



**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**

**TIPO: Proyecto de Investigación**

Previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

**TEMA:**

AUDITORÍA DE GESTIÓN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO, PERÍODO ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.

**AUTORA:**

DANIELA JIMENA MORENO MARROQUÍN

RIOBAMBA - ECUADOR

2016

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL**

Certifico que el presente trabajo de titulación ha sido desarrollado por la Srta. Daniela Jimena Moreno Marroquín, quien ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.

.....  
Ing. Pedro Pablo Bravo Molina  
**DIRECTOR**

.....  
Ing. Myriam Jimena Mayorga Avalos  
**MIEMBRO**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo Daniela Jimena Moreno Marroquín, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi 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 autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Riobamba, 19 de agosto de 2016

.....  
Daniela Jimena Moreno Marroquín

C.C: 060546568-1

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por darme la vida y fortaleza para seguir adelante sin desmayar ante las adversidades, sin perder nunca la dignidad y desfallecer en el intento.

A mi madre Victoria Marroquín por haber sembrado en mí bases de responsabilidad y deseos de superación, por haberme enseñado a ser quien soy con sacrificio incansable, y porque nunca desmayó en su ayuda hasta el último paso de mi meta, a mis hermanos por que fueron ellos quienes me apoyaron durante el transcurso de mis estudios y me impulsaron en todo momento para llegar hasta el final de mi carrera. Se los dedico a ustedes por que admiro su entrega, superación y porque han hecho de mí una mejor persona.

**Daniela Moreno M.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres y hermanos por el apoyo económico y moral brindado para el cumplimiento de mi objetivo

A la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO, y en especial a la Escuela de Contabilidad y Auditoría, al Ing. Pedro Pablo Bravo Molina Director de Tesis y a la Ing. Myriam Jimena Mayorga Avalos Miembro del Tribunal, quienes con su aporte permitieron la culminación del presente trabajo, también a todos los catedráticos quienes impartieron sus conocimientos durante la etapa politécnica.

Al talento humano que conforma el Subcentro de Salud de la parroquia Achupallas por permitirme realizar la presente investigación con su atenta colaboración de la información para el cumplimiento de la propuesta.

*Daniela Moreno M.*

## ÍNDICE GENERAL

Portada .....	¡Error! Marcador no definido.
Certificación del tribunal .....	ii
Declaración de autenticidad.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice General.....	vi
Índice de Tablas .....	ix
Índice de Gráficos .....	x
Índice de Anexos .....	x
Resumen .....	xi
Abstract .....	xii
Introducción .....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 Formulación del problema de investigación.....	4
1.1.2 Delimitación del problema .....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	5
1.3 OBJETIVOS .....	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivos Específicos .....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	7
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	7
2.1.1 Reseña Histórica .....	7
2.1.2 La Administración pública .....	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	8
2.2.1 La administración .....	8
2.2.2 Definición de la auditoría .....	9
2.2.3 Auditoría de gestión.....	10
2.2.4 Fases de la Auditoría de Gestión .....	12
2.2.5 Indicadores de Gestión .....	18
2.2.6 Control Interno .....	18

2.2.7	Riesgos de auditoría.....	25
2.2.8	Evidencias suficientes y competentes.....	26
2.2.9	Técnicas de Auditoría.....	27
2.2.10	Papeles de trabajo.....	27
2.2.11	Custodia y archivo.....	28
2.2.12	Marcas de Auditoría.....	29
2.2.13	Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (N.A.G.A.S).....	30
2.3	IDEA A DEFENDER.....	33
2.4	VARIABLES.....	33
2.4.1	Variable Independiente.....	33
2.4.2	Variable Dependiente.....	33
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....		34
3.1	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2	TIPO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.3	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	35
3.3.1	Métodos de Investigación.....	35
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.4.1	Población.....	36
3.4.2	Muestra.....	36
3.4.3	Técnicas.....	36
3.5	RESULTADOS.....	37
3.5.1	Análisis de los resultados.....	37
3.5.2	Revisión de Archivos, Obtención de Información.....	39
CAPÍTULO IV.- MARCO PROPOSITIVO.....		51
4.1	TÍTULO.....	51
4.2	CONTENIDO DE LA PROPUESTA.....	51
4.2.1	ARCHIVO PERMANENTE.....	53
4.2.2	PROGRAMAS DE AUDITORÍA.....	58
4.2.2.1	FASE I.....	58
4.2.2.2	FASE II.....	60
4.2.2.3	FASE III.....	61
4.2.3	ARCHIVO CORRIENTE.....	63
4.2.4	Determinación del enfoque de la auditoría y del muestreo.....	131
4.2.5	Elaboración del plan y programas.....	133

4.2.6	EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO (FASE III) .....	135
4.2.7	Aplicación de programas .....	135
4.2.8	Preparación de papeles de trabajo y obtención de evidencia.....	141
4.2.9	Evaluación de hallazgos y conclusiones; comunicación de hallazgos .....	150
4.2.10	Fase IV Comunicación de resultados .....	157
4.2.11	Informe comentarios, conclusiones y recomendaciones .....	158
4.2.12	RESULTADO DEL EXAMEN.....	160
	CONCLUSIONES .....	163
	RECOMENDACIONES.....	165
	BIBLIOGRAFÍA .....	166
	ANEXOS .....	167



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Delimitación del problema.....	4
Tabla 2:	Simbología de los flujos gramas .....	25
Tabla 3:	Técnicas de auditoría .....	27
Tabla 4:	Tabla 4: Marcas de Auditoría .....	29
Tabla 5:	Detalle de la Población .....	36
Tabla 6:	Auditorías de Gestión en años anteriores .....	39
Tabla 7:	Realización de la Auditoría de Gestión .....	40
Tabla 8:	Adecuada toma de decisiones .....	41
Tabla 9:	Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles... ..	42
Tabla 10:	Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad.....	43
Tabla 11:	Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad.....	43
Tabla 12:	Evaluación del desempeño a los servidores.....	44
Tabla 13:	Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos .....	45
Tabla 14:	Utilización de indicadores .....	46
Tabla 15:	Reglamento interno de la Entidad.....	47
Tabla 16:	Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la Entidad .....	48
Tabla 17:	Resumen de las encuestas .....	49
Tabla 18:	Programa de Auditoria.....	58
Tabla 19:	Principales servidores relacionados .....	74
Tabla 20:	Fortalezas y Oportunidades .....	75
Tabla 21:	Debilidades y Amenazas.....	76
Tabla 22:	Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades .....	77
Tabla 23:	Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas .....	78
Tabla 24:	Matriz Priorizada FODA .....	80
Tabla 25:	Análisis Del Medio Interno – Identificación De Debilidades.....	81
Tabla 26:	Análisis Del Medio Externo – Identificación De Amenazas.....	82
Tabla 27:	Planificación de la Auditoría .....	83
Tabla 28:	Elaboración del plan y programas .....	133
Tabla 29:	Ejecución del plan de Trabajo .....	135

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Fases de la auditoría de gestión .....	12
Gráfico 2:	Flujo de Actividades .....	13
Gráfico 3:	Flujo de Actividades .....	14
Gráfico 4:	Flujo de Actividades .....	15
Gráfico 5:	Flujo de Actividades .....	16
Gráfico 6:	Flujo de Actividades .....	17
Gráfico 7:	Auditorías de Gestión en años anteriores .....	39
Gráfico 8:	Realización de la Auditoría de Gestión .....	40
Gráfico 9:	Adecuada toma de decisiones .....	41
Gráfico 10:	Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles	42
Gráfico 11:	Evaluación del desempeño a los servidores.....	44
Gráfico 12:	Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos .....	45
Gráfico 13:	Utilización de indicadores .....	46
Gráfico 14:	Reglamento interno de la Entidad.....	47
Gráfico 15:	Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la Entidad .....	48
Gráfico 16:	Resumen de las encuestas .....	50
Gráfico 17:	Estructura orgánica .....	56
Gráfico 18:	Organigrama del Subcentro .....	71

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1:	Imagen de la empresa .....	167
Anexo 2:	Distribucion del hospital.....	168
Anexo 3:	Emcuesta a los usuarios .....	169

## RESUMEN

La auditoría de gestión al Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo durante el periodo Enero - Diciembre del 2014, ha sido desarrollada para determinar las debilidades en los procesos existentes y conocer el grado de gestión alcanzado por la institución. La ejecución de las etapas de la auditoría se han sustentado en lo dispuesto por las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y Control Interno a través del método COSO I, para la obtención de información fue necesario aplicar encuestas al personal del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupalla, que sirvieron para conocer los criterios o lineamientos generales de acción. Mediante la evaluación a los procesos administrativos fue necesario el uso de indicadores de gestión llegando a determinar el grado de desempeño de los funcionarios de la institución sobre la aplicación de la política pública demostrando que la gestión se encuentra dentro de los parámetros aceptables, como también la inexistencia de un sistema de gestión que delimite las funciones del personal técnico y administrativo. Finalizada la auditoría de gestión se emitió un informe en el cual se da a conocer las debilidades en los procesos ejecutados por el Subcentro de Salud en el período Enero – Diciembre 2014, es por eso que se recomienda que se adopte las sugerencias emitidas en el informe de auditoría, que les permita obtener un eficiente sistema de control interno.

**Palabras Claves:** <CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS>  
<AUDITORÍA DE GESTIÓN> <NORMAS DE AUDITORÍA GENERALMENTE  
ACEPTADAS> <COSO I> <CONTROL INTERNO> <ALAUSSI (CANTÓN)>

---

Ing. Pedro Pablo Bravo Molina

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

## **ABSTRACT**

The audit of management to the sub-center of health of the parish Achupallas of the canton Alausi, province of Chimborazo during the period January-December of the 2014, has been developed to determine the weaknesses in the existing processes and to know the degree of Management reached by the institution. The execution of the stages of the audit have been supported by the norms of audit generally accepted and internal Control through the method COSO I, for obtaining of information it was necessary to apply surveys to the personnel of the Sub-center of Achupalla parish Health, which served to know the general criteria or guidelines of action. By evaluating administrative processes, it was necessary to use management indicators to determine the degree of performance of the institution's officials on the application of public policy by demonstrating that management is Within the acceptable parameters, as well as the absence of a management system that delimits the functions of the technical and administrative personnel.

Once the management audit was completed, a report was issued in which the weaknesses in the processes carried out by the Health Sub Centre were released in the period January-December 2014, that is why it is recommended that the suggestions issued in the Audit report be adopted, which allows them to obtain an efficient internal control system.

**Keyword:** Economic and administrative Sciences, management audit, generally accepted audit standards, COSO I, internal Control, Alausi (CANTON)

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de titulación Auditoría de Gestión al Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, período Enero - Diciembre del 2014, tiene el objetivo fundamental de evaluar la optimización de los recursos en la gestión que desarrolla el Subcentro, dichos resultados van a establecer el nivel de confianza que tiene la entidad ante la sociedad.

La intervención al sistema de control interno se basa a leyes, principios, normas y procedimientos que se constituya en un sistema fundamental en el desarrollo de la auditoría de gestión.

La auditoría al sistema de Control Interno, mediante la determinación de las desviaciones conlleva al establecimiento de medidas de corrección encaminadas al avance en la administración a fin de que esta pueda ejercer control y garantizar la gestión de todos los trabajadores involucrados para lograr el cumplimiento de la misión y visión institucional.

En este contexto la auditoría de Gestión busca crear una cultura organizacional que inspire el deseo de superación de los trabajadores y la responsabilidad; la misma que va amparar el bienestar propio y colectivo del Subcentro.

El sistema de control interno se establece mediante las políticas institucionales para enmarcar la gestión del Subcentro en los cuales la dirección y la administración tienen un papel fundamental para el desarrollo de procesos que alcancen la calidad.

Esta investigación está estructurada de la siguiente manera:

La intervención se la realiza en todas las áreas del Subcentro, a fin de que sus procedimientos estén acorde a leyes y reglamentos institucionales así como también a las Normas de Control Interno.

Capítulo I: Marco Referencial; describe como se presenta la falta de una auditoría de gestión en el Subcentro y que pasa si este problema persigue, además de incluir los objetivos y la importancia de desarrollar este trabajo de investigación.

Capítulo II: Marco teórico; que describe las bases conceptuales y fundamentos de auditoría de gestión. Antecedentes de la empresa: que incluye el organigrama estructural, misión, visión y objetivos institucionales. Ejecución: que contempla la aplicación práctica de la auditoría de gestión, que se desarrolla en las fases de Conocimiento preliminar, Planeación, Ejecución e Informe final, en el que se detalla hallazgos, conclusiones y recomendaciones que le permita a los directivos tomar decisiones a tiempo y cumplir plenamente sus metas y objetivos.

Capítulo III: Marco Metodológico; detalla el método, tipo y diseño de la investigación, a más de la población y muestra a examinar, por consiguiente, las técnicas e instrumentos para la recopilación de datos.

Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones; presentara sin argumentación y en forma resumida, los resultados del análisis efectuado, derivado del tratamiento de los datos y de las interrogantes planteadas, a más de emitir sugerencias orientadas a mejorar la toma de decisiones.

En conclusión la aplicación de esta Auditoría constituirá una herramienta de suma importancia que brindará apoyo a la gestión de la administración institucional, autoridades y servidores, que permita mejorar y brindar un servicio de calidad a los usuarios.

# **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, no posee indicadores que permitan conocer el grado de eficacia y eficiencia en las actividades que realiza, además del grado de cumplimiento de sus objetivos y metas institucionales, lo cual tiene relación directa con la gestión administrativa, pues al no ser medida de una manera adecuada, no puede diseñar estrategias de mejora o medidas mitigantes a los posibles hallazgos.

Se debe considerar además que los procesos administrativos del Subcentro no han sido direccionados de manera adecuada al cumplimiento de la misión, se percibe además la inexistencia de un sistema de gestión que delimite las funciones del personal técnico y administrativo, además se debe considerar que sin una evaluación se dificulta determinar las acciones y actividades que no se cumplen adecuadamente o de una manera eficaz y efectiva, lo que imposibilita mejorar la gestión administrativa, por lo que se debe tener en cuenta, que la institución no posee un manual de procedimientos que le permita volver eficaces los procesos que se llevan a cabo en el Subcentro, específicamente la inducción del personal.

Se debe considerar además que no se han realizado auditorías de Gestión direccionadas a mejorar los procesos de control interno, importantes para optimizar recursos y la adecuada distribución de responsabilidades a los diferentes empleados mediante el establecimiento de objetivos y su posterior cumplimiento, por otro lado la escasa importancia que se le dan a los indicadores de gestión no permiten optimizar el funcionamiento interno del sistema de información de la organización y medir la eficacia en la gestión de las estructuras jerárquicas y funcionales.

### 1.1.1 Formulación del problema de investigación

¿Cómo la Auditoría de Gestión incide en la eficiencia, eficacia, economía, ética y ecología del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, Período Enero – Diciembre 2014?

### 1.1.2 Delimitación del problema

El tema está delimitado por los siguientes aspectos principales:

**Tabla 1: 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 2014
TEMPORAL	Este problema va a ser estudiado, el transcurso de los dos semestres del año 2014
ESPACIAL	Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo calles Azuay vía Zula.

**Fuente:** Subcentro de salud Achupallas

**Elaborado por:** Daniela Moreno.



## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación es de gran importancia, pues permitió medir y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos basados en políticas internas, mismas que facilitarán medir la eficiencia, eficacia, economía y el desarrollo del talento humano dentro de la organización.

Con la aplicación a la auditoría de gestión se determinará las falencias internas mediante la evaluación del Control Interno, para la elaboración de una matriz de hallazgos y poder optimizar los recursos, al distribuir adecuadamente responsabilidades a los diferentes empleados mediante el establecimiento de objetivos y su funcionamiento interno, además de aplicar indicadores de gestión en el Subcentro de Salud.

La auditoría de gestión , permitió al Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo el cumplimiento de sus objetivos, usando eficientemente los recursos disponibles sean técnicos, humanos o financieros, además que será un proceso de retroalimentación continuo de información, el cual periódicamente mejorará su gestión, por lo que es importante mediante esta auditoría determinar los procesos en que se esté fallando o la existencia de puntos críticos que deban ser mejorados.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

Realizar una auditoría de Gestión al Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo, período Enero - Diciembre del 2014, para evaluar la eficiencia, eficacia, economía, ética y ecología.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Desarrollar un marco teórico respecto a la auditoría de gestión.
- Aplicar métodos y técnicas de auditoría con el fin de determinar hallazgos y evidencia de los proceso administrativos de la institución.
- Elaborar un informe dirigido al fortalecimiento de la gestión institucional que permita la adecuada toma de decisiones de las autoridades.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

#### **2.1.1 Reseña Histórica**

El Subcentro de Salud se encuentra ubicado en la parroquia de Achupallas, Cantón Alausí provincia de Chimborazo, brinda atención Integral, integrada y de interculturalidad en sus Componentes de: Promoción, Prevención, Recuperación y rehabilitación de la Salud con atención de consulta externa en:

- Medicina general
- Odontología
- Farmacia
- Servicios generales

Se caracteriza por ser de categoría regional pues cubre las necesidades de todas las 24 comunidades, fue construido en el año de 1937 e inaugurado en el año de 1949, desde un inicio la construcción de la entidad fue de adobe con una capacidad solamente de herramientas básicas para atender enfermedades leves que demandaban de poca asistencia médica, pues los habitantes de aquel entonces solían curarse con medicina natural pero, aun así debido al paso del tiempo y por necesidad se fue incrementando la demanda de pacientes que requería de estos servicios.

Posteriormente y por decreto legislativo se crea la casa de salud en el año de 1967. En 1972 se adjunta al Ministerio de Salud Pública, la creación de centros y Subcentro de Salud así como el mejoramiento de las vías de acceso, que permitían a la población acceder a centros de salud con mayor facilidad. A partir de 1993 funciona como Jefatura de Área, desde 1995 y luego del movimiento sísmico que destruyó gran parte del área física se realiza la construcción de un bloque de hormigón donde funciona hasta la presente fecha el área de atención.

Cuenta con los servicios de odontología, vacunación servicios generales, farmacia su jornada de atención es de martes a sábado, en doble jornada de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 pm de martes a viernes horario normal y el sábado hasta las 14:00h, además realizan visitas a las comunidades de acuerdo a la programación interna y en coordinación con los directivos del cantón Alausí.

La demanda insatisfecha y los estudios realizados en la zona determinaron que el actual Subcentro no cubría con la demanda al contar con 24 comunidades, por lo que las gestiones de sus habitantes y el apoyo del gobierno han permitido que hoy en día se esté construyendo un nuevo centro de salud de tipo B para mejorar la calidad de salud de los moradores de Achupallas y sus alrededores.

### **2.1.2 La Administración pública**

La creación del Subcentro de Achupallas, se lo realiza mediante decreto legislativo N° 084 del 6 de Junio de 1967, publicado en el Registro oficial N° 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el registro oficial N° 048 del mismo mes y año, se suprime las juntas y asistencias sociales del país y se incorporan al Ministerio de Salud Pública todos los hospitales con sus patrimonios respectivos.

Según decreto supremo N° 1364 del 11 d diciembre de 1973 se suprime la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, integrándose los servicios, dependencias y patrimonios de dicha institución al Ministerio de Salud Pública.

Las actividades y operaciones que realiza el Subcentro de Achupallas, se sujetan a las siguientes disposiciones legales que es el Reglamento Orgánico Funcional

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.2.1 La administración**

Koontz, H. (2011), 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.

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

De La Peña, A (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

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

Blanco, Y. (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, M. (2011) 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

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

Maldonado, M. (2011), 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.

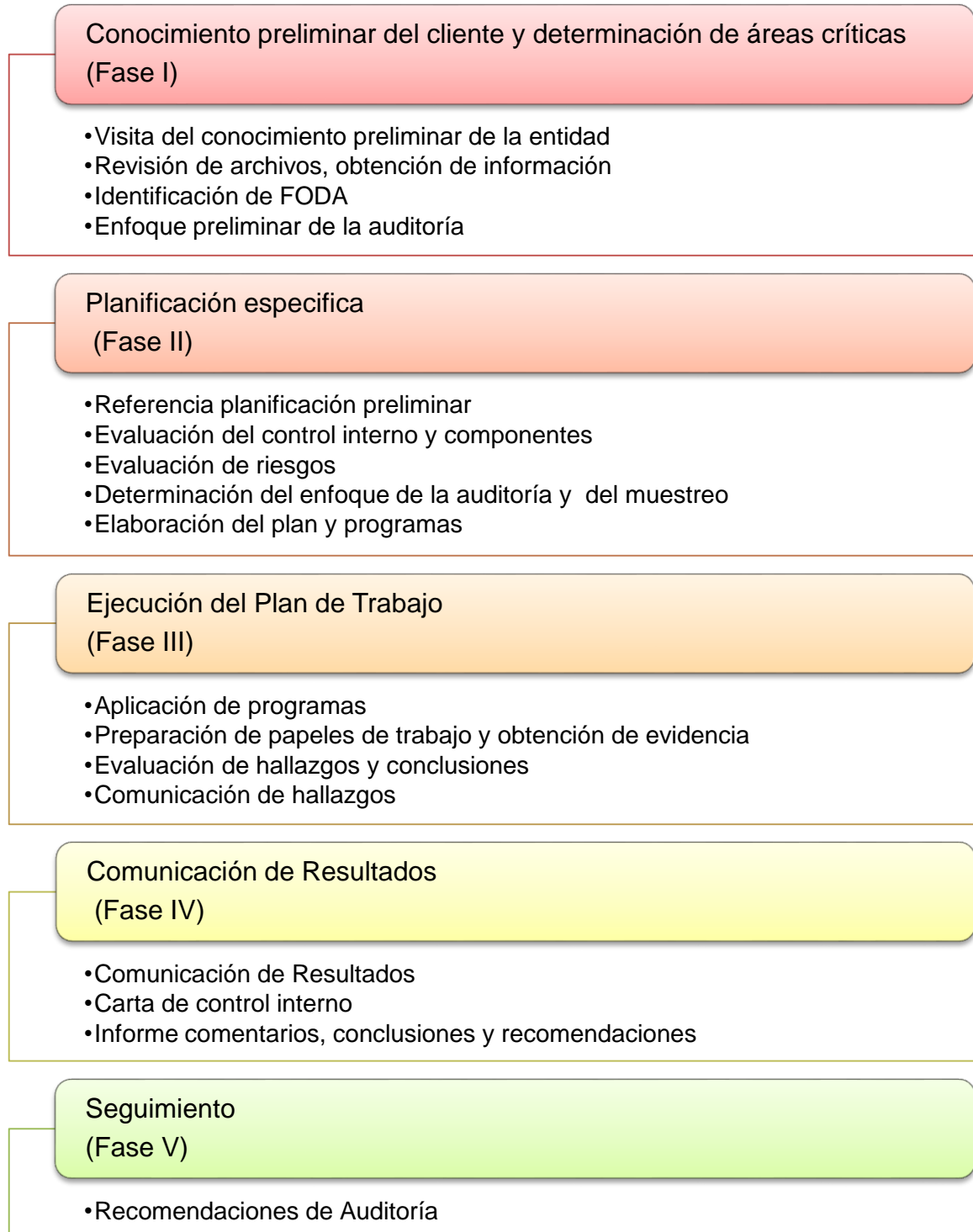
### **2.2.3.2 Propósitos y Objetivos de la Auditoría de Gestión**

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

## 2.2.4 Fases de la Auditoría de Gestión

Gráfico 1: Fases de la auditoría de gestión



**Fuente:** (Maldonado, Auditoría de Gestión, 2011)

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín



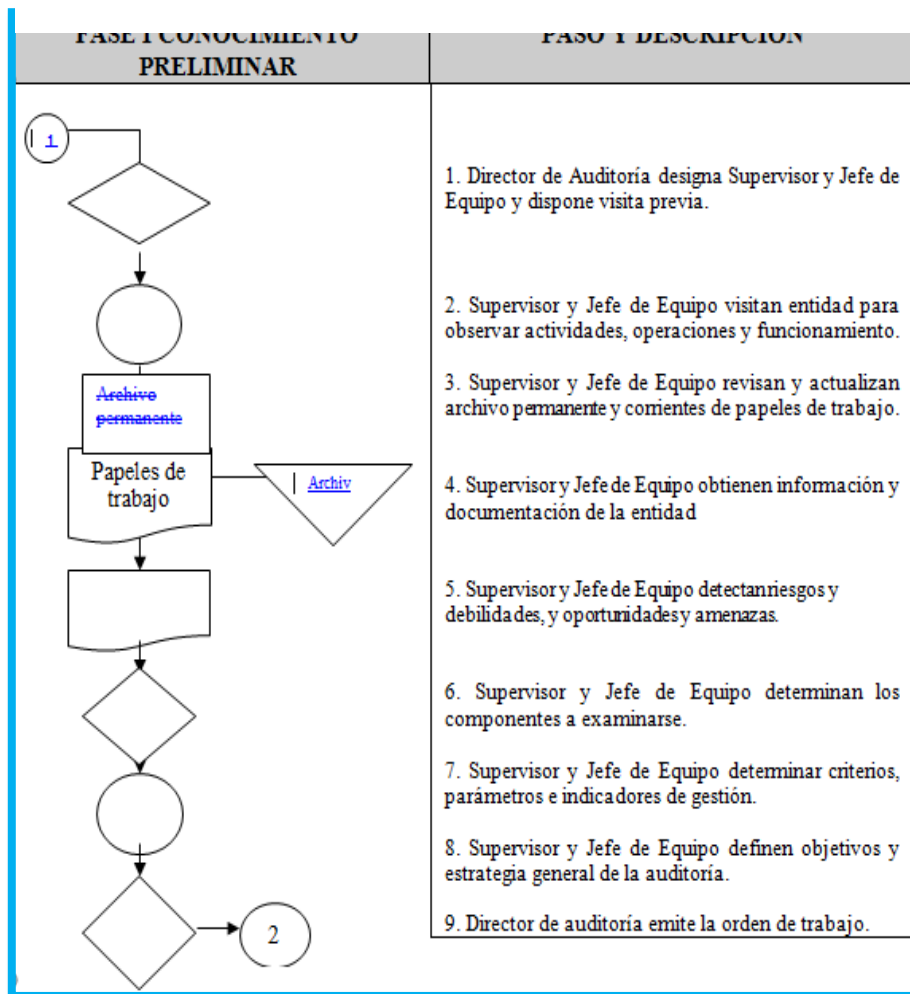
### 2.2.4.1 Fase I: Planificación Preliminar

Andrade, R. Planeación es establecer una estrategia de auditoría y corresponde al proceso de seleccionar un plan adecuado para practicar un examen de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas.

#### Objetivos

Consiste en obtener un conocimiento integral del objeto de la entidad, dando mayor énfasis a su actividad principal; esto permitirá una adecuada planificación, ejecución y consecución de resultados de auditoría a un costo y tiempo razonables.

Gráfico 2: Flujo de Actividades



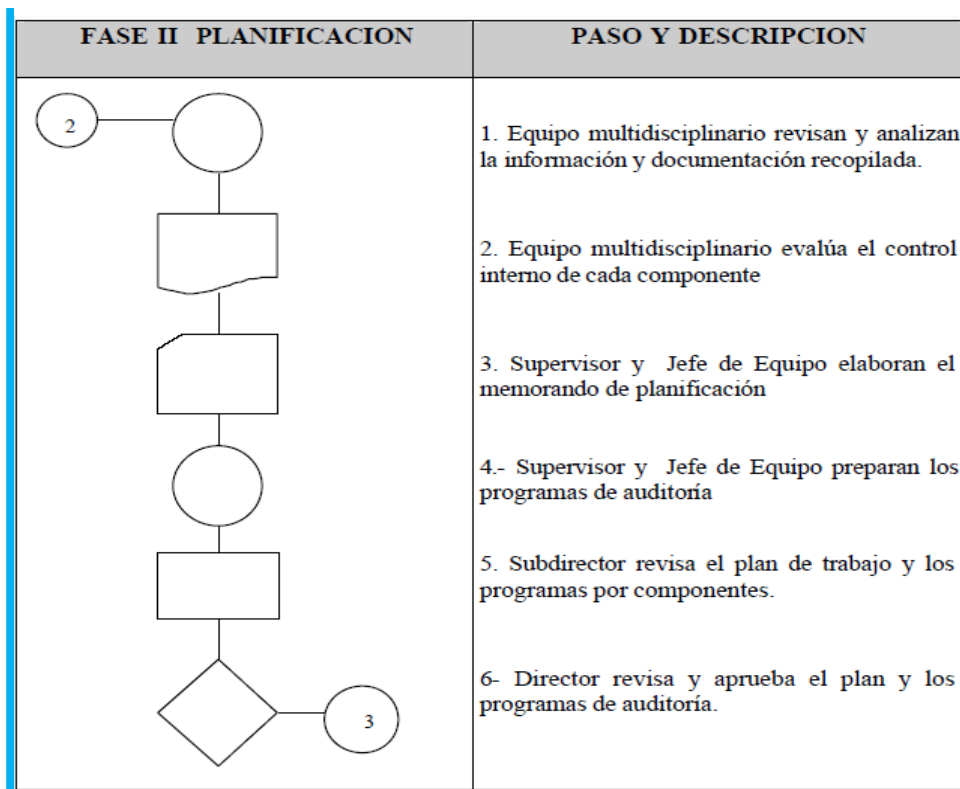
**Fuente:** Maldonado, M. (2011) Auditoría de Gestión  
**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### 2.2.4.2 Fase II: Planificación Específica

Fonseca, O. (Consiste en la evaluación del sistema de control interno de la entidad a auditar, para dicho estudio se utilizará el COSO I que fue emitido por el Committee of Sponsoring Organizations en el año 2004.

La planificación debe contener la precisión de los objetivos específicos y el alcance del trabajo por desarrollar considerando entre otros elementos, los parámetros e indicadores de gestión de la entidad; la revisión debe estar fundamentada en programas detallados para los componentes determinados, los procedimientos de auditoría, los responsable, y las fecha de ejecución del examen; también debe preverse la determinación de recursos necesarios tanto en número como en calidad del equipo de trabajo que será utilizado en el desarrollo de la revisión, con especial énfasis en el presupuesto de tiempo y costos estimados.

Gráfico 3: Flujo de Actividades



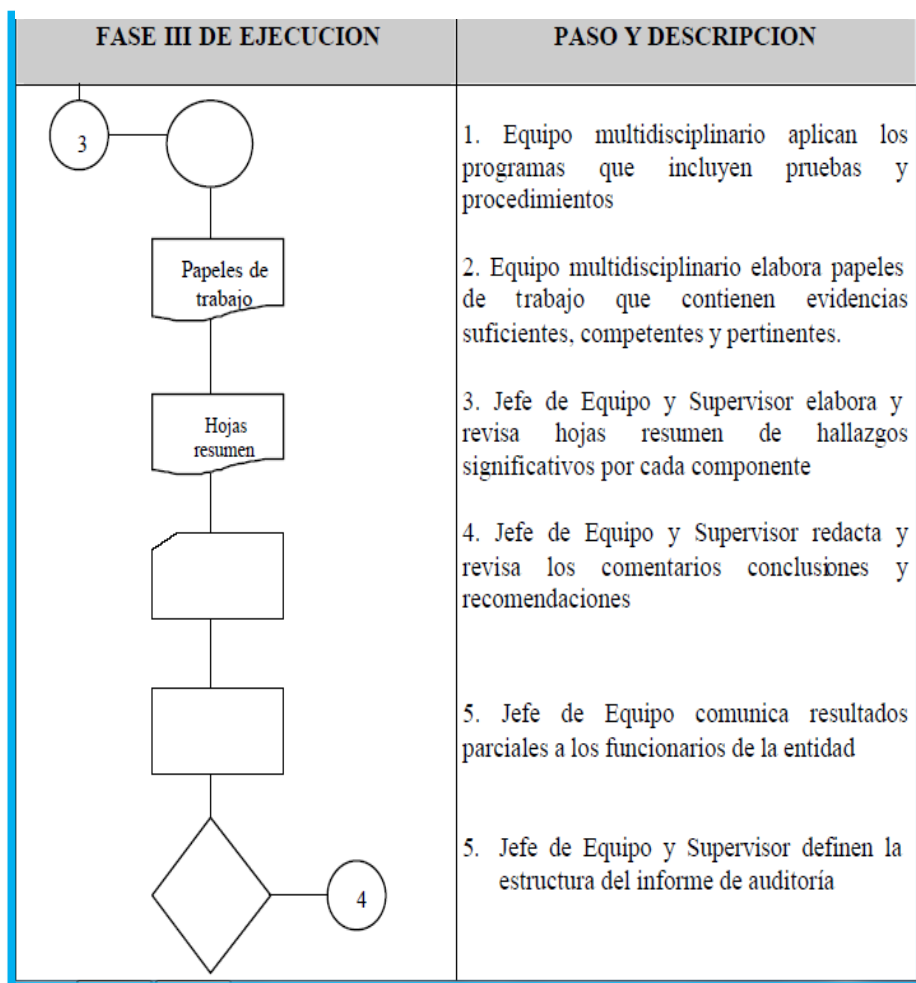
**Fuente:** Maldonado, M. (2011) Auditoría de Gestión

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### 2.2.4.3 Fase III: Ejecución

Fonseca, O. En esta etapa, es donde se ejecuta propiamente la auditoría pues en esta instancia se desarrolla los hallazgos y se obtiene toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada (suficiente, competente y apropiada), basados en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentar las conclusiones y recomendaciones del informe además se realiza con el fin de revisar las áreas críticas que se establecieron en las fases anteriores.

Gráfico 4: Flujo de Actividades



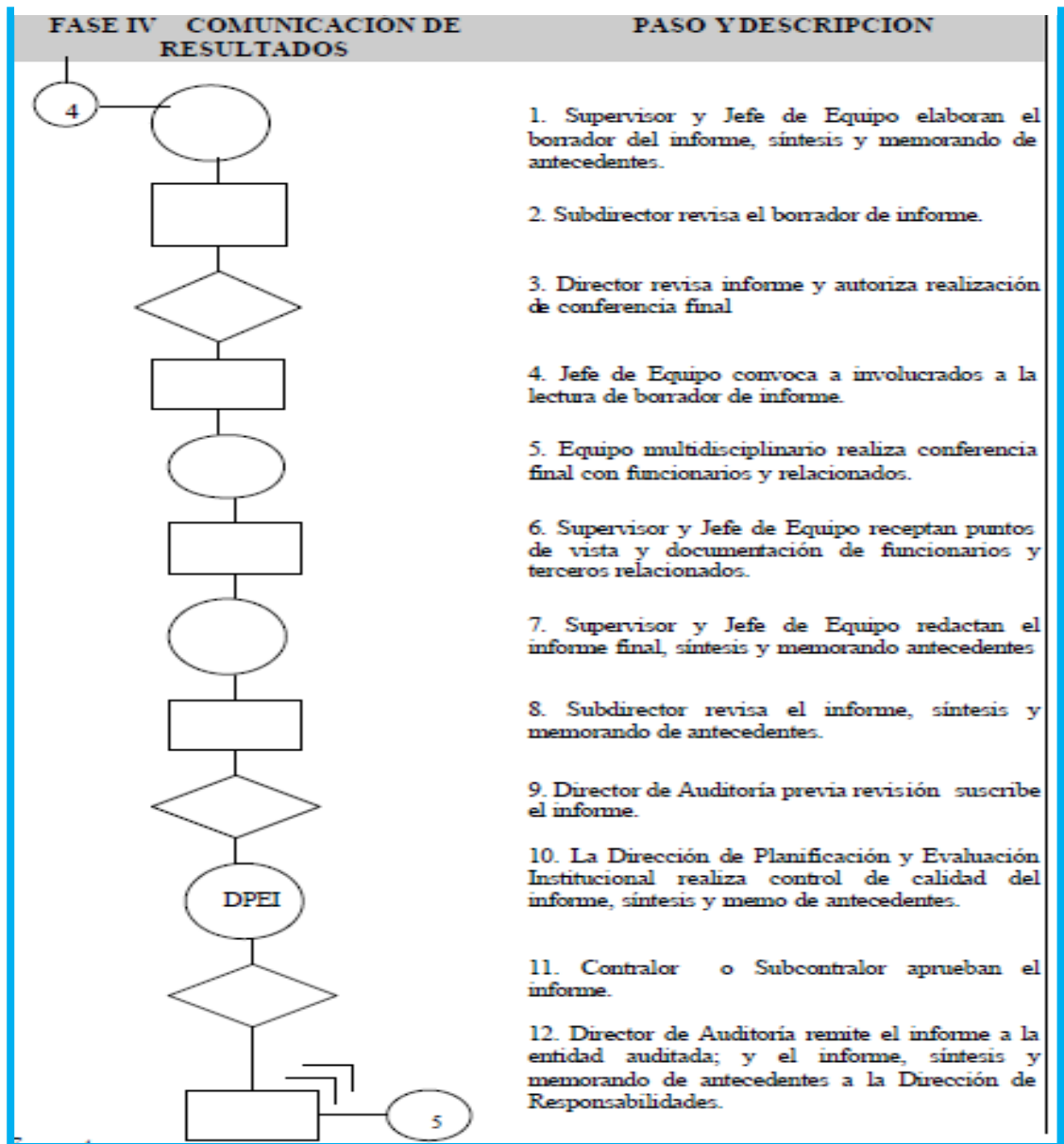
**Fuente:** Maldonado, M. (2011) Auditoría de Gestión

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### 2.2.4.4 Fase IV: Informe de Auditoría

Contraloría General del Estado, Constituye el resultado del trabajo final de auditor pues que en el constarán sus comentarios sobre los hallazgos, conclusiones y recomendaciones en relación con el examen aplicado, las opiniones obtenidas de los involucrados y cualquier otro aspecto que el auditor considere relevante.

Gráfico 5: Flujo de Actividades

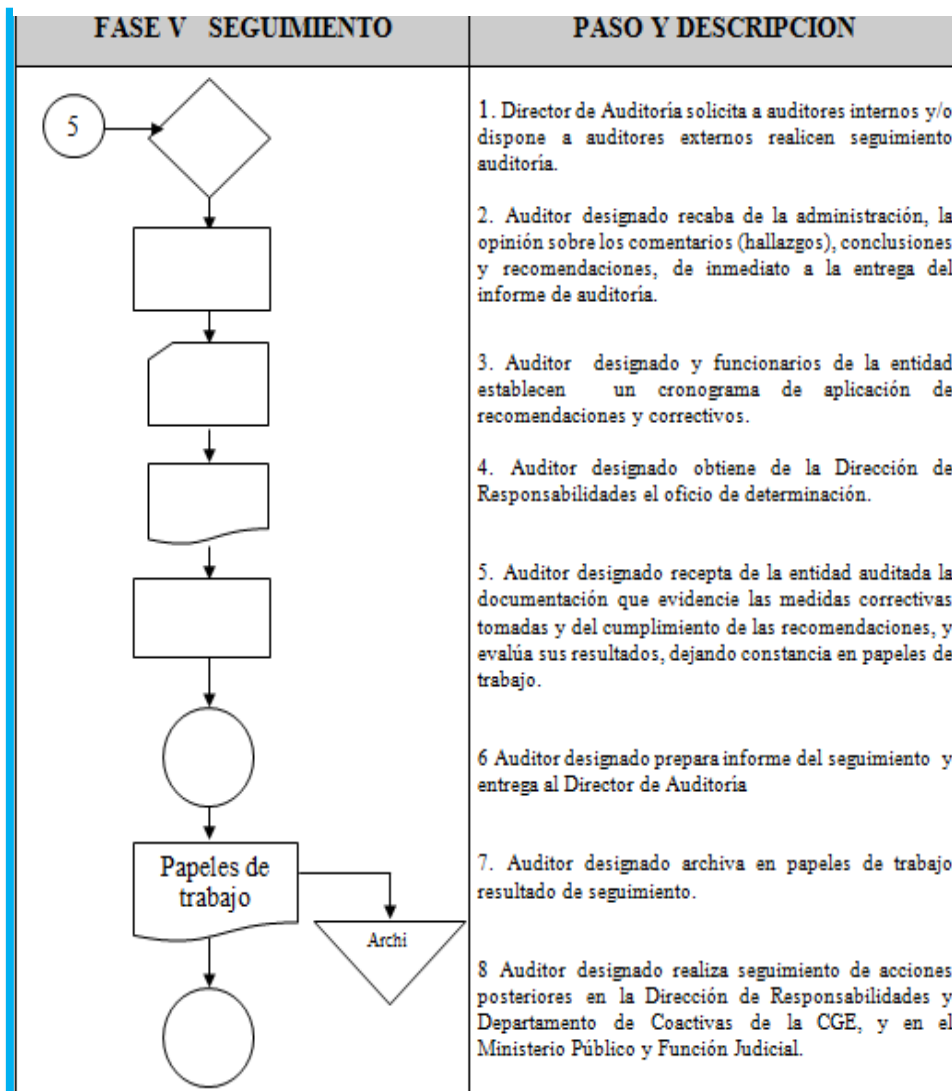


Fuente: Maldonado, M. (2011) Auditoría de Gestión  
 Elaborado por: Daniela Jimena Moreno Marroquín

### 2.2.4.5 Fase V: Seguimiento

Contraloría General del Estado, Las recomendaciones de auditoría deben ser de cumplimiento obligatorio. Con posterioridad y como consecuencia de la auditoría de gestión realizada, los auditores internos y en su ausencia los auditores externos que ejecutaron la auditoría deberá realizar el seguimiento correspondiente.

Gráfico 6: Flujo de Actividades



**Fuente:** Maldonado, M. (2011) Auditoría de Gestión  
**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### 2.2.5 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.

### 2.2.6 Control Interno

Whittington, P. (2005). *Principios de Auditoría* en su décimo cuarta 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.

### **2.2.6.1 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:**

- a) Identificación de los objetivos del control interno.
- b) Identificación de los riesgos internos y externos.
- c) Los planes deben incluir objetivos e indicadores de rendimiento.
- d) Evaluación del medio ambiente y externo.
- e) 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:

- a) Políticas para el logro de objetivos.
- b) Coordinación entre las dependencias de la entidad.
- c) 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.

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

De La Peña, A. (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 (2011), 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.




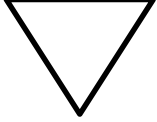

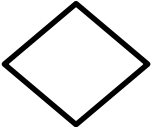

Las preguntas son formuladas de tal forma que la respuesta afirmativa indique un punto óptimo en la estructura de control interno y que una respuesta negativa indique una debilidad y un aspecto no muy confiable; algunas preguntas probablemente no resulten

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 remediante para la evaluación, tiene ventaja frente a otros métodos porque permite efectuar el relevamiento 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 2: Simbología de los flujos gramas

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 (2011).Pág. 46

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín.

### 2.2.7 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)

### 2.2.8 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.

### 2.2.9 Técnicas de Auditoría

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

Tabla 3: Técnicas de auditoría

VERIFICACIÓN	TÉCNICAS
Ocular	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Comparación</li><li>➤ Observación</li></ul>
Verbal	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Indagación</li><li>➤ Entrevista</li><li>➤ Encuesta</li></ul>
Escrita	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Análisis</li><li>➤ Confirmación</li><li>➤ Tabulación</li></ul>
Documental	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Comprobación</li><li>➤ Cálculo</li><li>➤ Revisión selectiva</li></ul>
Física	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Inspección</li></ul>

**Fuente:** Subcentro de Salud Achupallas.

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín.

### 2.2.10 Papeles de trabajo

Meigs, W. (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

### **2.2.11 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



## 2.2.12 Marcas de Auditoría

Tabla 4: Tabla 4: Marcas de Auditoría

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

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### **2.2.13 Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (N.A.G.A.S)**

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.

#### **2.2.13.1 Clasificación de las N.A.G.A.S**

##### **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, reevaluación 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 (P.C.G.A).-** 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 P.C.G.A, 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 IDEA A DEFENDER**

La realización de la auditoría de gestión permitirá evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos en el Subcentro de la Parroquia Achupallas, Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014.

## **2.4 VARIABLES**

### **2.4.1 Variable Independiente**

Auditoría de gestión

### **2.4.2 Variable Dependiente**

Medir la Eficiencia, eficacia economía, ética y ecología en la administración de sus recursos

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

### 3.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es mixta, es decir cualitativa y cuantitativa, cuantitativa pues se analizaron los indicadores en relación a la ejecución del presupuesto del año 2014 y cualitativa al analizar los componentes de control interno del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo.

**Cuantitativa.-** Se tomó el enfoque cuantitativo porque se obtuvo la recolección de datos para conocer o medir el fenómeno en estudio y encontrar soluciones para la misma; la cual trae consigo la afirmación o negación de la hipótesis establecida en dicho estudio.

**Cualitativa.-** Consistió en utilizar la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de la investigación en el proceso de interpretación.

### 3.2 TIPO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN

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

#### **Bibliográfica**

Se recopiló datos, valiéndose del manejo adecuado de libros, revistas, resultados de otras investigaciones, con el objeto de verificar la existencia, legalidad, autenticidad y legitimidad de las operaciones efectuadas por la entidad, mediante la verificación de los documentos que las justifican

## **De Campo**

Se realizó con el propósito de describir, interpretar, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés fueron recogidos en forma directa de la realidad.

## **Descriptiva**

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

## **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 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **3.3.1 Métodos de Investigación**

**Deductivo:** Se lo utilizó en la fase preliminar, pues se obtuvo y se recolectó toda la información general del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas con el fin de determinar hallazgos particulares.

**Inductivo:** Se lo aplicó en la realización de los cuestionarios de control interno para analizar cada componente del mismo y se realizó conclusiones de carácter general.

### 3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1 Población

La población para la realización de la auditoría son los 7 funcionarios del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, Cantón Alausí, Provincia de Chimborazo y considerando su número reducido se trabaja con todos, por lo que no es necesario tomar una muestra.

#### 3.4.2 Muestra

En vista que la población involucrada en el proceso investigativo es muy pequeño no se va a realizar la muestra, ya que se va a realizar el estudio al 100% de la población.

**Tabla 5: Detalle de la Población**

<b>CARGO</b>	<b>Población</b>
Director del Subcentro	1
Odontólogo	1
Médico General	1
Interno	2
Enfermería	2
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

**Fuente:** Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

#### 3.4.3 Técnicas

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



## **Entrevista**

Se entrevistó a la directora del Subcentro, la Doctora Eva Gualancañay, para obtener información completa y precisa de una manera directa sobre la situación actual dentro del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas.

### **Instrumento – Guía de Entrevista**

Es un listado de temas en torno a los cuales se establecen preguntas abiertas que generan y permiten mantener el proceso de interacción entre el entrevistador y el entrevistado.

## **Encuestas**

Se encuestó para establecer el nivel de riesgo y confianza del control interno del Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

- Instrumentos – Cuestionarios de control interno

## **Cuestionarios**

Se realizó los cuestionarios a los funcionarios del periodo 2014; el mismo que consistió en una serie de preguntas con el propósito de obtener información de los consultados.

## **Observación directa**

Se aplicará la observación directa con el fin de apreciar cómo se desarrollan las actividades o procesos y determinar los posibles riesgos y hallazgos los funcionarios el Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas:

- Instrumento –Guía de Observación

## **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:

### 3.5.2 Revisión de Archivos, Obtención de Información

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

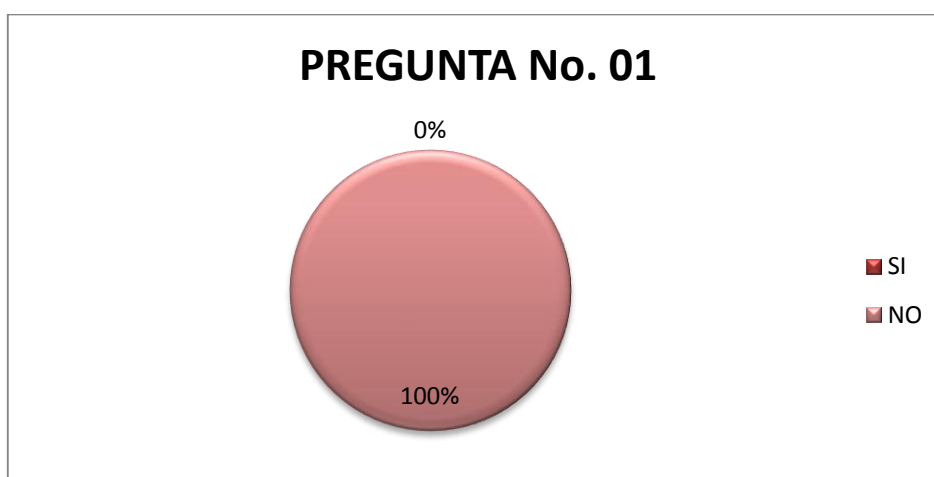
Tabla 6: Auditorías de Gestión en años anteriores

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Odontólogo	0,00	0,00	1	14,28	1	14,28
Médico General	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Interno	0,00	0,00	2	28.58	2	28.58
Enfermería	0,00	0,00	2	28.58	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

Gráfico 7: Auditorías de Gestión en años anteriores



**Fuente:** Tabla No. 06

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

#### **Análisis e interpretación:**

El 100% de los servidores encuestados testifican que NO se han realizado auditorías de gestión en los años anteriores, por lo cual es substancial realizar una auditoría de gestión que permita evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el uso de los recursos.

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

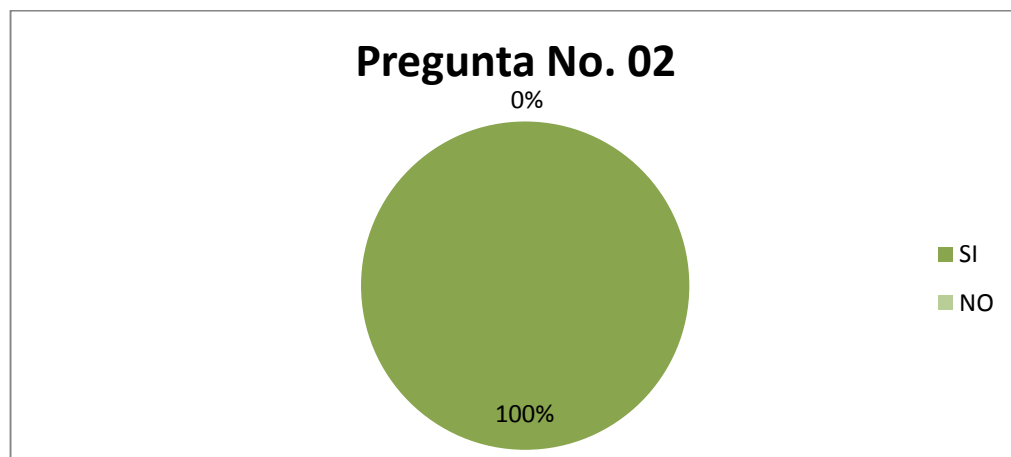
**Tabla 7: Realización de la Auditoría de Gestión**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 8: Realización de la Auditoría de Gestión**



**Fuente:** Tabla No. 07

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación**

El 100%, manifiestan que SI se debería realizar una Auditoría de Gestión ya que ayudaría a mejorar los procesos del Subcentro, pues permitiría 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?**

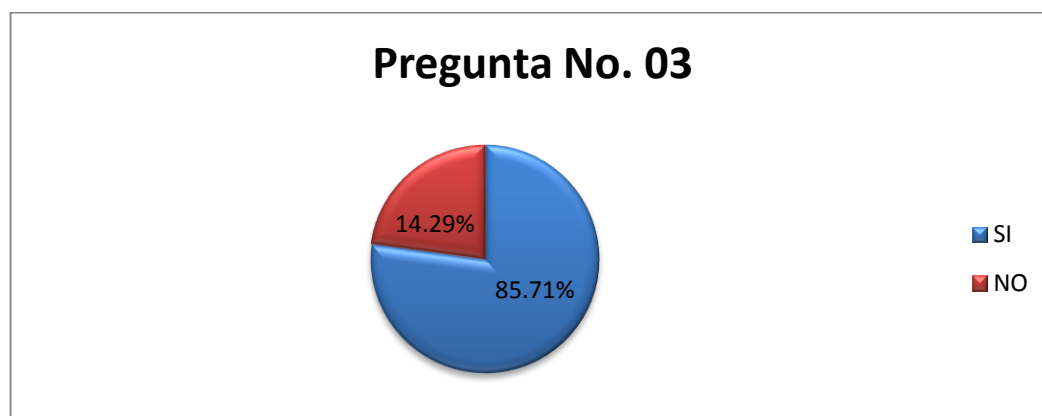
**Tabla 8: Adecuada toma de decisiones**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	1	14.28	1	14.29	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>85.71</b>	<b>1</b>	<b>14.29</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 9: Adecuada toma de decisiones**



**Fuente:** Tabla No. 08

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación**

Del total de los encuestados el 14.29% opina que NO ayudaría a mejorar en la toma de decisiones, mientras que el 85.71% se debe realizar una auditoría de gestión para mejorar la toma de decisiones. Por lo tanto el resultado es afirmativo 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 9: Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

Gráfico 10: Eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles



**Fuente:** Tabla No. 09

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación**

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

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

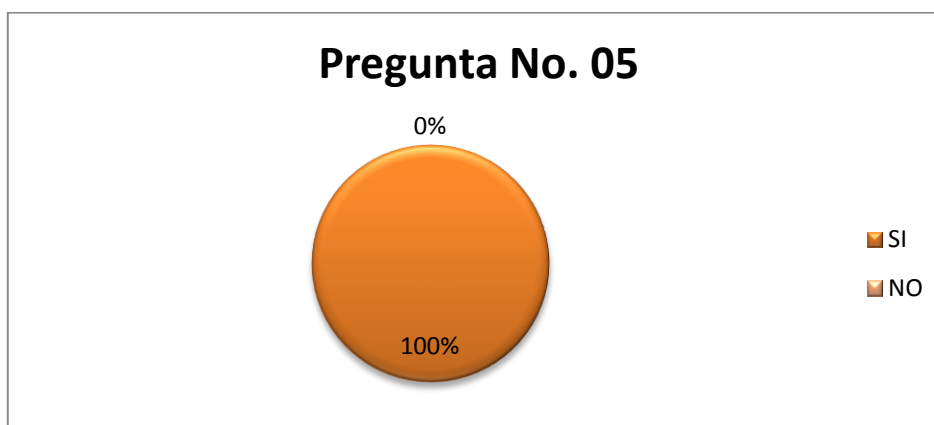
**Tabla 10:Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Tabla 11: Capacitaciones a los funcionarios de la Entidad**



**Fuente:** Tabla No. 10

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación**

El 100% de los encuestados manifestaron que si existen capacitaciones, pero son las que el Ministerio de Salud Pública les brindan. 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 12: Evaluación del desempeño a los servidores**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 11: Evaluación del desempeño a los servidores**



**Fuente:** Tabla No. 11

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**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?**

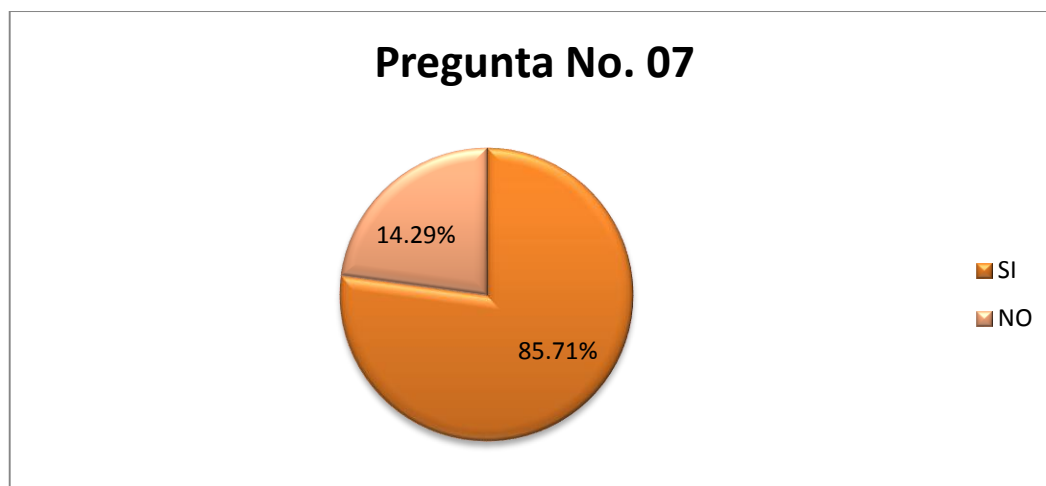
**Tabla 13: Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	1	14.28	1	14.29	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>85.71</b>	<b>1</b>	<b>14.29</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 12: Aplicación de la Auditoría de Gestión para mejorar procesos**



**Fuente:** Tabla No. 12

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación:**

Según lo que podemos observar el 14.29% de los servidores encuestados manifiestan que la auditoría de gestión No ayudaría a mejorar los procesos y el 85.71% 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.

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

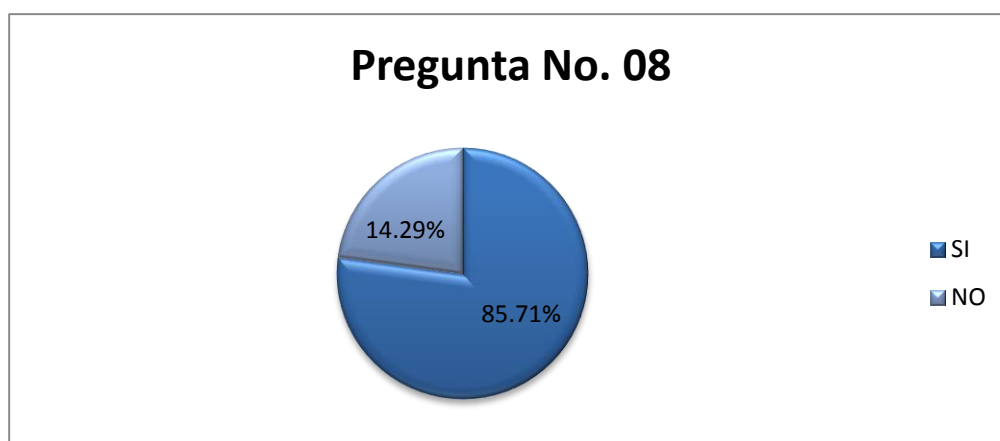
**Tabla 14: Utilización de indicadores**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Odontólogo	1	14,28	0,00	0,00	1	14,28
Médico General	1	14.28	0,00	0,00	1	14.28
Interno	1	14.28	1	14.29	2	28.58
Enfermería	2	28.58	0,00	0,00	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>85.71</b>	<b>1</b>	<b>14.29</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Gráfico 13: Utilización de indicadores**

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro.

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín.



**Análisis e interpretación:**

El 14.29% de los servidores encuestados expresan que NO se considera importante la utilización de indicadores y el 85.71% 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.

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

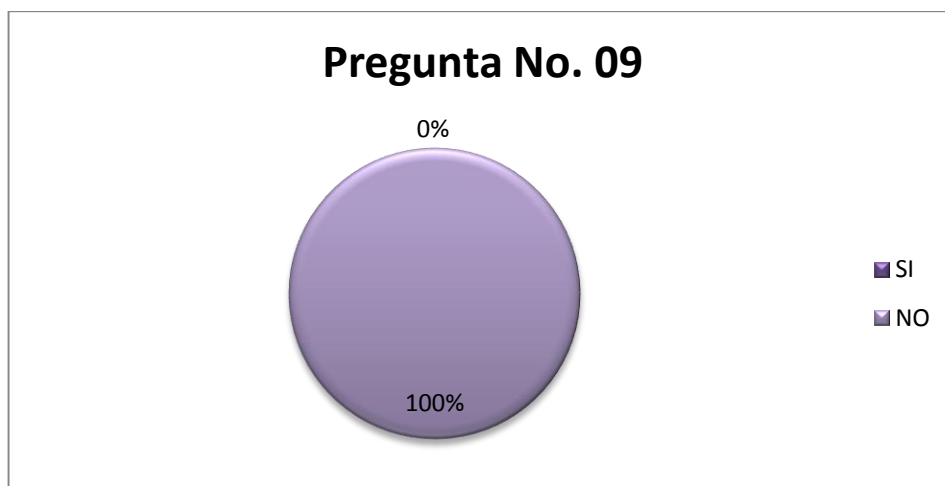
**Tabla 15: Reglamento interno de la Entidad**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Odontólogo	0,00	0,00	1	14,28	1	14,28
Médico General	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Interno	0,00	0,00	2	28.58	2	28.58
Enfermería	0,00	0,00	2	28.58	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 14: Reglamento interno de la Entidad**



**Fuente:** Tabla No. 14

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación:**

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 empíricamente.

**10. ¿Tiene Ud. conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la entidad?**

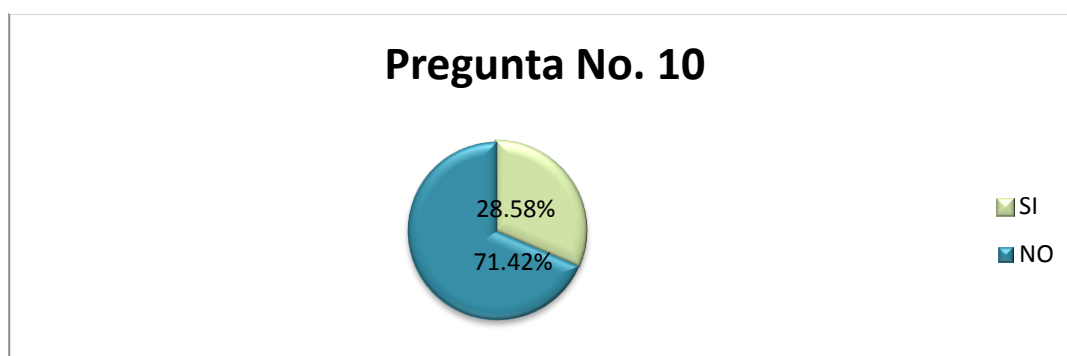
**Tabla 16: Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la Entidad**

ÁREAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Director del Subcentro	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Odontólogo	0,00	0,00	1	14,28	1	14,28
Médico General	0,00	0,00	1	14.28	1	14.28
Interno	1	14.29	1	14.29	2	28.58
Enfermería	1	14.29	1	14.29	2	28.58
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>28.58</b>	<b>5</b>	<b>71.42</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a los servidores del Subcentro

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Gráfico 15: Conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la Entidad**



**Fuente:** Tabla No. 15

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Análisis e interpretación**

El 28.58% de la población encuestada manifiesta que SI tiene conocimientos sobre las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A 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 71.42% manifiestan que no tienen un claro conocimiento.

### 3.5.2. Resumen de las Encuestas

Tabla 17: Resumen de las encuestas

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Se ha realizado auditorías de gestión en su Entidad?	0	7
2. ¿Considera usted que se debería realizar una auditoría de gestión?	7	0
3. ¿Cree Ud. que la elaboración de una auditoría de gestión aporte para la adecuada toma de decisiones?	6	1
4. El desarrollo de la auditoría de gestión ¿garantizará la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos disponibles?	7	0
5. ¿Se ha brindado capacitaciones a los funcionarios de la entidad?	7	0
6. ¿Se ha realizado evaluación del desempeño una vez al año como lo determina la ley y se ha hecho	7	0
7. ¿Cree usted que con la aplicación de la Auditoria de Gestión mejoraría los procesos que desarrolla la entidad?	6	1
8. ¿Considera importante la utilización de indicadores para evaluar los procesos y procedimientos de la Entidad?	6	1
9. ¿Cuenta la institución con un reglamento interno a nivel de la entidad y se ha socializado con todos los funcionarios?	0	7
10. ¿Tiene Ud. conocimientos de las metas, objetivos, misión, visión y F.O.D.A de la entidad?	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>22</b>

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

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

Gráfico 16: Resumen de las encuestas



**Fuente:** Tabla No. 16

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

### **Análisis e interpretación**

El 68.57% 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 31.43% 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.

## **CAPÍTULO IV.- MARCO PROPOSITIVO**

### **4.1 TÍTULO**

MARCO PROPOSITIVO: AUDITORÍA DE GESTIÓN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO, PERÍODO ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.

### **4.2 CONTENIDO DE LA PROPUESTA**

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**

**PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE  
DE 2014**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**OFICIO N° 0001 – ESPOCH – 2015**

**Sección:** Auditoría Interna

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

Achupallas, 18 de Mayo del 2015

Ingeniera

Sonia Guadalupe

DECANA DE LA FADE

Presente.-

De mi consideración:

Yo María Margarita Naula Vimos con cédula de identidad # 060351891-1 del Subcentro de Salud de Parroquia Achupallas, autorizaré a quien corresponda facilite la información necesaria para la elaboración del trabajo investigativo con la temática **“AUDITORIA DE GESTIÓN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS CANTÓN ALAUSÍ PROVINCIA DE CHIMBORAZO PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2014”**, a la Sta. Daniela Jimena Moreno Marroquín portadora de la cedula de identidad 06054658-1 estudiante de la escuela de Contabilidad y Auditoría, facultad de Administración de Empresa de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, para elaboración de la tesis, previa la obtención del título como: Licenciada en Contabilidad y Auditoría CPA, adicionalmente el mencionado estudiante deberá socializar y entregar un ejemplar de la investigación realizada.

Particular que comunico para los fines siguientes.

Dra. María Margarita Naula Vimos

**DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD ACHUPALLAS**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



#### 4.2.1 ARCHIVO PERMANENTE

### ÍNDICE

<b>ARCHIVO PERMANENTE</b>	<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

AP1

El Subcentro de Salud se encuentra ubicado en la parroquia de Achupallas, Cantón Alausí provincia de Chimborazo, se caracteriza por ser de categoría regional pues cubría las necesidades de todas las 24 comunidades, fue construido en el año de 1937 e inaugurado en el año de 1949, desde un inicio la construcción la entidad fue de adobe con una capacidad solamente de herramientas básicas para atender enfermedades leves que demandaban de poca asistencia médica, pues los habitantes de aquel entonces solían curarse con medicina natural pero, aun así debido al paso del tiempo y por necesidad se fue incrementando la demanda de pacientes que requería de estos servicios.

Posteriormente y por decreto legislativo se crea la casa de salud en el año de 1967. En 1972 se adjunta al Ministerio de Salud Pública, la creación de centros y Subcentro de Salud así como el mejoramiento de las vías de acceso, que permitían a la población acceder a centros de salud con mayor facilidad. A partir de 1993 funciona como Jefatura de Área, desde 1995 y luego del movimiento sísmico que destruyó gran parte del área física se realiza la construcción de un bloque de hormigón donde funciona hasta la presente fecha el área de atención.

Cuenta con los servicios de odontología, vacunación servicios generales, farmacia su jornada de atención es de martes a sábado, en doble jornada de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 17h00. de martes a viernes horario normal y el sábado hasta las 14:00h, además realizan visitas a las comunidades de acuerdo a la programación interna y en coordinación con los directivos del cantón Alausí.

La demanda insatisfecha y los estudios realizados en la zona determinaron que el actual Subcentro no cubría con la demanda al contar con 24 comunidades, por lo que las gestiones de sus habitantes y el apoyo del gobierno han permitido que hoy en día se esté construyendo un nuevo centro de salud de tipo B para mejorar la calidad de salud de los moradores de Achupallas y sus alrededores.

## **Misión**

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, es una Institución Pública que brinda atención integral primaria de salud a toda la población de la Parroquia y sus comunidades en medicina general y talento humano contratado , en promoción, prevención, curación, tratamiento, ofreciendo gratuidad en todos los servicios, basándose en principios y valores con equidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y responsabilidad ,oportunidad, con enfoque de género, logrando la satisfacción del cliente interno y externo en relación con el entorno social.

## **Visión**

Para el año 2016, Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, será una Institución moderna que garantizará el derecho a la salud integral de la población de la Parroquia de Achupallas y el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, mediante la participación directa y coordinada de organizaciones públicas, privadas y de las comunidades, en base al nuevo modelo de atención de la salud con enfoque de interculturalidad , con talento humano calificado estable y especializado , eficiente eficaz, honesto, motivado, remunerado en función de sus competencias en un ambiente agradable, donde exista calidez con calidad, compromiso, buenas relaciones humanas, cordialidad, solidaridad, respeto mutuo, trabajo coordinado en equipo, ofreciendo servicios, métodos y técnicas científicas apropiadas según el perfil epidemiológico de la zona, además de contar con presupuesto oportuno y adecuado de acuerdo a la complejidad de la institución.

## **Valores institucionales**

- Liderazgo.
- Innovación.
- Trabajo en equipo.
- Responsabilidad.
- Respeto.
- Atención al Cliente.
- Integridad.

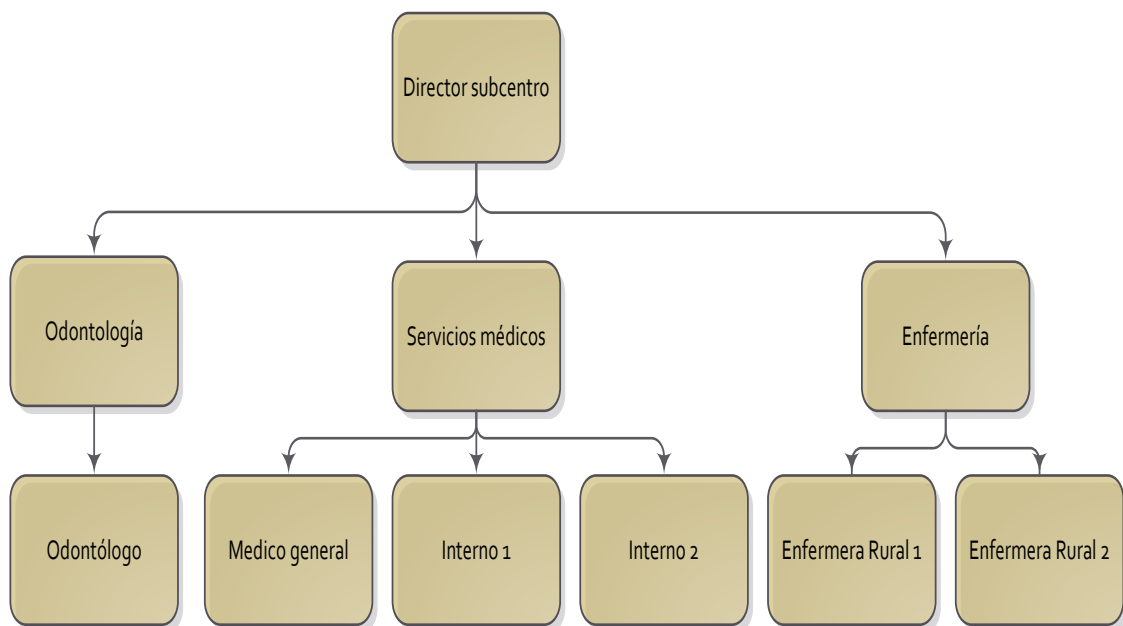
## Actividades a la que se dedica

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas brinda atención Integral, integrada y de interculturalidad en sus Componentes de: Promoción, Prevención, Recuperación y rehabilitación de la Salud con atención de consulta externa en:

- Medicina General
- Odontología
- Servicios generales
- Farmacia

## Organigrama estructural

Gráfico 17: Estructura orgánica



**Fuente:** Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

## Hoja de Marcas

AP3

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

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.P	01/01/2016	29/07/2016

## 4.2.2 PROGRAMAS DE AUDITORÍA

AP3

### 4.2.2.1 FASE I

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
PROGRAMA PRELIMINAR DE AUDITORÍA.  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**OBJETIVO:** “Obtener información con el fin de determinar riesgos preliminares y analizar si se debe aplicar la Auditoría de Gestión”

**Tabla 18: Programa de Auditoria**

Nº	Procedimientos	REF. P/T	Responsable	Observaciones
1	Realizar una visita previa a las instalaciones del Subcentro.	V.P.	D.J.M.M	
2	Aplicar entrevista al Gerente General, y personal del Subcentro.	E	D.J.M.M	
3	Recopilar documentación e información sobre la base legal (leyes, estatutos, reglamentos, instructivos).	I.B.L	D.J.M.M	
4	Solicitar la planificación estratégica del Subcentro.	P.E	D.J.M.M	
5	Obtener un listado del personal donde se detalle datos laborables.	D.L	D.J.M.M	
6	Solicitar los orgánicos: estructural, funcional y del personal.	E.F	D.J.M.M	

7	Recabar información sobre el software que utiliza el Subcentro para sus procesos.	I.S	D.J.M.M	
8	Solicitar los manuales de: ➤ Manual de Clasificación de puestos y funciones. ➤ Manual de reclutamiento y selección de personal.	M	D.J.M.M	
9	Obtener el Plan de Capacitación que se aplica al personal del Subcentro.	P.C	D.J.M.M	
10	Solicitar listados de control de asistencia del personal.	C.A	D.J.M.M	
11	Verificar los arqueos que se realiza Al área de farmacia.	A	D.J.M.M	
12	Solicitar los reportes que se utilizan para el control de atención a los usuarios.	R.C	D.J.M.M	
13	Revisar los informes que se emiten a las autoridades.	R.I	D.J.M.M	
14	Elaboración de encuestas para aplicar a los usuarios.	E.E	D.J.M.M	
15	Preparar la matriz de riesgos preliminar.	P.M	D.J.M.M	
16	Aplicar papeles de trabajo y demás que creyere conveniente.	A.P	D.J.M.M	
<b>Elaborado:</b> Daniela Moreno				
<b>Fecha:</b> 05 de Septiembre del 2015				

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**

**MATRIZ DE RIESGOS PRELIMINAR.**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**Tabla N°: 19 Referencia planificación preliminar**

<b>N°</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>
01	Evaluar el Control Interno según componentes: <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			

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.P	01/01/2016	29/07/2016



4.2.2.3 FASE III

**AP3**

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.  
AUDITORÍA DE GESTIÓN  
EJECUCIÓN  
PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Tabla No: 20 Programa de Auditoría: Ejecución**

<b>Nº</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>REF. P/T</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>
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			

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
COMUNICACIÓN DE RESULTADOS  
PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**Comunicación de Resultados**

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

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**

**PERIODO COMPRENDIDO DEL  
01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**4.2.3 ARCHIVO CORRIENTE**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## HOJA DE ÍNDICES

### Hoja de Índice

<b>ARCHIVO CORRIENTE</b>	<b>AC</b>
<b>FASE I</b>	
<b>Conocimiento Preliminar</b>	CP
Programa de Auditoría	AP/CP
Carta a la Directora Distrital	CP 1
Visita Preliminar	CP 2
Análisis F.O.D.A	CP 3
Informe de Conocimiento Preliminar	CP 4
<b>FASE II</b>	
<b>Planificación</b>	CI
Programa de Auditoría	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>	E
Programa de Auditoría	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>	CR
Programa de Auditoría	
Informe Final de Auditoría de Gestión	
Daniela Jimena Moreno Marroquín	D.J.M.M
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

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

#### 4.2.3.1 Fase I: Conocimiento Preliminar

**AP/CP 1**

### PROGRAMA DE AUDITORÍA

**ENTIDAD:** Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí

**TIPO DE EXAMEN:** Auditoría de Gestión

**PERÍODO:** Por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014.

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

**Tabla N 23: Conocimiento Preliminar**

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>	D.J.M.M	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>	D.J.M.M	2015/07/12
3	Análisis F.O.D.A	<b>CP 3</b>	D.J.M.M	2015/07/18

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

CARTA DE NOTIFICACIÓN

**CP1 1/2**

Riobamba, 30 de Octubre del 2015

Doctora

María Margarita Naula Vimos

**DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD ACHUPALLAS**

Presente.-

De mi consideración:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 23 de su Reglamento, convoco a usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de Gestión al **SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**. Por el período 2014, realizado mediante orden de trabajo N° 001 de fecha 18 de Mayo del 2015.

Dicho acto se llevará a cabo en las instalaciones del Subcentro, ubicado en Achupallas del cantón Alausí; el día 4 de Noviembre a las 17h00; en caso de no asistir personalmente, agradeceré notificar por escrito indicando el nombre, apellido y cargo de la persona que lo hará en su representación.

Atentamente,

Daniela J. Moreno Marroquín

**C.C. 060546568-1**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO****VISITA PREVIA****PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

Se realizó la visita el día sábado, 21 de Agosto del 2015, antes de la entrada del personal, se pudo observar que la mayoría del personal ingresa a las 8:00 am, las puertas para la atención a los usuarios se abren a las 8:00 am, su almuerzo es a las 13:00pm y su hora de salida es a las 17:00 pm.

El personal asiste correctamente uniformado, registran su asistencia, almuerzo y permisos en una hoja de asistencia.

El área física se encuentra ubicada en la parroquia achupallas. Se observó un buen compañerismo entre el personal, lo que hace más acogedor el lugar de trabajo. El Sr. Director del Subcentro de Salud ingresa a las 8:00 am y nos manifiesta que el personal con el que cuenta es colaborador, creativo y honrado; por lo cual ayuda a que se cumplan los objetivos y metas que se ha propuesto el Subcentro de Salud.

También nos comenta que el todos los colaboradores de este Subcentro de Salud reciben las capacitaciones realizadas por el Ministerio de Salud.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



## Información de la Entidad

CP2 1/6

El Subcentro de Salud se encuentra ubicado en la parroquia de Achupallas, Cantón Alausí provincia de Chimborazo, brinda atención Integral, integrada y de interculturalidad en sus Componentes de: Promoción, Prevención, Recuperación y rehabilitación de la Salud con atención de consulta externa en:

- Odontología
- Servicios generales
- Farmacia

## Reseña Históricas

El Subcentro de Salud se encuentra ubicado en la parroquia de Achupallas, Cantón Alausí provincia de Chimborazo, se caracteriza por ser de categoría regional pues cubría las necesidades de todas las 24 comunidades, fue construido en el año de 1937 e inaugurado en el año de 1949, desde un inicio la construcción la entidad fue de adobe con una capacidad solamente de herramientas básicas para atender enfermedades leves que demandaban de poca asistencia médica, pues los habitantes de aquel entonces solían curarse con medicina natural pero, aun así debido al paso del tiempo y por necesidad se fue incrementando la demanda de pacientes que requería de estos servicios.

Posteriormente y por decreto legislativo se crea la casa de salud en el año de 1967. En 1972 se adjunta al Ministerio de Salud Pública, la creación de centros y Subcentro de Salud así como el mejoramiento de las vías de acceso, que permitían a la población acceder a centros de salud con mayor facilidad. A partir de 1993 funciona como Jefatura de Área, desde 1995 y luego del movimiento sísmico que destruyó gran parte del área física se realiza la construcción de un bloque de hormigón donde funciona hasta la presente fecha el área de atención.

Cuenta con los servicios de odontología, vacunación servicios generales, farmacia su jornada de atención es de martes a sábado, en doble jornada de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 17h00.de martes a viernes horario normal y el sábado hasta las 14:00h, además realizan visitas a las comunidades de acuerdo a la programación interna y en coordinación con los directivos del cantón Alausí.

La demanda insatisfecha y los estudios realizados en la zona determinaron que el actual Subcentro no cubría con la demanda al contar con 24 comunidades, por lo que las gestiones de sus habitantes y el apoyo del gobierno han permitido que hoy en día se esté construyendo un nuevo centro de salud de tipo B para mejorar la calidad de salud de los moradores de Achupallas y sus alrededores.

### **Base Legal**

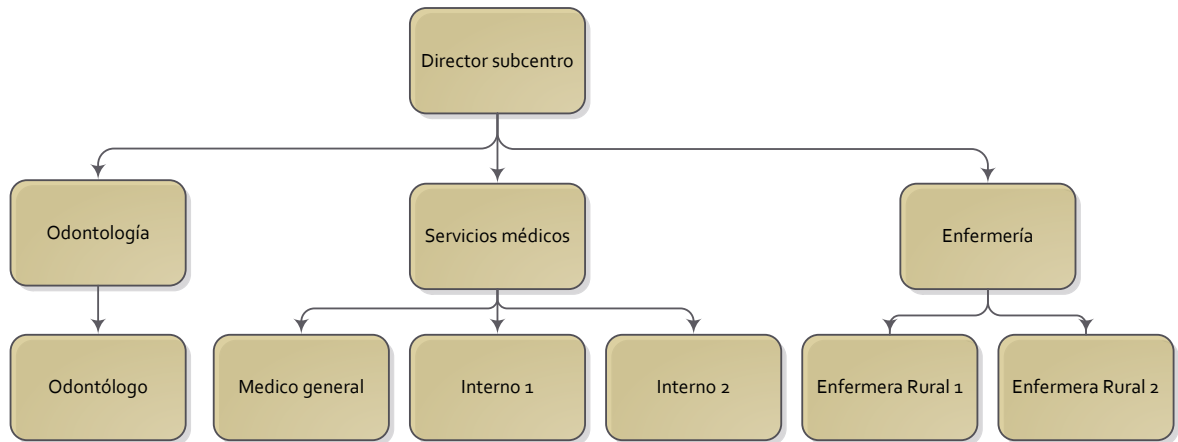
La creación del hospital Civil de Achupallas, se lo realiza mediante decreto legislativo N° 084 del 6 de Junio de 1967, publicado en el Registro oficial N° 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el registro oficial N° 048 del mismo mes y año, se suprime las juntas y asistencias sociales del país y se incorporan al Ministerio de Salud Pública todos los hospitales con sus patrimonios respectivos.

Según decreto supremo N° 1364 del 11 d diciembre de 1973 se suprime la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, integrándose los servicios, dependencias y patrimonios de dicha institución al Ministerio de Salud Pública.

Las actividades y operaciones que realiza el Subcentro de Achupallas, se sujetan a las siguientes disposiciones legales: Reglamento Orgánico Funcional

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

Gráfico 18: Organigrama del Subcentro



**Fuente:** Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

**Misión**

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, es una Institución Pública que brinda atención integral primaria de salud a toda la población de la Parroquia y sus comunidades en medicina general y talento humano contratado , en promoción, prevención, curación, tratamiento, ofreciendo gratuidad en todos los servicios, basándose en principios y valores con equidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y responsabilidad, oportunidad, con enfoque de género, logrando la satisfacción del cliente interno y externo en relación con el entorno social.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## Visión

CP2 4/6

Para el año 2016, Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, será una Institución moderna que garantizará el derecho a la salud integral de la población de la Parroquia de Achupallas y el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, mediante la participación directa y coordinada de organizaciones públicas, privadas y de las comunidades, en base al nuevo modelo de atención de la salud con enfoque de interculturalidad, con talento humano calificado estable y especializado, eficiente eficaz, honesto, motivado, remunerado en función de sus competencias en un ambiente agradable, donde exista calidez con calidad, compromiso, buenas relaciones humanas, cordialidad, solidaridad, respeto mutuo, trabajo coordinado en equipo, ofreciendo servicios, métodos y técnicas científicas apropiadas según el perfil epidemiológico de la zona, además de contar con presupuesto oportuno y adecuado de acuerdo a la complejidad de la institución.

## Valores Institucionales

- Liderazgo.
- Innovación.
- Trabajo en equipo.
- Responsabilidad.
- Respeto.
- Atención al Cliente.
- Integridad.

## Objetivos Institucionales

**Objetivo 1:** Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.

**Objetivo 2:** Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**Objetivo 3:** Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.

**Objetivo 4:** Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.

**Objetivo 5:** Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## PRINCIPALES SERVIDORES RELACIONADOS

CP2 6/6

Tabla 19: Principales servidores relacionados

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO
NAULA VIMOS MARÍA MARGARITA	MÉDICO RURAL DIRECTOR ENCARGADO
DIEGO HERNÁN MIRANDA BARROS	MÉDICO RURAL
TORRES FIALLOS PABLO JUAN	ODONTÓLOGO
PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA	ODONTÓLOGA RURAL
CAMPOVERDE CECILIA	ENFERMERA RURAL
MORALES GÓMEZ DIANA LEONOR	ENFERMERA RURAL
SÁNCHEZ JOHANA	ENFERMERA RURAL

**Fuente:** Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

**Elaborado por:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

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 20: Fortalezas y Oportunidades

DOCUMENTO	RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERNO
<b>FORTALEZAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apoyo del equipo de salud del cantón Alausí.</li> <li>➤ La ubicación está en un lugar céntrico.</li> <li>➤ Los profesionales cuentan con centro habitacional para su estancia.</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contar con capacitaciones promocionadas por el actual gobierno.</li> <li>➤ El acceso a la salud por gran parte de sus habitantes gratuita.</li> <li>➤ Instalaciones nuevas y equipadas.</li> <li>➤ Construcción de un nuevo centro de salud.</li> <li>➤ Posibilidad de diversificación de servicios de salud.</li> <li>➤ Cambios de equipos médicos de salud.</li> </ul>
<b>Elaborado:</b> Daniela Jimena Moreno Marroquín	
<b>Fecha:</b> 20 de octubre del 2015	

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 21: Debilidades y Amenazas**

<b>DEBILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipamiento insuficiente y obsoleto.</li> <li>➤ El espacio físico es muy reducido y no abastece la atención para todos los habitantes tanto de la parroquia como en las comunidades.</li> <li>➤ Horario de atención permanente en el Subcentro de salud.</li> <li>➤ Carencia de medicamentos asignados a la participación social.</li> <li>➤ Falta de equipos médicos en la atención primaria y de especialidades, para la atención de sus habitantes.</li> <li>➤ La falta de control a los profesionales de la salud, ya que no cumplen con el horario de atención.</li> <li>➤ Oferta escasos servicios de salud.</li> <li>➤ La falta de profesionales de la salud en este centro.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de recursos económicos y financiamiento permanente para el desarrollo de las actividades en parroquia y sus comunidades.</li> <li>➤ Falta de sensibilización de parte de las autoridades locales con respecto al trabajo de acceso a la parroquia y la necesidad de contar con recursos económicos asignados.</li> <li>➤ El riesgo de desastre natural con respecto al derrumbe de hace varios años ubicado a pocos minutos de Achupallas.</li> <li>➤ Mal estado de las vías de acceso.</li> <li>➤ Dependencia de proyectos, sin contar con recursos asignados a la participación social.</li> <li>➤ La falta de compromiso por parte de la comunidad en el cuidado del nuevo Subcentro.</li> <li>➤ Falta de presupuesto.</li> <li>➤ Resistencia al cambio por parte de los empleados.</li> </ul>

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015



## Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades

CP3 3/7

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 realizarán 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 22: Matriz de Correlación Fortalezas y Oportunidades

F / O	F1	F2	F3	TOTAL
O1	3	1	3	7
O2	1	1	1	3
O3	1	1	1	3
O4	3	1	1	5
O5	3	1	1	5
O6	1	1	1	3
TOTAL	12	06	08	26

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas

**CP3 4/7**

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 23: Matriz de Correlación Debilidades y Amenazas**

A D	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	TOTA L
A1	1	3	1	1	1	1	3	1	12
A2	1	5	3	3	1	1	1	3	18
A3	1	1	3	1	1	1	1	1	10
A4	1	3	1	3	1	1	1	5	16
A5	1	1	1	5	1	1	1	3	14
A6	5	5	1	5	1	3	1	5	26
A7	5	1	1	1	1	1	1	1	12
A8	1	1	1	1	1	1	1	1	8
TOTA L	16	20	12	20	08	10	10	20	106

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## Matriz Priorizada

**CP3**

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.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

Tabla 24: Matriz Priorizada FODA

**CP3**

<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.

## Matriz de problemas del medio interno

**Tabla 25: Análisis Del Medio Interno – Identificación De Debilidades**

Nº	NUDOS CRÍTICOS/MANI- FESTACIONES	CAUSAS	EFECTOS
<b>01</b>	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>
<b>02</b>	Falta de empoderamiento para asumir otras competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Los funcionarios solo obedecen órdenes del MSP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Niveles bajos de rotación del personal</li> <li>◆ Desinterés del MSP</li> </ul>
<b>03</b>	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>
<b>04</b>	Desconocimiento de la normativa institucional interna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Falta de socialización 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>

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

## Matriz de problemas del medio externo

Tabla 26: Análisis Del Medio Externo – Identificación De Amenazas

Nº	FACTORES CRÍTICOS EXTERNOS/AMENAZAS	CAUSAS	EFECTOS
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>

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

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

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
VISITA PREVIA**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

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

Tabla 27: Planificación de la Auditoría

Nº	PROCEDIMIENTO	REF. P/T	RESPONSABLE	FECHA
01	Evaluar el Control Interno según los componentes:  ✓ Ambiente de Control ✓ Actividades de Control ✓ Valoración del Riesgo ✓ Información y Comunicación ✓ Supervisión y Monitoreo	CI	D.J.M.M	2015/08/02
02	Elaborar la matriz de ponderación de los cuestionarios de control interno y determine el grado de confianza y riesgo	PR	D.J.M.M	2015/08/06
03	Realizar el Informe de Control Interno correspondiente a la Segunda Fase.	ICI	D.J.M.M	2015/08/24
04	Elaborar Memorándum de Planificación Específica	MP	D.J.M.M	2015/08/24

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**CI 1/30**

**ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD**

**DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS**

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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	¿El Subcentro 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 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 del Subcentro 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: □</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**CI 2/30**

**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><u>MODERADO</u></b>

<b>CT</b>	<b>11</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	15		
<b>NC</b>	73,3%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	26,7%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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°	PREGUNTAS	DIREC		ADMIN		OPERAT		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El Subcentro 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.
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, ya que desconocen ciertos objetivos institucionales
<b>TOTAL: □</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

**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>

<b>CT</b>	<b>10</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	15		
<b>NC</b>	66,7%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	33,3%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CI 5/30**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS**

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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	
<b>1</b>	¿El Subcentro respeta y aplica las disposiciones legales para la administración del talento humano?	1			0		0	<b>El personal se desconoce de ciertos parámetros de la administración de talento humano</b>
<b>2</b>	¿Los servidores conocen sobre el subsistema de clasificación de puestos?	1		1			0	Se desconoce sobre este subsistema
<b>3</b>	¿Se evalúa el desempeño de los funcionarios conforme lo establece la normativa legal?	1		1		1		
<b>4</b>	¿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
<b>5</b>	¿La carga de trabajo del personal es adecuada, según sus respectivas funciones?	1		1		1		
	<b>TOTAL: □</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

CI 6/30

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=</b> <b>CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>60%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE:</b> <b>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>

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO								
ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS								
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría de Gestión por el periodo 2014								
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								
N°	PREGUNTAS	DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El Subcentro 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: □</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

CI 8/30

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>

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

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>
<b>NIVEL DE RIESGO (100-NC)</b>		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

<b>CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO</b>								
<b>ENTIDAD: SUCCENTRO DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS</b>								
<b>TIPO DE AUDITORÍA:</b> Auditoría de Gestión por el periodo 2014								
<b>COMPONENTE:</b> Ambiente de Control								
<b>ALCANCE:</b> Delegación de Autoridad								
<b>OBJETIVO:</b> 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	SUBCENTRO						OBSERVACIONES
		DIRECTIVOS		ADMINISTRATIVOS		OPERATIVOS		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>1</b>	¿Existe delegación de funciones?	1		1		1		
<b>2</b>	¿Se toma en cuenta la antigüedad de trabajo de los empleados para delegar responsabilidad y autoridad?	1			0		0	
<b>3</b>	¿Los cargos más altos de la entidad son cubiertos por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	1		1		1		
<b>4</b>	¿La Directora revisa si se está cumpliendo con la función designada a cada departamento?	1		1		1		
<b>5</b>	¿Existe el número adecuado de personal tomando en cuenta la complejidad de las actividades y sistemas que se maneja?	1			0		0	
	<b>TOTAL: □</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**COMPONENTE:** AMBIENTE DE CONTROL

**ALCANCE:** Delegación de Autoridad

<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><u>MODERADO</u></b>

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

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

<b>CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO</b>								
<b>ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS</b>								
<b>TIPO DE AUDITORÍA:</b> Auditoría de Gestión por el periodo 2014								
<b>COMPONENTE:</b> Ambiente de Control								
<b>ALCANCE:</b> Competencia Profesional								
<b>OBJETIVO:</b> 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	
<b>1</b>	¿La institución se preocupa por la formación profesional?	1		1		1		
<b>2</b>	¿El personal cumple con los requisitos del perfil del cargo que desempeña?	1		0		0		
<b>3</b>	¿Ha asistido a capacitaciones que le permitan actualizar sus conocimientos y desarrollar de forma eficiente sus funciones?	1			0	1		
<b>4</b>	¿Tienen deseos de superarse para contribuir con la entidad?	1		1		1		
<b>5</b>	¿Sus habilidades son valoradas en la institución?	1		1		1		
	<b>TOTAL: □</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**COMPONENTE:** AMBIENTE DE CONTROL

**ALCANCE:** Competencia profesional

<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= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>80%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>20%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b><u>MODERADO</u></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>

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE  
**LA PARROQUIA ACHUPALLAS**

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

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

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**COMPONENTE:** AMBIENTE DE CONTROL

**ALCANCE:** Adhesión a las políticas institucionales

<b>CALIFICACIÓN TOTAL:</b>	<b>CT=</b>	<b>4</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>44%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>56%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b><u>ALTO</u></b>

<b>CT</b>	<b>4</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	<b>9</b>		
<b>NC</b>	<b>44,4%</b>	<b>BAJO</b>	
<b>RI</b>	<b>55,6%</b>	<b>ALTO</b>	<b>SUSTANTIVO</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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**COMPONENTE :** Actividades de Control

**ALCANCE:** Talento Humano

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la entidad, 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	¿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
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	¿Talento Humano planificó la creación de puestos y fueron aprobados debidamente por el Ministerio de Relaciones Laborales?	1		1		1		
6	¿Talento Humano dispone de un Descriptor de Puestos?		0		0		0	No existe un descriptor de puestos

7	¿Directora de la entidad en coordinación con el Talento Humano promueve el entrenamiento, capacitación y desarrollo profesional del personal?	1			0	1		No se promueve el desarrollo, entrenamiento y capacitación el personal
8	¿El personal de la entidad es evaluado conforme lo determina la Ley?	1		1		1		
9	¿El 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		
11	¿El 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: □ □</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

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

CT	21	RIESGO	ENFOQUE
PT	36		
NC	58,3%	<i>MODERADO</i>	
RI	41,7%	<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
<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**COMPONENTE :** Evaluación del Riesgo

**ALCANCE:** Objetivos globales de la Entidad

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la entidad, 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 del Subcentro 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
3	¿Los encargados de la administración verifican el cumplimiento de los objetivos?	1			0		0	
4	¿La entidad cumple con las leyes y regulaciones establecidas para entidades?	1		1		1		

	del sector público?							
<b>5</b>	¿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>	

**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= 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>10</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	15		
<b>NC</b>	66,7%	<b>MODERADO</b>	
<b>RI</b>	33,3%	<b>MODERADO</b>	<b>MIXTO-DOBLE PROPÓSITO</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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO								
ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS								
TIPO DE AUDITORÍA: Auditoría de Gestión por el periodo 2014								
COMPONENTE : Evaluación del Riesgo								
ALCANCE: Riesgo								
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	¿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
<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**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= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>80%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: 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>

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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

N°	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 entidad?	1		1			0	
4	¿El personal de la entidad	1		1		1		

	está en la capacidad de reaccionar frente a los riesgos?							
5	¿Existe algún mecanismo para anticiparse a los cambios que pueden afectar a la entidad	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>	

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**COMPONENTE:** EVALUACIÓN DEL RIESGO

**ALCANCE:** Manejo del Cambio

<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= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>80%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: 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>
<b>NIVEL DE RIESGO (100-NC)</b>		

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016



**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD:** SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**COMPONENTE :** Información y Comunicación

**ALCANCE:** Información

**OBJETIVO:** Determinar que los objetivos de la entidad, 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 el personal 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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**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>	

<b>CT</b>	<b>9</b>	<b>RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
<b>PT</b>	9		
<b>NC</b>	100,0%	ALTO	
<b>RI</b>	0,0%	<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS**

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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 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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

**CI 28/30**

**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>
<b>ELABORADO POR:</b>	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
<b>REVISADO POR:</b>	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**ENTIDAD: SUBCENTRO DE SALUD**

**DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS**

**TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Gestión por el periodo 2014

**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>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO**

**CI 30/30**

**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>

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO VISITA PREVIA PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.				
MATRIZ DE CALIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO				
COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL				
N°	PREGUNTAS	POND	CALIFICACIÓN	
			SI	NO
1	¿El Subcentro, posee un Código de Ética para el desarrollo de sus actividades?	3	0	3
2	¿El comportamiento del personal del Subcentro 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 del Subcentro 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	¿El Subcentro 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	¿El Subcentro 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

		PR 2/4		
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	¿El Subcentro 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



TOTAL AMBIENTE DE CONTROL		99	60	30
<b>COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>PR 3/4</b>		
34	¿Los objetivos del Subcentro 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?	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 entidad?	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 AMBIENTE DE CONTROL</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	¿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	¿Talento Humano planificó la creación de puestos y fueron aprobados debidamente por el Ministerio de Relaciones Laborales?	3	3	2
54	¿Talento Humano dispone de un Descriptor de Puestos?	3	0	3
55	¿La Directora de la entidad en coordinación con 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	¿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	¿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>	<b>CT=</b>	<b>142</b>
<b>PONDERACIÓN TOTAL:</b>	<b>PT=</b>	<b>207</b>
<b>NIVEL DE CONFIANZA: NC= CT/PT x 100</b>	<b>NC=</b>	<b>69%</b>
<b>NIVEL DE RIESGO INHERENTE: RI= 100% - NC%</b>	<b>RI=</b>	<b>31%</b>
<b>CALIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>MODERADO</b>

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

<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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
	M.J.M.A		
REVISADO POR:	P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

Riobamba, 30 de Octubre del 2015

Doctora

María Margarita Naula Vimos

**DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD ACHUPALLAS**

Presente.-

De mi consideración:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 23 de su Reglamento, convoco a usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de Gestión al **SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**. Por el período 2014, realizado mediante orden de trabajo N° 001 de fecha 18 de Mayo del 2015.

#### **Ambiente de control**

En el Subcentro 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.

Los funcionarios del Subcentro 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.

## **RECOMENDACIONES**

### **Al Subcentro**

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 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**

El Subcentro 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**

#### **A la Directora Distrital**

7. Rediseñar el objetivo general y los objetivos específicos del Subcentro 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**

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**

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,

Daniela J. Moreno Marroquín

**AUDITORA**

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA  
PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIONES POR ÍNFIMA CUANTÍA  
CÉDULA NARRATIVA  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

Para el sub proceso de Adquisiciones se debe realizar las contrataciones de acuerdo a la ley pero en el Subcentro hay profesionales 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:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO****EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA****DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE BIENES DE LARGA  
DURACIÓN****CÉDULA NARRATIVA****PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

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>
<b>ELABORADO POR:</b>	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
<b>REVISADO POR:</b>	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
ENCUESTA A USUARIOS  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

La Entidad buscar mejorar los servicios y productos que ofrece a la Comunidad, por lo que solicitamos muy comedidamente nos ayude contestando las siguientes preguntas:

**Escala:** 1 Muy deficiente    2 Deficiente    3 Regular    4 Bueno    5 Muy bueno.

**1.- ¿Califique la atención al usuario que le han brindado durante estos minutos?**

1            2            3            4            5

**2.- ¿Cómo califica la atención brindada por los Médicos?**

1            2            3            4            5

**3.- ¿Cómo califica la atención del usuario?**

1            2            3            4            5

**4.- ¿La Entidad le informa correctamente de sus productos y servicios?**

(SI)    (NO)

**5.- ¿El horario de atención le parece correcto?**

(SI)    (NO).

**6.- ¿Cuál considera usted que es el área más accesible?**

---



---

**7.- ¿Está de acuerdo con los requisitos que le exigen para acceder a la atención medica?**

---

---

**8.- ¿Considera conveniente el tiempo que transcurre para la atención?**

---

---

**Le agradecemos por su atención y colaboración**

**Elaborado: Daniela Jimena Moreno Marroquín**

**Fecha: 20 de octubre del 2015**

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

#### 4.2.4 Determinación del enfoque de la auditoría y del muestreo

CI 3/20

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**C.R.** = Calificación del riesgo

**C.T.** = Calificación total = 92

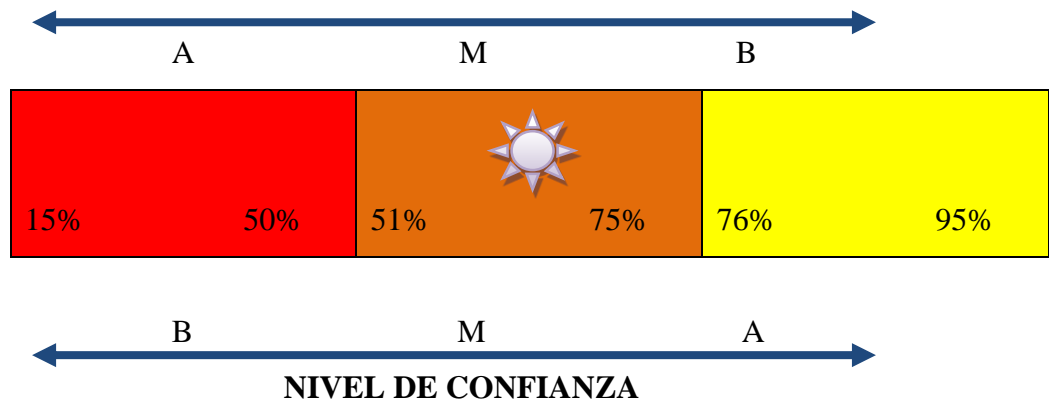
**P.T.** = Ponderación Total = 180

$$NC = \frac{CT}{PT} * 1002$$

$$NC = \frac{92}{180} * 100$$

$$NC = 51.11$$

**Gráfico N° 20. RIESGO DE CONTROL**



## CONCLUSIONES:

CI 4/20

1. La Planificación Estratégica no ha sido divulgada al personal del Subcentro, a pesar de ser un documento de vital importancia que persigue alcanzar metas a través de estrategias; las autoridades no se han preocupado en buscar medios para informar su contenido, objetivos y fin, provocando que el personal desarrolle sus funciones por hábito y no cumpla con lo propuesto.
2. El organigrama estructural del Subcentro no está bien diseñado, no constan áreas importantes para el desarrollo de actividades; así como no muestra claramente la responsabilidad, canales de comunicación y supervisión. El organigrama estructural es un documento que debe basarse en las necesidades y sobre todo que contribuya para el cumplimiento de objetivos, las autoridades no se han preocupado en diseñar un nuevo organigrama que esté de acuerdo al crecimiento del Subcentro por lo que las actividades se mantienen en retroceso en razón de que desconocen los canales de comunicación y supervisión.
3. El software utilizado actualmente el Subcentro no está cumpliendo su función en un 100%, ya que solo sirve para entregar informes a las autoridades como son el control de la tuberculosis y la atención para la desnutrición. Las autoridades no se han preocupado en diseñar un programa que sirva tanto para la atención a los usuarios como para la parte contable del Subcentro.
4. El Subcentro no cuenta con un manual de reclutamiento, selección y contratación para el personal. Así como también no cuenta con un manual de funciones para el mismo. Los manuales de reclutamiento y funciones para el personal es de gran importancia, ya que nos permite conocer como contratar al personal y cuáles son sus funciones, obligaciones y deberes del mismo.



#### 4.2.5 Elaboración del plan y programas

CI 5/20

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**OBJETIVO:**

- Determinar la eficiencia, eficacia y economía en el uso de recursos asignados.
- Evaluar el Control Interno.
- Analizar la información y documentación recopilada en la planificación preliminar.

**Tabla 28: Elaboración del plan y programas**

<b>Nº</b>	<b>Procedimientos</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Observaciones</b>
1	Evaluar el control interno de las áreas a auditar.	20/10/15	D.M.	
	<b>RECURSOS HUMANOS.</b>			
2	Analizar si el personal cumple con el perfil profesional de acuerdo al cargo que desempeña.	20/10/15	D.M.	
3	Procesar la información de las entrevistas realizadas al personal.	20/10/15	D.M.	
4	Análisis del control de asistencia del personal.	20/10/15	D.M.	
	<b>ATENCIÓN AL PACIENTE.</b>			
5	Análisis del Instructivo de servicios.	20/10/15	D.M.	
6	Tabulación de encuestas aplicadas a los socios	20/10/15	D.M.	
7	Realice hojas de hallazgos de las áreas deficientes.	20/10/15	D.M.	

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**4.2.6 EJECUCIÓN DEL PLAN DE TRABAJO (FASE III)**

**4.2.7 Aplicación de programas**

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ  
CÉDULA ANALÍTICA PARA VERIFICAR SI CUMPLE CON EL PERFIL PROFESIONAL  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

Tabla 29: Ejecución del plan de Trabajo

<b>Nº</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CARGO</b>	<b>SUELDO</b>	<b>NIVEL ESTUDIO</b>	<b>CUMPLE PERFIL PROFESIONAL</b>	<b>PROFESIÓN</b>
1	NAULA VIMOS MARÍA MARGARITA	MÉDICO RURAL DIRECTOR ENCARGADO	\$ 900.00	SUPERIOR	SI	MÉDICO GENERAL
2	DIEGO HERNÁN MIRANDA BARROS	MÉDICO RURAL	\$ 900.00	SUPERIOR	SI	MÉDICO GENERAL

3	TORRES FIALLOS PABLO JUAN	ODONTÓLOGO	\$ 1200.00	SUPERIOR	SI	MÉDICO ODONTOLOGÍA
4	PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA	ODONTÓLOGA RURAL	\$ 800.00	SUPERIOR	SI	MÉDICO ODONTOLOGÍA
5	CAMPOVERDE CECILIA	ENFERMERA RURAL	\$ 800.00	SUPERIOR	SI	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
6	MORALES GÓMEZ DIANA LEONOR	ENFERMERA RURAL	\$ 800.00	SUPERIOR	SI	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
7	SÁNCHEZ JOHANA	ENFERMERA RURAL	\$ 800.00	SUPERIOR	SI	LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

### **INTERPRETACIÓN**

De 10 personas que laboran en el Subcentro el 100%, cumplen con el Perfil Profesional para los puestos que fueron contratados. Esta es una de las fortalezas del Subcentro ya que con un personal adecuado nos ayuda a cumplir con los objetivos y metas propuestas por el Subcentro.

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ  
 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS AL PERSONAL  
 PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**Tabla N°: 28 Entrevistas Al Personal**

<b>N o.</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ED AD</b>	<b>NIVEL DE EDUCACI ÓN</b>	<b>CA P.</b>	<b>NOMBRE CAPACIT.</b>	<b>MO T. INC T</b>	<b>S.B.U FUNCI ÓN</b>	<b>CLIMA LABOR AL</b>	<b>INGRESO AL SUBCENTR O.</b>
1	NAULA VIMOS MARÍA MARGARITA	MÉDICO RURAL D. ENCARGADO	27	SUPERIOR	SI	DESNUTRICIÓ N INFANTIL	NO	SI	BUENO	RURAL
2	DIEGO HERNÁN MIRANDA BARROS	MÉDICO RURAL	27	SUPERIOR	SI	CUIDADOS DE UN PACIENTE	NO	NO	BUENO	RURAL
3	TORRES FIALLOS PABLO JUAN	ODONTÓLOGO	43	SUPERIOR	SI	CIRUGÍAS	NO	NO	BUENO	CONTRATO
4	PADILLA S. MARÍA VICTORIA	ODONTÓLOGA RURAL	27	SUPERIOR	SI	ORTODONCIA	NO	SI	BUENO	RURAL

5	CAMPOVERDE CECILIA	ENFERMERA RURAL	24	SUPERIOR	SI	VACUNACIÓN	NO	SI	BUENO	<b>CI 9/20</b> RURAL
6	MORALES GÓMEZ DIANA LEONOR	ENFERMERA RURAL	26	SUPERIOR	SI	VACUNACIÓN	NO	SI	BUENO	RURAL
7	SÁNCHEZ JOHANA	ENFERMERA RURAL	24	SUPERIOR	SI	VACUNACIÓN	NO	SI	BUENO	RURAL

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## TABULACIÓN

**CI 10/20**

### INGRESO AL SUBCENTRO

RURAL	%	CONTRATO	%
6	90%	1	10%

### CAPACITACIÓN

SI	%	NO	%
7	100%	0	0%

### MOTIVACIÓN O INCENTIVOS

SI	%	NO	%
0	0%	7	100%

### SALARIO DE ACUERDO A FUNCIONES

SI	%	NO	%
7	100%	0	0%

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## COMENTARIO

CI 11/20

De acuerdo al análisis de la información proporcionada en las entrevistas podemos definir que el 90% de personal a ingresado al Subcentro por medio de la realización de la rural, debido a que no cuentan con el Área de Recursos Humanos y de una manual que sirva para la selección del personal; a pesar de que el personal a ingresado sin ninguna clase de selección realizan sus actividades con el fin de cumplir los objetivos planteados por el Subcentro y han logrado un notable crecimiento del Subcentro desde su creación.

En cuanto a la Capacitación el 100% ha manifestado que se realizan capacitaciones por medio del M.S.P., es necesario aclarar que no existe un Plan de Capacitación Anual al cual se rijan.

El 90% ha manifestado no están de acuerdo con los salarios que les ofrece el Subcentro ya que expresan son relativamente bajos, los cuales deberían ser reconsiderados; ya que este es un incentivo para que trabajen con más empeño en busca de los objetivos planteados por el Subcentro.

## RECOMENDACIONES.

### A LA DIRECTORA ENCARGADA.

- Es necesario que el personal del Subcentro sea contratado en base a un reclutamiento y selección que cumpla con perfiles profesionales establecidos, más no se lo haga empíricamente, contribuyendo a que los objetivos que se ha propuesto del Subcentro se cumplan.
- Elaborar y mantener un Plan de Capacitación anual de acuerdo a las funciones que cumple cada persona dentro del Subcentro y que será importante para mejorar los procesos que desarrolla.



#### 4.2.8 Preparación de papeles de trabajo y obtención de evidencia

CI 12/20

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ  
CÉDULA PARA EL REGISTRO DEL CONTROL DE ASISTENCIA DEL  
PERSONAL.  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

<b>ASPECTOS REVISADOS</b>	<b>ASPECTOS RELEVANTES</b>	<b>COMENTARIO</b>
Se ha realizado el respectivo control de asistencia al personal.	El personal registra la asistencia de una hoja normal que es realizada por la Directora encargada.	Realizar el respectivo seguimiento al registro de asistencia del personal, nos ayuda a mantener una mejor ambiente de trabajo y lograr el cumplimiento de metas y objetivos planteados.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

#### **RECOMENDACIONES:**

##### **A LA DIRECTORA ENCARGADA**

Es necesaria la adquisición de un aparato digital que sirva para el registro de asistencia del personal lo cual proveerá de información confiable del Recurso Humano, así como se mejorará la presentación para los empleados.

	<b>SIG.</b>	<b>INICIO</b>	<b>FINAL</b>
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ**

**TABULACIÓN DE ENCUESTAS APLICADAS A LOS PACIENTE  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**PREGUNTAS DE SELECCIÓN.**

**1.- ¿Califique la atención al cliente que le han brindado durante estos minutos?**

Escala	Encuestados	porcentaje
<b>1</b>	-	-
<b>2</b>	-	-
<b>3</b>	2	20%
<b>4</b>	8	80%
<b>5</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	10	100%

**2.- ¿Cómo califica la atención brindada por los Médicos?**

Escala	Encuestados	porcentaje
<b>1</b>	-	-
<b>2</b>	-	-
<b>3</b>	1	10%
<b>4</b>	9	90%
<b>5</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	10	100%

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

3.- ¿Cómo califica la atención al usuario?

CI 14/20

Escala	Encuestados	porcentaje
1	-	-
2	-	-
3	1	10%
4	9	90%
5	-	-
<b>TOTAL</b>	10	100%

4.- ¿La Entidad le informa correctamente de sus servicios?

Selección	Encuestados	Porcentaje
Si	4	40%
No	6	60%
<b>TOTAL</b>	10	100%

5.- ¿El horario de atención del Subcentro le parece correcto?

Selección	Encuestados	Porcentaje
Si	5	50%
No	5	50%
<b>TOTAL</b>	10	100%

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

6.- ¿Cuál considera usted que es el área más accesible?

CI 15/20

Selección	Encuestados	Porcentaje
M. General	9	90%
Obstetris	-	-
Odontología	-	-
Todos	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

7.- ¿Está de acuerdo con los requisitos que le exigen para acceder a la atención médica?

Selección	Encuestados	Porcentaje
<b>Si</b>	9	90%
<b>No</b>	1	10%
<b>TOTAL</b>	10	100%

8.- ¿Considera conveniente el tiempo que transcurre recibir la atención?

Selección	Encuestados	Porcentaje
<b>Si</b>	10	100%
<b>No</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	10	100%

	SIG.	INICIO	FINAL
ELABORADO POR:	D.J.M.M	01/01/2016	29/07/2016
REVISADO POR:	M.J.M.A P.P.B.M	01/01/2016	29/07/2016

## CONCLUSIONES.

CI 16/20

- De las 10 encuestas aplicadas a los usuarios podemos concluir que un 80% consideran que la Atención al Usuario es Buena, sobre los Médicos manifiestan un 90% que es ágil y no toma demasiado tiempo por lo que lo califican como Bueno y de la atención a los usuarios el 90% manifiesta que son atentos y pacientes al momento de atender.
- Sobre la información de servicios un 40% manifiesta que no lo conocen y que no existe un espacio adecuado para Atención al Usuario.
- Acerca del horario el 50% de los encuestados están de acuerdo con el horario de atención.
- El 90% de los encuestados se inclinan por la Medicina General, ya que abarca la mayoría de las enfermedades.
- El 100% de los usuarios encuestados están de acuerdo con el tiempo que transcurre para la atención a los mismos, ya que manifiestan que son rápidos y sencillos.

## RECOMENDACIONES:

- Crear el Área de Atención al Usuario para que pueda proveer la información necesaria a los socios.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
CÉDULA NARRATIVA DEL SOFTWARE INFORMÁTICO QUE SE UTILIZA  
EN EL SUBCENTRO**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del cantón Alausí, provincia de Chimborazo, ha venido manejando un software a fin de procesar informes a las autoridades, como el control de la tuberculosis y la atención para la desnutrición cero, pero para atender las necesidades contables el Subcentro no tiene un paquete contable que le permita facilitar las transacciones contables y las entrevistas a los usuarios. No obstante, un paquete contable tiene que funcionar en un 100%, ya que la Contabilidad tiene que procesar y generar balances contables. Por lo que se requiere inmediatamente, automatizar todos los procesos del Subcentro.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 12 de Octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
CÉDULA DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**Fecha:** 20 de octubre de 2015

**Tipo de documento:** Manuales.

**Responsable:** Directora.

<b>DOCUMENTO</b>	<b>RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>PROPUESTAS</b>
<p><b>Manual de Clasificación de puestos y funciones.</b> No cuentan con un manual para esta área.</p>	<p>No se ha definido procedimientos para la clasificación de puestos ni existe manual de funciones.</p>	<p>Elaborar los manuales de funciones y difundirla entre los funcionarios para que se cumpla en un 100%.</p>
<p><b>Manual de procedimientos para la atención a usuarios.</b> No cuentan con un manual para esta área.</p>	<p>No se ha definido procedimientos para el cumplimiento del trabajo para la atención a los usuarios.</p>	<p>Elaborar los manuales de procedimientos para esta área ya que es fundamental para el análisis y atención a los usuarios.</p>
<p><b>Manual de Reclutamiento y Selección del personal.</b> No cuenta con un manual en lo que se refiere al personal.</p>	<p>No se ha definido procedimientos para la selección, reclutamiento y contratación del personal.</p>	<p>Elaborar el manual e instructivo para la selección, reclutamiento y contratación a fin de que el Subcentro cuente con personal idóneo para el desarrollo de las labores.</p>

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
CÉDULA DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**Fecha:** 20 de octubre de 2015

**Tipo de documento:** Plan de Capacitación

**Responsable:** Directora.

<b>DOCUMENTO</b>	<b>RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>PROPUESTAS</b>
Plan de Capacitación que se aplica para todo el personal dentro del Subcentro.	No cuentan con un Plan de Capacitación. Las capacitaciones están programadas de acuerdo al Ministerio de Salud Pública.	Diseñar e implementar un Plan de Capacitación de acuerdo a las áreas a fin de que el personal cumpla mejor sus actividades diarias y evitar hacerlo de acuerdo a necesidades inmediatas sino mantener un cronograma.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015



**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
CÉDULA DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

**Fecha:** 20 de octubre de 2015

**Tipo de documento:** Control de Asistencia del Personal

**Responsable:** Directora.

<b>DOCUMENTO</b>	<b>RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>PROPUESTAS</b>
<p>Listados de control de asistencia.</p> <p>Contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nombre del empleado.</li> <li>➤ Hora de ingreso.</li> <li>➤ Almuerzo (salida, entrada)</li> <li>➤ Hora de salida.</li> <li>➤ Firma del Empleado.</li> <li>➤ Permisos (salida, entrada).</li> <li>➤ Autorización de permiso.</li> </ul>	<p>Este reporte no se elabora ni se llena en forma correcta, se observa que el personal no registra su salida, la salida y entrada al almuerzo, firma y en ocasiones no constan los nombres del personal y se registra con esfero el nombre y apellido.</p>	<p>De acuerdo al crecimiento del Subcentro es necesario que se automatice a fin de mantener control en lo que se refiere a la asistencia del personal.</p>

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**4.2.9 Evaluación de hallazgos y conclusiones; comunicación de hallazgos**

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ  
HOJA DE HALLAZGOS N° 1**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014**

**INEXISTENCIA DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS**

**Condición.**

El Subcentro no cuenta con manuales de procedimientos para el desarrollo de las actividades diarias.

**Criterio.**

Las buenas prácticas administrativas señalan que las Instituciones deben mantener manuales de procedimientos que faciliten el desarrollo de actividades y sobre todo se cumplan de manera eficiente y ordenada.

**Causa.**

Falta de seguimiento por parte de las autoridades a las áreas que conforman el Subcentro con el objeto de determinar las necesidades y requerimientos.

**Efecto.**

Al no contar con los respectivos manuales de procedimientos el personal desarrolla sus actividades por costumbre, incrementando el riesgo operativo y que no garantiza el cumplimiento de objetivos del Subcentro.

**Conclusión.**

El Subcentro no cuenta con manuales de procedimientos que faciliten el desarrollo de las actividades de manera eficiente y ordenada debido a que las autoridades no han

determinado las necesidades y requerimientos urgentes de cada área y que pueden ocasionar graves problemas e inclusive poner en riesgo a la Cooperativa.

**Recomendación.**

**A la Directora Encargada.**

Preparar los manuales de procedimientos entre los más urgentes a elaborar y aplicar están:

- Manual de selección y reclutamiento de personal.
- Manual de Funciones

En caso de no contar con el personal suficiente y capacitado deberán realizarlo a través de asesoría externa.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ  
HOJA DE HALLAZGOS N° 2**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014**

**INEXISTENCIA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN.**

**Condición.**

El Subcentro no cuenta con un Plan de Capacitación Anual por lo que el personal es capacitado de acuerdo a lo programado por el M.S.P.

**Criterio.**

No se aplica con lo establecido en las Normas de Control Interno, donde señala que mantendrán un plan de capacitación de acuerdo a necesidades institucionales y a requerimientos de desarrollo integral y de especialización de los empleados y funcionarios de la institución.

**Causa.**

Según las Normas de Control Interno en 300 – 04 TÍTULO: CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PERMANENTE: La máxima autoridad de cada entidad dispondrá que los servidores sean entrenados y capacitados en forma obligatoria, constante y progresiva, en función de las áreas de especialización y del cargo que desempeñan.

**Efecto.**

El personal no mantiene un plan de capacitación a más del que les brinda el M.S.P., para desarrollar sus funciones y de esta manera brindar y garantizar seguridad a los usuarios.

**Conclusión.**

HH 4/6

El personal del Subcentro mantiene una capacitación eventual según lo planificado por el M.S.P., y no permanente que se base en un plan de capacitación, lo cual no es conveniente ya que de acuerdo al crecimiento que mantiene el Subcentro es necesario que los médicos tengan continuamente capacitación y se encuentren actualizados en sus conocimientos; para así atender a sus pacientes.

**Recomendación.****A LA DIRECTORA ENCARGADA**

Elaborar el plan de capacitación de acuerdo a lo que establece las Normas de Control Interno que dispone que para garantizar este proceso la entidad emitirá un reglamento que contenga los aspectos inherentes a la capacitación y las obligaciones que asumirán los servidores capacitados.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ  
HOJA DE HALLAZGOS N° 3**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014**

**FALTA DE CONTROL EN LA ASISTENCIA DEL PERSONAL.**

**Condición.**

La asistencia del personal se registra en hojas impresas diseñadas por la Directora encargada que son de fácil manipulación y alteración.

**Criterio.**

Las instituciones deben mantener normas de control sobre el Recurso Humano con el fin de verificar el cumplimiento del horario de trabajo establecido en el contrato.

**Causa.**

No se ha dado la suficiente importancia al control de asistencia del personal por parte de la Directora encargada quien está a cargo del Recurso Humano.

**Efecto.**

No existe información confiable sobre el cumplimiento de la jornada de trabajo del personal, quienes ingresan con atrasos, se retiran antes de la hora de salida y en ocasiones salen sin permisos respectivos lo que provoca un incumplimiento de actividades.

**Conclusión.**

La información sobre la asistencia del personal no es confiable ya que se realiza a través de hojas impresas por la Directora encargada que son de fácil manipulación y alteración contando con información irreal la cual no permite realizar los respectivos descuentos y sobre todo conocer si el personal cumple con su horario de trabajo.

**Recomendación.****A LA DIRECTORA ENCARGADA**

Adquirir de forma inmediata un aparato digital para el registro de la asistencia del personal que labora en el Subcentro, a fin de mantener información confiable y sobre todo verificar si los empleados cumplen con el horario de trabajo establecido.

**Elaborado:** Daniela Jimena Moreno Marroquín

**Fecha:** 20 de octubre del 2015

**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
INDICADORES DE GESTIÓN  
PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

➤ **Indicador de Efectividad**

Total de eventos realizados = 92 = 51.11%  
Total de eventos programados 180

➤ **Indicador de Eficiencia (Monto de Recursos)**

Monto de recursos utilizados = 480.266 = 79.91%  
Monto de recursos programados 601.000

Del 100% del presupuesto previsto para el 2014 solo se ha gastado el 79.91%.

➤ **Indicador de Eficiencia de la utilización de Recursos**

Eventos realizados \* Recursos utilizados = 92 \* 480.266 = 79.91%  
Eventos programados Recursos programados 180 307.188

➤ **Indicador de Productividad**

Metas = 51.11%  
Insumos

➤ **Indicador de Improductividad**

100 - 51.11 = 48.89%

➤ **Eficacia (Prestación del Servicio)**

Calificación Obtenida \* 100 = 51.11 \* 100 = 51.11%  
Calificación Óptima 100



#### 4.2.10 Fase IV Comunicación de resultados

### CARTA DE CONTROL INTERNO

Riobamba, 30 de Octubre del 2015

Doctora

María Margarita Naula Vimos

**DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD ACHUPALLAS**

Presente.-

De mi consideración:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 23 de su Reglamento, convoco a usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de Gestión al **SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**. Por el período 2014, realizado mediante orden de trabajo N° 001 de fecha 18 de Mayo del 2015.

Dicho acto se llevará a cabo en las instalaciones del Subcentro, ubicado en Achupallas del cantón Alausí; el día 4 de Noviembre a las 17h00; en caso de no asistir personalmente, agradeceré notificar por escrito indicando el nombre, apellido y cargo de la persona que lo hará en su representación.

Atentamente,

Daniela J. Moreno Marroquín

**AUDITORA**

#### **4.2.11 Informe comentarios, conclusiones y recomendaciones**

### **SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL CANTÓN ALAUSÍ PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014**

#### **INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**

##### **Antecedentes**

En el Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, no se han efectuado Auditorías de gestión a periodos económicos anteriores, inobservando lo establecido en el Reglamento Especial de Auditorías Externas y Fiscalizaciones para Organismos bajo el control del Ministerio de Salud Pública.

##### **Motivo de la Auditoría**

Mi trabajo se realiza por la razón de que en el Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas del Cantón Alausí, no se han efectuado en períodos anteriores Auditorías que evalúen su gestión y al analizar su situación he considerado la opción de elaborar mi proyecto de tesis en esta entidad, de manera que beneficie a las dos partes; con la orden de trabajo N° 001 con fecha 18 de Mayo del 2015.

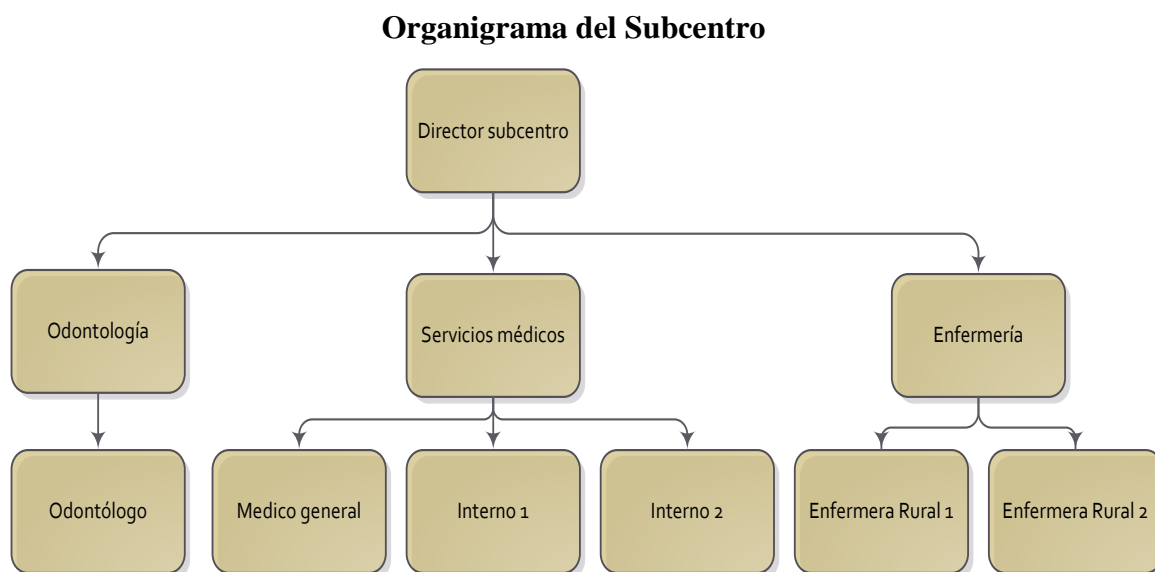
##### **Objetivo de la Auditoría**

- Evaluar la correcta utilización de los recursos, verificando el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y demás normas aplicables a las operaciones sujetas al examen.
- Determinar si la gestión de los funcionarios fue realizada con criterios de efectividad, eficiencia y economía y los resultados obtenidos guarden relación con los recursos asignados, de acuerdo con los planes y programas aprobados por la entidad auditada.
- Fortalecer el sistema de control interno de la entidad auditada.

##### **Alcance de la Auditoría**

El tiempo estimado para la ejecución de esta acción de control es de 120 días laborables que incluye la elaboración del borrador del informe y la conferencia final.

## Estructura Orgánica



Fuente: Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas

## Misión y Objetivos Institucionales

### Misión

El Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, es una Institución Pública que brinda atención integral primaria de salud a toda la población de la Parroquia y sus comunidades en medicina general y talento humano contratado , en promoción, prevención, curación, tratamiento, ofreciendo gratuidad en todos los servicios, basándose en principios y valores con equidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia y responsabilidad ,oportunidad, con enfoque de género, logrando la satisfacción del cliente interno y externo en relación con el entorno social.

## **Visión**

Para el año 2016, Subcentro de Salud de la Parroquia Achupallas, será una Institución moderna que garantizará el derecho a la salud integral de la población de la Parroquia de Achupallas y el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, mediante la participación directa y coordinada de organizaciones públicas, privadas y de las comunidades, en base al nuevo modelo de atención de la salud con enfoque de interculturalidad, con talento humano calificado estable y especializado, eficiente eficaz, honesto, motivado, remunerado en función de sus competencias en un ambiente agradable, donde exista calidez con calidad, compromiso, buenas relaciones humanas, cordialidad, solidaridad, respeto mutuo, trabajo coordinado en equipo, ofreciendo servicios, métodos y técnicas científicas apropiadas según el perfil epidemiológico de la zona, además de contar con presupuesto oportuno y adecuado de acuerdo a la complejidad de la institución.

## **Valores institucionales**

- Liderazgo.
- Innovación.
- Trabajo en equipo.
- Responsabilidad.
- Respeto.
- Atención al Cliente.
- Integridad.

## **4.2.12 RESULTADO DEL EXAMEN**

### **4.2.12.1 Inexistencia de manuales de procedimientos**

El Subcentro no cuenta con manuales de procedimientos para el desarrollo de las actividades diarias.

Las buenas prácticas administrativas señalan que las Instituciones deben mantener manuales de procedimientos que faciliten el desarrollo de actividades y sobre todo se cumplan de manera eficiente y ordenada.

Falta de seguimiento por parte de las autoridades a las áreas que conforman el Subcentro con el objeto de determinar las necesidades y requerimientos.

Al no contar con los respectivos manuales de procedimientos el personal desarrolla sus actividades por costumbre, incrementando el riesgo operativo y que no garantiza el cumplimiento de objetivos del Subcentro.

### **Conclusión.**

El Subcentro no cuenta con manuales de procedimientos que faciliten el desarrollo de las actividades de manera eficiente y ordenada debido a que las autoridades no han determinado las necesidades y requerimientos urgentes de cada área y que pueden ocasionar graves problemas e inclusive poner en riesgo al Subcentro.

### **Recomendación.**

#### **A la Directora Encargada.**

Preparar los manuales de procedimientos entre los más urgentes a elaborar y aplicar está:

- Manual de selección y reclutamiento de personal.
- Manual de Funciones

En caso de no contar con el personal suficiente y capacitado deberán realizarlo a través de asesoría externa.

#### **4.2.12.2 Inexistencia de un plan de capacitación**

El Subcentro no cuenta con un Plan de Capacitación Anual por lo que el personal es capacitado de acuerdo a lo programado por el M.S.P.

No se aplica con lo establecido en las Normas de Control Interno, donde señala que mantendrán un plan de capacitación de acuerdo a necesidades institucionales y a requerimientos de desarrollo integral y de especialización de los empleados y funcionarios de la institución.

Según las Normas de Control Interno en 300 – 04 Título: Capacitación y Entrenamiento Permanente: La máxima autoridad de cada entidad dispondrá que los servidores sean entrenados y capacitados en forma obligatoria, constante y progresiva, en función de las áreas de especialización y del cargo que desempeñan.

El personal no mantiene un plan de capacitación a más del que les brinda el M.S.P., para desarrollar sus funciones y de esta manera brindar y garantizar seguridad a los usuarios.

### **Conclusión.**

El personal del Subcentro mantiene una capacitación eventual según lo planificado por el M.S.P., y no permanente que se base en un plan de capacitación, lo cual no es conveniente ya que de acuerdo al crecimiento que mantiene el Subcentro es necesario que los médicos tengan continuamente capacitación y se encuentren actualizados en sus conocimientos; para así atender a sus pacientes.

### **Recomendación.**

#### **A LA DIRECTORA ENCARGADA**

Elaborar el plan de capacitación de acuerdo a lo que establece las Normas de Control Interno que dispone que para garantizar este proceso la entidad emitirá un reglamento que contenga los aspectos inherentes a la capacitación y las obligaciones que asumirán los servidores capacitados.

#### **4.2.12.3 Falta de control en la asistencia del personal.**

La asistencia del personal se registra en hojas impresas diseñadas por la Directora encargada que son de fácil manipulación y alteración.

Las instituciones deben mantener normas de control sobre el Recurso Humano con el fin de verificar el cumplimiento del horario de trabajo establecido en el contrato.

No se ha dado la suficiente importancia al control de asistencia del personal por parte de la Directora encargada quien está a cargo del Recurso Humano.

No existe información confiable sobre el cumplimiento de la jornada de trabajo del personal, quienes ingresan con atrasos, se retiran antes de la hora de salida y en ocasiones salen sin permisos respectivos lo que provoca un incumplimiento de actividades.

**Conclusión.**

La información sobre la asistencia del personal no es confiable ya que se realiza a través de hojas impresas por la Directora encargada que son de fácil manipulación y alteración contando con información irreal la cual no permite realizar los respectivos descuentos y sobre todo conocer si el personal cumple con su horario de trabajo.

**Recomendación.**

**A LA DIRECTORA ENCARGADA**

Adquirir de forma inmediata un aparato digital para el registro de la asistencia del personal que labora en el Subcentro, a fin de mantener información confiable y sobre todo verificar si los empleados cumplen con el horario de trabajo establecido.

**Atentamente,**

Daniela Jimena Moreno Marroquín

**AUDITORA**

**CONCLUSIONES**

- El Subcentro no cuenta con manuales de procedimientos que faciliten el desarrollo de las actividades de manera eficiente y ordenada debido a que las autoridades no

han determinado las necesidades y requerimientos urgentes de cada área y que pueden ocasionar graves problemas e inclusive poner en riesgo al Subcentro.

- El personal del Subcentro mantiene una capacitación eventual según lo planificado por el M.S.P., y no permanente que se base en un plan de capacitación, lo cual no es conveniente ya que de acuerdo al crecimiento que mantiene el Subcentro es necesario que los médicos tengan continuamente capacitación y se encuentren actualizados en sus conocimientos; para así atender a sus pacientes.
- La información sobre la asistencia del personal no es confiable ya que se realiza a través de hojas impresas por la Directora encargada que son de fácil manipulación y alteración contando con información irreal la cual no permite realizar los respectivos descuentos y sobre todo conocer si el personal cumple con su horario de trabajo.
- Se determinó la elaboración del informe de auditoría con sus respectivos comentarios, conclusiones y recomendaciones.



## RECOMENDACIONES

### **A la Directora Encargada.**

- Preparar los manuales de procedimientos entre los más urgentes a elaborar y aplicar está; Manual de selección y reclutamiento de personal; Manual de Funciones

En caso de no contar con el personal suficiente y capacitado deberán realizarlo a través de asesoría externa.

- Elaborar el plan de capacitación de acuerdo a lo que establece las Normas de Control Interno que dispone que para garantizar este proceso la entidad emitirá un reglamento que contenga los aspectos inherentes a la capacitación y las obligaciones que asumirán los servidores capacitados.
- Adquirir de forma inmediata un aparato digital para el registro de la asistencia del personal que labora en el Subcentro, a fin de mantener información confiable y sobre todo verificar si los empleados cumplen con el horario de trabajo establecido.
- 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

- Andrade, R. (2011). *Manual de auditoría de gestión*. Quito: Contraloría General del Estado.
- Arenas, J. (2012). *Auditoría un enfoque integral*. México: Pearson Educación.
- Contraloría General del Estado. (2009). *Normas de control interno para las entidades, organismos del sector público y personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos*. Quito: Registro oficial no. 78.
- Contraloría General del Estado. (2013). *Manual de Auditoría de Gestión*. Quito: Contraloría General del Estado.
- Fonseca, O. (2010). *Auditoría Gubernamental Moderna*. Lima: IICO Instituto de Investigación em Accontability y Control.
- Franklin, E. B. (2011). *Auditoría Administrativa*. México: Pearson Prentice Hall.
- Greco, O. (2010). *Diccionario Contable*. Buenos Aires: Valletta Ediciones.
- Gómez, R. (2009). *Generalidades de la Auditoría*. Madrid: Ediciones Nobel S.A.
- Guilarte, Y. (2010). *Bases teóricas de Auditoría de Gestión*. México: Limusa
- Maldonado, M. (2011). *Auditoría de Gestión*. México: Limusa.
- Santillana, J. R. (2013). *Auditoría Interna*. México: Pearson Educación.

# ANEXOS

Anexo 1: Imagen de la empresa



**Anexo 2: Distribucion del hospital**



**SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ACHUPALLAS DEL  
CANTÓN ALAUSÍ, PROVINCIA DE CHIMBORAZO**

**ENCUESTA A USUARIOS**

**PERÍODO: ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.**

La Entidad busca mejorar los servicios y productos que ofrece a la Comunidad, por lo que solicitamos muy comedidamente nos ayude contestando las siguientes preguntas:

**Escala:** 1 Muy deficiente    2 Deficiente    3 Regular    4 Bueno    5 Muy bueno.

**1.- ¿Califique la atención al usuario que le han brindado durante estos minutos?**

1      2      3      4      5

**2.- ¿Cómo califica la atención brindada por los Médicos?**

1      2      3      4      5

**3.- ¿Cómo califica la atención del usuario?**

1      2      3      4      5

**4.- ¿La Entidad le informa correctamente de sus productos y servicios?**

(SI)    (NO)

**5.- ¿El horario de atención le parece correcto?**

(SI)    (NO).

**6.- ¿Cuál considera usted que es el área más accesible?**

---

---

**7.- ¿Está de acuerdo con los requisitos que le exigen para acceder a la atención medica?**

---

---

**8.- ¿Considera conveniente el tiempo que transcurre para la atención?**

---

---

**Le agradecemos por su atención y colaboración**