los resultados.....	32
3.6 Verificación de Hipótesis.....	55
<b>CAPÍTULO IV: MARCO PROPOSITIVO .....</b>	<b>60</b>
4.1 Título .....	60
4.2 Contenido de la Propuesta .....	60
4.2.1 Fase I: Conocimiento Preliminar .....	75
4.2.2 Fase II: Planificación de la Auditoría .....	91
4.2.3 Fase III: Ejecución de la Auditoría .....	134
4.2.4 Fase IV: Comunicación de resultados.....	150
Conclusiones .....	162
Recomendaciones .....	163
Bibliografía .....	164
Anexos .....	165

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 01 Delimitación del problema.....	03
Tabla No. 02 Simbología de los flujogramas.....	18
Tabla No. 03 Técnicas de auditoría.....	20
Tabla No. 04 Marcas de Auditoría.....	22
Tabla No. 05 Población.....	28
Tabla No. 06 Auditorías de Gestión en años anteriores.....	33
Tabla No. 07 Realización de la Auditoría de Gestión.....	35
Tabla No. 08 Adecuada toma de decisiones.....	37
Tabla No. 09 Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles..	39
Tabla No. 10 Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad.....	41
Tabla No. 11 Evaluación del desempeño a los servidores.....	43
Tabla No. 12 Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos.....	45
Tabla No. 13 Utilización de indicadores.....	47
Tabla No. 14 Reglamento interno de la Entidad.....	49
Tabla No. 15 Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la Entidad.....	51
Tabla No. 16 Resumen de las encuestas.....	53
Tabla No. 17 Frecuencias observadas.....	55
Tabla No. 18 Frecuencias esperadas.....	56
Tabla No. 19 Estadístico Ji-cuadrado.....	57
Tabla No. 20 Hoja de Marcas.....	68
Tabla No. 21 Programa de Auditoría: Conocimiento Preliminar.....	69
Tabla No. 22 Programa de Auditoría: Planificación.....	70
Tabla No. 23 Programa de Auditoría: Ejecución.....	71
Tabla No. 24 Programa de Auditoría: Comunicación de Resultados.....	72
Tabla No. 25 Hoja de Índice.....	74
Tabla No. 26 Principales servidores relacionados.....	83
Tabla No. 27 Análisis interno.....	84
Tabla No. 28 Análisis externo.....	85
Tabla No. 29 Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades.....	86

Tabla No. 30 Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas.....	87
Tabla No. 31 Matriz Priorizada FODA.....	88
Tabla No. 32 Análisis Del Medio Interno – Identificación De Debilidades.....	89
Tabla No. 33 Análisis Del Medio Externo – Identificación De Amenazas.....	90
Tabla No. 34 Planificación de la Auditoría.....	91
Tabla No. 35 Ejecución de la Auditoría.....	134
Tabla No. 36 Comunicación de Resultados.....	150

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 01 Flujo del proceso de la auditoría de gestión.....	11
Gráfico No. 02 Análisis de las Auditorías de Gestión en años anteriores.....	34
Gráfico No. 03 Análisis para la realización de la Auditoría de Gestión.....	36
Gráfico No. 04 Análisis para la adecuada toma de decisiones.....	38
Gráfico No. 05 Eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos disponibles.....	40
Gráfico No. 06 Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad.....	42
Gráfico No. 07 Evaluación del desempeño a los servidores.....	44
Gráfico No. 08 Aplicación de la Auditoría de Gestión Para Mejorar Procesos.....	46
Gráfico No. 09 Utilización de indicadores.....	48
Gráfico No. 10 Reglamento interno de la Entidad.....	50
Gráfico No. 11 Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la Entidad.....	52
Gráfico No. 12 Resumen de las encuestas.....	54
Gráfico No. 13 Prueba ji-cuadrado.....	59
Gráfico No. 14 Estructura orgánica.....	67

## **RESUMEN EJECUTIVO**

La Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital del Ministerio de Salud Pública del Cantón Francisco de Orellana, provincia de Orellana, periodo del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013, se la realiza para la gestión administrativa, financiera y operativa, así como también: la planificación y organización de sus actividades teniendo como fin orientar con eficiencia, eficacia y economía en el logro de sus objetivos y metas.

El resultado de los procedimientos se desarrolló aplicando métodos inductivos procedimientos de auditoría de gestión, lo cual permitió conocer el grado de eficiencia, eficacia en el uso de los recursos económicos, humanos y materiales dentro de la entidad, el control interno, la calidad de los bienes y servicios y el impacto que se deriva de las actividades que se ejerce dentro de la institución.

Una vez realizado el cuestionario de control interno, se determinaron los hallazgos:

Ausencia de procedimientos en el control de bienes de larga duración, falta de un plan de capacitaciones y procedimientos de adquisiciones.

Se recomienda realizar la ejecución de sus actividades, tomando en consideración las Normas de Control Interno, de manera que se evite desviaciones y se aplique a tiempo las medidas correctivas y aplicar las sugerencias emitidas en el informe final de la auditoría de gestión para posibles mejoras de la economía, eficiencia y eficacia de la institución.

Palabras Claves: Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital del Ministerio de Salud Pública.

---

Ing. Letty Karina Elizalde Marín  
**DIRECTORA DEL TRIBUNAL**

## ABSTRACT

An Audit management for the District Direction of the Ministry of Public Health Located in Francisco de Orellana Canton, from January 1st to December 31th, 2013, this was done for administrative, financial and operational management, as well as: planning and organization of its activities oriented with efficiency, effectiveness and economy in achieving its objectives and targets.

The outcomes of the proceedings were developed using inductive methods, audit and management procedures, which yielded information on the efficiency, effectiveness in the use of financia, human and material resources within the entity, internal control, goods and services quality, and the impact derived from the activities exercised within the institution.

Lack of procedures to control long-term assets, lack of a training plan and procurement procedure: once made the internal control questionnaire, the findings were determined.

It is recommended to carry out their activities taking into consideration the internal control standards, so that deviations is avoided and corrective measures are implemented on time and implement the suggestions made in the final report of the management audit for possible improvements economy, efficiency, effectiveness of the institution.



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación “AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013”, es considerada importante para el desarrollo de la entidad debido a que ayudará a evaluar y medir el grado de eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos tanto humanos, materiales y económicos.

La ejecución de este trabajo está basada de acuerdo a los siguientes capítulos:

El Primer Capítulo está desarrollado de acuerdo al Problema que constituye: el Planteamiento, Formulación, Delimitación, Justificación y Objetivos.

El Segundo Capítulo denominado Marco Teórico donde se establece la base teórica que servirá como sustento para la realización de este trabajo y contiene: los Antecedentes Investigativos, Fundamentación Teórica, Hipótesis y Variables.

En el Tercer Capítulo se obtiene el Marco Metodológico que se compone de la siguiente manera: Modalidad de la Investigación, Tipos de Investigación, Población y Muestra, Métodos, Técnicas e Instrumentos, Resultados y Verificación de Hipótesis.

Y en el Cuarto Capítulo se desarrolla el Marco Propositivo, la realización de la auditoría de gestión de acuerdo a sus Fases tales como: Conocimiento Preliminar, Planificación, Ejecución, Comunicación de Resultados, destacando la emisión del informe final.

Por último se expone las conclusiones y recomendaciones de acuerdo al trabajo investigativo, culminando con los anexos.

# **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, viene funcionando en cumplimiento de su misión, visión y objetivos establecidos en beneficio de la población Orellanense, generando fuentes de trabajo con la intención de mejorar las condiciones de vida y satisfacer las necesidades básicas de sus servidores y población, tiene una constante actividad donde laboran asistentes y secretarias con diferente grado de preparación, con este trabajo se pretende motivar con un plan de mejoras que ayude a mejorar la buena atención al usuario en el ámbito laboral y así brindar un mejor servicio a la comunidad.

Al ser una entidad pública, que tiene como propósito brindar una atención con calidad y calidez, vale resaltar que no existe el personal adecuado, no cumple con el perfil idóneo, no cuenta con indicadores para medir y evaluar los procesos, lo que ocasiona retraso en los trámites, pérdida de tiempo y por ende afecta a la imagen corporativa de la misma.

### **1.1.1 Formulación del problema**

¿Con la Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública, por el período comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013, se determinará el grado de economía, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos disponibles?

### 1.1.2 Delimitación del problema

**Tabla No. 01**  
**Delimitación del problema**

ÁREA	Auditoría de gestión
ASPECTO	Auditoría de gestión que pretende establecer el uso adecuado del sistema de control interno en la entidad. Para ello se analizará por el período comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013
TEMPORAL	Este problema va a ser estudiado, el transcurso de los dos semestres del año 2013
ESPACIAL	Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública, se encuentra ubicada en la provincia de Orellana, cantón Francisco de Orellana, parroquia Puerto Francisco de Orellana, avenida Alejandro Labaka y Atahualpa, Barrio Unión y Progreso.

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Lo que motivó a realizar la investigación, es que la Auditoría de Gestión es el fundamento científico, teórico y práctico de la planificación, gestión y control de recursos, y de manera particular de fiscalización del gasto presupuestado, que en la actualidad es poco conocida y que requiere ser difundida sobre lo que puede aportar en el análisis, estudio y diseño de mecanismos, que permitan un mejoramiento de la insuficiencia del Servicio tanto operativo como administrativo en la Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública.

Desde el punto de vista metodológico, la Auditoría de Gestión se aplica a los procesos de control sobre la base de los indicadores establecidos de los planes operativos y del presupuesto que permite su ejecución, con el propósito de determinar las causas del por qué en los procedimientos de las auditorías tradicionales, no se obtienen información relevante en cada proceso de gestión operativa.

Desde la perspectiva práctica, los fundamentos teóricos y prácticos, se pretende formular una propuesta de mejoramiento del problema planteado, de cómo aplicar la Auditoría de Gestión en la Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública, a través de una metodología en los sistemas de planteamiento y control de las operaciones con el propósito de obtener información relevante, tanto para reportar como para contribuir a los niveles directivos y ejecutivos en la toma de decisiones, que permita alcanzar los objetivos y metas institucionales.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Realizar una Auditoría de Gestión en Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública, por el período comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013 para evaluar el nivel de eficiencia, eficacia y economía.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Diagnosticar la situación actual de la Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud, que permita el desarrollo de la presente auditoría y determinar el uso de los recursos disponibles de la institución.
- ✓ Evaluar el sistema de control interno para determinar inconsistencias que permitan sustentar los hallazgos.
- ✓ Presentar el informe de auditoría de los hallazgos encontrados con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

#### **2.1.1 Antecedentes Históricos**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública pertenece a la Zona 2, fue creada por Acuerdo Ministerial No.00004521, el 14 de noviembre de 2013, está constituida como Entidad Operativa Desconcentrada (EOD).

En la actualidad, el rol de los prestadores públicos es la promoción, prevención, atención pre hospitalario, cuidado paliativo de las personas, familias y comunidades pertenecientes al Cantón Francisco de Orellana, Además se someten al control y vigilancia del Ministerio de Salud, al cumplimiento de políticas, normas, planes y programas que hayan aprobado, se articulan estrategias basadas en el Plan del Buen Vivir.

A pesar de las normativas y reglamentos existentes para la buena Gestión Organizacional, existen falencias en la administración como: Descoordinación Horizontal, conocimiento limitado, inexistencia de planificación en la realización de inspecciones y supervisiones, ausencia de logística.

En ese contexto, se hace necesario implementar métodos que afirmen mayor compromiso de todas las dependencias de la organización, desde los altos directivos hacia los niveles jerárquicos inferiores para la mejora y eficiencia continua de los procesos internos, con el afán de mejorar la Gestión pública de la Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud del Ministerio de Salud Pública.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1 La administración**

Koontz, Harold (2007), en su libro *Administración una perspectiva*, indica que “la administración es el proceso empleado por las entidades públicas, privadas y mixtas para diseñar y mantener un entorno en el que trabajando en grupos, los individuos cumplan eficientemente objetivos específicos”. (Pág. 6)

#### **2.2.1.1 La Administración pública**

En el Art. 227 de la *Constitución Política de la República del Ecuador*, publicada en mayo de 2008, manifiesta que:

La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficiencia, eficacia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.

Gabin, Amparo (2009). *Administración pública*, indica que “La administración pública es un elemento básico del estado, está formada por un conjunto de organismos que actúan bajo órdenes del poder ejecutivo. Estos organismos son los encargados de dictar y aplicar las disposiciones necesarias para que se cumplan las leyes, fomentar intereses públicos y resolver las reclamaciones de los ciudadanos”. (Pág. 2)

La Administración Pública considerada como órgano administrativo constituye todos aquellos órganos que pertenecen a la administración pública y que son el medio o el conducto por el cual se manifiesta la personalidad del Estado.

#### **2.2.2 Definición de la auditoría**

De La Peña, Alberto (2009) en su libro *Auditoría un enfoque práctico*, define al vocablo auditoría como:

El sinónimo de examinar, verificar, investigar, consultar, revisar, comprobar y obtener evidencias sobre informaciones, registros, procesos, circuitos, etc. Hoy en día la palabra auditoría se encuentra relacionada con diversos procesos de revisión o verificación que, aunque todos ellos tienen en común el estar de una u otra forma vinculados a la empresa, pueden diferenciarse en función de su finalidad económica inmediata. (Pág. 5)

Villardefrancos, María (2006), *La auditoría como un proceso de control; concepto y tipología*, (vol. 37), indica que “la auditoría: Constituye una herramienta de control y supervisión que contribuye a la creación de una cultura de la disciplina de la organización y permite descubrir fallas en las estructuras o vulnerabilidades existentes en la organización”. (Pág. 54)

Arens, A., Randal, E., & Mark, S. (2007), *Auditoría Un Enfoque Integral*, dan una definición a la auditoría manifestando que es: “La acumulación y evaluación de la evidencia basada en información para determinar y reportar sobre el grado de correspondencia entre la información y los criterios establecidos. La auditoría debe realizarla una persona independiente y competente”. (Pág. 4)

### **2.2.2.1 Clasificación de la auditoría**

Blanco, Yanel (2012). *Auditoría integral normas y procedimientos*, clasifica a la auditoría de la siguiente manera:

**Auditoría Financiera.-** tiene el propósito de suministrar una certeza razonable de que los estados financieros, finales o intermedios tomados en forma integral estén libres de manifestaciones erróneas importantes.

**Auditoría de gestión.-** Para concluir si la entidad se ha conducido de manera ordenada en el logro de las metas y objetivos propuestos y el grado en que la administración ha cumplido con las obligaciones y atribuciones que le han sido asignadas.

**Auditoría de cumplimiento.-** Para concluir si las operaciones financieras, administrativas, económicas y de otra índole se han realizado conforme a las normas legales, reglamentarias y estatutarias de procedimientos que le son aplicables.

**Auditoría de control interno.-** Para evaluar el sistema global del control interno y concluir si funciona efectivamente para la consecución de los siguientes objetivos básicos:

Efectividad y eficiencia de las operaciones

Confiabilidad en la información financiera

Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables. (Pág. 10)

### **2.2.3 Auditoría de gestión**

Según MALDONADO, Milton (2000) es "aprovechar al máximo el resultado de estudios específicos que proporcione información detallada, lo cual permite incursionar con confianza en el análisis de información gubernamental, apoyada con Indicadores de Gestión que faciliten la evaluación de desempeño". (Pág. 18)

Según la CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, en su Manual de Auditoría de Gestión (2001), 2da Edición, define a la Auditoría de Gestión como:

El examen sistemático y profesional, efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la Gestión operativa y sus resultados, así como, la eficiencia de la Gestión de una entidad, programa, proyecto u operación, en relación a sus objetivos y metas; de determinar el grado de economía, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Establecer los valores éticos de la organización y el control y prevención de la afectación ecológica; y medir la calidad de los servicios, obras y bienes ofrecidos, y el impacto socio económico del derivado de sus actividades. (Pág. 36)

### **2.2.3.1 Alcance y enfoque de la auditoría de gestión**

Maldonado, Milton (2007), nos dice que “la auditoría de gestión examina las prácticas de gestión. Los criterios de evaluación de la gestión a de diseñarse para cada caso específico, pudiéndose extender a casos similares. No existen principios de gestión generalmente aceptados, que estén codificados, sino que se basan en la práctica normal de gestión”. (Pág. 23)

La Auditoría de Gestión se realizará con el propósito de verificar la eficiencia, eficacia de la ejecución del proceso administrativo que se desarrolla dentro de la misma, dicha Auditoría proporcionará a la institución un informe final en el que constarán conclusiones y recomendaciones que le servirá de apoyo para el mejoramiento de la institución.

### **2.2.3.2 Propósitos y Objetivos de la Auditoría de Gestión**

La Contraloría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión. Acuerdo N° 031.CG, Registro Oficial 22 de noviembre de 2001. Define al propósito y objetivos de la siguiente manera:

- Determinar si todos los servicios prestados, obras y bienes entregados son necesarios; además, desarrollar nuevos servicios; así como, efectuar sugerencias sobre formas más económicas de obtenerlos.
- Determinar lo adecuado de la organización de la entidad; la existencia de objetivos y planes coherentes y realistas; la existencia y cumplimiento de políticas adecuadas; la existencia y eficiencia de métodos y procedimientos adecuados; y, la confiabilidad de la información y de los controles establecidos.
- Comprobar si la entidad adquiere, protege y emplea sus recursos de manera económica y eficiente y si se realizan con eficiencia sus actividades y funciones.
- Cerciorarse si la entidad alcanzó los objetivos y metas previstas de manera eficaz y si son eficaces los procedimientos de operación y de controles internos

- Conocer las causas de ineficiencias o prácticas antieconómicas.

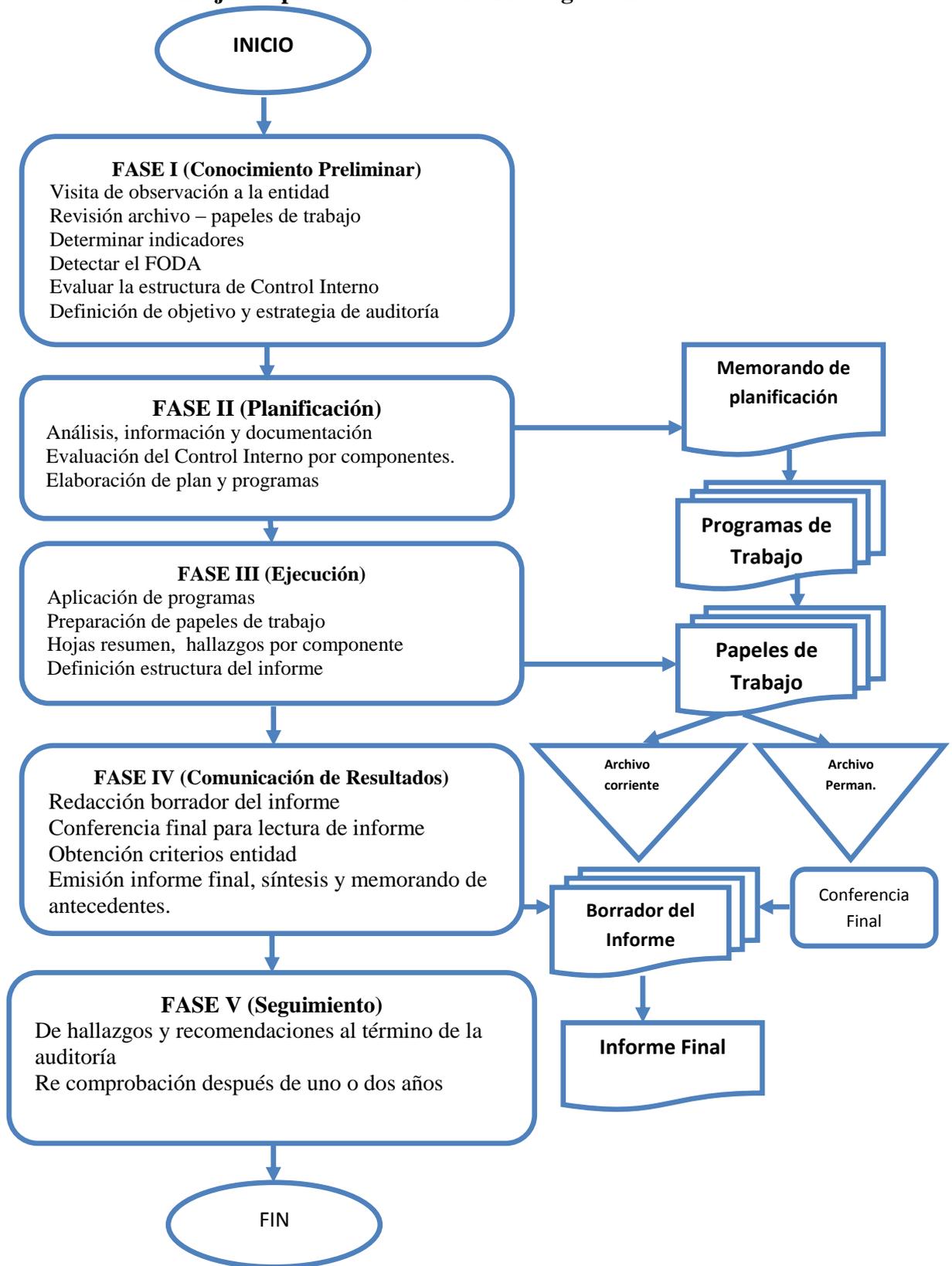
Los principales objetivos son:

- Promover la optimización de los niveles de eficiencia, eficacia, economía, calidad e impacto de la gestión pública.
- Determinar el grado de cumplimiento de objetivos y metas.
- Verificar el manejo eficiente de los recursos.
- Promover el aumento de la productividad, procurando la correcta administración del patrimonio público.
- Satisfacer las necesidades de la población. (Págs. 27-29)

#### **2.2.3.3 Fases del Proceso de la Auditoría de Gestión.**

Según el Manual de Auditoría de Gestión (2001) de la Contraloría General del Estado, establece las siguientes fases:

**Gráfico No. 01**  
**Flujo del proceso de la auditoría de gestión**



**Fuente:** CGE, *Manual de Auditoría de Gestión* (2001). Pág. 106  
**Elaborado por:** La Autora

#### **2.2.3.4 Indicadores de Gestión**

La Contraloría General Del Estado, dentro de las Normas de Control Interno.110-04 *Indicadores de Gestión* con actualización el 16 de noviembre de 2009, indica que un indicador es la unidad que permite medir el alcance de una meta, por eso manifiesta:

La planificación estratégica y la planificación operativa anual de cualquier entidad pública, se evaluarán mediante la aplicación de indicadores en términos cualitativos y cuantitativos.

Como los indicadores son los patrones de valoración del comportamiento de las variables relevantes, dentro del sistema de seguimiento y evaluación se requiere explicar las diferentes clases de indicadores que dependiendo de la pertenencia a la variable relevante a que hace alusión, se pueden distinguir dos tipos de indicadores:

Indicadores de Gestión o Eficiencia.- También se les denomina como: de seguimiento, de control, de monitoreo, de actividades, de tarea, de metas intermedias, de adelantos, de avances, de progresos, indicadores internos. Pertenecen al sub - sistema de seguimiento y sirven para valorar el rendimiento (producción física) de insumos, recursos y esfuerzos dedicados a obtener objetivos con tiempos y costos registrados y analizados.

Indicadores de Logro o Eficacia.- Son también conocidos como indicadores de éxito, externos, de impacto, o de objetivos, los cuales facilitan la valoración de los cambios en las variables socioeconómicas propiciados por la acción institucional.

## **2.2.4 Control interno**

Whittington, Pany. (2005). *Principios de Auditoría* en su décimocuarta edición, manifiesta que:

El control interno son los pasos que toma una compañía para prevenir el fraude, tanto la malversación de activos como los informes financieros fraudulentos. Otros admiten su importancia en la prevención del fraude, pero creen que contribuye además a garantizar el control de la manufactura y de otros procesos. Las diferencias de interpretación también aparecen en las publicaciones especializadas. (Pág. 212)

El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno: el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento.

### **2.2.4.1 Componentes del Control Interno**

Según las Normas de Control Interno de la Contraloría General del Estado nos dice que:

Los componentes del sistema de control interno pueden considerarse como un conjunto de normas que son utilizadas para evaluar el control interno y determinar su efectividad. La estructura (también denominado sistema) de control interno en el sector gubernamental tiene los siguientes componentes:

#### **1. Ambiente de Control Interno**

El entorno de control marca las pautas de comportamiento en una organización, tiene una influencia directa en el nivel de conciencia del personal con relación al control; este entorno de control constituye la base de los otros elementos del control interno, aportando disciplina y estructura, a más de la incidencia generalizada en la macro estructura, en el establecimiento de objetivos y la

evaluación de los riesgos, también lo tiene en los sistemas de información y comunicación y en las actividades de supervisión.

Los elementos que conforman el entorno de control son:

**Integridad y valores éticos.-** Se refiere a que los objetivos de una entidad y la forma en que se consiguen están basados en las distintas prioridades, juicios de valor y estilos de gestión, que se traducen en normas de comportamiento, reflejan la integridad de la dirección y su compromiso con los valores éticos, que son producto de una "cultura corporativa" expresadas en las normas de ética y comportamiento existentes y en aplicación de las mismas.

**Autoridad y responsabilidad.-** Comprende tanto la asignación de autoridad y responsabilidad para las actividades de gestión como para el establecimiento de las relaciones de jerarquía y de las políticas de autorización; también se refiere a la medida en que se autoriza e impulsa al personal sea en forma individual o como equipo de trabajo, para que utilice su iniciativa para tratar y solucionar problemas, pero también para establecer límites a su autoridad.

**Estructura organizacional.-** Proporciona el marco en que se planifican, ejecutan, controlan y supervisan las actividades para la consecución de objetivos a nivel de institución; para el establecimiento de la estructura organizativa, se debe definir las áreas clave de autoridad y responsabilidad y las vías adecuadas de comunicación, aunque para su determinación depende en parte, de su tamaño y de la naturaleza de las actividades que desarrolla.

**Políticas de personal.-** Se refieren a las prácticas aplicadas en el campo del talento humano que indican a los funcionarios y empleados los niveles de integridad, comportamiento ético y competencia que se espera de ellos; pero también se relacionan con las acciones de contratación, orientación, formación, evaluación, asesoramiento, promoción, remuneración y corrección.

## **2. La valoración del riesgo**

Es una actividad que debe practicar la dirección en cada entidad gubernamental, pues ésta debe conocer los riesgos con los que se enfrenta; debe fijar objetivos, integrar las actividades de ventas, producción, comercialización, etc., para que la organización funcione en forma coordinada; pero también debe establecer mecanismos para identificar, analizar y tratar los riesgos correspondientes.

Los elementos que forman parte de la evaluación del riesgo son:

Identificación de los objetivos del control interno.

Identificación de los riesgos internos y externos.

Los planes deben incluir objetivos e indicadores de rendimiento.

Evaluación del medio ambiente y externo.

Identificación de los objetivos del control interno.

## **3. Las Actividades de Control**

Se refieren a las acciones que realiza la administración de la entidad para cumplir con las funciones asignadas. Son importantes porque implican la forma correcta de hacer las cosas, para lo cual se valen de políticas y procedimientos. Las actividades de protección y conservación de los activos, así como los controles de acceso a programas computarizados y archivos de datos. Los elementos conformantes de las actividades de control gerencial son:

Políticas para el logro de objetivos.

Coordinación entre las dependencias de la entidad.

Diseño de las actividades de control.

## **4. Información y Comunicación.**

La información y comunicación está constituida por los métodos y registros establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones financieras de una entidad. La calidad de la información que brinda el sistema afecta la capacidad de la gerencia para adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la entidad.

La evaluación del componente de INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN debe considerar los siguientes aspectos:

**En la información.-** La obtención de información interna y externa y el suministro a la dirección de los informes relacionados a los objetivos establecidos; el suministro de información a las personas adecuadas con el suficiente detalle y oportunidad; el desarrollo o revisión de los sistemas de información basado en un plan estratégico para lograr los objetivos generales y por actividad; y, el apoyo de la dirección al desarrollo de los sistemas de información entregando el talento humano y financieros necesarios.

**En la comunicación.-** La comunicación eficaz al personal sobre sus funciones y actividades de control; el establecimiento de líneas para denuncias; la sensibilidad de la dirección ante las propuestas del personal para mejorar la productividad, la calidad, etc.; la adecuada comunicación horizontal entre unidades administrativas; el nivel de apertura y eficacia en las líneas de comunicación con el público y terceros relacionados; el nivel de comunicación con terceros de las normas éticas de la entidad; y, el seguimiento de la dirección sobre las informaciones recibidas de los usuarios, de los organismos de control y de otros.

## **5. Actividades de Monitoreo o Supervisión**

Se refiere al proceso que evalúa la calidad del funcionamiento del control interno en el tiempo y permite al sistema reaccionar en forma dinámica, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran. Debe orientarse a la identificación de controles débiles, insuficientes o necesarios, para promover su reforzamiento. El monitoreo se lleva a cabo de tres formas: durante la realización de las actividades diarias en los distintos niveles de la entidad de manera separada, por personal que no es el responsable directo de la ejecución de las actividades (incluidas las de control) o mediante la combinación de ambas modalidades. Los elementos que conforman el monitoreo de actividades son:

Monitoreo de rendimiento

Revisión de los supuestos que soportan los objetivos de control interno

Aplicación de procedimientos de seguimiento

Evaluación de la calidad del control interno

#### **2.2.4.2 Evaluación del sistema de control interno**

De La Peña, Alberto (2009). *Auditoría un enfoque práctico*, nos dice que la evaluación del sistema de control interno se lleva a cabo mediante las denominadas pruebas de cumplimiento, a través de las cuales el auditor se satisface:

- ✓ De la existencia del propio sistema de control interno.
  - ✓ De su eficacia, es decir, de que los mecanismos de control instalados cumplen con la finalidad con la que fueron diseñados.
  - ✓ De su continuidad, que se encuentran funcionando y que lo hacen correctamente.
- (Pág. 97)

De acuerdo a la Contraloría General del Estado, en su Manual de Auditoría de gestión (2001), manifiesta que la evaluación del Control Interno puede efectuarse mediante los métodos:

#### **Cuestionarios**

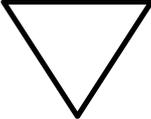
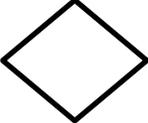
Consiste en diseñar cuestionarios a base de preguntas que deben ser contestadas por los funcionarios y personal responsable, de las distintas áreas de la empresa bajo examen, en las entrevistas que expresamente se mantienen con este propósito.

Las preguntas son formuladas de tal forma que la respuesta afirmativa indique un punto óptimo en la estructura de control interno y que una respuesta negativa indique una debilidad y un aspecto no muy confiable; algunas preguntas probablemente no resulten aplicables, en ese caso, se utiliza las letras NA “no aplicable”. De ser necesario a más de poner las respuestas, se puede completar las mismas con explicaciones adicionales en la columna de observaciones del cuestionario o en hojas adicionales.

## Flujogramas

Este método es más técnico y remediable para la evaluación, tiene ventaja frente a otros métodos porque permite efectuar el relevantamiento siguiendo una secuencia lógica y ordenada, permite ver de un solo golpe de vista el circuito en su conjunto y facilita la identificación o ausencia de controles. (Pág. 44-45)

**Tabla No. 02**  
**Simbología de los flujogramas**

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Inicio o fin
	Documento
	Subproceso
	Archivo permanente o temporal; almacenamientos
	Registro y/o procedimiento
	Decisión
	Líneas de dirección

**Fuente:** CGE, Manual de Auditoría de gestión (2001).Pág. 46

**Elaborado por:** Las Autoras

### 2.2.5 Riesgos de auditoría

De acuerdo a la Contraloría General del Estado en su Manual de Auditoría de Gestión (2001) manifiesta que:

Al ejecutarse la Auditoría de Gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes que afecten los resultados del auditor expresados en su informe. Por lo tanto deberá planificarse la auditoría de modo tal que se presenten expectativas razonables de detectar aquellos errores que tenga importancia relativa, a partir de:

- Criterio profesional del auditor
- Regulaciones legales y profesionales
- Identificar errores con efectos significativos

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

**Riesgo Inherente:** De que ocurran errores importantes generados por las características de la entidad u organismo.

**Riesgo de Control:** De que el Sistema de Control Interno prevenga o corrija tales errores.

**Riesgo de Detección:** De que los errores no identificados por los errores de Control Interno tampoco sean reconocidos por el auditor. (Pág. 50)

### 2.2.6 Evidencias suficientes y competentes

De acuerdo al Manual de la Auditoría de Gestión emitido por la Contraloría General del Estado (2001), nos indica que:

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

**Elementos:**

*Evidencias suficientes.*- cuando estas son en la cantidad y en los tipos de evidencia, que sean útiles y obtenidas en los límites de tiempo y costos razonables

*Evidencias competentes.*- Cuando, de acuerdo a su calidad, son válidas y relevantes.

**Clases**

*Física.*- que se obtiene por medio de una inspección y observación directa de actividades, documentos y registros.

*Testimonial.*- Que es obtenida en entrevistas cuyas respuestas son verbales y escritas, con el fin de comprobar la autenticidad de un hecho.

*Documental.*- Son los documentos logrados de fuente externa o ajena a la entidad

*Analítica.*- Es la resultante de computaciones, comparaciones con disposiciones legales, raciocinio y análisis.

**2.2.7 Técnicas de Auditoría**

Según el Manual de auditoría de gestión, (2001), indica las siguientes técnicas:

**Tabla No. 03**  
**Técnicas de auditoría**

<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>TÉCNICAS</b>
<b>Ocular</b>	✓ Comparación ✓ Observación
<b>Verbal</b>	✓ Indagación ✓ Entrevista ✓ Encuesta
<b>Escrita</b>	✓ Análisis ✓ Confirmación ✓ Tabulación

<b>Documental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobación</li> <li>✓ Cálculo</li> <li>✓ Revisión selectiva</li> </ul>
<b>Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inspección</li> </ul>

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### 2.2.8 Papeles de trabajo

Meigs Walter (1986) en su libro *Principios de Auditoría* nos dice que:

Los papeles de trabajo son instrumentos de importancia vital en la profesión de auditoría, ayudarán a que los auditores adquieran pericia y buen juicio del diseño y uso de las herramientas básicas. Los papeles de trabajo son el anexo que conecta los registros del cliente con el informe de los auditores. El trabajo de un auditor gira en torno de la preparación sistemática de una serie de papeles de trabajo, en tal forma y con tal contenido, que se podrá preparar con ellos un informe sobre la posición financiera y las operaciones del cliente. (Pág. 315)

### 2.2.9 Custodia y archivo

Según la Contraloría General del Estado, en su Manual de Auditoría de Gestión (2001) ordena y archiva en forma sistematizada de dos clases:

Archivo permanente.- Este archivo permanente contiene información de interés o útil para más de una auditoría o necesarios para auditorías subsiguientes.

Archivo corriente.- En estos archivos corrientes se guardan los papeles de trabajo relacionados con la auditoría específica de un período. La cantidad de legajos o carpetas que forman parte de este archivo de un período nada varía de una auditoría a otra y aun tratándose de la misma entidad auditada. Este archivo a su vez se divide en dos legajos o carpetas, una con información general y la otra con documentación específica por componentes. (Pág. 60-61)

## 2.2.10 Marcas de Auditoría

**Tabla No. 04**  
**Marcas de Auditoría**

MARCAS	SIGNIFICADO
@	Notas
$\Sigma$	Suma
v	Revisado o verificado
*	Hallazgo de auditoría
//	Duplicidad de Funciones
O	No hay documentación de respaldo
ç	Expedientes desactualizados
$\Delta$	Inexistencia de manuales
Đ	Documentos mal estructurado
~	Falta de proceso
$\Omega$	Sustento con evidencia

## 2.2.11 Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS)

Las Normas de Auditoría son los requerimientos mínimos, indispensables de calidad a la personalidad del auditor, al trabajo que desempeña y a la información que rinde como resultado de éste.

Se centran en las cualidades profesionales del auditor, en el juicio ejercido por él, en la realización de su trabajo profesional y en el control de calidad ejercido ya sea en una firma auditora o en el departamento de auditoría interna de una organización.

### 2.2.11.1 Clasificación de las NAGAs

#### Normas Generales

- ✓ **Entrenamiento y capacidad profesional.-** No sólo basta ser Contador Público para ejercer la función de Auditor, sino que además se requiere tener entrenamiento técnico adecuado y pericia como auditor.
- ✓ **Independencia.-** En todos los asuntos relacionados con la Auditoría, el auditor debe mantener independencia de criterio. La independencia puede concebirse como la libertad profesional que le asiste al auditor para expresar su opinión libre de presiones (políticas, religiosas, familiares, etc.) y subjetividades (sentimientos personales e intereses de grupo).
- ✓ **Cuidado y esmero profesional.-** Un profesional puede ser muy capaz, pero pierde totalmente su valor cuando actúa negligentemente. El esmero profesional del auditor, no solamente se aplica en el trabajo de campo y elaboración del informe, sino en todas las fases del proceso de la auditoría, es decir, también en el planeamiento estratégico cuidando la materialidad y riesgo.

Por consiguiente, el auditor siempre tendrá como propósito hacer las cosas bien, con toda integridad y responsabilidad en su desempeño, estableciendo una oportuna y adecuada supervisión a todo el proceso de la auditoría.

#### Normas de Ejecución del Trabajo

- ✓ **Planeamiento y supervisión.-** La auditoría debe ser planificada apropiadamente y el trabajo de los asistentes del auditor, si los hay, debe ser debidamente supervisado.
- ✓ **Estudio y evaluación del control interno.-** Debe estudiarse y evaluarse apropiadamente la estructura del control interno, como base para establecer el

grado de confianza que merece y consecuentemente para determinar la naturaleza, el alcance y la oportunidad de los procedimientos de auditoría.

El estudio del control interno constituye la base para confiar o no en los registros contables y así poder determinar la naturaleza, alcance y oportunidad de los procedimientos o pruebas de auditoría. En la actualidad, se ha puesto mucho énfasis en los controles internos y su estudio y evaluación conlleva a todo un proceso que comienza con una comprensión, continúa con una evaluación preliminar, pruebas de cumplimiento, revaluación de los controles, arribándose finalmente a limitar o ampliar las pruebas sustantivas.

En tal sentido, el control interno funciona como un termómetro para graduar el tamaño de las pruebas sustantivas.

- ✓ **Evidencia suficiente y competente.-** Debe obtenerse evidencia competente y suficiente, mediante la inspección, observación, indagación y confirmación, para proveer una base razonable que permita la expresión de una opinión sobre los estados financieros sujetos a la auditoría. La evidencia es competente, cuando se refiere a hechos, circunstancias o criterios que tienen real importancia, en relación al asunto examinado.

### **Normas de Preparación del Informe**

- ✓ **Aplicación de los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA).-** El dictamen debe expresar si los estados financieros están presentados de acuerdo a los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados.

Los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados son reglas generales, adoptadas como guías y como fundamento en lo relacionado a la contabilidad o también podríamos conceptualizarlos como leyes o verdades fundamentales aprobadas por la profesión contable. Sin embargo, merece aclarar que los PCGA, no son principios de naturaleza sino reglas de comportamiento profesional, por lo que no son inmutables y necesitan adecuarse para satisfacer las circunstancias cambiantes de la entidad donde se lleva la contabilidad.

Los PCGA, garantizan la razonabilidad de la información expresada a través de los Estados Financieros y su observancia es de responsabilidad de la empresa examinada.

- ✓ **Consistencia.-** El informe especificará las circunstancias en que los principios no se observaron consistentemente en el periodo actual respecto al anterior.
- ✓ **Revelación suficiente.-** Todas las revelaciones informativas de los estados financieros se consideran razonablemente adecuadas salvo que se especifique.
- ✓ **Opinión del Auditor.-** El dictamen debe contener la expresión de una opinión sobre los estados financieros tomados en su integridad, o la aseveración de que no puede expresarse una opinión. En este último caso, deben indicarse.

## **2.3 HIPÓTESIS**

### **2.3.1 Hipótesis General**

La realización de la auditoría de gestión permitirá evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública por el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

### **2.3.2 Hipótesis Específicas**

- ✓ Al realizar un diagnóstico de la situación actual Dirección Distrital 22D02 Orellana- Loreto- Salud, mediante las técnicas y métodos de investigación, facilitará la determinación de la eficiencia, eficacia y economía en la administración de los recursos disponibles.

- ✓ Al evaluar el sistema de control interno se logrará determinar las inconsistencias e irregularidades y por ende servirá como base fundamental para la ejecución de la auditoría de gestión.
  
- ✓ La aplicación de la auditoría de gestión permitirá la detección de hallazgos donde se obtendrá el informe de auditoría con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

## **2.4 VARIABLES**

### **2.4.1 Variable Independiente**

Auditoría de gestión

### **2.4.2 Variable Dependiente**

Eficiencia, eficacia y economía en la administración de sus recursos.

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

### 3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, la cual se desarrolló mediante la aplicación de la siguiente modalidad:

Para tratar los aspectos teóricos necesarios en el desarrollo de la investigación, se realizó consultas de fuentes primarias, secundarias y de campo:

**Primarias.-** Se utilizó para obtener datos que son los documentos proporcionados para la institución, entrevistas con los directivos, coordinadores y cuestionarios para los servidores.

**Secundarias.-** Se tomó en cuenta fuentes de investigación como la internet, libros y boletines relacionados con el tema.

**De campo.-** Se utilizó datos y estadísticas para determinar la situación de la institución, lo que permitió obtener criterios fidedignos de su realidad y poder conocer a fondo el problema a fin de obtener respuestas que favorezcan la realidad de la entidad.

### 3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue de tipo: bibliográfica, descriptiva y explicativa, la misma que se detalla a continuación:

### **3.2.1 Bibliográfica**

Porque se realizó consultas en libros, folletos y revistas científicas, sobre los datos informativos de la Contabilidad, Auditoría de gestión y de los procesos de administración de la entidad.

### **2.2.2 Descriptiva**

Se utilizó este tipo de investigación porque se describe la forma de cómo está estructurada la organización administrativa y financiera en la entidad.

### **3.2.3 Explicativa**

Mediante este tipo de investigación se explicaron las causas reales del problema y en las condiciones que opera, llegar a deducciones y las recomendaciones que se puedan realizar.

## **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.3.1 Población**

Como población para el presente trabajo investigativo se consideró a los 71 miembros del Distrito 22D02 Orellana-Loreto-Salud; sin embargo, para dar mayor validez a la información recopilada se consideró a un total de 145 operativos pertenecientes a las diferentes unidades de salud.

**Tabla No. 05**

#### **Población**

<b>POBLACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
Nivel Directivo	16
Nivel Administrativo	55

Nivel Operativo	145
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### 3.3.2 Muestra

Como se conoce al total de la población, se consideró la población finita y se utilizó el muestreo aleatorio, en vista de que toda la población tiene la misma posibilidad de ser parte de la muestra. Para el efecto se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{e^2 N - 1 + 1}$$

**n** = tamaño de la muestra

**N** = Población

**e** = Margen de error muestra (0.05)

$$n = \frac{216}{0.05^2 216 - 1 + 1}$$

$$n = \frac{216}{0,0025 215 + 1}$$

$$n = \frac{216}{0,5375 + 1}$$

$$n = \frac{216}{1,5375}$$

$n = 140$  Encuestas

## **3.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **3.4.1 Métodos**

Los métodos de investigación que se aplicaron para el desarrollo de la auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, fueron los siguientes:

#### **✓ Método Analítico**

Permitió realizar el análisis de la información financiera-Administrativa obtenida de conformidad con las leyes, normas, ordenanzas y reglamentos, respecto de la gestión administrativa desarrollada por parte de las autoridades de la Institución y fue de mucha utilidad para la ejecución y aplicación del cuestionario del Control Interno.

#### **✓ Método Inductivo**

Este método se utilizó en la ejecución de la auditoría de Gestión, al realizar el estudio de las cuentas de los Estados Financieros, y permitieron formular conclusiones de carácter general, con el propósito de dar una opinión razonable y profesional sobre la situación real de la institución.

#### **✓ Método Deductivo**

Este método se utilizó mediante la aplicación de un estudio lógico que parte de lo general a lo específico, es decir, se aplicó en la fase de la planificación de la auditoría en lo concerniente a la evaluación de control interno, la misma que sirvió de base para analizar la eficiencia de la gestión administrativa de la institución.

### **3.4.2 Técnicas**

Las técnicas utilizadas para la elaboración del trabajo investigativo fueron las siguientes:

#### ✓ **Entrevista**

Se utilizó en la elaboración de la planificación preliminar, entrevista que sirvió de base para la elaboración de la auditoría de Gestión, permitiendo conocer de manera eficaz la información general de la entidad y las principales actividades que realizan.

#### ✓ **Encuesta**

Se aplicaron a todos los servidores de la institución, con el objeto de conocer las opiniones de los las personas encuestadas y tener un conocimiento más profundo de los aspectos relacionados con la investigación. Con los datos obtenidos se pudo verificar las debilidades y falencias existentes en la aplicación del control interno.

### **3.4.3 Instrumentos**

Los instrumentos que se aplicaron para la obtención de la información fueron los siguientes:

#### ✓ **Cuestionario**

Se aplicó con el propósito de recolectar los datos y detectar las debilidades y falencias existentes en la aplicación del control interno, las mismas que se realizaron con preguntas cerradas.

#### ✓ **Guía de entrevistas**

Éste instrumento se utilizó con la finalidad de conocer las principales actividades y la historia de la institución.

## **3.5 RESULTADOS**

### **3.5.1 Análisis de los resultados**

En este capítulo se analizó e interpretó la información arrojada en la encuesta, en base a estos resultados se realizó la representación gráfica de los datos.

El análisis de cada una de las preguntas se realizó mediante la aplicación del programa (Microsoft Excel) y la figura utilizada para esta representación fue el pastel, la misma que permitió identificar de manera eficiente y eficaz los resultados.

Con los datos obtenidos se procede a realizar el análisis de los resultados de las diez preguntas realizadas y se procesó la información de la siguiente manera:

1. ¿Se ha realizado auditorías de gestión en su Entidad, en años anteriores?

Tabla No. 06

Auditorías de Gestión en años anteriores

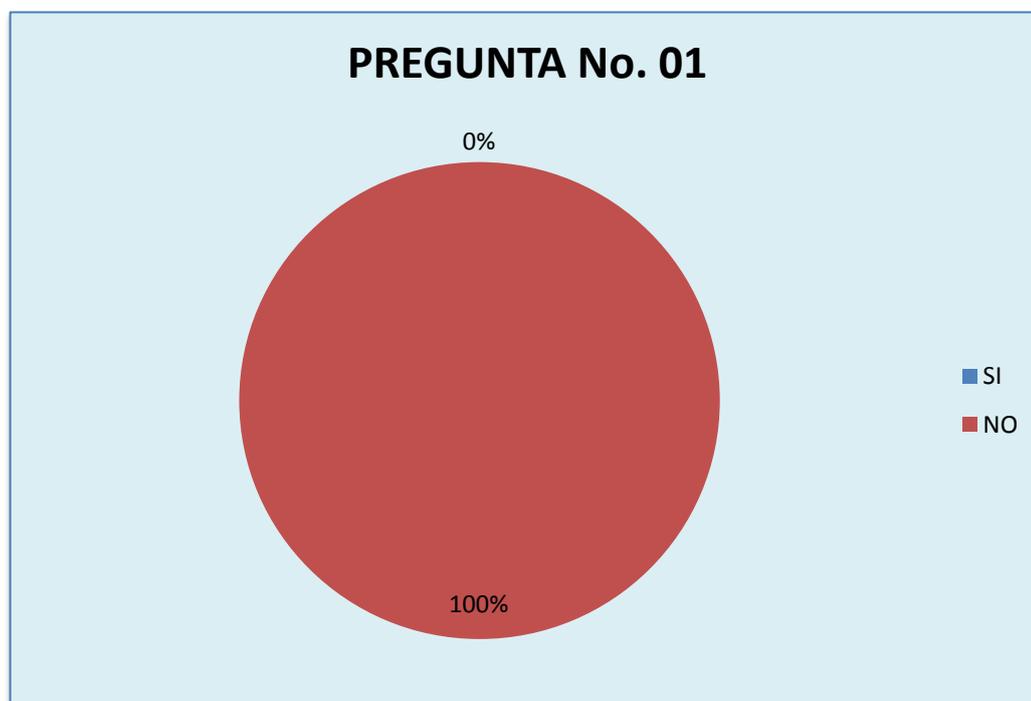
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	0	0,00	1	0,71	1	0,71
Talento Humano	0	0,00	5	3,57	5	3,57
Asesoría Jurídica	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Sistemas	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	0	0,00	12	8,57	12	8,57
Provisión de servicios	0	0,00	15	10,71	15	10,71
Promoción de la Salud	0	0,00	4	2,86	4	2,86
Comunicación Social y prensa	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Estrategias y epidemiología	0	0,00	22	15,71	22	15,71
Planificación	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Riesgos	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidades Operativas	0	0,00	69	49,29	69	49,29
<b>TOTAL</b>	0	0,00	140	100,00	140	100,00

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la institución

**Elaborado por:** Las Autoras

## Gráfico No. 02

### Análisis de las Auditorías de Gestión en años anteriores



**Fuente:** Tabla No. 06

**Elaborado por:** Las Autoras

#### **Análisis e interpretación:**

De acuerdo a la encuesta realizada, el 100% de los servidores encuestados afirman que NO se han realizado auditorías de gestión en los años anteriores, por tal razón se considera importante realizar una auditoría de gestión que permita evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos y así poder determinar los posibles errores y se logre establecer las debidas recomendaciones.

2. ¿Considera usted que se debería realizar una auditoría de gestión?

Tabla No. 07

Realización de la Auditoría de Gestión

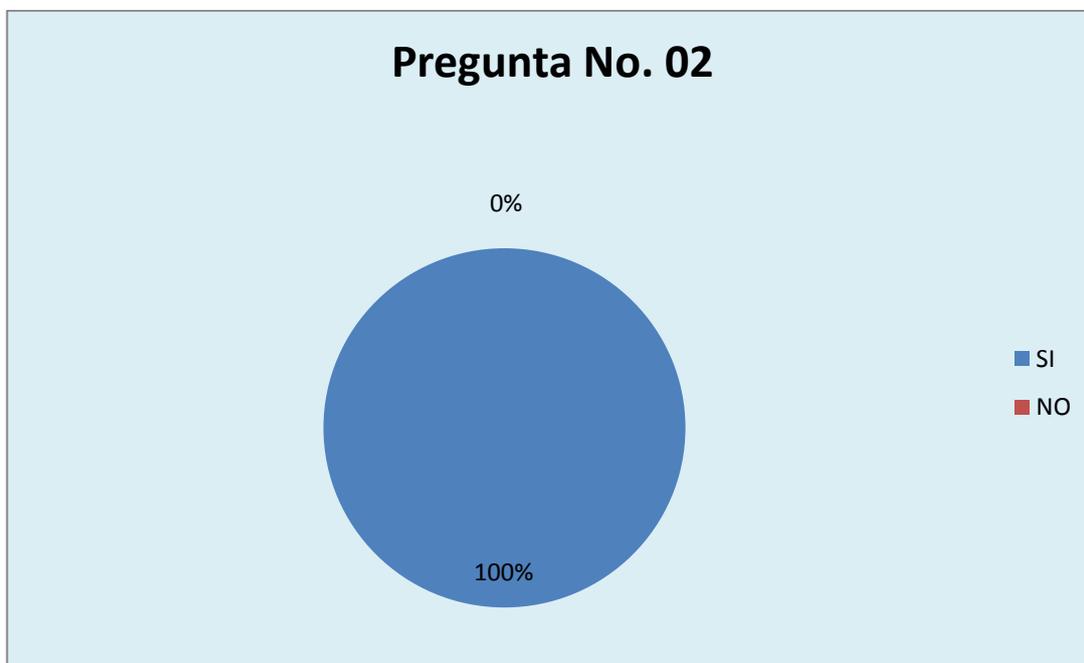
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Asesoría Jurídica	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Sistemas	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	12	8,57	0	0,00	12	8,57
Provisión de servicios	15	10,71	0	0,00	15	10,71
Promoción de la Salud	4	2,86	0	0,00	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	22	15,71	0	0,00	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	69	49,29	0	0,00	69	49,29
<b>TOTAL</b>	140	100,00	0	0,00	140	100,00

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la institución

**Elaborado por:** Las Autoras

### Gráfico N0. 03

#### Análisis para la realización de la Auditoría de Gestión



**Fuente:** Tabla No. 07

**Elaborado por:** Las Autoras

#### Análisis e interpretación

El total de los servidores encuestados, es decir el 100%, manifiestan que SI se debería realizar una Auditoría de Gestión debido a que ayudaría a mejorar los procesos de la institución, pues aportaría a verificar las necesidades institucionales por medio del control interno, permitiéndoles un manejo racional de los recursos y reformar las actividades.

**3. ¿Cree Ud. que la elaboración de una auditoría de gestión aporte para la adecuada toma de decisiones?**

**Tabla No. 08**

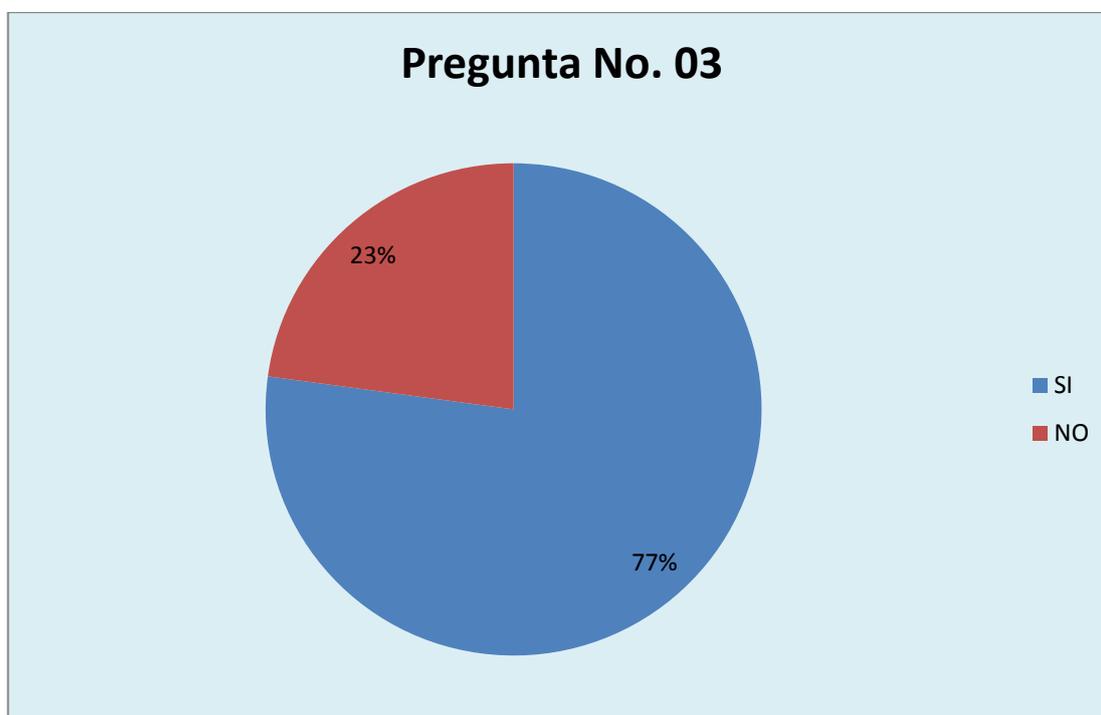
**Adecuada toma de decisiones**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	3	2,14	2	1,43	5	3,57
Asesoría Jurídica	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Sistemas	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	10	7,14	2	1,43	12	8,57
Provisión de servicios	10	7,14	5	3,57	15	10,71
Promoción de la Salud	1	0,71	3	2,14	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	15	10,71	7	5,00	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	59	42,14	10	7,14	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>77,14</b>	<b>32</b>	<b>22,86</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta a los servidores de la Institución

**Elaborado por:** *Las Autoras*

**Gráfico No. 04**  
**Análisis para la adecuada toma de decisiones**



**Fuente:** Tabla No. 08

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### **Análisis e interpretación**

Del total de los encuestados el 23% opina que NO ayudaría a mejorar en la toma de decisiones, mientras que el 77% se debe realizar una auditoría de gestión para mejorar la toma de decisiones. Por ende se considera el resultado afirmativo obtenido en la presente interrogante que para una adecuada toma de decisiones se debe efectuar una auditoría de gestión.

**4. El desarrollo de la auditoría de gestión ¿garantizará la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles?**

**Tabla No. 09**

**Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles**

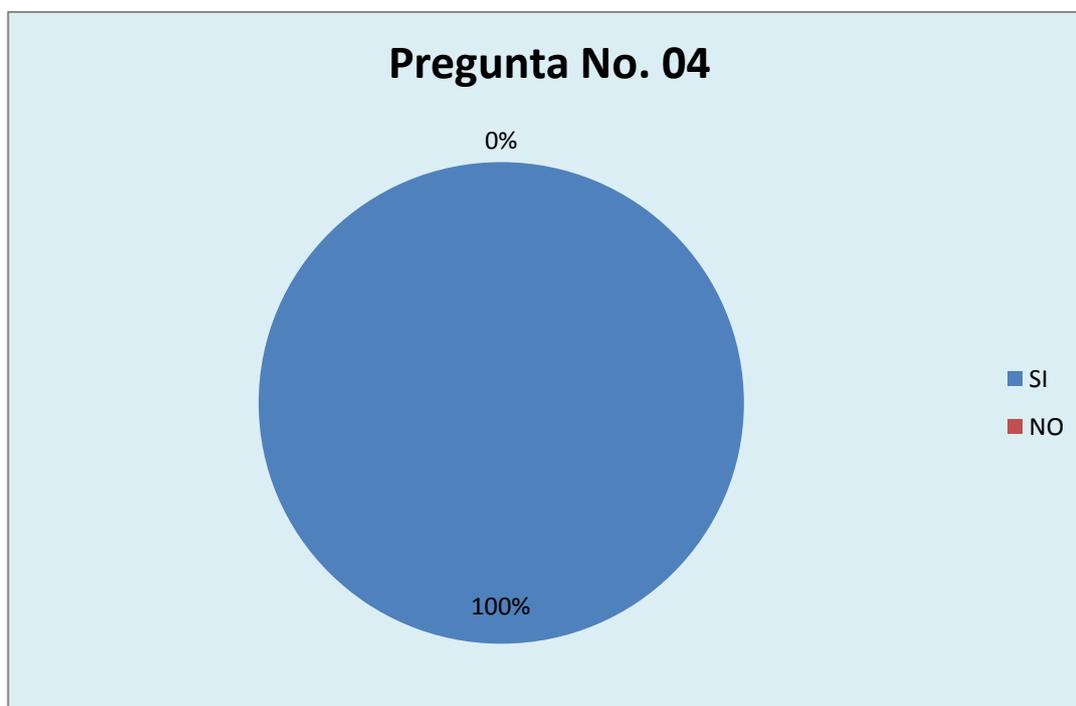
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Asesoría Jurídica	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Sistemas	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	12	8,57	0	0,00	12	8,57
Provisión de servicios	15	10,71	0	0,00	15	10,71
Promoción de la Salud	4	2,86	0	0,00	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	22	15,71	0	0,00	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	69	49,29	0	0,00	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta a los servidores de la Institución

**Elaborado por:** Las Autoras

## Gráfico No. 05

### Eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos disponibles



**Fuente:** Tabla No. 09

**Elaborado por:** Las Autoras

#### **Análisis e interpretación**

En la presente interrogante los encuestados opinaron un 100% que es necesaria la aplicación de la auditoría de gestión porque garantizaría la eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos disponibles.

Por ende la importancia de la aplicación de la auditoría de gestión promovería la eficiencia, eficacia y economía en los recursos humanos, económicos y materiales mejorará la dirección y gestión de la Entidad.

5. ¿Se ha brindado capacitaciones a los funcionarios de la entidad?

**Tabla No. 10**  
**Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad**

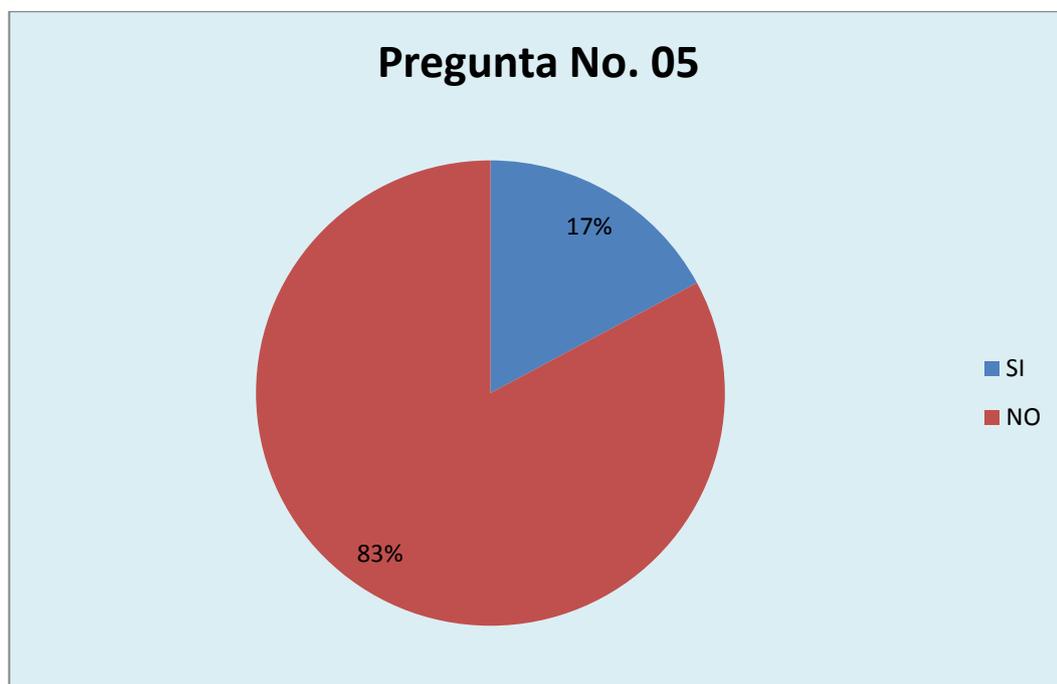
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	3	2,14	2	1,43	5	3,57
Asesoría Jurídica	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Sistemas	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	2	1,43	10	7,14	12	8,57
Provisión de servicios	1	0,71	14	10,00	15	10,71
Promoción de la Salud	0	0,00	4	2,86	4	2,86
Comunicación Social y prensa	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Estrategias y epidemiología	4	2,86	18	12,86	22	15,71
Planificación	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Riesgos	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidades Operativas	12	8,57	57	40,71	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>17,14</b>	<b>116</b>	<b>82,86</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta a los servidores de la Institución

**Elaborado por:** Las Autoras

## Gráfico No. 06

### Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad



**Fuente:** Tabla No. 10

**Elaborador por:** Las Autoras

#### **Análisis e interpretación**

Se puede observar que el 17% de los encuestados manifestaron que si existen capacitaciones, mientras que el 83% manifiestan que NO se proporciona capacitaciones a los servidores.

Es importante considerar que la capacitación es un factor primordial en toda organización, y que el mismo no debe considerarse un gasto sino una inversión.

6. ¿Se ha realizado la evaluación del desempeño a los servidores, por lo menos una vez al año como lo determina la ley y se ha hecho conocer al servidor evaluado el objetivo y el resultado de la evaluación?

**Tabla No. 11**  
**Evaluación del desempeño a los servidores**

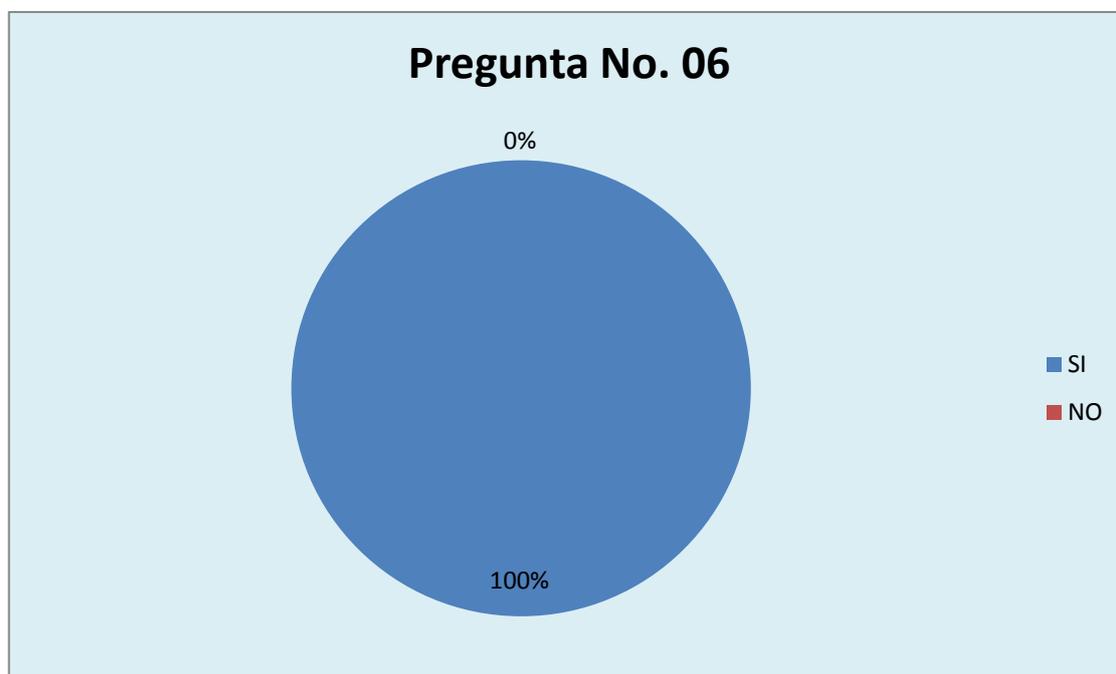
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Asesoría Jurídica	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Sistemas	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	12	8,57	0	0,00	12	8,57
Provisión de servicios	15	10,71	0	0,00	15	10,71
Promoción de la Salud	4	2,86	0	0,00	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	22	15,71	0	0,00	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	69	49,29	0	0,00	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la Institución

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### Gráfico No. 07

#### Evaluación del desempeño a los servidores



**Fuente:** Tabla No. 11

**Elaborado por:** *Las Autoras*

#### **Análisis e interpretación:**

El 100% de los servidores encuestados manifiestan que SI han sido evaluados, como lo indica la ley por lo menos una vez al año. Pero, los servidores no han sido conocedores de los resultados al igual de los objetivos de dicha evaluación, ya que todo se contempla en dar cumplimiento a lo que estipula la ley de acuerdo a la programación institucional, más no en obtener resultados que ayuden a alcanzar los objetivos y metas deseadas.

**7. ¿Cree usted que con la aplicación de la Auditoría de Gestión mejoraría los procesos que desarrolla la entidad?**

**Tabla No. 12**  
**Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos**

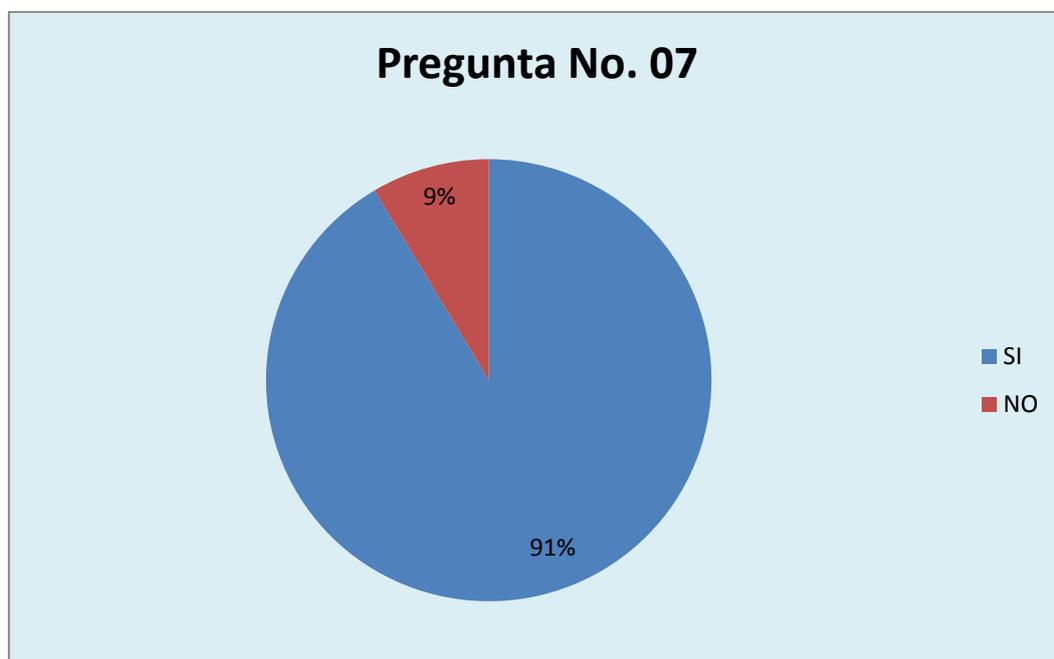
<b>ÁREAS</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	4	2,86	1	0,71	5	3,57
Asesoría Jurídica	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Sistemas	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	10	7,14	2	1,43	12	8,57
Provisión de servicios	15	10,71	0	0,00	15	10,71
Promoción de la Salud	3	2,14	1	0,71	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	20	14,29	2	1,43	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	66	47,14	3	2,14	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>91,43</b>	<b>12</b>	<b>8,57</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la Institución

**Elaborado por.** *Las Autoras*

### Gráfico No. 08

#### Aplicación de la Auditoría de Gestión Para Mejorar Procesos



**Fuente:** Tabla No. 12

**Elaborado por:** *Las Autoras*

#### **Análisis e interpretación:**

Según lo que podemos observar el 9% de los servidores encuestados manifiestan que la auditoría de gestión No ayudaría a mejorar los procesos y el 91% manifiestan que SI, por tanto se debe ejecutar una auditoría de gestión que evalúe y ayude a mejorar los procesos tanto administrativos-financieros, de talento humano, provisión de servicios, de comunicación, etc., con esto se contribuiría a obtener los resultados deseados y mejorar en la correcta toma de decisiones.

**8. ¿Considera importante la utilización de indicadores para evaluar los procesos y procedimientos de la Entidad?**

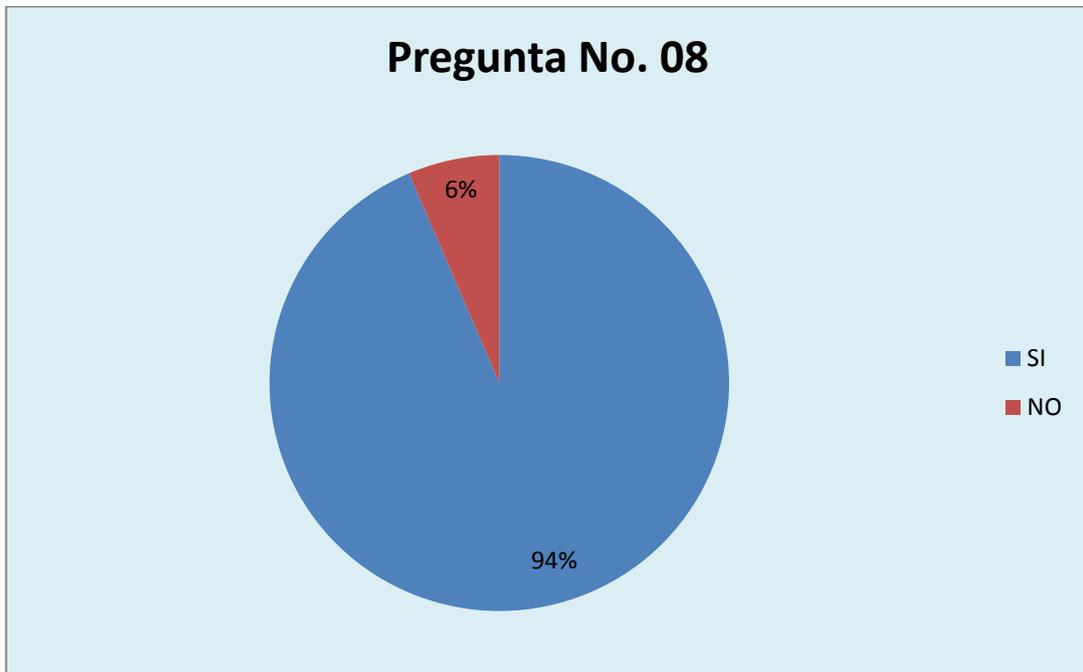
**Tabla No. 13**  
**Utilización de indicadores**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Asesoría Jurídica	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Sistemas	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	12	8,57	0	0,00	12	8,57
Provisión de servicios	15	10,71	0	0,00	15	10,71
Promoción de la Salud	4	2,86	0	0,00	4	2,86
Comunicación Social y prensa	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Estrategias y epidemiología	22	15,71	0	0,00	22	15,71
Planificación	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Riesgos	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Unidades Operativas	60	42,86	9	6,43	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>93,57</b>	<b>9</b>	<b>6,43</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la Institución

**Elaborado por.** Las Autoras

**Gráfico No. 09**  
**Utilización de indicadores**



**Fuente:** Tabla No. 13

**Elaborado por:** *Las Autoras*

**Análisis e interpretación:**

El 6% de los servidores encuestados dicen que NO se considera importante la utilización de indicadores y el 94% manifiestan que si sería necesario la utilización de los indicadores, debido a que la Entidad necesita medir de manera cualitativa y cuantitativa los objetivos alcanzados, y en este caso sería necesario aplicar indicadores tanto de eficiencia, eficacia y economía en la utilización de los recursos disponibles.

**9. ¿Cuenta la institución con un reglamento interno a nivel de la entidad y se ha socializado con todos los funcionarios?**

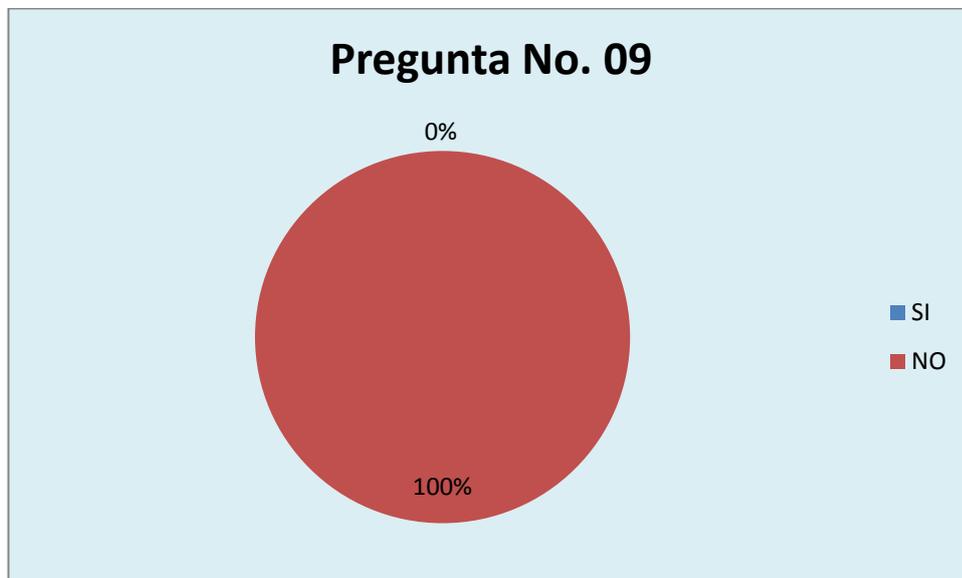
**Tabla No. 14**  
**Reglamento interno de la Entidad**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	0	0,00	1	0,71	1	0,71
Talento Humano	0	0,00	5	3,57	5	3,57
Asesoría Jurídica	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Sistemas	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	0	0,00	12	8,57	12	8,57
Provisión de servicios	0	0,00	15	10,71	15	10,71
Promoción de la Salud	0	0,00	4	2,86	4	2,86
Comunicación Social y prensa	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Estrategias y epidemiología	0	0,00	22	15,71	22	15,71
Planificación	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Riesgos	0	0,00	2	1,43	2	1,43
Unidades Operativas	0	0,00	69	49,29	69	49,29
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la Institución

**Elaborado por.** *Las Autoras*

**Gráfico No. 10**  
**Reglamento interno de la Entidad**



**Fuente:** Tabla No. 14

**Elaborado por:** *Las Autoras*

**Análisis e interpretación:**

El total de los servidores encuestados, es decir el 100%, manifiestan que la entidad no cuenta con un reglamento de control interno o más bien dicen que desconocen su existencia, ya que solo se han venido manejando de acuerdo al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud, que indica los procesos a seguir pero de manera generalizada.

**10. ¿Tiene Ud. conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la entidad?**

**Tabla No. 15**  
**Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la Entidad**

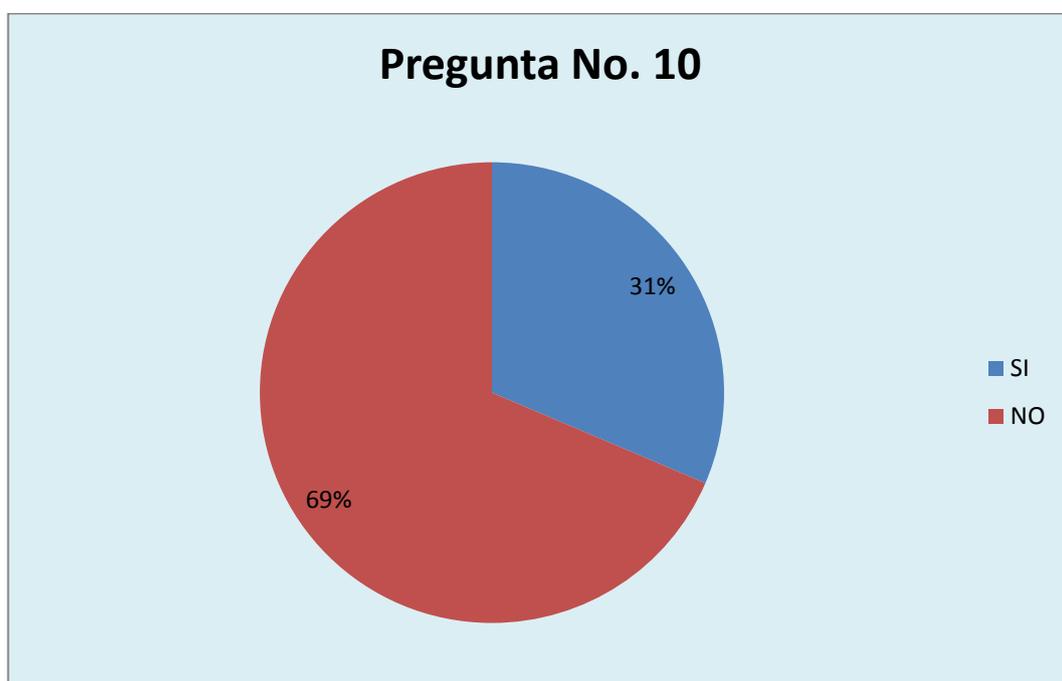
ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Despacho Dirección	1	0,71	0	0,00	1	0,71
Talento Humano	5	3,57	0	0,00	5	3,57
Asesoría Jurídica	2	1,43	0	0,00	2	1,43
Ventanilla servicio al usuario	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Sistemas	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Unidad Financiera-Administrativa	12	8,57	0	0,00	12	8,57
Provisión de servicios	10	7,14	5	3,57	15	10,71
Promoción de la Salud	2	1,43	2	1,43	4	2,86
Comunicación Social y prensa	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Estrategias y epidemiología	0	0,00	15	10,71	15	10,71
Planificación	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Riesgos	1	0,71	1	0,71	2	1,43
Unidades Operativas	7	5,00	69	49,29	76	54,29
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>31,43</b>	<b>96</b>	<b>68,57</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores de la Institución

**Elaborado por.** *Las Autoras*

### Gráfico No. 11

#### Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la Entidad



**Fuente:** Tabla No. 15

**Elaborado por:** *Las Autoras*

#### **Análisis e interpretación**

El 31% de la población encuestada manifiesta que SI tiene conocimientos sobre las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la entidad, que es esencial saber hacia dónde está enfocada la institución y que es lo que se debe hacer para cumplir con las metas y objetivos institucionales, permitiéndoles adquirir responsabilidad y compromiso para cumplir con todas las actividades, mientras que el 69% manifiestan que no tienen un claro conocimiento debido a que los jefes departamentales no se han preocupado por socializar dichos temas.

### 3.5.1.1 Resumen de las Encuestas

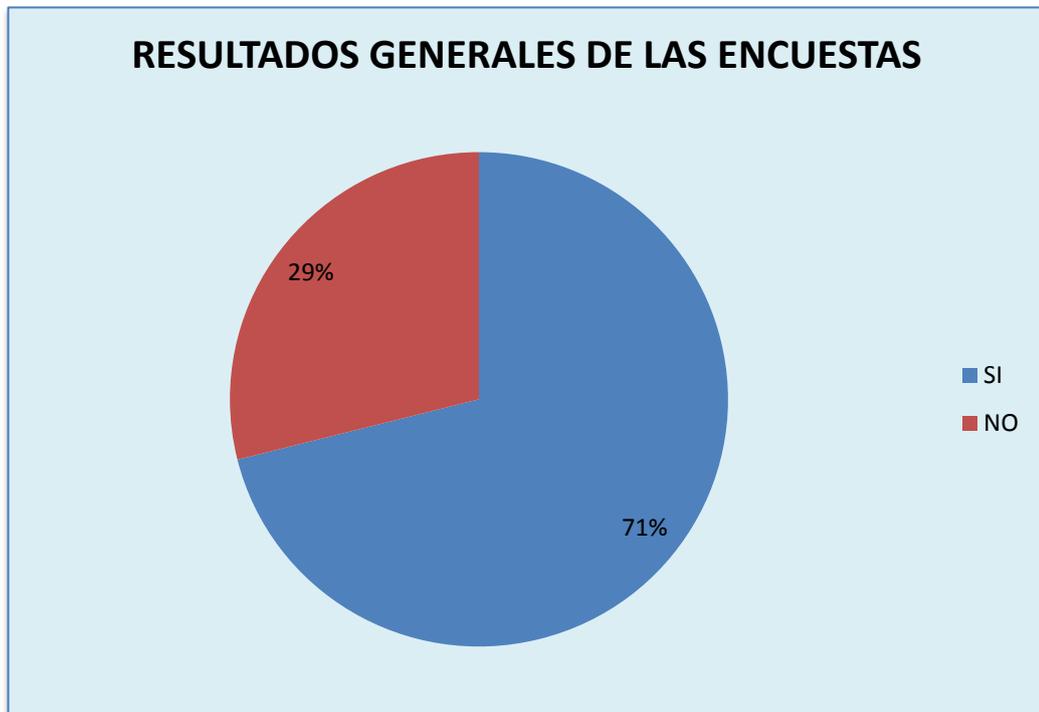
**Tabla No. 16**  
**Resumen de las encuestas**

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Se ha realizado auditorías de gestión en su Entidad?	0	140
2. ¿Considera usted que se debería realizar una auditoría de gestión?.	140	0
3. ¿Cree Ud. que la elaboración de una auditoría de gestión aporte para la adecuada toma de decisiones?	108	32
4. El desarrollo de la auditoría de gestión ¿garantizará la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles?.	140	0
5. ¿Se ha brindado capacitaciones a los funcionarios de la entidad?	24	116
6. ¿Se ha realizado evaluación del desempeño una vez al año como lo determina la ley y se ha hecho	140	0
7. ¿Cree usted que con la aplicación de la Auditoria de Gestión mejoraría los procesos que desarrolla la entidad?.	128	12
8. ¿Considera importante la utilización de indicadores para evaluar los procesos y procedimientos de la Entidad?.	131	9
9. ¿Cuenta la institución con un reglamento interno a nivel de la entidad y se ha socializado con todos los funcionarios?.	0	140
10. ¿Tiene Ud. conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la entidad?	44	96
<b>TOTAL</b>	<b>855</b>	<b>545</b>

**Fuente:** Consolidado de las encuestas realizadas a los servidores de la Institución

**Elaborado por.** *Las Autoras*

**Gráfico No. 12**  
**Resumen de las encuestas**



**Fuente:** Tabla No. 16

**Elaborado por:** *Las Autoras*

### **Análisis e interpretación**

El 29% de los servidores encuestados emiten una respuesta afirmativa lo que evidencia que el manejo de procesos de la entidad se encuentran en un nivel de riesgo y confianza moderado, mientras que 71% formula una respuesta negativa, arrojando resultados que revelan las falencias principalmente en el manejo de los procesos y el desconocimiento y ejecución de un reglamento de control interno.

### 3.6 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la verificación de la hipótesis se aplicó el método de ji-cuadrado.

#### Planteamiento de la Hipótesis

$H_0$  = La realización de la auditoría de gestión **NO** permitirá evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública por el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

$H_1$  = La realización de la auditoría de gestión **SI** permitirá evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública por el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

Una vez establecidas las hipótesis se procede a elaborar las frecuencias observadas y esperadas.

**Tabla N°. 17**  
**Frecuencias observadas**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PREGUNTA N° 1</b>	0	140	140
<b>PREGUNTA N° 2</b>	140	0	140
<b>PREGUNTA N° 3</b>	108	32	140
<b>PREGUNTA N° 4</b>	140	0	140
<b>PREGUNTA N° 5</b>	24	116	140
<b>PREGUNTA N° 6</b>	140	0	140
<b>PREGUNTA N° 7</b>	128	12	140
<b>PREGUNTA N° 8</b>	131	9	140
<b>PREGUNTA N° 9</b>	0	140	140

<b>PREGUNTA N° 10</b>	44	96	140
<b>TOTAL</b>	<b>855</b>	<b>545</b>	<b>1400</b>

**Fuente:** Resumen de las encuestas a los servidores de la Entidad

**Elaborado por:** *Las Autoras*

Después de realizar las frecuencias observadas procedemos a efectuar el cálculo de las frecuencias esperadas utilizando la siguiente fórmula:

$$fe = \frac{\text{total columna (total fila)}}{\text{Suma total}}$$

Aplicamos la fórmula expuesta y obtenemos los siguientes resultados:

**Tabla N°. 18**

**Frecuencias esperadas**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PREGUNTA N° 1</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 2</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 3</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 4</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 5</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 6</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 7</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 8</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 9</b>	85,50	54,50	140,00
<b>PREGUNTA N° 10</b>	85,50	54,50	140,00
<b>TOTAL</b>	<b>855,00</b>	<b>545,00</b>	<b>1400,00</b>

**Fuente:** Frecuencias observadas

**Elaborado por:** *Las Autoras*

Luego de haber calculado las frecuencias observadas y esperadas se procede a realizar el cálculo del valor estadístico de prueba de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

**Tabla N°. 19**  
**Estadístico Ji-cuadrado**

<b>fo</b>	<b>Fe</b>	<b>fo-fe</b>	<b>(fo-fe)<sup>2</sup></b>	<b>(fo-fe)<sup>2</sup>/fe</b>
<b>0</b>	85,50	-85,50	7.310,25	85,50
<b>140</b>	85,50	54,50	2.970,25	34,74
<b>108</b>	85,50	22,50	506,25	5,92
<b>140</b>	85,50	54,50	2.970,25	34,74
<b>24</b>	85,50	-61,50	3.782,25	44,24
<b>140</b>	85,50	54,50	2.970,25	34,74
<b>128</b>	85,50	42,50	1.806,25	21,13
<b>131</b>	85,50	45,50	2.070,25	24,21
<b>0</b>	85,50	-85,50	7.310,25	85,50
<b>44</b>	85,50	-41,50	1.722,25	20,14
<b>140</b>	54,50	85,50	7.310,25	134,13
<b>0</b>	54,50	-54,50	2.970,25	54,50
<b>32</b>	54,50	-22,50	506,25	9,29
<b>0</b>	54,50	-54,50	2.970,25	54,50
<b>116</b>	54,50	61,50	3.782,25	69,40
<b>0</b>	54,50	-54,50	2.970,25	54,50
<b>12</b>	54,50	-42,50	1.806,25	33,14

<b>9</b>	54,50	-45,50	2.070,25	37,99
<b>140</b>	54,50	85,50	7.310,25	134,13
<b>96</b>	54,50	41,50	1.722,25	31,60
<b>TOTAL</b>				<b>1.004,04</b>

**Fuente:** Frecuencias observadas y frecuencias esperadas

**Elaborado por:** *Las Autoras*

Aplicando la fórmula nos da como valor del ji-cuadrado **1004,04**. Debemos tomar en cuenta que el valor de ji-cuadrado nunca puede ser negativo, debido a que la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas siempre está elevada al cuadrado.

### **Grados de libertad**

Seguidamente se procede a determinar los grados de según tabla de contingencia aplicando la siguiente ecuación:

$$Gf = (\text{número de filas} - 1) * (\text{número de columnas} - 1)$$

Aplicando la fórmula el resultado es el siguiente:

$$Gf = (10-1) * (2-1)$$

$$Gf = (9) * (1)$$

$$Gf = 9$$

### **Nivel de significación**

Para realizar la prueba de la hipótesis se recomienda emplear el 95% de nivel de confianza. El nivel de significación se representa con éste símbolo ( $\alpha$ ). Entonces tenemos la siguiente ecuación:

$$\alpha = 1 - NC$$

$$\alpha = 1 - 0,95$$

$$\alpha = 0,05$$

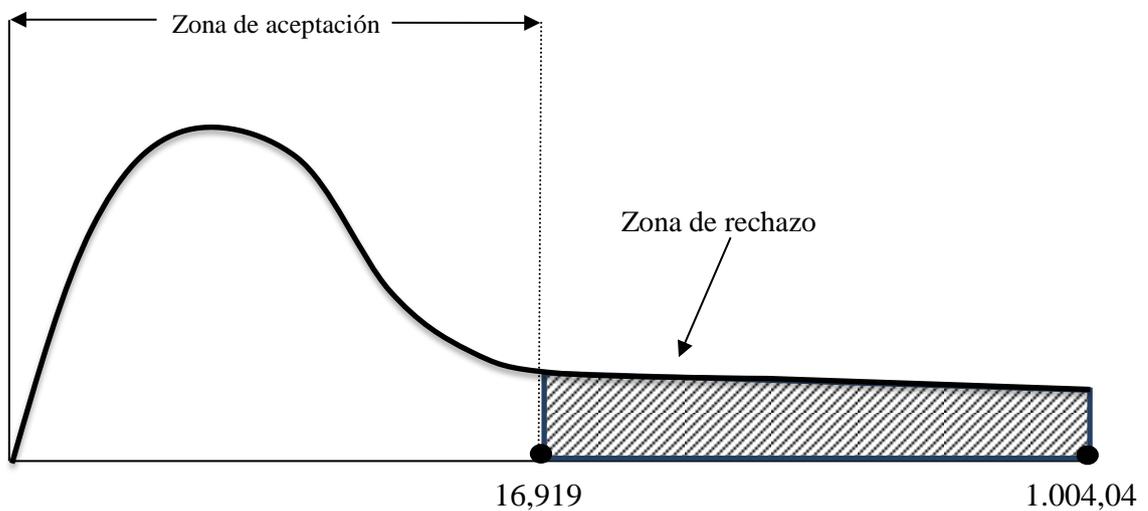
Para ver si se acepta o se rechaza la hipótesis se aplica ésta fórmula:

$x^2_{prueba} \geq x^2_{tabla}$  rechaza  $H_0$  y acepta  $H_1$

$x^2_{prueba} < x^2_{tabla}$  acepta  $H_0$

$x^2_{prueba} > x^2_{tabla}$  rechaza  $H_0$  y acepta la  $H_1$

**GRÁFICO N°. 1**  
**Prueba ji-cuadrado**



### ANÁLISIS

Dado que el valor calculado de ji-cuadrado es mayor a los valores de la distribución con 9 grados de libertad y un nivel de significancia del 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa que es la realización de la auditoría de gestión para evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública por el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

## **CAPÍTULO IV: MARCO PROPOSITIVO**

### **4.1 Título**

Auditoría de gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud del Ministerio de Salud Pública, por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013, cantón Francisco de Orellana, provincia de Orellana.

### **4.2 Contenido de la Propuesta**

**DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-  
LORETO-SALUD**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**

**PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE  
DICIEMBRE DE 2013**



	SIG	INICIO	FINAL
<b>ELABORADO POR:</b>	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/01	2015/10/30
<b>REVISADO POR:</b>	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/01	2015/10/30

**OFICIO N° 0001 – ESPOCH – 2015**

**Sección:** Auditoría Interna

**Asunto:** Orden de Trabajo para las actividades de control planificada

Orellana, 02 de junio de 2015

Srtas.

María Carlota Caicedo Guerrero

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha

**ESTUDIANTES DE AUDITORÍA DE LA ESPOCH**

Presente

En cumplimiento a la aceptación a través del oficio No. 002-CIADES-UED-FADE-2015, de aprobación para el trabajo de titulación en LICENCIADAS EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA, se procede a la realización la auditoría de gestión en la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, por el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre 2013.

Los objetivos generales son:

- Determinar si se cumplieron los estándares establecidos
- Determinar el cumplimiento de los objetivos

El equipo de trabajo estará conformado por: Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha y María Carlota Caicedo Guerrero

El tiempo estimado para la ejecución de esta acción de control es de 70 días laborables que incluye la elaboración del borrador del informe e informe final.

Atentamente,

Ing. Letty Karina Elizalde Marín

**JEFE DE LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA DE LA ESPOCH**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/02	2015/10/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/02	2015/10/30

# ARCHIVO PERMANENTE

## ÍNDICE

ARCHIVO PERMANENTE	<b>AP</b>
Información General	<b>AP1</b>
Hoja de Marcas	<b>AP2</b>
Programas de Auditoría	<b>AP3</b>

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

## INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, fue creada según el Acuerdo Ministerial No.00004521 el 14 de noviembre de 2013, creándose para dar atención a las diferentes comunidades, proveer de medicamentos, insumos médicos, insumos odontológicos e insumos hospitalarios y garantizar a la población el acceso a la salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integradas en un modelo nacional definido sobre la base de necesidades de la población (demanda).

Razón por la cual se tiene como estrategia realizar visitas comunitarias de salud con la finalidad de disminuir las barreras de accesibilidad a los servicios de salud.

- ✓ Ruc: 2260015300001
- ✓ Actividad económica: Servicios de salud
- ✓ Razón social: Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud
- ✓ Representante legal: Mgs. Nancy Tito Pilataxi
- ✓ Domicilio: Orellana, Av. Alejandro Labaka y Atahualpa

### Misión

Desarrollar técnica y gerencialmente la red de servicios de salud de su zona de influencia, para brindar atención de salud integral, de calidad, eficiencia y equidad que permita contribuir al buen vivir de la población.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

## Visión

Ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema de Salud, con un modelo referencial que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

## Objetivo general

Cumplir y hacer cumplir los lineamientos políticos del Ministerio de Salud Pública enmarcados dentro del Plan Nacional de Salud y la Constitución política del Ecuador.

## Objetivos específicos

- ✓ Difundir a las autoridades locales (gobierno municipal, juntas parroquiales, empresas privadas, representantes de las compañías petroleras) sobre el rol de la rectoría de la Salud.
- ✓ Control y seguimiento del cumplimiento de los requisitos para ejercer la actividad en Salud.
- ✓ Difundir a todos los funcionarios de la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud y de las unidades operativas el lineamiento del Plan Nacional de Salud.
- ✓ Mejorar la capacidad de gestión para mantener una continuidad en la aplicación de los programas preventivos gratuitos.
- ✓ Realizar monitoreo, evaluación y supervisión trimestral de los programas.
- ✓ Retroalimentar los resultados a las áreas de salud y crear estrategias para el mejoramiento.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/06/03	2015/06/30

- ✓ Promocionar y difundir los planes y programas del MSP
- ✓ Integrar, coordinar, capacitar a los prestadores informales de salud
- ✓ Mejorar la calidad de información estadística que permita contar con indicadores reales de producción
- ✓ Contar con un POA elaborado con la participación de las organizaciones locales

### **Base legal**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, es una entidad legalmente establecida por lo que está sujeta al cumplimiento de leyes y regulaciones en las siguientes instituciones:

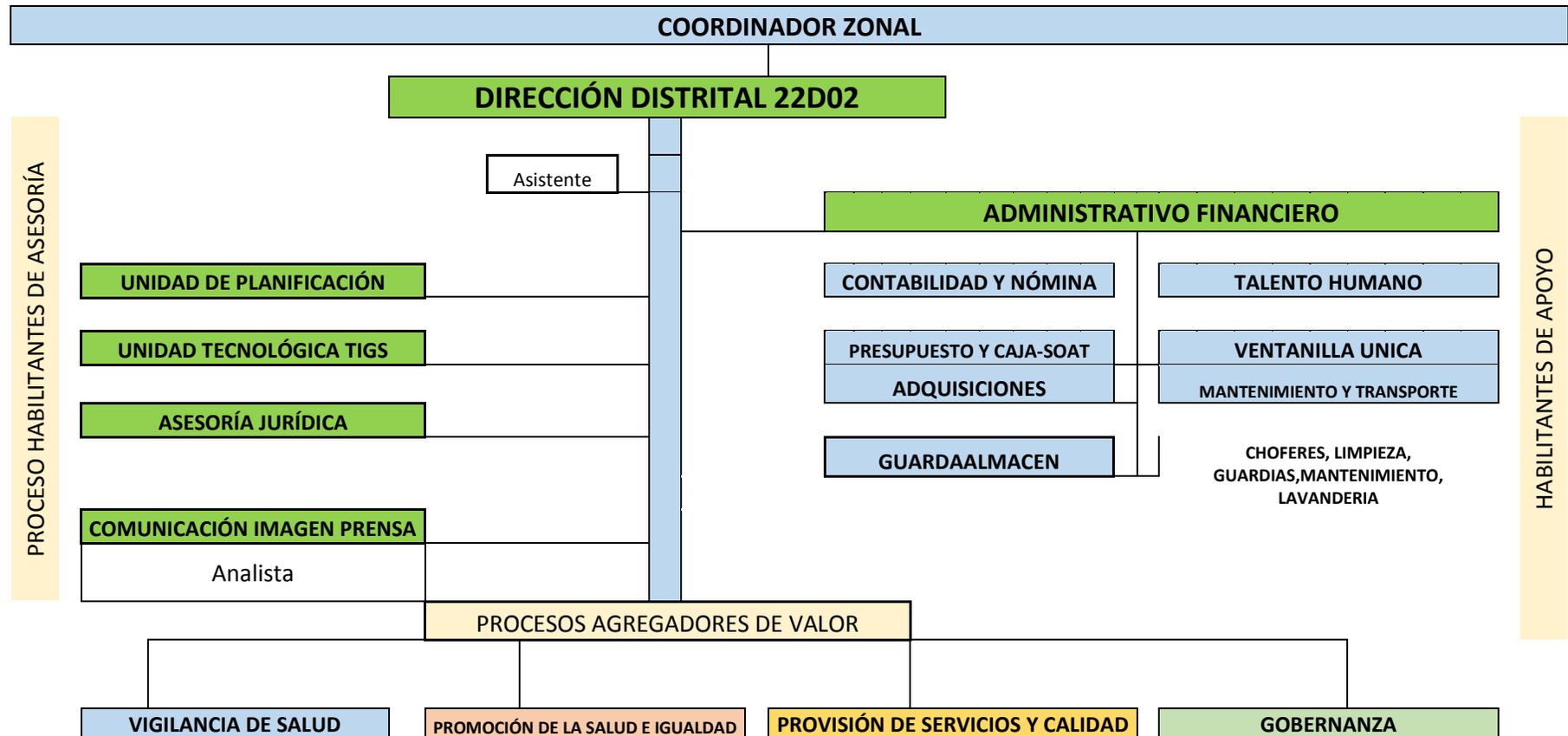
- ✓ Constitución de la República del Ecuador
- ✓ Ley Orgánica de Salud
- ✓ Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública
- ✓ Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- ✓ Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos
- ✓ Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP)
- ✓ Ministerio de Relaciones Laborales Registro Oficial N° 133 y N° 580
- ✓ Código de Trabajo

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

Estructura orgánica

GRÁFICO N°. 14

Estructura orgánica



Fuente: Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos MSP, Mayo 2013

## Hoja de marcas

**Tabla No. 20**  
**Hoja de Marcas**

MARCAS	SIGNIFICADO
@	Notas Aclaratorias
Σ	Sumatoria
√	Revisado o verificado
*	Hallazgo de Auditoría
//	Duplicidad de Funciones
∅	Incumplimiento de la normativa y reglamentos
○	No existe documentación
ç	Expedientes desactualizados
Δ	Inexistencia de manuales
Đ	Documento mal estructurado
~	Falta proceso
Ω	Sustentado con evidencia

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/06/03	2015/06/30

**PROGRAMAS DE AUDITORÍA**

**FASE I**

Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Auditoría de Gestión**

Conocimiento Preliminar

Programa de Auditoría

**Tabla No. 21**

**Programa de Auditoría: Conocimiento Preliminar**

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Realice una Carta a la Directora, con el fin de dar a conocer el inicio de la auditoría y a la vez asignar a una contraparte que coordine y facilite la información pertinente.			
2	Efectúe una visita preliminar con la finalidad de conocer los aspectos generales de la Entidad y observar el desarrollo de las actividades.			
3	Análisis FODA			

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

**FASE II**

Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Auditoría de Gestión**

Planificación

Programa de Auditoría

**Tabla No. 22**  
**Programa de Auditoría: Planificación**

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	<p>Evaluar el Control Interno según componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambiente de Control</li> <li>✓ Valoración del Riesgo</li> <li>✓ Actividades de Control</li> <li>✓ Supervisión y Monitoreo</li> <li>✓ Información y comunicación</li> </ul>			
02	Elaborar la matriz de ponderación de los cuestionarios de control interno y determinar el grado de confianza y riesgo.			
03	Realizar el Informe de Control Interno correspondiente a la Segunda Fase			

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/06/03	2015/06/30

**FASE III**

Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Auditoría de Gestión**

Ejecución

Programa de Auditoría

**Tabla No. 23**  
**Programa de Auditoría: Ejecución**

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Elaborar Cédulas Narrativas			
02	Evaluar los procesos de adquisiciones			
03	Elaborar Cédulas Narrativas			
04	Evaluar los procesos de bienes de larga duración			
05	Evaluar los procesos de Talento Humano			
06	Elaborar las hojas de hallazgos			
07	Aplicar los indicadores de gestión			

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

**FASE IV**

Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Auditoría de Gestión**

Comunicación de Resultados

Programa de Auditoría

**Tabla No. 24**  
**Programa de Auditoría: Comunicación de Resultados**

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Carta de lectura para el Borrador del Informe.			
02	Lectura del Borrador del Informe (acta de los presentes).			
03	Entrega del Informe Final.			

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/06/03	2015/06/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/06/03	2015/06/30

# DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA- LORETO-SALUD

## AUDITORÍA DE GESTIÓN

PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE  
DICIEMBRE DE 2013

ARCHIVO CORRIENTE

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/06/01	2014/04/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/10/30	2015/10/30

## HOJA DE ÍNDICES

**Tabla No. 25**  
**Hoja de Índice**

<b>ARCHIVO CORRIENTE</b>	<b>AC</b>
<b>FASE I</b>	
<b>Conocimiento Preliminar</b>	<b>CP</b>
Programa de Auditoría	AP/CP
Carta a la Directora Distrital	CP 1
Visita Preliminar	CP 2
Análisis FODA	CP 3
Informe de Conocimiento Preliminar	CP 4
<b>FASE II</b>	
<b>Planificación</b>	<b>CI</b>
Análisis, información y documentación	AP/CI
Evaluación de Control Interno	CI
Ponderación de Riesgos	PR
Informe de Control Interno	P1
Memorándum de Planificación	P2
<b>FASE III</b>	
<b>Ejecución de la Auditoría</b>	<b>E</b>
Aplicación de programas	AP/E
Cédulas Narrativas	CN
Evaluación de los procesos de Talento Humano	ETH
Evaluación de los procesos Administrativo-financiero	E1
Indicadores de Gestión	IG
Hoja de Hallazgos	HH
<b>FASE IV</b>	
<b>Comunicación de Resultados</b>	<b>CR</b>
Redacción borrador del informe	
Informe Final de Auditoría de Gestión	
Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha	K.E.J.H
María Carlota Caicedo Guerrero	M.C.C.G
Ley Orgánica de Servicio Público	LOSEP
Artículo	Art.
Ministerio de Relaciones Laborales	MRL
Normas de Control Interno	NCI
Plan Operativo Anual	POA
Unidad Administrativa de Talento Humano	UTH

#### 4.2.1 Fase I: Conocimiento Preliminar

### PROGRAMA DE AUDITORÍA

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE EXAMEN:** Auditoría de Gestión

**PERÍODO:** Por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

**OBJETIVO:** Obtener un conocimiento preliminar de la entidad

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
1	Realice una Carta de Notificación a la Directora, con el fin de dar a conocer el inicio de la auditoría y a la vez asignar a una contraparte que coordine y facilite la información pertinente.	<b>CP 1</b>	K.E.J.H M.C.J.G	2015/07/01
2	Efectúe una visita preliminar con la finalidad de conocer los aspectos generales de la Entidad y observar el desarrollo de las actividades.	<b>CP 2</b>	K.E.J.H M.C.J.G	2015/07/12
3	Análisis FODA	<b>CP 3</b>	K.E.J.H M.C.J.G	2015/07/18

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/07/02	2015/07/30

## CARTA DE NOTIFICACIÓN

Orellana, 26 de mayo de 2015

Magister

Nancy Tito Pilataxi

**DIRECTORA DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD**

Presente.-

De nuestra consideración:

Por intermedio del presente presentamos a usted un cordial saludo y a la vez que nos permitimos hacer referencia a la solicitud presentada en meses pasados para que se nos autorice realizar la AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD POR EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013, misma que fuera aprobada, y en virtud de ello procedemos a informarle que una vez cumplidos los requisitos previos al inicio de este trabajo, se ha planificado iniciar nuestras actividades desde el día 02 de junio de 2015, con una Visita Preliminar a las instalaciones de la Entidad a fin de conocer y dar a conocer a los involucrados el trabajo de auditoría.

Para el efecto solicitamos comedidamente se nos facilite la información detallada a continuación:

- ◆ Planificación estratégica
- ◆ Reglamento de Control Interno
- ◆ Plan de Talento Humano
- ◆ Expedientes actualizados por servidor.
- ◆ Listado de servidores
- ◆ Manual de Clasificación, descripción y valoración de puestos debidamente aprobado

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/07/02	2015/07/30

- ◆ Estados financieros año 2013
- ◆ Listado de indicadores empleados por la Entidad
- ◆ Resultados de evaluación a los servidores
- ◆ Manuales, reglamentos, procedimientos, disposiciones y demás normas en materia de Administración de los servidores.
- ◆ Plan de capacitación de Talento Humano debidamente aprobado
- ◆ Designar una contraparte institucional para coordinar las actividades.

Seguras de contar con su valiosa colaboración, nos despedimos de usted.

Atentamente,

María Carlota Caicedo Guerrero

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha

**C.C. 1500415862**

**C.C. 2200048474**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

## VISITA PRELIMINAR

### Información de la Entidad

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, fue creada fue creada según el Acuerdo Ministerial No.00004521 el 14 de noviembre de 2013, creándose para dar atención a las diferentes comunidades, proveer de medicamentos, insumos médicos, insumos odontológicos e insumos hospitalarios y garantizar a la población el acceso a la salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integradas en un modelo nacional definido sobre la base de necesidades de la población (demanda).

Razón por la cual se tiene como estrategia realizar visitas comunitarias de salud con la finalidad de disminuir las barreras de accesibilidad a los servicios de salud.

- ✓ Ruc: 2260015300001
- ✓ Actividad económica: Servicios de salud
- ✓ Razón social: Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud
- ✓ Representante legal: Mgs. Nancy Tito Pilataxi
- ✓ Domicilio: Orellana, Av. Alejandro Labaka y Atahualpa

### Misión

Desarrollar técnica y gerencialmente la red de servicios de salud de su zona de influencia, para brindar atención de salud integral, de calidad, eficiencia y equidad que permita contribuir al buen vivir de la población.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/07/02	2015/07/30

## Visión

Ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema de Salud, con un modelo referencial que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

## Objetivo general

Cumplir y hacer cumplir los lineamientos políticos del Ministerio de Salud Pública enmarcados dentro del Plan Nacional de Salud y la Constitución política del Ecuador.

## Objetivos específicos

- ✓ Difundir a las autoridades locales (gobierno municipal, juntas parroquiales, empresas privadas, representantes de las compañías petroleras) sobre el rol de la rectoría de la Salud.
- ✓ Control y seguimiento del cumplimiento de los requisitos para ejercer la actividad en Salud.
- ✓ Difundir a todos los funcionarios de la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud y de las unidades operativas el lineamiento del Plan Nacional de Salud.
- ✓ Mejorar la capacidad de gestión para mantener una continuidad en la aplicación de los programas preventivos gratuitos.
- ✓ Realizar monitoreo, evaluación y supervisión trimestral de los programas.
- ✓ Retroalimentar los resultados a las áreas de salud y crear estrategias para el mejoramiento.
- ✓ Promocionar y difundir los planes y programas del MSP
- ✓ Integrar, coordinar, capacitar a los prestadores informales de salud

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

- ✓ Mejorar la calidad de información estadística que permita contar con indicadores reales de producción
- ✓
- ✓ Contar con un POA elaborado con la participación de las organizaciones locales

### **Base legal**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, es una entidad legalmente establecida por lo que está sujeta al cumplimiento de leyes y regulaciones en las siguientes instituciones:

- ✓ Constitución de la República del Ecuador
- ✓ Ley Orgánica de Salud
- ✓ Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública
- ✓ Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- ✓ Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos
- ✓ Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP)
- ✓ Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa
- ✓ Ministerio de Relaciones Laborales Registro Oficial N° 133 y N° 580
- ✓ Código de Trabajo

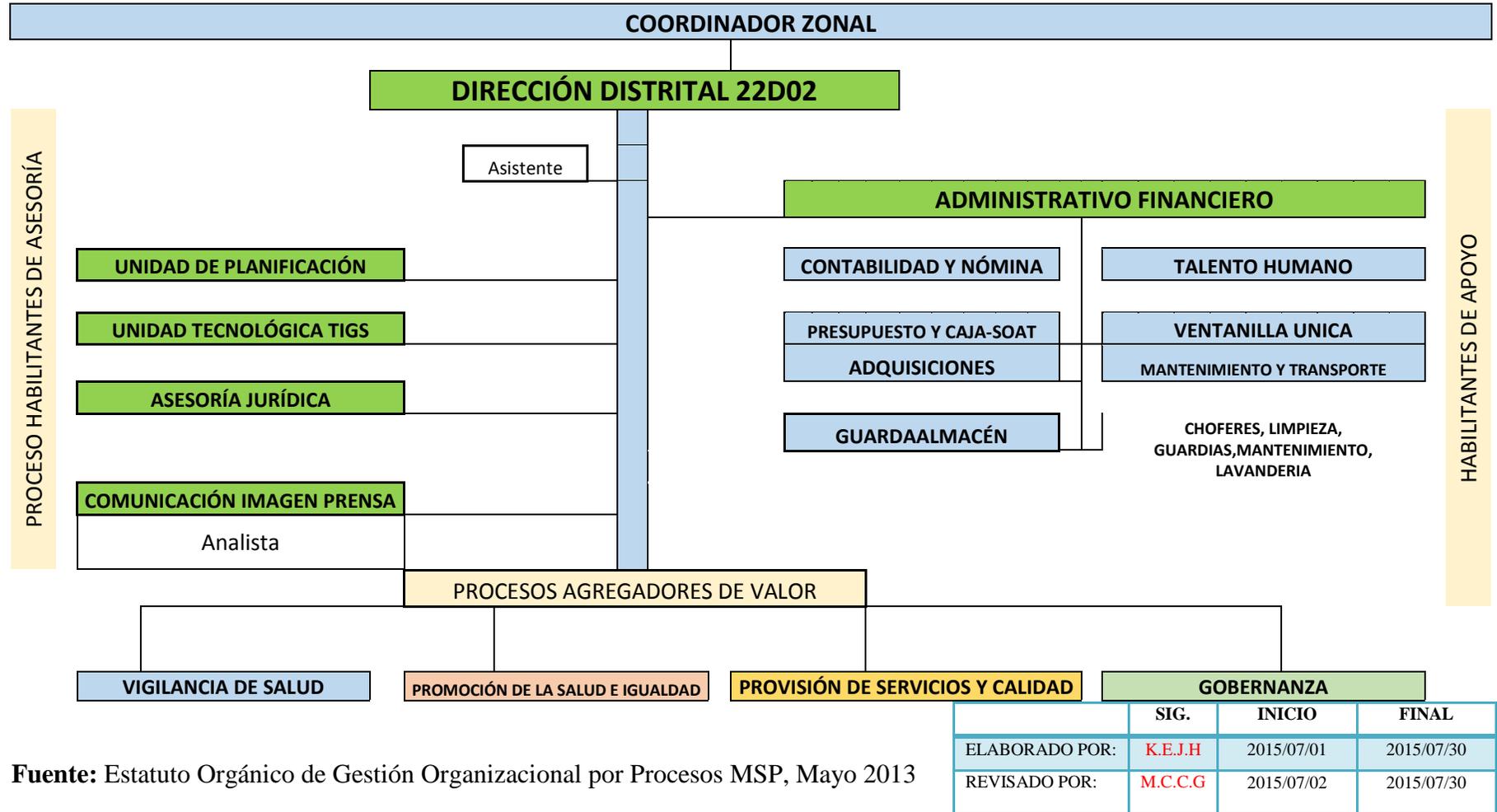
	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

## Servicios que ofrece

- ✓ Vigilancia de la Salud
- ✓ Promoción de la Salud e Igualdad
- ✓ Provisión de servicios y calidad
- ✓ Gobernanza
- ✓ Campañas de Salud

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

Estructura Orgánica



Fuente: Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos MSP, Mayo 2013

**Principales servidores relacionados:**

**Tabla No. 26**  
**Principales servidores relacionados:**

<b>NOMBRES</b>	<b>DIGNIDAD</b>
Mgs. Nancy Tito Pilataxi	DIRECTORA DISTRITAL
Sra. Luz Pugachi	SECRETARÍA
Ing. Tatiana Gutiérrez	ANALISTA DISTRITAL DE TALENTO HUMANO
Sra. Jessica García	ASISTENTE DE TALENTO HUMANO
Ing. Rossmery Guevara	ANALISTA DISTRITAL DE SERVICIOS INSTITUCIONALES, MANTENIMIENTO Y TRANSPORTE
Ing. Aracely Aguilar	ANALISTA DISTRITAL DE ADQUISICIONES
Lic. Mirian Reyes	ANALISTA DISTRITAL ADMINISTRATIVO – FINANCIERO
Ing. Washington Noa	ANALISTA DISTRITAL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTIÓN
Ab. Fernando Alcocer	ASESOR JURÍDICO
Dr. Vinicio Mancheno	PROVISIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD
Dra. Diana Echeverría	VIGILANCIA EN SALUD
Psc. Natalie López	PROMOCIÓN DE LA SALUD E IGUALDAD
Ing. Daniel Calupiña	ANALISTA DISTRITAL DE COMUNICACIÓN IMAGEN Y PRENSA
Ing. Cristian Travez	UNIDAD TECNOLÓGICA TIGS
Abg. Fernando Alcocer	ANALISTA DISTRITAL DE ASESORÍA JURÍDICA
Dr. Rogelio Macías	GOBERNANZA

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

## ANÁLISIS FODA

El análisis FODA es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora.

### Análisis Interno

Para el diagnóstico interno es necesario identificar conocer las fuerzas internas que facilitan el logro de los objetivos institucionales, y las limitaciones que impiden el alcance de las metas de una manera eficiente y efectiva.

- ✓ **Fortalezas.-** Constituyen aquellos factores positivos de la organización, aquellos en los cuales ha conseguido logros y posee ventajas competitivas en relación a otras instituciones similares de la región y del país.
- ✓ **Debilidades.-** Son los atributos internos de la organización que dificultan el éxito. También son consideradas como aquellas desventajas que provocan vulnerabilidad en la organización.

**Tabla No. 27**  
**ANÁLISIS INTERNO**

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clima laboral óptimo.</li> <li>2. Orgánico funcional y estructural.</li> <li>3. Infraestructura física adecuada.</li> <li>4. Disponibilidad de materiales de trabajo.</li> <li>5. Sistema Informático acorde a las necesidades institucionales.</li> <li>6. Equidad de género.</li> <li>7. Trabajo en equipo.</li> <li>8. Transparencia en las actividades económicas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispersión de trámites administrativos ante la falta de un proceso definido.</li> <li>2. Falta de empoderamiento para asumir otras competencias.</li> <li>3. No todos los servidores son capacitados de acuerdo al requerimiento de sus funciones.</li> <li>4. Exceso de personal operativo en ciertas unidades de apoyo a la gestión.</li> <li>5. Alta burocracia y exceso de papeleo.</li> <li>6. Mal uso de los materiales y suministros de oficina.</li> <li>7. Fallas en el sistema informático.</li> <li>8. Duplicidad de actividades y/o procesos.</li> <li>9. Resistencia al cambio.</li> <li>10. Desconocimiento de la Normativa Institucional Interna.</li> </ol>

	<p>11. Inadecuada aplicación del proceso de evaluación del desempeño para el talento humano.</p> <p>12. Personal que labora no sujeto a concursos de méritos y oposición.</p>
<p><b>Fuente:</b> Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud  <b>Elaborado por:</b> Las Autoras</p>	

### Análisis Externo

Para efectuar el diagnóstico externo se debe analizar las condiciones del entorno que pueden beneficiar a la institución. Estas son identificadas como oportunidades; así como las tendencias del contexto que en cualquier momento pueden ser perjudiciales y que constituyen las amenazas.

- ✓ **Oportunidades.-** Eventos, hechos o tendencias del entorno, que están ocurriendo o que pueden ocurrir en el futuro y que facilitan alcanzar los objetivos de la Institución.
- ✓ **Amenazas.-** Eventos, hechos o tendencias del entorno que inhiben, limitan o dificultan el desarrollo operativo de la organización.

**Tabla No. 28**  
**ANÁLISIS EXTERNO**

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liderazgo y capacidad de gestión.</li> <li>2. Existencia de asistentes de oficina sin remuneración. (Practicantes).</li> <li>3. Implementación de políticas Gubernamentales.</li> <li>4. Escala salarial unificada.</li> <li>5. Mayores incentivos por parte del Gobierno para los servidores públicos.</li> <li>6. Entidades públicas que capacitan y actualizan los conocimientos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trámites de otras coordinaciones no son despachadas a tiempo.</li> <li>2. Inestabilidad laboral del personal de contrato (Tensión política).</li> <li>3. Normativa externa cambiante.</li> <li>4. Injerencia política en la contratación de profesionales competitivos.</li> <li>5. Cambios Políticos a Nivel Institucional.</li> <li>6. Ingreso de personal no idóneo.</li> <li>7. Reclamo por parte de usuarios, contratistas y proveedores de bienes y servicios.</li> </ol>
<p><b>Fuente:</b> Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud  <b>Elaborado por:</b> Las Autoras</p>	

## Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades

Esta matriz permite determinar la relación existente entre los factores internos y externos de la empresa, y prioriza los hechos o tendencias más importantes que facilitan el logro de los objetivos institucionales; para ello la ponderación se realizará de acuerdo a lo siguiente:

- ✓ Si la fortaleza tiene relación con la oportunidad = 5
- ✓ Si la fortaleza no tiene relación con la oportunidad = 1
- ✓ Si la fortaleza y la oportunidades tienen mediana relación = 3

**Tabla No. 29**  
**Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades**

F \ O	F1	F2	F3	F4	F5	F6.	F7	F8	TOTAL
<b>O1</b>	3	1	3	5	3	5	5	1	26
<b>O2</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>O3</b>	1	1	1	1	3	5	1	3	16
<b>O4</b>	3	1	1	1	1	3	1	5	16
<b>O5</b>	3	1	1	1	1	3	1	1	12
<b>O6</b>	1	1	1	1	1	1	3	3	12
<b>TOTAL</b>	12	06	08	10	10	18	12	14	90

**Fuente:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Elaborado por:** Las Autoras

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

## Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas

Esta matriz permite determinar la relación entre las variables internas y externas, y prioriza los hechos o tendencias más relevantes que dificultan el desarrollo operativo de las Coordinaciones Administrativa y Financiera; para lo cual la ponderación se realizará de acuerdo a lo siguiente:

- ✓ Si la debilidad tiene relación con la amenaza = 5
- ✓ Si la debilidad no tiene relación con la amenaza = 1
- ✓ Si la debilidad y la amenaza tienen mediana relación = 3

**Tabla No. 30**  
**Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas**

A \ D	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	TOTAL
A1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	16
A2	1	5	3	3	1	1	1	3	1	5	3	5	32
A3	1	1	3	1	1	1	1	1	5	5	1	3	24
A4	1	3	1	3	1	1	1	5	3	1	3	3	26
A5	1	1	1	5	1	1	1	3	3	3	1	5	26
A6	5	5	1	5	1	3	1	5	3	3	1	5	38
A7	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
<b>TOTAL</b>	15	19	11	19	07	09	09	19	17	19	11	23	178

**Fuente:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Elaborado por:** Las Autoras

## Matriz Priorizada

Muestra en resumen los principales factores internos y externos; fortalezas y oportunidades que cooperan al desarrollo en todos los aspectos de las Coordinaciones, así como también las debilidades y amenazas que dificultan el normal desenvolvimiento de actividades.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/07/02	2015/07/30

**Tabla No. 31**  
**Matriz Priorizada FODA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>VARIABLE</b>
<b>FORTALEZAS</b>	
<b>F6</b>	Equidad de género.
<b>F1</b>	Clima Laboral óptimo
<b>F7</b>	Trabajo en equipo.
<b>F8</b>	Transparencia en las actividades económicas.
<b>F5</b>	Sistemas informáticos acorde a las necesidades institucionales.
<b>DEBILIDADES</b>	
<b>D12</b>	Personal que labora no sujeto a concursos de méritos y oposición.
<b>D2</b>	Falta de empoderamiento para asumir otras competencias.
<b>D4</b>	Exceso de personal operativo en ciertas unidades del nivel de apoyo a la gestión.
<b>D8</b>	Duplicidad de actividades y/o procesos.
<b>D10</b>	Desconocimiento de la Normativa Institucional Interna.
<b>OPORTUNIDADES</b>	
<b>O1</b>	Liderazgo y capacidad de gestión.
<b>O3</b>	Implementación de políticas gubernamentales.
<b>O4</b>	Escala salarial unificada.
<b>O5</b>	Mayores incentivos por parte del gobierno para los servidores públicos.
<b>O6</b>	Entidades Públicas que capacitan y actualizan los conocimientos.
<b>AMENAZAS</b>	
<b>A6</b>	Ingreso de personal no idóneo al área Financiera.
<b>A2</b>	Inestabilidad laboral del personal de contrato. ( tensión política)
<b>A4</b>	Injerencia política en la contratación de profesionales competitivos.
<b>A5</b>	Cambios Políticos a Nivel Institucional.
<b>A3</b>	Normativa externa cambiante.

**Fuente:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Elaborado por:** Las Autoras

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

**Matriz de problemas del medio interno**

**Tabla No. 32**  
**Análisis Del Medio Interno – Identificación De Debilidades**

Nº	NUDOS CRÍTICOS/MANIFESTACIONES	CAUSAS	EFFECTOS
01	Personal que labora no se sujetó a concursos de méritos y oposición	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Incumplimiento de las disposiciones legales.</li> <li>◆ No se aplican adecuados procesos para la inclusión de personal.</li> <li>◆ Tendencias políticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Bajos niveles de rendimiento del talento humano.</li> <li>◆ Personal que labora no cumple con las expectativas que esperan los jefes de área.</li> <li>◆ Temor de los empleados por reemplazo de profesionales más capaces y reubicación en otras áreas.</li> </ul>
02	Falta de empoderamiento para asumir otras competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Los servidores no poseen la formación académica y capacitación adecuada para cubrir otras funciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Niveles bajos de rotación de personal</li> <li>◆ Personal no indispensable en ciertas áreas.</li> </ul>
03	Exceso de personal operativo en ciertas unidades del nivel de apoyo a la gestión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Ingreso de personas por compromisos políticos.</li> <li>◆ Mala distribución de carga de trabajo.</li> <li>◆ Falta de control a las actividades que realizan en cada área.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Personal no desempeña actividades acorde a su formación académica.</li> <li>◆ Sobrecarga de trabajo para los departamentos con muy poco personal.</li> <li>◆ Desperdicio de tiempo y recursos económicos.</li> </ul>
04	Duplicidad de actividades y/o procesos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Inadecuada segregación de funciones.</li> <li>◆ No se encuentra bien definido el Manual de Funciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Servidores limitan el desarrollo de actividades.</li> <li>◆ Desconocimiento de las capacidades innatas de los servidores.</li> <li>◆ Poca difusión de las funciones por parte del área de Talento Humano</li> </ul>
05	Desconocimiento de la normativa institucional interna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Falta de sociabilización de la normativa vigente.</li> <li>◆ Inadecuado sistema de comunicación entre áreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Errada aplicación de procedimientos administrativos y financieros.</li> <li>◆ Discrepancia entre las personas que desconocen y aquellas que tienen bien definido la ley.</li> </ul>

**Fuente:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Elaborado por:** Las Autoras

## Matriz de problemas del medio externo

**Tabla No. 33**  
**Análisis Del Medio Externo – Identificación De Amenazas**

Nº	FACTORES CRÍTICOS EXTERNOS/AMENAZAS	CAUSAS	EFFECTOS
01	Ingreso de personal no idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Compromisos políticos</li> <li>◆ La institución no ha definido adecuadamente los procedimientos de contratación establecidos en la Ley.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Retraso en el entendimiento de las actividades y funciones asignadas.</li> <li>◆ Bajos niveles de rendimiento.</li> </ul>
02	Inestabilidad laboral del personal de contrato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tendencia política de empleados a movimientos y partidos que ostentan el poder.</li> <li>◆ Falta de valoración de capacidad de empleados contratados,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Elevado número de empleados sin nombramiento.</li> <li>◆ Inestabilidad de trabajadores de contrato en funciones pre asignadas en su contrato.</li> </ul>
03	Injerencia política al momento de contratar profesionales idóneos y competitivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Poder político de máxima autoridad para elegir y designar a su equipo de trabajo y colaboradores.</li> <li>◆ Escasa intervención de organismos de control público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La institución no puede contar con profesionales competitivos por sus conocimientos y experiencia en las funciones asignadas.</li> <li>◆ Exceso de servidores públicos con deficiente desempeño.</li> </ul>
04	Cambios Políticos a Nivel Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Autoridades culminan su mandato por decisiones políticas y son reemplazados por nuevos directivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cambio de personal técnico especializado.</li> <li>◆ Interrupción de procesos, proyectos y programas.</li> </ul>
05	Normativa externa cambiante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nueva normativa legal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Limitada capacitación de personal de nombramiento para el cumplimiento de nueva normativa legal.</li> <li>◆ Procesos administrativos no acordes con nueva normativa.</li> </ul>

**Fuente:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**Elaborado por:** Las Autoras

#### 4.2.2 Fase II: Planificación de la Auditoría

##### Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**PERÍODO:** Auditoría de gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

**OBJETIVO:** Evaluar y analizar el sistema de control interno por componente y determinar el grado de confiabilidad y riesgo.

**Tabla No. 34**

#### Planificación de la Auditoría

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Evaluar el Control Interno según los componentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambiente de Control</li> <li>✓ Actividades de Control</li> <li>✓ Valoración del Riesgo</li> <li>✓ Información y Comunicación</li> <li>✓ Supervisión y Monitoreo</li> </ul>	CI	K.E.J.H M.C.C.G	2015/08/02
02	Elaborar la matriz de ponderación de los cuestionarios de control interno y determine el grado de confianza y riesgo	PR	K.E.J.H M.C.C.G	2015/08/06
03	Realizar el Informe de Control Interno correspondiente a la Segunda Fase.	ICI	K.E.J.H M.C.C.G	2015/08/24
04	Elaborar Memorándum de Planificación Específica	MP	K.E.J.H M.C.C.G	2015/08/24

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Integridad y valores éticos

**OBJETIVO:** Establecer si existe un entorno favorable para la práctica de valores, conductas y reglas que permitan sensibilizar a los integrantes de la Institución para generar una cultura de control interno que pueda ser difundida y puesta en marcha correctamente.

N <sup>o</sup>	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud posee un Código de Ética para el desarrollo de sus actividades?		0		0		0	* La Entidad no cuenta con un Código de Ética
2	¿El comportamiento del personal de la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud hacia los usuarios está basado en valores humanos, éticos y morales?	1		1		1		
3	¿Se fomentan estrategias direccionadas a fomentar valores éticos entre el personal?	1		1		1		
4	¿Las autoridades de la Dirección Distrital mantienen una comunicación que permita fortalecer los valores éticos entre el personal?	1		1			0	* Si se mantiene una comunicación directa pero con el personal operativo no se ha efectuado este tipo de diálogos
5	¿Existe un mecanismo de control y sanción para aquellos funcionarios que no respetan y cumplen con los valores éticos?	1		1		1		
	<b>TOTAL:Σ</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

ALCANCE: Integridad y Valores Éticos

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>11</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>73%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>27%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>MODERADO</b>

<b>CT</b>	<b>11</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	<b>15</b>		
<b>NC</b>	<b>73,3%</b>	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	<b>26,7%</b>	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Administración Estratégica

**OBJETIVO:** Determinar el sistema de planificación y los indicadores de gestión utilizados para evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficiencia de la gestión institucional.

N <sup>o</sup>	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La Dirección Distrital planifica anualmente sus actividades?	1		1		1		
2	¿El sistema de planificación de la Institución incluye la formulación, ejecución, control, seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas?	1		1			0	* Las etapas de Planificación son desconocidas por parte del personal operativo
3	¿Para desarrollar los planes operativos anuales se toma en consideración la misión y visión institucionales?	1		1		1		
4	¿La institución establece indicadores de gestión que permitan evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficacia de la gestión?		0		0		0	* No se han aplicado los indicadores de gestión
5	¿Se toman los correctivos necesarios y oportunos cuando se detectan fallas en el cumplimiento de los fines y objetivos de la Entidad?	1		1			0	* Existen falencias por parte del personal operativo ya que desconocen ciertos objetivos institucionales
<b>TOTAL:Σ</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**COMPONENTE:** AMBIENTE DE CONTROL

**ALCANCE:** Administración Estratégica

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>10</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>67%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>33%</b>
<b>CALIFICACION DEL RIESGO</b>		<b><u>MODERADO</u></b>

CT	10	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	66,7%	<b>MODERADO</b>	
RI	33,3%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Políticas y Prácticas de Talento Humano

**OBJETIVO:** Establecer políticas y prácticas institucionales que garanticen que la administración del talento humano establezca el desarrollo profesional y asegure la transparencia, eficacia y eficiencia del servicio.

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La Dirección Distrital respeta y aplica las disposiciones legales para la administración del talento humano?	1			0		0	* Dentro del personal operativo y administrativo se desconoce de ciertos parámetros de la administración de talento humano
2	¿Los servidores conocen sobre el subsistema de clasificación de puestos?	1		1			0	* En el área operativa se desconoce sobre este subsistema
3	¿Se evalúa el desempeño de los funcionarios conforme lo establece la normativa legal?	1		1		1		
4	¿La institución aplica un plan de promoción y ascensos para sus funcionarios?		0		0		0	* No cuentan con un Plan de promoción y ascensos del personal
5	¿La carga de trabajo del personal administrativo y directivo es adecuada, según sus respectivas funciones?	1		1		1		
	<b>TOTAL:Σ</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

ALCANCE: Políticas y Prácticas de Talento Humano

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>9</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>60%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>40%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b><u>MODERADO</u></b>

<b>CT</b>	<b>9</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	15		
<b>NC</b>	60,0%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	40,0%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
<b>SUSTANTIVAS</b>	<b>MIXTAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana- Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Estructura Organizativa

**OBJETIVO:** Determinar si la Entidad cuenta con una estructura organizacional que oriente al cumplimiento de la misión y al logro de los objetivos institucionales

Nº	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La Dirección Distrital de Orellana cuenta con una Estructura Organizacional?	1		1		1		
2	¿La estructura organizacional es consistente con el cumplimiento de su misión y los objetivos?	1		1		1		
3	¿La Estructura Organizacional está adecuadamente difundida a través de toda la Entidad?	1			0		0	* En el área administrativa y operativa aún no se tiene claro sobre la nueva estructura implementada
4	¿El organigrama esta complementado con un orgánico funcional actualizado y el mismo se lleva a la práctica?		0		0		0	* No existe un Orgánico Funcional, pero existe un Manual de Funciones desactualizado
5	¿Se encuentran bien definidos los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus empleados?	1		1		1		
<b>TOTAL:Σ</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**COMPONENTE:** AMBIENTE DE CONTROL

**ALCANCE:** Políticas y Prácticas de Talento Humano

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>10</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>67%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>33%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b><u>MODERADO</u></b>

CT	10	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	66,7%	<b>MODERADO</b>	
RI	33,3%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Delegación de Autoridad

**OBJETIVO:** Determinar la existencia de la responsabilidad, delegación de autoridad y el establecimiento de políticas para cumplir con las actividades, objetivos las funciones de la Entidad

N°	PREGUNTAS	DIRECCION DISTRITAL						OBSERVACIONES
		DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existe delegación de funciones?	1		1		1		
2	¿Se toma en cuenta la antigüedad de trabajo de los empleados para delegar responsabilidad y autoridad?	1			0		0	* En ciertos casos es de acuerdo al nivel académico
3	¿Los cargos más altos de la entidad son cubiertos por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	1		1		1		
4	¿La Directora revisa si se está cumpliendo con la función designada a cada departamento?	1		1		1		
5	¿Existe el número adecuado de personal tomando en cuenta la complejidad de las actividades y sistemas que se maneja?	1			0		0	* Para el área administrativa y operativa existe deficiencias de personal por el gran número de actividades asignadas
<b>TOTAL:Σ</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

ALCANCE: Delegación de Autoridad

CALIFICACIÓN TOTAL:	CT=	11
PONDERACIÓN TOTAL:	PT=	15
NIVEL DE CONFIANZA: $NC = CT/PT \times 100$	NC=	73%
NIVEL DE RIESGO INHERENTE: $RI = 100\% - NC\%$	RI=	27%
CALIFICACIÓN DEL RIESGO		<b><u>MODERADO</u></b>

CT	11	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	73,3%	<b>MODERADO</b>	
RI	26,7%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Competencia Profesional

**OBJETIVO:** Determinar si los directivos reconocen como elemento esencial, las competencias profesionales de los empleados, acordes con las funciones y responsabilidades asignadas.

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La institución se preocupa por la formación profesional?	1		1		1		
2	¿El personal cumple con los requisitos del perfil del cargo que desempeña?	1		0		0		
3	¿Ha asistido a capacitaciones que le permitan actualizar sus conocimientos y desarrollar de forma eficiente sus funciones?	1			0	1		* Brindan capacitación pero no a todo el personal
4	¿Tienen deseos de superarse para contribuir con la entidad?	1		1		1		
5	¿Sus habilidades son valoradas en la institución?	1		1		1		
	<b>TOTAL:Σ</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

ALCANCE: Competencia profesional

CALIFICACIÓN TOTAL:	CT=	12
PONDERACIÓN TOTAL:	PT=	15
NIVEL DE CONFIANZA: $NC = CT/PT \times 100$	NC=	80%
NIVEL DE RIESGO INHERENTE: $RI = 100\% - NC\%$	RI=	20%
CALIFICACIÓN DEL RIESGO		<b>MODERADO</b>

CT	12	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	80,0%	ALTO	
RI	20,0%	<i>BAJO</i>	<i>CUMPLIMIENTO</i>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Ambiente de Control

**ALCANCE:** Adhesión a las políticas institucionales

**OBJETIVO:** Determinar si los servidores conocen sobre las políticas institucionales aplicables a sus respectivas áreas de trabajo.

N <sup>o</sup>	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se han establecido políticas institucionales?	1		1		1		
2	¿El personal conoce sobre las políticas establecidas	1			0		0	* En el área administrativa y operativa se desconoce de las políticas de la entidad
3	Existen controles para la adhesión de las políticas?		0		0		0	* No existe ningún tipo de control
	<b>TOTAL:Σ</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

ALCANCE: Adhesión a las políticas institucionales

CALIFICACIÓN TOTAL:	CT=	4
PONDERACIÓN TOTAL:	PT=	9
NIVEL DE CONFIANZA: $NC = CT/PT \times 100$	NC=	44%
NIVEL DE RIESGO INHERENTE: $RI = 100\% - NC\%$	RI=	56%
CALIFICACIÓN DEL RIESGO		<b><u>ALTO</u></b>

CT	4	RIESGO	ENFOQUE
PT	9		
NC	44,4%	<b>BAJO</b>	
RI	55,6%	<b>ALTO</b>	<b>SUSTANTIVO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE :** Actividades de Control

**ALCANCE:** Talento Humano

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la Dirección Distrital, se encuentren bien definidos a fin de que permitan realizar una adecuada valoración de riesgos y proponer actividades de control.

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La entidad cuenta con un plan de Talento Humano?		0		0		0	*La entidad no ha definido un plan de Talento Humano
2	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano dispone de un Manual de Funciones?	1		1		1		*No se ha actualizado desde el 2001
3	¿Para el ingreso y selección al servicio público se consideran los requisitos de Ley?	1			0		0	*Se consideran los requisitos de ley, pero no se aplican todas las disposiciones legales.
4	¿Se ha realizado concursos de mérito y oposición para el personal que se incorpora a la entidad?		0		0		0	*No se ha realizado concursos de méritos y oposición.
5	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano planificó la creación de puestos y fueron aprobados debidamente por el Ministerio de Relaciones Laborales?	1		1		1		
6	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano dispone de un Descriptor de Puestos?		0		0		0	*No existe un descriptor de puestos

7	¿La Directora de la entidad en coordinación con la Unidad Administrativa de Talento Humano promueve el entrenamiento, capacitación y desarrollo profesional del personal?	1			0	1		No se promueve el desarrollo, entrenamiento y capacitación en el Área Administrativas del personal
8	¿El personal de la entidad es evaluado conforme lo determina la Ley?	1		1		1		
9	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano da a conocer a los servidores el objetivo y resultado de la evaluación del desempeño?		0		0		0	El personal evaluado desconoce el objetivo y resultados de la evaluación
10	¿Los servidores que han obtenido calificaciones bajas, son nuevamente evaluados?	1		1		1		No han existido situaciones en donde los servidores hayan obtenido calificaciones bajas.
11	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano mantiene un archivo de los servidores debidamente actualizado?	1		1		1		
12	¿La remuneración de los servidores, se encuentra de acuerdo a la tabla de escala laboral determinada por la Ley?	1		1		1		
	<b>TOTAL: <math>\Sigma</math></b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

ALCANCE: Talento Humano

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>21</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>36</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC=</b> <b>CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>58%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE:</b> <b>RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>42%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b><u>MODERADO</u></b>	

<b>CT</b>	<b>21</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	36		
<b>NC</b>	58,3%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	41,7%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	METAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE :** Evaluación del Riesgo

**ALCANCE:** Objetivos globales de la Entidad

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la Dirección Distrital, se encuentren bien definidos a fin de que permitan realizar una adecuada valoración de riesgos y proponer actividades de control.

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Los objetivos de la Dirección Distrital son claros y permiten el cumplimiento de las metas?		1		1		1	*Los objetivos no son difundidos a todo el personal de la entidad
2	¿Los objetivos se han definido en base a las actividades que realiza la entidad?	1			0		0	*Se han definido de acuerdo a las actividades de la entidad pero son desconocidos por la mayoría de servidores.
3	¿Los encargados de la administración verifican el cumplimiento de los objetivos?	1			0		0	*No se verifica el cumplimiento de los objetivos, cada nuevo año se plantea nuevos objetivos
4	¿La entidad cumple con las leyes y regulaciones establecidas para entidades del sector público?	1		1		1		
5	¿Cuándo los objetivos no son cumplidos conforme a lo esperado, los encargados de la administración toman las debidas precauciones?	1		1			0	*Se toman las debidas precauciones cuando la dificultad es grave.
<b>TOTAL:Σ</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

### COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO

ALCANCE: Objetivos globales de la Entidad

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>10</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC=</b> <b>CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>67%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE:</b> <b>RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>33%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b><u>MODERADO</u></b>	

CT	10	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	66,7%	<i>MODERADO</i>	
RI	33,3%	<i>MODERADO</i>	<i>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</i>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	ADJETIVAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE :** Evaluación del Riesgo

**ALCANCE:** Riesgo

**OBJETIVO:** Medir los posibles impactos y las consecuencia de los riesgos identificados

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se identifican los riesgos dentro de la entidad y son discutidos con la Directora?	1		1		1		
2	¿Los riesgos son clasificados de acuerdo a su nivel de importancia?	1		1			0	
3	¿Los riesgos identificados, en cada departamento implica la intervención de toda la administración?	1		1		1		
4	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para mitigarlos?	1		1		1		
5	¿En caso de existir un riesgo se toma las medidas de precaución para actuar?	1			0		0	*En caso de existir un riesgo desfavorable se toma las debidas medidas pero no se comunica a todo el personal
<b>TOTAL:Σ</b>		<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO

ALCANCE: Riesgos

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>12</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>15</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC=</b> <b>CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>80%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE:</b> <b>RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>20%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>BAJO</b>	

<b>CT</b>	<b>12</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	15		
<b>NC</b>	80,0%	ALTO	
<b>RI</b>	20,0%	<b>BAJO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
<b>SUSTANTIVAS</b>	<b>MIXTAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**COMPONENTE :** Evaluación del Riesgo

**ALCANCE:** Manejo del cambio

**OBJETIVO:** Verificar si los procedimientos internos son adecuados, mejoran el control y se adaptan a las necesidades de la entidad

Nº	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se mantienen actualizados los procedimientos y base legal a las que se rige la entidad?	1		1		1		
2	¿Existen controles que aseguren que las acciones de la Dirección se lleven a cabo correctamente?	1		1		1		
3	¿Se le comunica al personal sobre los posibles riesgos que pueden afectar a la Dirección Distrital?	1		1			0	*Se comunica solo al personal que le puede correr riesgos graves
4	¿El personal de la entidad está en la capacidad de reaccionar frente a los riesgos?	1		1		1		
5	¿Existe algún mecanismo para anticiparse a los cambios que pueden afectar Dirección Distrital	1			0		0	*La entidad no ha diseñado mecanismos para poder anticiparse a posibles cambios
	<b>TOTAL: Σ</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

### COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO

ALCANCE: Manejo del Cambio

CALIFICACIÓN TOTAL:	CT=	12
PONDERACIÓN TOTAL:	PT=	15
NIVEL DE CONFIANZA: $NC = CT/PT \times 100$	NC=	80%
NIVEL DE RIESGO INHERENTE: $RI = 100\% - NC\%$	RI=	20%
CALIFICACIÓN DEL RIESGO	BAJO	

CT	12	RIESGO	ENFOQUE
PT	15		
NC	80,0%	ALTO	
RI	20,0%	<b>BAJO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE :** Información y Comunicación

**ALCANCE:** Información

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, se encuentren bien definidos a fin de que permitan realizar una adecuada valoración de riesgos y proponer actividades de control.

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La información obtenida por la entidad es recopilada mediante sistemas de información?	1		1		1		
2	¿La información generada por las unidades administrativas y operativas es procesada y comunicada oportunamente?	1		1		1		
3	¿El sistema de información implementado por la entidad permite realizar actualizaciones?	1		1		1		
	<b>TOTAL:Σ</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**COMPONENTE:** Información y Comunicación

**ALCANCE:** Información

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>9</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>9</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>100%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>0%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>BAJO</b>	

CT	9	RIESGO	ENFOQUE
PT	9		
NC	100,0%	ALTO	
RI	0,0%	<b>BAJO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
<b>SUSTANTIVAS</b>	<b>MIXTAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE :** Información y Comunicación

**ALCANCE:** Comunicación

**OBJETIVO:** Medir los posibles impactos y las consecuencia de los riesgos identificados

N <sup>o</sup>	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La información recibida por los servidores públicos es recibida con claridad y efectividad?	1		1		1		
2	¿Existen canales abiertos de comunicación en la entidad?	1		1		1		
3	¿Los aspectos relevantes del control interno son comunicados a los servidores de la entidad?	1			0		0	*Son comunicados pero no se ha difundido a todo el personal de la entidad
	<b>TOTAL: Σ</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**COMPONENTE:** Información y Comunicación

**ALCANCE:** Comunicación

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>7</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>9</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>78%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>22%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>BAJO</b>	

<b>CT</b>	<b>7</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	<b>9</b>		
<b>NC</b>	<b>77,8%</b>	<b>ALTO</b>	
<b>RI</b>	<b>22,2%</b>	<b>BAJO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>

<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
<b>SUSTANTIVAS</b>	<b>MIXTAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
<b>NIVEL DE RIESGO (100-NC)</b>		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

## CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02

Orellana-Loreto-Salud

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

**COMPONENTE:** Supervisión y Monitoreo

**ALCANCE:** Actividades de Monitoreo

**OBJETIVO:** Determinar la efectividad del control interno sobre las actividades y operaciones diarias de la entidad

N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El desempeño del personal es supervisado a través de las actividades regulares que desempeñan?	1		1		1		
2	¿Se realiza el control del personal a través de los registros físicos existentes?	1		1		1		
3	¿En la entidad se han realizado auditorías de gestión externas?		0		0		0	* No se ha realizado este tipo de auditoría
	<b>TOTAL:</b>	2	0	2	0	2	0	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/02	2015/08/30

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**COMPONENTE:** Supervisión y Monitoreo

**ALCANCE:** Actividades de Monitoreo

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>6</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>9</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>67%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>33%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b><u>MODERADO</u></b>

<b>CT</b>	<b>6</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	9		
<b>NC</b>	66,7%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	33,3%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
ALTO	MODERADO	BAJO
SCI NO CONFIABLE	SCI CONFIABLE	SCI EFECTIVO
SUSTANTIVAS	MIXTAS	CUMPLIMIENTO
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/01	2015/08/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/02	2015/08/30

**AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL**

N°	PREGUNTAS	POND.	CALIFICACIÓN	
			SI	NO
1	¿La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, posee un Código de Ética para el desarrollo de sus actividades?	3	0	3
2	¿El comportamiento del personal de la Dirección Distrital hacia los usuarios está basado en valores humanos, éticos y morales?	3	3	0
3	¿Se fomentan estrategias direccionadas a fomentar valores éticos entre el personal?	3	3	0
4	¿Las autoridades de la Dirección Distrital mantienen una comunicación que permita fortalecer los valores éticos entre el personal?	3	2	1
5	¿Existe un mecanismo de control y sanción para aquellos funcionarios que no respetan y cumplen con los valores éticos?	3	3	0
6	¿La Dirección Distrital planifica anualmente sus actividades?	3	3	0
7	¿El sistema de planificación de la Institución incluye la formulación, ejecución, control, seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas?	3	2	1
8	¿Para desarrollar los planes operativos anuales se toma en consideración la misión y visión institucionales?	3	3	0
9	¿La institución establece indicadores de gestión que permitan evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficacia de la gestión?	3	0	3
10	¿Se toman los correctivos necesarios y oportunos cuando se detectan fallas en el cumplimiento de los fines y objetivos de la Entidad?	3	2	1
11	¿La Dirección Distrital respeta y aplica las disposiciones legales para la administración del talento humano?	3	1	2
12	¿Los servidores conocen sobre el subsistema de clasificación de puestos?	3	2	1
13	¿Se evalúa el desempeño de los funcionarios conforme lo establece la normativa legal?	3	3	0
14	¿La institución aplica un plan de promoción y ascensos para sus funcionarios?	3	0	3
15	¿La carga de trabajo del personal administrativo y directivo es adecuada, según sus respectivas funciones?	3	3	0
16	¿La Dirección Distrital cuenta con una Estructura Organizacional?	3	3	0
17	¿La estructura organizacional es consistente con el cumplimiento de su misión y los objetivos?	3	3	0
18	¿La Estructura Organizacional está adecuadamente difundida a través de toda la Entidad?	3	1	2

19	¿El organigrama esta complementado con un orgánico funcional actualizado y el mismo se lleva a la práctica?	3	0	3
20	¿Se encuentran bien definidos los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus empleados?	3	3	0
21	¿Existe delegación de funciones?	3	3	0
22	¿Se toma en cuenta la antigüedad de trabajo de los empleados para delegar responsabilidad y autoridad?	3	1	2
23	¿Los cargos más altos de la entidad son cubiertos por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	3	3	0
24	¿El director revisa si se está cumpliendo con la función designada a cada departamento?	3	3	0
25	¿Existe el número adecuado de personal tomando en cuenta la complejidad de las actividades y sistemas que se maneja?	3	1	2
26	¿La institución se preocupa por la formación profesional?	3	3	0
27	¿El personal cumple con los requisitos del perfil del cargo que desempeña?	3	3	0
28	¿Ha asistido a capacitaciones que le permitan actualizar sus conocimientos y desarrollar de forma eficiente sus funciones?	3	2	1
29	¿Tienen deseos de superarse para contribuir con la entidad?	3	3	0
30	¿Sus habilidades son valoradas en la institución?	3	3	0
31	¿Se han establecido políticas institucionales?	3	3	0
32	¿El personal conoce sobre las políticas establecidas	3	1	2
33	Existen controles para la adhesión de las políticas?	3	0	3
	<b>TOTAL AMBIENTE DE CONTROL</b>	<b>99</b>	<b>69</b>	<b>30</b>
<b>COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO</b>				
34	¿Los objetivos de la Dirección Distrital son claros y permiten el cumplimiento de las metas?	3	3	0
35	¿Los objetivos se han definido en base a las actividades que realiza la entidad?	3	1	2
36	¿Los encargados de la administración verifican el cumplimiento de los objetivos?	3	1	2
37	¿La entidad cumple con las leyes y regulaciones establecidas para entidades del sector público?	3	3	0
38	¿Cuándo los objetivos no son cumplido conforme a lo esperado, los encargados de la administración toman las debidas precauciones?	3	2	1
39	¿Se identifican los riesgos dentro de la entidad y son discutidos con la Directora?	3	3	0
40	¿Los riesgos son clasificados de acuerdo a su nivel de importancia?	3	2	1
41	¿Los riesgos identificados, en cada departamento implica la intervención de toda la administración?	3	3	0
42	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para mitigarlos?	3	3	0
43	¿En caso de existir un riesgo se toma las medidas de precaución para actuar?	3	1	2

44	¿Se mantienen actualizados los procedimientos y base legal a las que se rige la entidad?	3	1	2
45	¿Existen controles que aseguren que las acciones de la Dirección se lleven a cabo correctamente?.	3	3	0
46	¿Se le comunica al personal sobre los posibles riesgos que pueden afectar a la Dirección de Salud?	3	2	1
47	¿El personal de la entidad está en la capacidad de reaccionar frente a los riesgos?	3	3	0
48	¿Existe algún mecanismo para anticiparse a los cambios que pueden afectar a la entidad?	3	1	2
<b>TOTAL EVALUACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>45</b>	<b>32</b>	<b>13</b>
<b>COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL</b>				
49	¿La entidad cuenta con un plan de Talento Humano?	3	0	3
50	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano dispone de un Manual de Funciones?	3	3	0
51	¿Para el ingreso y selección al servicio público se consideran los requisitos de Ley?	3	1	2
52	¿Se ha realizado concursos de mérito y oposición para el personal que se incorpora a la entidad?	3	0	3
53	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano planificó la creación de puestos y fueron aprobados debidamente por el Ministerio de Relaciones Laborales?	3	3	2
54	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano dispone de un Descriptor de Puestos?	3	0	3
55	¿La Directora de la entidad en coordinación con la Unidad Administrativa de Talento Humano promueve el entrenamiento, capacitación y desarrollo profesional del personal?	3	2	1
56	¿El personal de la entidad es evaluado conforme lo determina la Ley?	3	3	0
57	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano da a conocer a los servidores el objetivo y resultado de la evaluación del desempeño?	3	0	3
58	¿Los servidores que han obtenido calificaciones bajas, son nuevamente evaluados?	3	3	0
59	¿La Unidad Administrativa de Talento Humano mantiene un archivo de los servidores debidamente actualizado?	3	3	0
60	¿La remuneración de los servidores, se encuentra de acuerdo a la tabla de escala laboral determinada por la Ley?	3	3	0
<b>TOTAL ACTIVIDADES DE CONTROL</b>		<b>36</b>	<b>21</b>	<b>17</b>
<b>COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>				
61	¿La información obtenida por la entidad es recopilada mediante sistemas de información?	3	3	0
62	¿La información generada por las unidades administrativas y operativas es procesada y comunicada oportunamente?	3	3	0

63	¿El sistema de información implementado por la entidad permite realizar actualizaciones?	3	3	0
64	¿La información recibida por los servidores públicos es recibida con claridad y efectividad?	3	3	0
65	¿Existen canales abiertos de comunicación en la entidad?	3	3	0
66	¿Los aspectos relevantes del control interno son comunicados a los servidores de la entidad?	3	1	2
<b>TOTAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		<b>18</b>	<b>16</b>	<b>2</b>
<b>COMPONENTE: SUPERVISIÓN Y MONITOREO</b>				
67	¿El desempeño del personal es supervisado a través de las actividades regulares que desempeñan?	3	3	0
68	¿Se realiza el control del personal a través de los registros físicos existentes?	3	1	2
69	¿En la entidad se han realizado auditorías de gestión externas?	3	0	3
<b>TOTAL SUPERVISIÓN Y MONITOREO</b>		<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	CT=	<b>142</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	PT=	<b>207</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	NC=	<b>69%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	RI=	<b>31%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>MODERADO</b>

<b>PONDERACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA:</b>	BAJA 1	MODERADA 2	ALTA 3
--	-----------	---------------	-----------

**Nota.-** La ponderación del nivel de confianza se aplica a las respuestas afirmativas, en relación al nivel de importancia de la afirmación. En las respuestas negativas se dará una valoración de cero.

<b>CT</b>	<b>142</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	207		
<b>NC</b>	69%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	31%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</b>

NIVEL DE CONFIANZA		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>SCI NO CONFIABLE</b>	<b>SCI CONFIABLE</b>	<b>SCI EFECTIVO</b>
<b>SUSTANTIVAS</b>	<b>MIXTAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/07/01	2015/07/30
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/07/02	2015/07/30

## INFORME DE CONTROL INTERNO

Orellana, 24 de agosto de 2015

Magister

Nancy Tito Pilataxi

**DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD**

Presente

De nuestra consideración:

De conformidad con la planificación establecida para realizar una Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, para el período 01 de enero al 31 de Diciembre de 2013, se ha procedido a efectuar la evaluación del control interno con cada uno de sus componentes, cuyos resultados obtenidos ponemos a su consideración:

### **Ambiente de control**

En la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud no existe un Código de Ética, formalmente establecido y difundido entre los servidores y además no se les ha dado capacitación sobre integridad y valores éticos.

No se han establecido indicadores de gestión que permitan evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficiencia de la gestión.

No se han implementado políticas y prácticas que aseguren una apropiada planificación y administración del talento humano.

La nueva estructura presentada por el Ministerio de Salud, de conformidad con lo que establece la Ley Orgánica de Salud y el estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública no se ha difundido entre los servidores, por tanto desconocen la existencia y ejecución de la misma.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/24	2015/08/24

Los funcionarios de la Dirección Distrital no mantienen un nivel de competencia que asegure una actuación ordenada, eficaz y eficiente en el desempeño de sus funciones, debido a que para contratarlos o ubicarlos en los diferentes cargos no se aplican procesos de contratación y ascensos así como lo establece la Ley Orgánica de Servicio Público LOSEP.

## RECOMENDACIONES

### A la Directora Distrital

1. Deberá diseñarse e implementarse un Código de Ética acorde a los objetivos institucionales, el cual debe ser difundido entre todo el personal que labora en la Entidad previa una capacitación mediante seminarios, talleres, charlas o conferencias que difundan los principios y valores éticos institucionales al menos una vez al año, para que formen parte del comportamiento y conducta diaria de los servidores.
2. La administración deberá preocuparse difundir la nueva Estructura Organizacional por Procesos a cada uno de los servidores indicándoles las responsabilidades, acciones, cargos, niveles jerárquicos y funciones asignadas.
3. Debe considerarse una lista de indicadores de gestión según las necesidades de la institución, los cuales permitirán determinar el grado de cumplimiento de los fines y objetivos institucionales; además de establecer los resultados de lo planificado y lo ejecutado con relación al presupuesto.

### Al Analista de Talento Humano

4. Es necesario tomar en consideración y aplicar el marco legal que regula las relaciones laborales, Ley Orgánica de Servicio Público, Normas de Control Interno para las entidades del Sector Público, resoluciones, políticas y prácticas de recursos humanos (capacitación y

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/24	2015/08/24

entrenamiento, evaluaciones del desempeño laboral, incentivos al personal, promociones y ascensos, rotación de personal etc.) y demás normativa institucional interna.

5. Para aquellos casos en que sea necesario reemplazar en sus funciones a determinados servidores, ya sea por casos de enfermedad o vacaciones debe tenerse un banco de datos de los funcionarios que estén capacitados para reemplazarlos adecuadamente, de tal manera que no se afecte al desarrollo de las actividades institucionales.

6. Deberá inspeccionar el trabajo en aquellos procesos y subprocesos que tengan exceso de personal; especificar los niveles de competencias necesarios para los distintos puestos y diseñar programas de capacitación para mantener los niveles de competencia requeridos.

### **Evaluación del riesgo**

La Dirección Distrital no ha realizado la difusión respectiva de los objetivos institucionales, por ende los servidores desconocen y existe el incumplimiento de los mismos.

No se ha efectuado un análisis de los riesgos, no se los clasifica de acuerdo a su importancia, no se toman acciones de mitigación y no se involucra a todos los coordinadores para proponer medidas de precaución en el caso de que ocurra.

Los servidores conocen tan solo aquellos riesgos que puedan afectar a su respectivo proceso, motivo por el cual no se encuentran preparados para reaccionar ante riesgos graves que se pueden suscitarse en la institución.

### **Recomendaciones**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/24	2015/08/24

### **A la Directora Distrital**

7. Rediseñar el objetivo general y los objetivos específicos de la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, a partir de la nueva estructura organizacional; los cuales deben ser difundidos a todos los funcionarios de la Institución.

### **Al Analista de Talento Humano**

8. Debe identificar y analizar los factores internos y externos que pueden representar un riesgo para la institución, considerando su relevancia para relacionarlos con las actividades de los puestos a fin de mitigarlos.

9. Debe establecer difundir al personal de la Institución la planeación de la administración de riesgos, y comunicar su adaptación frente a los cambios; mediante reuniones periódicas en las que se comunicará a todo los servidores el análisis de posibles riesgos en los que se puede incurrir y proponer dentro del plan operativo anual la asignación de recursos para efectuar actividades y medidas determinadas que permitan disminuir riesgos.

### **Actividades de control**

No se ha definido un plan de talento humano.

La institución no dispone de un manual de clasificación de puestos.

No se aplican procedimientos de selección del personal.

No se realizan concurso de méritos y oposición para el ingreso al servicio público y ascensos.

No existe rotación del personal en todas las áreas.

No se ha establecido procedimientos para presentar quejas y reclamos.

### **Recomendaciones**

#### **Al Analista de Talento Humano**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/24	2015/08/24

10. Deberá definirse un Plan de talento humano y difundirlo a todos los servidores de la institución.

11. Es necesario formular y revisar periódicamente un Manual de Clasificación de puestos que contenga la descripción de las tareas, las responsabilidades, el análisis de las competencias, los requisitos de todos los puestos y los niveles de remuneración.

12. Para la selección y contratación de nuevo personal deberá efectuarse concursos de méritos y oposición, considerando para ello las disposiciones legales, lo cual garantiza a los aspirantes su participación sin discriminación alguna. Igualmente para los ascensos se deberá evaluar la eficiencia de los servidores; los años de servicio, la experiencia, el grado académico y el rendimiento en sus funciones; además de que deberá cumplir con los requisitos establecidos para el puesto.

13. Debe implementarse la política de rotación de los servidores en los diferentes puestos de trabajo, para ampliar sus conocimientos y experiencias, organizando esta rotación en base a criterios técnicos y en áreas similares a las que regularmente labora para no afectar la operatividad interna de la entidad.

14. A fin de conocer y evaluar el ambiente interno de la Entidad deberán aplicarse procedimientos de quejas, para receptar y solucionar los problemas generados.

### **Supervisión o monitoreo**

Las recomendaciones y observaciones emitidas por la Contraloría General del Estado son difundidas únicamente en las unidades que se deben emprender acciones urgentes.

Los hallazgos de deficiencias solamente son comunicados a las autoridades cuando las debilidades son graves.

### **Recomendaciones**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/24	2015/08/24

## A la Directora Distrital

15. Deben establecerse procedimientos de seguimiento y evaluación del funcionamiento de los diversos controles, para determinar la calidad del control interno y aplicar las modificaciones que sean pertinentes y estos puedan ser difundidos y ejecutados por el personal.

16. Se debe monitorear de manera continua las operaciones y adoptar de inmediato las medidas correctivas y recomendaciones que ayudarán a mejorar la gestión administrativa de la institución.

Es todo lo que podemos informar para los fines pertinentes,

Atentamente,

María Carlota Caicedo Guerrero  
C.C. 1500415862

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha  
C.C. 2200048474

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/24	2015/08/24

## MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN

**Entidad:** DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD.

**Período:** Del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013

### a) REQUERIMIENTO DE LA AUDITORÍA

Memorando de Antecedentes

Informe de Auditoría

### b) EQUIPO DE AUDITORÍA

María Carlota Caicedo Guerrero

Estudiante de Contabilidad y Auditoría

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha

Estudiante de Contabilidad y Auditoría

### c) DÍAS ESTIMADOS PARA EL DESARROLLO

FASE I	Conocimiento Preliminar	3 semanas
FASE II	Planificación de la Auditoría	2 semanas
FASE III	Ejecución de la Auditoría	6 semanas
FASE IV	Informe de Resultados	1 semana

### d) ENFOQUE DE LA AUDITORÍA

Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, con la finalidad de detectar desviaciones e identificar posibles acciones correctivas.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/24	2015/08/24

## e) OBJETIVOS

### Objetivo General:

Realizar la Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud con el fin de verificar la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentos.

### Objetivos específicos:

- ✓ Verificar el cumplimiento de la normativa general e interna para la administración de la Entidad.
- ✓ Evaluar los procesos de Talento Humano: Planificación, Reclutamiento y Selección, organización, evaluaciones y capacitaciones.
- ✓ Evaluar los procesos Administrativos-Financieros: Adquisiciones y bienes de larga duración.
- ✓ Evaluación del Desempeño mediante indicadores.

## f) ALCANCE

La Auditoría de Gestión será aplicada a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, a los procesos de Talento Humano, Administrativo y Financiero, por el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

## g) TRABAJO A REALIZAR EN LA FASE DE EJECUCIÓN

- ✓ Evaluar los procesos de Talento Humano: Planificación, Reclutamiento y Selección, organización, evaluaciones y capacitaciones.
- ✓ Evaluar los procesos administrativos-financieros: Adquisiciones y bienes de larga duración.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/08/24	2015/08/24

- ✓ Aplicar los indicadores de gestión para medir la utilización de los recursos de manera eficiente, eficaz y económica.
- ✓ Elaborar hojas de los hallazgos detectados durante la fase de ejecución de la auditoría.
- ✓ Emitir el informe final.

#### **h) INDICADORES UTILIZADOS**

- ✓ Indicador de eficiencia
- ✓ Indicador de eficacia

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/08/24	2015/08/24
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/08/24	2015/08/24

#### 4.2.3 Fase III: Ejecución de la Auditoría

##### Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

**PERIODO:** Auditoría de gestión por el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2013.

**OBJETIVO:** Evaluar los procesos utilizados, determinando los hallazgos sustentados con evidencia y emitir el informe con las conclusiones y recomendaciones respectivas

**Tabla No. 35**

##### Ejecución de la Auditoría

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Elaborar Cédulas Narrativas	CN1	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/02
02	Evaluar los procesos de adquisiciones	E1	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/15
03	Elaborar Cédulas Narrativas	CN2	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/15
04	Evaluar los procesos de bienes de larga duración	E2	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/15
05	Evaluar los procesos de Talento Humano	ETH	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/15
06	Elaborar las hojas de hallazgos	HH	K.E.J.H M.C.C.G	2015/10/27
07	Aplicar los indicadores de gestión	IG	K.E.J.H M.C.C.G	2015/11/27

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

**AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02**  
**ORELLANA-LORETO SALUD**

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIONES POR ÍNFIMA CUANTÍA**

**CÉDULA NARRATIVA**

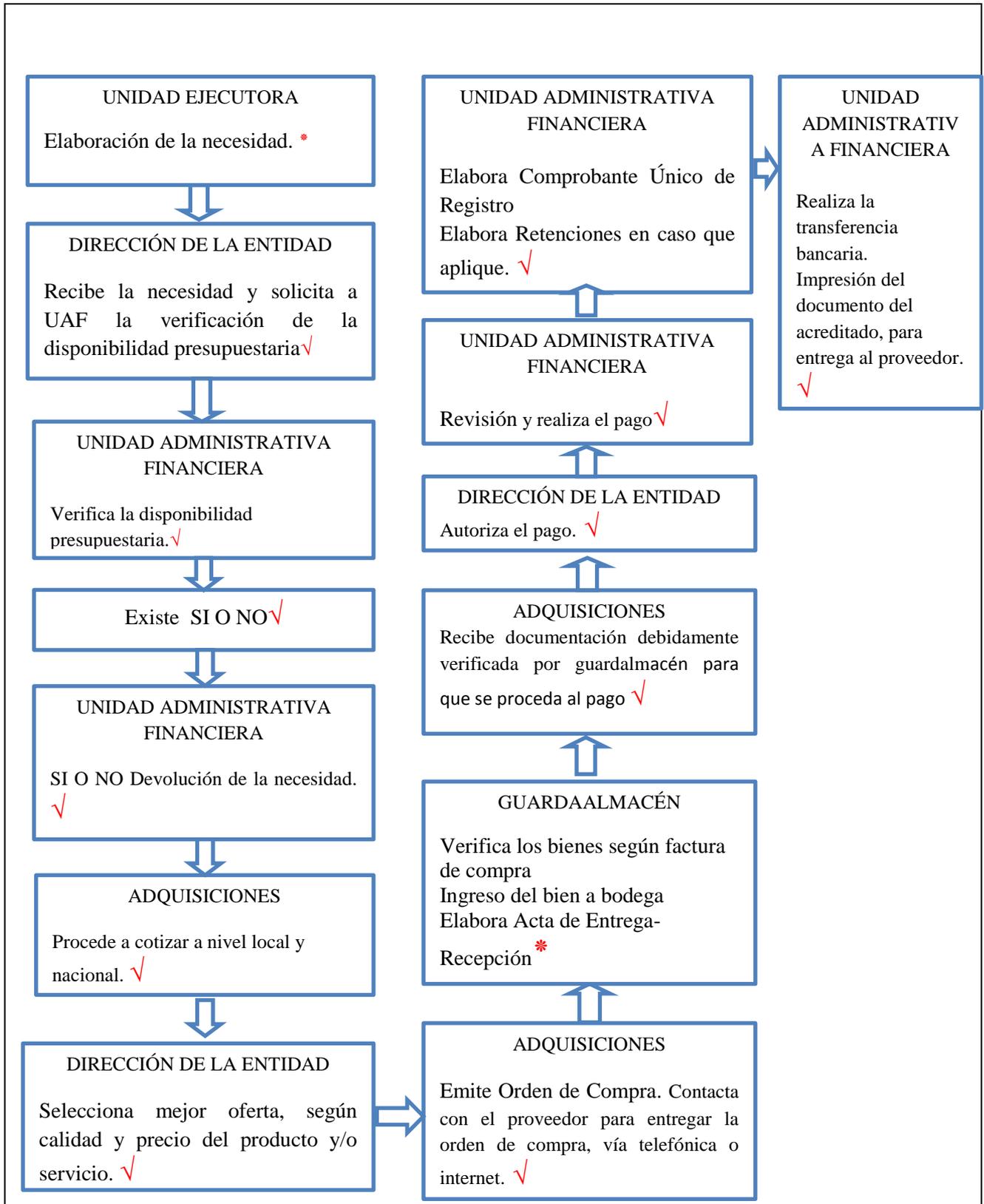
**PERIODO: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

Para el sub proceso de Adquisiciones se debe realizar las contrataciones de acuerdo a la ley pero en la Dirección Distrital hay profesionales o analistas de los procesos que las necesidades no pasan a tiempo por lo que se dificulta en los trámites y no se puede realizar un trabajo eficiente de acuerdo a lo establecido.

Por lo que todos los procesos y subprocesos deben de pasar las necesidades a tiempo para que la unidad de adquisiciones en los tiempos programados puedan ejecutarse los trámites legalmente y poder tener un grado de efectividad.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

**PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIONES POR ÍNFIMA CUANTÍA**



	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02

### ORELLANA-LORETO SALUD

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE BIENES DE LARGA DURACIÓN

#### CÉDULA NARRATIVA

PERIODO: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013

En los bienes de larga duración se debe realizar la constatación de acuerdo a la ley iniciando la realización de las actas entrega recepción pero hay bienes que entregan directamente a las unidades de salud sin el procedimiento reglamentario que debe de realizarse como es el ingreso de los bienes a bodega para proceder con los trámites pertinentes.

Por tal razón se debe reglamentar que todos los bienes de larga duración se regulen a los lineamientos dispuestos de la contraloría general del estado.

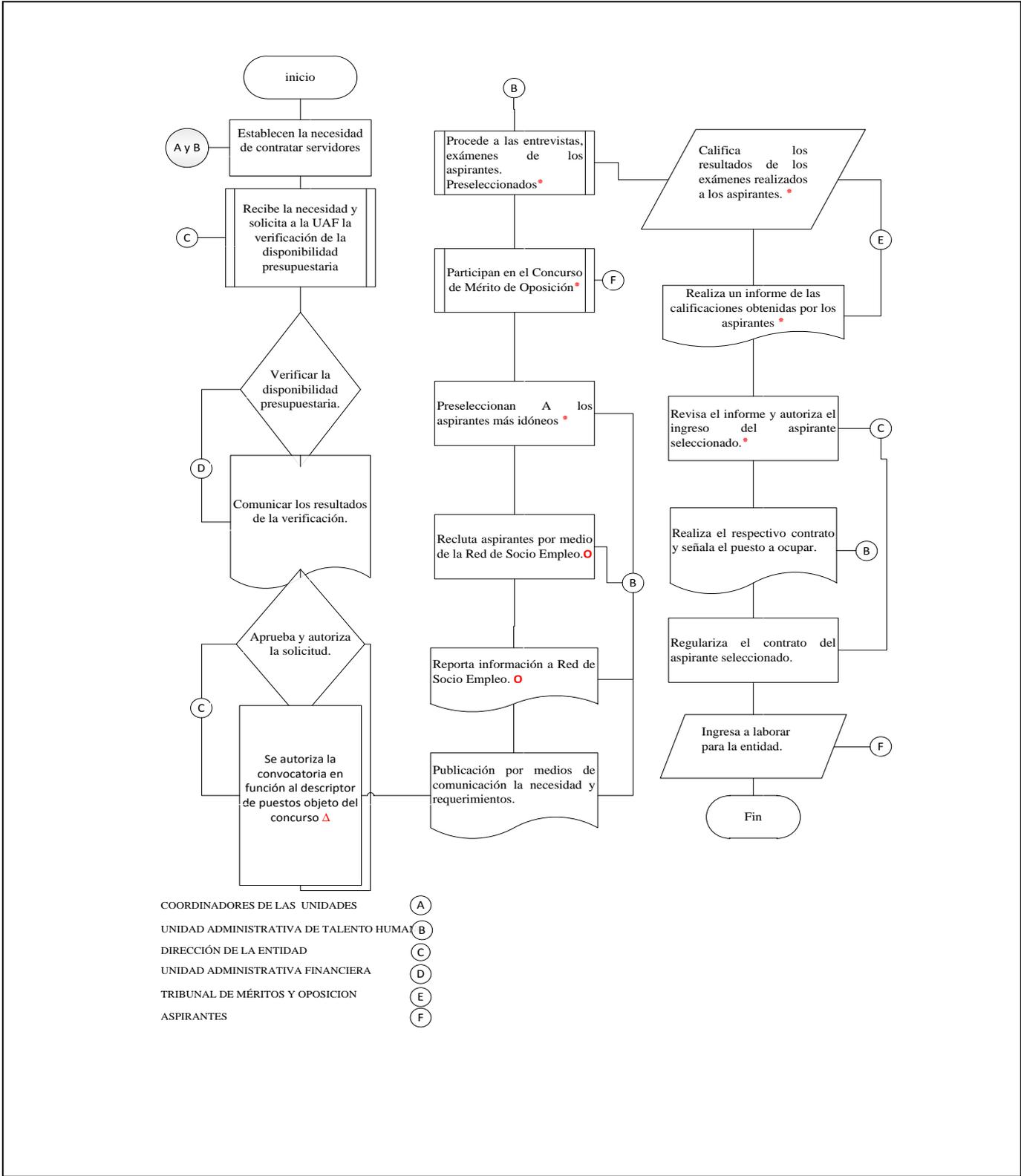
	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE BIENES DE LARGA DURACIÓN

1. El Analista de Bienes y Bodega recibe los bienes conjuntamente con un servidor (a) involucrado en el tipo de bien, verificando que las características estén acorde a los requerimientos de la Institución.
2. El Analista de Bienes y Bodega firma el acta entrega de bienes recibidos conjuntamente con un servidor (a) involucrado en el tipo de bien y el proveedor.
3. El Analista de Bienes y Bodega realiza el ingreso de los bienes en el sistema contable financiero Fénix, en el módulo de Activos Fijos, con la codificación e identificación individual de los bienes de larga duración y bienes sujetos a control.
4. El Analista de Bienes y Bodega procede a la organización, almacenamiento y etiquetación de los bienes y se los ubica físicamente en la bodega de la Institución.
5. El Analista de Bienes y Bodega en base a los requerimientos de las diferentes áreas procede a entregar el bien previo a la elaboración del acta entrega recepción para su custodia.
6. El Analista de Bienes y Bodega deberá disponer de carpetas para archivo de las Actas de Entrega-Recepción.
7. El Analista de Bienes y Bodega mantendrá el registro histórico de los bienes y estará sustentado con las hojas de control, en las que deberá constar, el nombre del servidor (a) que recibió los bienes, código, detalle, estado y valor de los bienes entregados para su uso y conservación, contendrá además la firma de responsabilidad del servidor encargado de su uso y custodia.\*
8. Los custodios (as) deberán informar cualquier novedad sobre sus bienes al área de bodega, para la reasignación de custodios. El analista de bienes y bodega deberá realizar la codificación de los bienes.
9. Realizar el inventario dos veces al año\*

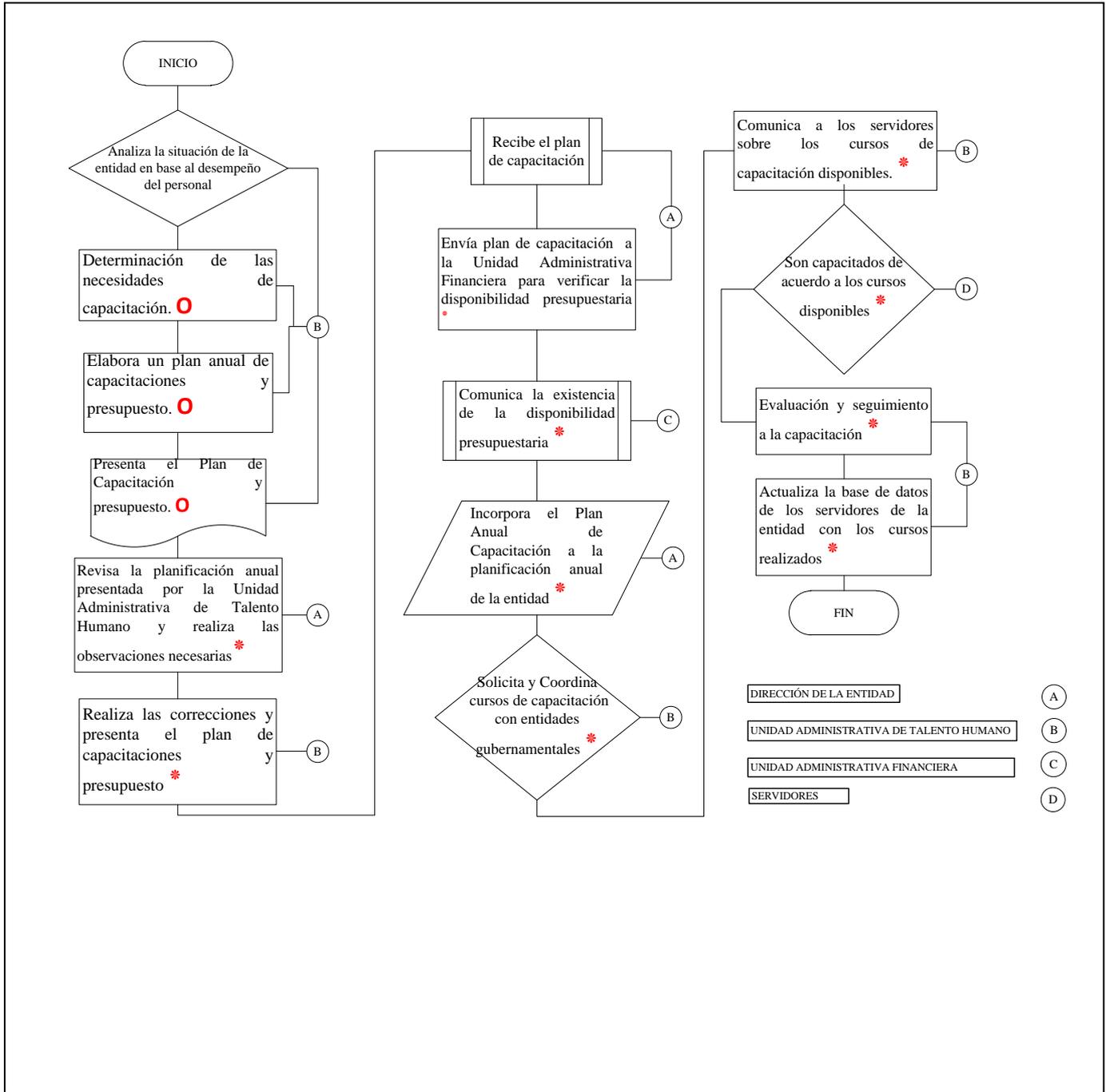
	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN



	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIONES**



	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02  
Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### FALTA DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIONES

**CONDICIÓN:**

La Dirección Distrital de Salud no cuenta con un adecuado manejo de los procedimientos para de adquisiciones por ínfima cuantía.

**CRITERIO:**

Se incumple la norma 406-03 CONTRATACIÓN de las NORMAS DE CONTROL INTERNO, (vigentes desde noviembre de 2009), que señala “...Las adquisiciones serán solicitadas, autorizadas y ejecutadas con anticipación suficiente y en las cantidades apropiadas...”

**CAUSA:**

Falta de conocimiento del procedimiento para realizar las adquisiciones por ínfima cuantía, ha causado que los directivos de la entidad no presenten a tiempo las necesidades institucionales. Además que ocurra que los bienes adquiridos no sean constatados debidamente ya sea por la falta de despacho de los bienes con sus respectivas facturas o viceversa.

**EFECTO:**

Falta de interés de la documentación de respaldo.

**CONCLUSIÓN:**

Los directivos de la Entidad no presentan a tiempo sus necesidades, por ende existe ausencia de insumos especialmente de medicamentos y de otros bienes de igual necesidad. Al igual de la falta de proceso al entregar los bienes o insumos ya que primero ingresan los bienes sin sus respectivas facturas o viceversa.

**RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Disponer a todas las áreas o unidades presentar a tiempo sus necesidades para poder buscar la disponibilidad presupuestaria necesaria.

A la Analista Administrativa-Financiera:

- ✓ Solicitar a la unidad de adquisiciones ejecute las contrataciones a tiempo.
- ✓ Solicitar a la responsable de bodega constatar los bienes conjuntamente con la documentación de respaldo, de tal manera que no exista irregularidades tanto en físico como en documentos.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02  
Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### AUSENCIA DE PROCEDIMIENTOS EN EL CONTROL DE BIENES DE LARGA DURACIÓN

**CONDICIÓN:**

La Dirección Distrital de Salud no ha realizado la codificación de los bienes de larga duración como tampoco el inventario por lo menos una vez al año

**CRITERIO:**

Se incumple la norma 406-06 IDENTIFICACIÓN Y PROTECCIÓN de las NORMAS DE CONTROL INTERNO (vigente desde noviembre de 2009), que señala “...*todos los bienes de larga duración llevarán impreso el código correspondiente en una parte visible, permitiendo su fácil identificación...*”

Al igual que la norma 406-10 CONSTATAción FÍSICA DE LAS EXISTENCIAS Y BIENES DE LARGA DURACIÓN, que señala “...Se efectuarán constataciones físicas de las existencias y bienes de larga duración por lo menos una vez al año...”

**CAUSA:**

Esto sucede a razón de que no se cuenta con un programa contable, donde se ingrese los bienes de larga duración y se tenga mayor eficiencia y eficacia en el uso de la información; además, por la rotación del personal que no se encuentra estable.

**EFEECTO:**

No se puede identificar los bienes de larga duración a que unidad pertenece al igual que no se cuenta con un inventario actualizado que facilite la ubicación de los mismos.

**CONCLUSIÓN:**

La entidad no establece una codificación adecuada que permita una fácil identificación de los bienes de larga duración, al igual; no se cuenta con un inventario detallado que facilite la ubicación de los mismos.

**RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al responsable de Activos Fijos realice las constataciones físicas y la codificación respectiva.

A la responsable de activos fijos

- ✓ Realizar el inventario de los bienes de larga duración por lo menos una vez al año, al igual que ubicar la codificación respectiva a todos los bienes para su fácil ubicación y custodio.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### AUSENCIA DE UN PLAN DE TALENTO HUMANO

**CONDICIÓN:**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, no cuenta con un Plan de Talento Humano, donde se establezca la necesidad de contratar, puestos a ocupar, presupuesto a utilizar y procedimientos a implementarse en la Entidad.

**CRITERIO:**

Se incumple con el Art. 56 PLANIFICACION DE TALENTO HUMANO de la LOSEP (vigente desde noviembre de 2009) que señala “...*las Unidades administrativas de Talento Humano, estructurarán, planificarán y elaborarán una planificación de Talento Humano....*”

Se incumple con la Norma de Control Interno N° 407-01, PLAN DE TALENTO HUMANO que menciona “...*Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente ...*”

**CAUSA:**

La falta de conocimientos y coordinación de las actividades a realizarse por la Unidad de Talento Humano y las principales dignidades de la Entidad.

**EFECTO:**

Poca colaboración para los fines propuestos, así como dificultades al acceso de la información.

**CONCLUSIÓN:**

La Entidad no cuenta con una planificación anual de Talento Humano lo que dificulta que no se pueda tener datos reales sobre el número de servidores a requerir, presupuesto a utilizar, puestos a ocupar y procedimientos a seguir dentro de la Entidad.

**RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano elaborar y presentar la planificación anual de Talento Humano, en función de los planes, procesos y programas que serán realizados.

Al Analista de Talento Humano:

- ✓ Realizar un diagnóstico de todo el personal para que pueda estructurar, elaborar y presentar la planificación anual en función a los procesos y programas ejecutados por la Entidad.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02  
Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### AUSENCIA DEL PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DEL PERSONAL

**CONDICIÓN:**

No existe un procedimiento adecuado el reclutamiento y selección del personal.

**CRITERIO:**

No se cumple con lo establecido con la Norma de Control Interno N° 407-03 que menciona “...Las unidades de administración de talento humano seleccionarán al personal, tomando en cuenta los requisitos exigidos en el manual de clasificación de puestos y considerando los impedimentos legales....”

**CAUSA:**

Falta de un Manual de Clasificación de Puestos y el incumplimiento de la Normativa vigente

**EFECTO:**

Personal no idóneo ya que se encuentran ubicados en puestos que no están de acuerdo a su perfil, lo que dificulta el cumplimiento de las actividades y el logro de los resultados esperados.

**CONCLUSIÓN:**

La Dirección y el Analista de Talento Humano no han establecido parámetros a evaluar para el ingreso de los servidores públicos, esto ocasiona que en la entidad se encuentre personal no idóneo para el cumplimiento de las funciones que no tuvo la oportunidad de participar en concursos de méritos y oposición, esto a su vez conlleva a tener cargos asignados sin tomar en cuenta el perfil del trabajador por la falta de inducción y de un manual de puestos.

**RECOMENDACIÓN:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano la aplicación de los procedimientos legales estipulados dentro de la Ley, respecto al Reclutamiento, Selección y participación en los respectivos concursos de Méritos y Oposición.
- ✓ Disponer a la Unidad de Talento Humano la estructuración y elaboración de un Manual de Clasificación de Puestos.

Al Analista de Talento Humano:

- ✓ Aplicar los procedimientos legales estipulados dentro de la Ley, respecto al Reclutamiento, Selección y participación en los respectivos concursos de Méritos y Oposición.
- ✓ Estructurar y elaborar un Manual de Clasificación de Puestos para asegurar en los nuevos servidores el cumplimiento de sus funciones y la ubicación en puestos de acuerdo a su perfil.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### FALTA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN

**CONDICIÓN:**

Los responsables de las capacitaciones y adiestramiento no han elaborado el plan anual de capacitaciones, que permita desarrollar las capacidades y habilidades de los servidores.

**CRITERIO:**

Se ha inobservado con lo establecido en la Norma de Control Interno N° 407-06, que menciona “...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 ...”

**CAUSA:**

Falta de cumplimiento a la Normativa vigente en el período de evaluación y la no aplicación del procedimiento de Inducción.

**EFECTO:**

Servidores con poco conocimiento para el desarrollo de sus funciones, para realizar las tareas de planes, procesos y programas.

**CONCLUSIÓN:**

La inexistencia de un análisis de la situación de los servidores y la no elaboración de un plan anual de Capacitación da lugar a que no exista efectividad en el desempeño de las funciones, bajo conocimiento para el desarrollo de planes y programas y desconocimiento de los principales reglamentos y leyes vigentes.

**RECOMENDACIÓN:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano realizar un análisis situacional de los funcionarios y elaborar un Plan de Capacitación anual, enfocado a las necesidades de cada servidor, con respecto al desempeño de las funciones según el cargo.

Al Analista de Talento Humano

- ✓ Realizar un diagnóstico situacional de los funcionarios y elaborar un Plan Anual de Capacitaciones según las necesidades de cada servidor.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## HOJA DE HALLAZGOS

**ENTIDAD:** Dirección Distrital 22D02  
Orellana-Loreto-Salud.

**FECHA:** 27 de octubre de 2015

### FALTA DE CONCURSO DE MÉRITO Y OPOSICIÓN PARA OCUPAR CARGOS PÚBLICOS

**CONDICIÓN:**

La entidad no aplicó el proceso de Méritos y Oposición para el ingreso de los servidores

**CRITERIO:**

Incumplimiento del Art. 65 de la LOSEP que menciona “...ingreso a un puesto público será efectuado mediante concurso de merecimientos y oposición, que evalúe la idoneidad de los interesados y se garantice el libre...” y Art. 86, literal b) que menciona “que todo servidor como requisito de ingreso al servicio debe “...Haber sido declarado ganador del concurso de méritos y oposición, lo que debe constar en el acta respectiva...”

Inobservancia a la Norma 407-03 que menciona “...Las unidades de administración de talento humano seleccionarán al personal, tomando en cuenta los requisitos exigidos en el manual de clasificación de puestos y considerando los impedimentos legales....”

**CAUSA:**

Los cargos de la entidad son ocupados por condiciones políticas, más no cumpliendo requerimientos necesarios para lograr el beneficio y adelanto de la entidad.

**EFECTO:**

La entidad mantiene funcionarios no idóneos y poco calificados para el cumplimiento de las funciones que no permite cumplir con los objetivos y metas establecidos.

**CONCLUSIÓN:**

La Falta de aplicación de Concursos de Mérito y Oposición por la injerencia política ha dado lugar a que la entidad cuente con personal no idóneo para el cumplimiento de las funciones, lo que en cierta parte se detiene el adelanto de la institución.

**RECOMENDACIÓN**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano la aplicación de la Normativa Legal estipulada dentro de la Ley vigente, a fin de lograr resultados esperados y evitar que la entidad mantenga personal no idóneo.

Al Analista de Talento Humano

- ✓ Aplicar la Normativa Legal estipulada dentro de la Ley vigente, a fin de lograr resultados esperados y evitar que la entidad mantenga personal no idóneo.

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

<b>HOJA DE INDICADORES</b>	
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>	
<b>PERIODO:</b> 2013	
<b>ENTIDAD:</b> Dirección Distrital de Salud Orellana-Loreto	
<b>INDICADOR:</b> % de evaluación de desempeño a los servidores (Eficiencia)	
<b>FÓRMULA:</b> $E = ( \text{Ejecutado} / \text{Planificado} ) \times 100$	
<b>UNIDAD DE MEDIDA:</b> Número de servidores evaluados	
<b>FRECUENCIA</b>	<b>AÑO 2013</b>
<b>Nº SERVIDORES</b>	216
<b>FUENTE</b>	Evaluaciones
<b>CÁLCULO</b>	$E=(87/216)X100$
<b>RESULTADO</b>	40.27%
<b>BRECHA</b>	BRECHA= 100% - 10.27%
<b>RESULTADO</b>	59.73%

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

<b>HOJA DE INDICADORES</b>	
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>	
<b>PERIODO:</b> 2013	
<b>ENTIDAD:</b> Dirección Distrital de Salud Orellana-Loreto	
<b>INDICADOR:</b> % de Capacitaciones a los servidores (Eficiencia)	
<b>FÓRMULA:</b> $E = (\text{Ejecutado} / \text{Planificado}) \times 100$	
<b>UNIDAD DE MEDIDA:</b> Número de servidores capacitados	
<b>FRECUENCIA</b>	<b>AÑO 2013</b>
<b>N° DE SERVIDORES</b>	216
<b>FUENTE</b>	Archivo permanente de la empresa
<b>CÁLCULO</b>	$C = (16/216) \times 100$
<b>RESULTADO</b>	7,40 %
<b>BRECHA</b>	BRECHA = 100% - 07.40%
<b>RESULTADO</b>	92.60 %

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

<b>HOJA DE INDICADORES</b>	
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>	
<b>PERIODO:</b> 2013	
<b>ENTIDAD:</b> Dirección Distrital de Salud Orellana-Loreto	
<b>INDICADOR:</b> % de reclamos recibidos por el cliente externo (Eficacia)	
<b>FÓRMULA:</b> $E = ( \text{Reclamos recibidos} / \text{Población atendida} ) \times 100$	
<b>UNIDAD DE MEDIDA:</b> Número reclamos	
<b>FRECUENCIA</b>	<b>AÑO 2013</b>
<b>POBLACIÓN ATENDIDA</b>	318
<b>FUENTE</b>	Registro de los usuarios
<b>CÁLCULO</b>	$R=(281/318)X100$
<b>RESULTADO</b>	88.36%
<b>BRECHA</b>	BRECHA= 100% - 88.36%
<b>RESULTADO</b>	11.63%

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	<b>K.E.J.H</b>	2015/09/29	2015/11/27
REVISADO POR:	<b>M.C.C.G</b>	2015/11/27	2015/11/27

#### 4.2.4 Fase IV: Comunicación de resultados

Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud

#### Auditoría de Gestión

Comunicación de Resultados

Programa de Auditoría

**Tabla No. 36**

#### Comunicación de Resultados

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Carta invitación para lectura del Borrador del Informe.		K.E.J.H M.C.C.G	2015/11/27
02	Entrega del Informe Final.		K.E.J.H M.C.C.G	2015/11/27

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	K.E.J.H	2015/11/27	2015/11/27
REVISADO POR:	M.C.C.G	2015/11/27	2015/11/27

## **Carta de invitación para la lectura del Borrador de Informe**

Orellana, 23 de Noviembre de 2015

Magister  
Nancy Tito Pilataxi  
**DIRECTORA DISTRITAL DE ORELLANA-LORETO-SALUD**  
Presente

Por medio del presente invitamos a usted a la Convocatoria Final de comunicación de resultados mediante la lectura del borrador del Informe de la AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013, diligencia que se llevará a cabo en el Auditorio de la Entidad el día viernes 27 de noviembre de 2015 a las 14H00.

Particular que informo para fines pertinentes.

Atentamente,

María Carlota Caicedo Guerrero  
**ESTUDIANTE DE LA FADE  
EXTENSIÓN NORTE AMAZÓNICA**

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha  
**ESTUDIANTE DE LA FADE  
EXTENSIÓN NORTE AMAZÓNICA**

**DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD**



**AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-  
LORETO-SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.**

**PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2013**

**UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA CAICEDO&JIMÉNEZ ASOCIADAS  
ORELLANA-ECUADOR**

## INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

### **Motivo del examen**

Realizar la Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud para medir el desempeño en la gestión que permitan determinar el grado de cumplimiento de las funciones y actividades desempeñadas por los servidores en forma económica, eficiente, eficaz y ética.

### **Objetivo General:**

Realizar la Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud con el fin de verificar la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentos.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Verificar el cumplimiento de la normativa general e interna para la administración de la Entidad.
- ✓ Evaluar los procesos de Talento Humano: Planificación, Reclutamiento y Selección, organización, evaluaciones y capacitaciones.
- ✓ Evaluar los procesos Administrativos-Financieros: Adquisiciones y bienes de larga duración.
- ✓ Evaluación del Desempeño mediante indicadores.

### **Alcance**

La Auditoría de Gestión será aplicada a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, a los procesos de Talento Humano, Administrativo y Financiero, por el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.

## **Enfoque**

Auditoría de Gestión a la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, con la finalidad de detectar desviaciones e identificar posibles acciones correctivas.

## **Componentes Auditados**

Los componentes a ser auditados:

Proceso de Talento Humano

- ✓ Evaluar los procesos de Talento Humano: Planificación, Reclutamiento y Selección, organización, evaluaciones y capacitaciones.

Proceso Administrativo Financiero

- ✓ Evaluar los procesos administrativos-financieros: Adquisiciones y bienes de larga duración

## **Indicadores utilizados**

Durante la ejecución de la auditoría se aplicaron los siguientes indicadores:

Indicadores de Eficiencia

Indicadores de Eficacia

## **RESULTADOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN**

### **FALTA DEL PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIONES**

La Dirección Distrital de Salud no cuenta con un adecuado manejo de los procedimientos para el proceso de adquisiciones por ínfima cuantía, debido a la falta de conocimiento del procedimiento para realizar las adquisiciones por ínfima cuantía, lo cual; ha causado que los directivos de la entidad no presenten a tiempo las necesidades institucionales. Además que ocurra que los bienes adquiridos no sean constatados debidamente ya sea por la falta de despacho de los bienes con sus respectivas facturas o viceversa y el interés por obtener la documentación de respaldo.

Se incumple la norma 406-03 CONTRATACIÓN de las NORMAS DE CONTROL INTERNO, (vigentes desde noviembre de 2009), que señala “...*Las adquisiciones serán solicitadas, autorizadas y ejecutadas con anticipación suficiente y en las cantidades apropiadas...*”

#### **CONCLUSIÓN:**

Los directivos de la Entidad no presentan a tiempo sus necesidades, por ende existe ausencia de insumos especialmente de medicamentos y de otros bienes de igual necesidad. Al igual de la falta de proceso al entregar los bienes o insumos ya que primero ingresan los bienes sin sus respectivas facturas o viceversa.

#### **RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Disponer a todas las áreas o unidades presentar a tiempo sus necesidades para poder buscar la disponibilidad presupuestaria necesaria.

A la Analista Administrativa-Financiera:

- ✓ Solicitar a la unidad de adquisiciones ejecute las contrataciones a tiempo.
- ✓ Solicitar a la responsable de bodega constatar los bienes conjuntamente con la documentación de respaldo, de tal manera que no exista irregularidades tanto en físico como en documentos.

## **AUSENCIA DE PROCEDIMIENTOS EN EL CONTROL DE BIENES DE LARGA DURACIÓN**

La Dirección Distrital de Salud no ha realizado la codificación de los bienes de larga duración como tampoco el inventario por lo menos una vez al año como lo estipula la ley.

Se incumple la norma 406-06 IDENTIFICACIÓN Y PROTECCIÓN de las NORMAS DE CONTROL INTERNO (vigente desde noviembre de 2009), que señala “...*todos los bienes de larga duración llevarán impreso el código correspondiente en una parte visible, permitiendo su fácil identificación....*”

Al igual que la norma 406-10 CONSTATACIÓN FÍSICA DE LAS EXISTENCIAS Y BIENES DE LARGA DURACIÓN, que señala “...Se efectuarán constataciones físicas de las existencias y bienes de larga duración por lo menos una vez al año...”

Esto sucede a razón de que no se cuenta con un programa contable, donde se ingrese los bienes de larga duración y se tenga mayor eficiencia y eficacia en el uso de la información; además, por la rotación del personal que no se encuentra estable.

Esto ha causado que no se pueda identificar los bienes de larga duración a que unidad pertenece al igual que no se cuenta con un inventario actualizado que facilite la ubicación de los mismos.

### **CONCLUSIÓN:**

La entidad no establece una codificación adecuada que permita una fácil identificación de los bienes de larga duración, al igual; no se cuenta con un inventario detallado que facilite la ubicación de los mismos.

### **RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al responsable de Activos Fijos realice las constataciones físicas y la codificación respectiva.

A la responsable de activos fijos

- ✓ Realizar el inventario de los bienes de larga duración por lo menos una vez al año, al igual que ubicar la codificación respectiva a todos los bienes para su fácil ubicación y custodio.

### **AUSENCIA DE UN PLAN DE TALENTO HUMANO**

La Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto-Salud, no cuenta con un Plan de Talento Humano, donde se establezca la necesidad de contratar, puestos a ocupar, presupuesto a utilizar y procedimientos a implementarse en la Entidad.

Se incumple con el Art. 56 PLANIFICACION DE TALENTO HUMANO de la LOSEP (vigente desde noviembre de 2009) que señala “...*las Unidades administrativas de Talento Humano, estructurarán, planificarán y elaborarán una planificación de Talento Humano....*”

Y se inobserva la Norma de Control Interno N° 407-01, PLAN DE TALENTO HUMANO que menciona “...*Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente...*”

La falta de conocimientos y coordinación de las actividades a realizarse por la Unidad de Talento Humano y las principales dignidades de la Entidad ha causado la poca colaboración para los fines propuestos, así como dificultades al acceso de la información.

### **CONCLUSIÓN:**

La Entidad no cuenta con una planificación anual de Talento Humano lo que dificulta que no se pueda tener datos reales sobre el número de servidores a requerir, presupuesto a utilizar, puestos a ocupar y procedimientos a seguir dentro de la Entidad.

## **RECOMENDACIONES:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano elaborar y presentar la planificación anual de Talento Humano, en función de los planes, procesos y programas que serán realizados.

Al Analista de Talento Humano:

- ✓ Realizar un diagnóstico de todo el personal para que pueda estructurar, elaborar y presentar la planificación anual en función a los procesos y programas ejecutados por la Entidad.

## **AUSENCIA DEL PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DEL PERSONAL**

La Falta de un Manual de Clasificación de Puestos y el incumplimiento de la Normativa vigente ha ocasionado tener personal no idóneo ya que se encuentran ubicados en puestos que no están de acuerdo a su perfil, lo que dificulta el cumplimiento de las actividades y el logro de los resultados esperados.

Por ende no existe un procedimiento adecuado para el reclutamiento y selección del personal.

Por lo que se incumple con lo establecido con la Norma de Control Interno N° 407-03 que menciona “...*Las unidades de administración de talento humano seleccionarán al personal, tomando en cuenta los requisitos exigidos en el manual de clasificación de puestos y considerando los impedimentos legales....*”

## **CONCLUSIÓN:**

La Dirección y el Analista de Talento Humano no han establecido parámetros a evaluar para el ingreso de los servidores públicos, esto ocasiona que en la entidad se encuentre personal no idóneo para el cumplimiento de las funciones que no tuvo la oportunidad de

participar en concursos de méritos y oposición, esto a su vez conlleva a tener cargos asignados sin tomar en cuenta el perfil del trabajador por la falta de inducción y de un manual de puestos.

### **RECOMENDACIÓN:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano la aplicación de los procedimientos legales estipulados dentro de la Ley, respecto al Reclutamiento, Selección y participación en los respectivos concursos de Méritos y Oposición.
- ✓ Disponer a la Unidad de Talento Humano la estructuración y elaboración de un Manual de Clasificación de Puestos.

Al Analista de Talento Humano:

- ✓ Aplicar los procedimientos legales estipulados dentro de la Ley, respecto al Reclutamiento, Selección y participación en los respectivos concursos de Méritos y Oposición.
- ✓ Estructurar y elaborar un Manual de Clasificación de Puestos para asegurar en los nuevos servidores el cumplimiento de sus funciones y la ubicación en puestos de acuerdo a su perfil.

### **FALTA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN**

Los responsables de las capacitaciones y adiestramiento no han elaborado el plan anual de capacitaciones, que permita desarrollar las capacidades y habilidades de los servidores.

Se ha inobservado con lo establecido en la Norma de Control Interno N° 407-06, que menciona “...*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...*”

Falta de cumplimiento a la Normativa vigente en el período de evaluación y la no aplicación del procedimiento de Inducción ha ocasionado que los servidores tengan

poco conocimiento para el desarrollo de sus funciones, para realizar las tareas tales como: planes, procesos y programas.

### **CONCLUSIÓN:**

La inexistencia de un análisis de la situación de los servidores y la no elaboración de un plan anual de Capacitación da lugar a que no exista efectividad en el desempeño de las funciones, bajo conocimiento para el desarrollo de planes y programas y desconocimiento de los principales reglamentos y leyes vigentes.

### **RECOMENDACIÓN:**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano realizar un análisis situacional de los funcionarios y elaborar un Plan de Capacitación anual, enfocado a las necesidades de cada servidor, con respecto al desempeño de las funciones según el cargo.

Al Analista de Talento Humano

- ✓ Realizar un diagnóstico situacional de los funcionarios y elaborar un Plan Anual de Capacitaciones según las necesidades de cada servidor.

### **FALTA DE CONCURSO DE MERITO Y OPOSICIÓN PARA OCUPAR CARGOS PÚBLICOS**

La entidad no aplicó el proceso de Méritos y Oposición para el ingreso de los servidores

Incumplimiento del Art. 65 de la LOSEP que menciona “...ingreso a un puesto público será efectuado mediante concurso de merecimientos y oposición, que evalúe la idoneidad de los interesados y se garantice el libre...” y Art. 86, literal b) que menciona “que todo servidor como requisito de ingreso al servicio debe “...Haber sido declarado ganador del concurso de méritos y oposición, lo que debe constar en el acta respectiva...”

La Inobservancia a la Norma 407-03 que menciona “...*Las unidades de administración de talento humano seleccionarán al personal, tomando en cuenta los requisitos exigidos en el manual de clasificación de puestos y considerando los impedimentos legales....*”

Los cargos de la entidad son ocupados por condiciones políticas, más no cumpliendo requerimientos necesarios para lograr el beneficio y adelanto de la entidad ya que mantiene funcionarios no idóneos y poco calificados para el cumplimiento de las funciones que no permite cumplir con los objetivos y metas establecidos.

### **CONCLUSIÓN:**

La Falta de aplicación de Concursos de Mérito y Oposición por la injerencia política ha dado lugar a que la entidad cuente con personal no idóneo para el cumplimiento de las funciones, lo que en cierta parte se detiene el adelanto de la institución.

### **RECOMENDACIÓN**

A la Directora:

- ✓ Solicitar al Analista de Talento Humano la aplicación de la Normativa Legal estipulada dentro de la Ley vigente, a fin de lograr resultados esperados y evitar que la entidad mantenga personal no idóneo.

Al Analista de Talento Humano

- ✓ Aplicar la Normativa Legal estipulada dentro de la Ley vigente, a fin de lograr resultados esperados y evitar que la entidad mantenga personal no idóneo.

Orellana, 27 de Noviembre de 2015

Atentamente,

---

María Carlota Caicedo Guerrero

---

Karina Elizabeth Jiménez Huiracocha

## CONCLUSIONES

- ✓ Mediante la aplicación de una base teórica se pudo sustentar el presente trabajo de investigación sobre la realización de una auditoría de gestión, lo que permitió tener un conocimiento claro, preciso y conciso.
- ✓ Se determinó las deficiencias relevantes dentro de la gestión a través de la aplicación de los métodos de investigación, con la utilización de encuestas y entrevistas, lo cual sirvió como base para la verificación de la hipótesis y lograr la aceptación de desarrollar una auditoría de gestión a la Dirección Distrital de Salud de Orellana por el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2013.
- ✓ Se desarrolló la auditoría de gestión mediante la aplicación de sus fases que son; Conocimiento preliminar, planificación, ejecución y comunicación de resultados, donde se obtuvo los siguientes hallazgos: falta de procedimientos en el área de adquisiciones, falta de procedimientos en el control de bienes de larga duración, inexistencia de un plan de talento humano, falta del procedimiento de reclutamiento y selección del personal, inexistencia de un plan de talento humano, falta de concursos de méritos y oposición para ocupar cargos públicos.
- ✓ Se determinó la elaboración del informe de auditoría con sus respectivos comentarios, conclusiones y recomendaciones.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Aplicar la base teórica expuesta en el presente trabajo de titulación como herramienta útil para los procesos existentes dentro de la entidad, que facilite la ejecución de sus actividades y además alimente los conocimientos de los futuros profesionales.
  
- ✓ Realizar la ejecución de sus actividades tomando en consideración las Normas de Control Interno y el Reglamento Interno, de manera que se evite desviaciones y se aplique a tiempo las medidas correctivas.
  
- ✓ Analizar las debilidades y hallazgos detectados durante la ejecución de la Auditoría de Gestión para que se aplique las medidas correctivas y se encuentre las posibles soluciones.
  
- ✓ Los directivos de la entidad deberán analizar los comentarios, conclusiones y recomendaciones emitidas dentro el informe final de auditoría de modo que permita mejorar la administración y por ende obtener la correcta toma de decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Arens, A., et al; (2007), *Auditoría: un Enfoque Integral*, 11a ed, México. Ed Pearson Education.
- ✓ Blanco, Y. (2012). *Auditoría Integral: Normas y procedimientos*. 2ª ed Bogotá. Ecoe Ediciones.
- ✓ Constitución Política de la República Del Ecuador, Quito Corporación de Estudios y Publicaciones CEP.
- ✓ Contraloría General del Estado, (2001) *Manual de Auditoría de Gestión*. Quito. CGE.
- ✓ Contraloría General del Estado. (2009) *Normas del control Interno*, Quito CGE.
- ✓ De la Peña, A. (2009). *Auditoría: Un enfoque práctico*. Madrid. Paraninfo S.A.
- ✓ Gabín, A. (2009). *Administración pública*. Madrid. Paraninfo S.A. 2a ed.
- ✓ Koontz, et al. (2007). *Administración: Una Perspectiva Global*, 12a ed. México.
- ✓ Maldonado, E. (2007). *Auditoría de Gestión*, Quito: 4a ed Mc Graw-Hill. Abyayala.
- ✓ Meigs, W. (1986). *Principios de Auditoria* .México. Diana.
- ✓ Villardefrancos, M. (2006), *La auditoría como un proceso de control; concepto y tipología*, (vol. 37)
- ✓ Whintington, P. (2005). *Principios de Auditoría*. México. 14a ed. Mc Graw-Hill

# ANEXOS

## Anexo No. 01: Formato de la encuesta aplicada

### ENCUESTA

La encuesta tiene por objetivo el desarrollo del trabajo investigativo: AUDITORÍA DE GESTIÓN APLICADA A LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO-SALUD.

LA CONFIDENCIALIDAD: La información que se llenará en este formulario será de carácter reservado y servirá solo para la elaboración del trabajo de titulación.

FECHA:.....

1) ¿Se ha realizado auditoría de gestión en su entidad?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ NO SE\_\_\_

2) ¿Considera usted que se debería realizar una auditoría de gestión?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ TAL VEZ\_\_\_

3) ¿Cree Ud. que la elaboración de una auditoría de gestión aporte para la adecuada toma de decisiones?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ NO SE\_\_\_

4) El desarrollo de la auditoría de gestión ¿garantizará la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles?

SI\_\_\_ NO\_\_\_ NO SE\_\_\_

5) ¿Se ha brindado capacitaciones a los funcionarios de la entidad?

SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si es NO  
porqué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) ¿Se ha realizado evaluación del desempeño una vez al año como lo determina la ley y se ha hecho conocer al servidor evaluado el objetivo y el resultado de la evaluación?

SI \_\_\_

NO \_\_\_

7) ¿Cree usted que con la aplicación de la Auditoría de Gestión mejoraría los procesos que desarrolla la entidad?

SI \_\_\_

NO \_\_\_

8) ¿Considera importante la utilización de indicadores para evaluar los procesos y procedimientos de la Entidad?

SI \_\_\_

NO \_\_\_

9) ¿Cuenta la institución con un reglamento interno a nivel de la entidad y se ha socializado con todos los funcionarios?

SI \_\_\_

NO \_\_\_

10) ¿Tiene Ud. conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y FODA de la entidad?

SI \_\_\_

NO \_\_\_

FIRMA

## Anexo No. 02 RUC de la Entidad

### REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTES SOCIEDADES



**NUMERO RUC:** 2260015300001  
**RAZON SOCIAL:** DIRECCION DISTRITAL 22D02 - ORELLANA - LORETO -SALUD  
**NOMBRE COMERCIAL:**  
**CLASE CONTRIBUYENTE:** OTROS  
**REPRESENTANTE LEGAL:** TITO PILATAXI NANCY MAGDALENA  
**CONTADOR:** REYES SANTANA MIRIAN LUCINA

---

**FEC. INICIO ACTIVIDADES:** 05/03/2014      **FEC. CONSTITUCION:** 24/02/2014  
**FEC. INSCRIPCION:** 05/03/2014      **FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

**ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL:**

ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION Y CONTROL PARA EL MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE

**DOMICILIO TRIBUTARIO:**

Provincia: ORELLANA Cantón: FRANCISCO DE ORELLANA Parroquia: PUERTO FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA)  
 Barrio: CAMBAHUASI Calle: AV. ALEJANDRO LABAKA Número: S/N Intersección: ATAHUALPA Referencia ubicación:  
 JUNTO AL ANTIGUO HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA Telefono Trabajo: 062881688 Telefono Trabajo: 062881688  
 Email: dpsorellana@misp.gob.ec  
**DOMICILIO ESPECIAL:**

**OBLIGACIONES TRIBUTARIAS:**

- \* ANEXO RELACION DEPENDENCIA
- \* ANEXO TRANSACCIONAL SIMPLIFICADO
- \* DECLARACIÓN DE RETENCIONES EN LA FUENTE
- \* DECLARACIÓN MENSUAL DE IVA

<b># DE ESTABLECIMIENTOS REGISTRADOS:</b>	del 001 al 001	<b>ABIERTOS:</b>	1
<b>JURISDICCION:</b>	\ REGIONAL NORTE\ ORELLANA	<b>CERRADOS:</b>	0

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

\_\_\_\_\_  
SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

Declaro que los datos contenidos en este documento son exactos y verdaderos, por lo que asumo la responsabilidad legal que de ella se deriven (Art. 97 Código Tributario, Art. 9 Ley del RUC y Art. 9 Reglamento para la Aplicación de la Ley del RUC).

Usuario: SCSB120112

Lugar de emisión: FRANCISCO DE

Fecha y hora: 05/03/2014 16:50:15

NUMERO RUC: 2260015300001  
RAZON SOCIAL: DIRECCION DISTRITAL 22D02 - ORELLANA - LORETO -SALUD

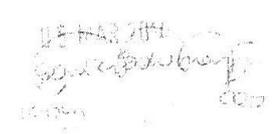
ESTABLECIMIENTOS REGISTRADOS:

No. ESTABLECIMIENTO:	001	ESTADO	ABIERTO	MATRIZ	FEC. INICIO ACT.	24/02/2014
NOMBRE COMERCIAL:					FEC. CIERRE:	
ACTIVIDADES ECONÓMICAS:					FEC. REINICIO:	
ACTIVIDADES DE ADMINISTRACION Y CONTROL PARA EL MEJORAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD.						

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO:

Provincia: ORELLANA Cantón: FRANCISCO DE ORELLANA Parroquia: PUERTO FRANCISCO DE ORELLANA (EL COCA) Barrio: CAMBAHUASI Calle: AV. ALEJANDRO LABAKA Número: S/N Intersección: ATAHUALPA Referencia: JUNTO AL ANTIGUO HOSPITAL FRANCISCO DE ORELLANA Telefono Trabajo: 062881688 Telefono Trabajo: 062881686 Email: dpsorellana@misp.gob.ec

  
FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

  
SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

Declaro que los datos contenidos en este documento son exactos y verdaderos, por lo que asumo la responsabilidad legal que de ella se deriven (Art. 97 Código Tributario, Art. 9 Ley del RUC y Art. 9 Reglamento para la Aplicación de la Ley del RUC).

Usuario: SCSB120112 Lugar de emisión: FRANCISCO DE Fecha y hora: 05/03/2014 16:50:15

## Anexo No. 3 Oficio de aprobación de la Entidad para realizar el trabajo investigativo



DISTRITO 22D02 ORELLANA - LORETO - SALUD

Oficio- DOLS-D-196-2014  
Francisco de Orellana, 15 de diciembre de 2014

Licenciado  
**Wilvo Vásquez**  
DIRECTOR DE LA EXTENSIÓN  
NORTE AMAZÓNICA  
En su despacho

De mi consideración:

Una vez analizado su oficio N°. 0390.DENA.ESPOCH.14, me permito comunicar que la Dirección Distrital 22D02 Orellana-Loreto Salud, la misma que represento, se compromete en brindar la información y los recursos pertinentes a la señora MARÍA CARLOTA CAICEDO GUERRERO, y la Señorita KARINA ELIZABETH JIMENEZ HUIRACOCOA, para la realización de su Tesis cuyo tema es: "AUDITORIA DE GESTION DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL 22D02 ORELLANA-LORETO SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2013, CANTON FRANCISCO DE ORELLANA, PROVINCIA DE ORELLANA".

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Cordialmente,

  
  
**Mgs. Nancy Tito Pilataxi**  
DIRECTORA DISTRITAL 22D02  
ORELLANA - LORETO - SALUD

Av. Alejandro Labaka y Atahualpa  
Teléfonos: 06 2 881686- 881688  
dpsorellana@mso.gob.ec