



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, EJECUTADOS POR EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO, PERÍODO 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUTORA:

Erika Marilda Guzmán Martínez

TENA– ECUADOR

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, EJECUTADOS POR EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO, PERÍODO 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUTORA: Erika Marilda Guzmán Martínez

DIRECTORA: Ing. Diana Evelyn Vargas Ulloa

TENA– ECUADOR

2019

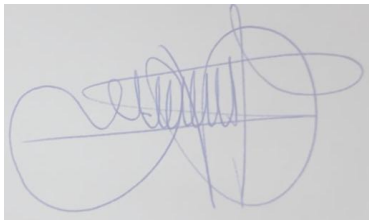
©2019, Erika Marilda Guzmán Martínez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor

Yo, Erika Marilda Guzmán Martínez, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos. 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. El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 17 de Diciembre de 2019



Erika Marilda Guzmán Martínez,
C.C. 150081601-0

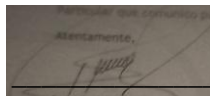
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA
CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo: Proyecto de Investigación, **AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, EJECUTADOS POR EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO, PERÍODO 2017.**, realizado por la Sra. Erika Marilda Guzmán Martínez, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

FIRMA

FECHA

Ing. Simón Rodrigo Moreno Álvarez MBA
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



17 de Diciembre de 2019

Ing. Diana Evelyn Vargas Ulloa
**DIRECTORA DEL TRABAJO
DE TITULACIÓN**



17 de Diciembre de 2019

Ing. Luis Alcides Orna Hidalgo
MIEMBRO DE TRIBUNAL



17 de Diciembre de 2019

DEDICATORIA

Dedico con cariño a mi esposo, que me ayudó siempre, en mi fase de estudios, a mis hijos que me comprendieron ya que sacrifique el tiempo que debía estar con ellos por lograr el objetivo de lograr mí título de tercer nivel, a Mis Padres persona incondicionales de toda la vida y a DIOS por sobre todas las cosas, que me ha concedido el Don de la Sabiduría para estudiar y llegar a cumplir mi objetivo.

Erika Guzmán

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, quienes por haberme dado la oportunidad para realizar mis estudios de tercer nivel y los Docentes que me impartieron sus conocimientos en el aula, procurando un aprendizaje comprensivo entorno a la profesión.

A mis compañeros y compañeras de clase, ya que de ellos aprendí mucho, con ellos formé algo parecido a otro hogar y se compartió muchas experiencias.

A mi familia empezando por mis Padres, mis hermanos, mi esposo y mis hijos, y todos los que de una u otra manera contribuyeron en esta fase de estudios

Muchas gracias de corazón.

Erika Guzmán

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN	xiii
1.1. SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

1. El problema	2
1.2. Planteamiento del Problema	3
1.2.1. <i>Formulación del problema</i>	4
1.2.2. <i>Delimitación del problema</i>	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. <i>Objetivo General</i>	6
1.4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	6

CAPÍTULO II

2. Marco teórico.....	7
2.1. Antecedentes investigativos.....	7
2.1. Breve descripción del hospital José María Velasco Ibarra	8
2.3. <i>Fundamentación teórica</i>	8
2.3.1. Conceptualizaciones de la contraloría general del estado	8
2.3.2. Auditoría.....	10
2.3.3. Auditoría de gestión.....	14
2.3.4. <i>Eficiencia, eficacia, economía, ecología y ética</i>	18
2.3.5. Gestión	20
2.3.6. Normas internacionales de auditoría	20
2.3.7. Fases de la auditoría de gestión	21
2.3.8. Control interno.....	31
2.3.10. Papeles de trabajo	37
2.3.11. <i>Marcas de auditoría</i>	39
2.3.12. Índices	40
2.3.13. <i>Hallazgos</i>	42

2.3.14. Evidencias	43
2.3.15. Pruebas	46
2.3.16. Riesgos.....	46
2.3.17. Informes de auditoría.....	48
2.3.18. Inversión pública.....	49
2.4. Marco conceptual.....	50
2.5. Idea a defender	52
2.5.1. Variables.....	52

CAPÍTULO III

1.5. Marco de resultados y discusión de resultados.....	53
3.1. Enfoque de la investigación.....	53
3.2. Modalidad de la investigación.....	53
3.2.1. De campo	53
3.2.1. Bibliográfico - documental	53
3.3. Tipos de investigación.....	54
3.4. Métodos, técnicas e instrumentos.....	54
3.5. Población y muestra	56
3.5.1. Muestra.....	56
3.6. Resultados de la encuesta a los proveedores.....	57
3.7. Verificación de la idea a defender.....	67
3.8. Tema	59
CONCLUSIONES.....	184
RECOMENDACIONES.....	185

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-2: Principios de control interno.....	34
Tabla 2-2: Marcas de auditoría	40
Tabla 3-2: Índice de auditoría de gestión.....	42
Tabla 4-3: Población	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-2: Procesos de la auditoría de gestión	32
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3: Socializa los montos destinados a contratación de bienes y servicios	49
Gráfico 2-3: Se da prioridad a bienes orientados al servicio.....	50
Gráfico 3-3: El personal está capacitado para realizar procesos	51
Gráfico 4-3: El ambiente presenta facilidades para la atención.....	52
Gráfico 5-3: Se da a conocer las razones del porque una oferta resulta ganadora	53
Gráfico 6-3: Los procesos de contratación son transparentes	54
Gráfico 7-3: Se rinde cuentas sobre los procesos de.....	55
Gráfico 8-3: Se tienen procesos de control interno en la contratación.....	56
Gráfico 9-3: Se han realizado auditoría a los procesos de	57
Gráfico 10-3: Una auditoría de gestión generará eficiencia, eficacia y economía.....	58
Gráfico 11-3: Entrevista a La Gerente Del Hospital.....	76
Gráfico 12-3: Entrevista Al Director Financiero	78
Gráfico 13-3: Entrevista al Analista de Compras Públicas	80
Gráfico 14-3: Existe un código de ética Institucional	82
Gráfico 15-3: Capacitan a los servidores para el ejercicio.....	83
Gráfico 16-3: Existe estabilidad en los servidores de la Institución	84
Gráfico 17-3: Tiene la Institución un organigrama de procesos	85
Gráfico 18-3: Las adquisiciones se hacen por el portal de.....	86
Gráfico 19-3: Existe transparencia en los procesos de.....	87
Gráfico 20-3: Se cuenta con la suficiente asignación presupuestaria	88
Gráfico 21-3: Existen procesos de selección de personal	89
Gráfico 22-3: Tiene la Institución un organigrama de procesos	90
Gráfico 23-3: Capacitan a los servidores para el ejercicio del cargo	91
Gráfico 24-3: Misión Institucional.....	93
Gráfico 25-3: Visión Institucional	95
Gráfico 26-3: Integridad y valores éticos.....	116
Gráfico 27-3: Administración estratégica	118
Gráfico 28-3: Sistema Organizativo	120
Gráfico 29-3: Competencia Profesional.....	123
Gráfico 30-3: Asignación y designación de metas.....	125
Gráfico 31-3: Objetivos propuestos	127
Gráfico 32-3: Identificación de riesgos.....	129
Gráfico 33-3: Valoración de riesgos	131
Gráfico 34-3: Respuesta al riesgo	133
Gráfico 35-3: Actividades de control.....	136

Gráfico 36-3: Información	140
Gráfico 37-3: Comunicación.....	142
Gráfico 38-3: Seguimiento y control	145
Gráfico 39-3: 402-02 Control previo al compromiso	147
Gráfico 40-3: 402-03 Control previo al devengado	149
Gráfico 41-3: 402-08 Control previo al pago.....	151
Gráfico 42-3: 403-09 Pago a beneficiarios	154
Gráfico 43-3: 403-10 Cumplimiento de obligaciones.....	156
Gráfico 44-3: Transferencia de fondos por medios electrónicos	158

RESUMEN

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo realizar una Auditoría de Gestión a los procesos de Contratación Ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, período 2017, con la finalidad de determinar la eficiencia, eficacia y economía en la gestión administrativa, financiera y legal. Las técnicas de investigación que se utilizaron fueron la observación para la verificación visual de las diferentes actividades de la institución, entrevista que fue aplicada al responsable de realizar los procesos de contratación pública, además de encuestas aplicadas a los servidores de la Unidad Financiera vinculadas con los procesos de planificación. En la Auditoría de Gestión se evaluó el sistema de control interno en base al método COSO II y la aplicación de indicadores de gestión para cuantificar los niveles de confianza y de riesgo, además se presentó un informe final de auditoría. Los hallazgos encontrados fueron: no se hace seguimiento al cumplimiento de indicadores, no se identifican los riesgos que pueden incidir en la gestión de la entidad, no existe una comunicación abierta entre los departamentos y unidades, no se hace la verificación de la calidad de los bienes, cuando recibe Guardalmacén. Se recomienda a la Gerencia tome en cuenta lo que se propuso en el informe final de auditoría y se hagan los correctivos a tiempo, ya que las falencias identificadas si son sujetas a observaciones por parte de la Contraloría General del Estado.

PALABRAS CLAVES: <CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS>
<AUDITORÍA DE GESTIÓN> <INDICADORES DE GESTIÓN> <NORMAS DE AUDITORÍA> <CONTROL INTERNO> < TENA (CANTÓN) >



ABSTRACT

The objective of this degree work is to carry out a Management Audit of the contracting processes executed by the José María Velasco Ibarra Hospital, Tena Canton, Napo Province, 2017 period, in order to determine the efficiency, effectiveness and economy in the administrative, financial and legal management. The research techniques that were used was the observation for the visual verification of the different activities of the institution, an interview that was applied to the person responsible for carrying out the public procurement processes, in addition to surveys applied to the servers of the Financial Unit linked to the planning processes. In the Management Audit, the internal control system was evaluated based on the COSO II method and the application of management indicators to quantify confidence and risk levels, and a final audit report was presented. The findings were: the compliance with indicators is not monitored, the risks that may affect the management of the entity are not identified, there is no open communication between departments and units, no verification of the quality of goods is made when it gets on the Guards-store. Management is recommended to take into account what was proposed in the final audit report and make corrections on time, since the failures identified if they are subject to observations by the Comptroller General of the State.

KEY WORDS: <ECONOMIC AND ADMINISTRATIVE SCIENCES>
<MANAGEMENT AUDIT> <MANAGEMENT INDICATORS> <STANDARDS
AUDIT> <INTERNAL CONTROL> <TENA (CANTON)>



INTRODUCCIÓN

Es Hospital José María Velasco Ibarra, es una Institución Pública, que brinda servicios de salud a una población de 103000 habitantes, de la Provincia de Napo, ya que es el único Hospital Público, de primer nivel en esta Provincia Amazónica que se conforma de cinco Cantones, en donde la población en un 60% es de la nacionalidad kichwa y de condiciones de pobreza de necesidades insatisfechas altas.

Los servicios de salud son gratuitos, por lo que dependen de las asignaciones del Estado para su operatividad, y por lo tanto los recursos deben ser utilizados bajo criterios de eficiencia, eficacia y economía, respetando las Leyes, Normas y reglamentos que rigen a las Instituciones Públicas y las Normas de Control Interno que regula la Contraloría General del Estado.

En el caso de los procesos de contratación que es el objetivo del trabajo de Titulación, es obligatorio seguir la normativa del Servicio de Contratación Pública (SERCOP) a través de la Normativa vigente y que está directamente relacionado a los montos en dinero o moneda de dólares que se utiliza en el país; en estas circunstancias se espera determinar y aplicar los principios de eficiencia, eficacia y economía, en el siguiente contenido

Identificación, formulación, delimitación del problema, justificación, objetivo general y objetivos específicos que se pretenden alcanzar del trabajo de auditoría.

Marco teórico y conceptual, en donde se presentan las bases teóricas en las que se sustenta la investigación; se definen los conceptos, mediante la revisión de documentos técnicos y científicos sean: libros, revistas, también del internet en lo que se denomina linkografía. En este capítulo se define la idea a defender, identificando las variables dependiente e independiente.

Marco Metodológico. - Establece la modalidad de la Investigación, se identifica la población y muestra que sirvió para comprobar la idea planteada; la modalidad, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación, se presentan los resultados del trabajo en campo y se hace verificación de la idea a defender.

El Marco propositivo, se establece el desarrollo de la Auditoría de gestión al Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo; período 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

Las Instituciones Públicas, tienen la obligación de elaborar y subir al Portal de Servicios de Contratación Pública (SERCOP); el Plan anual de compras públicas (PAC), la fecha límite es el 15 de enero, es decir al inicio del período de gestión, en estas circunstancias el Hospital José María Velasco Ibarra, del Cantón Tena, Provincia de Napo; para tratar de cumplir la normativa, elaboran y suben el PAC, solamente considerando los ítems presupuestarios, sin un desglose adecuado de sus componentes, que facilite el seguimiento a la ejecución del PAC.

Se detecta como problema, la situación de retraso en la ejecución de los procesos de contratación pública, en función del Plan Anual de Compras Públicas, que define períodos en los que se deben ejecutar el presupuesto asignado por el ministerio de economía y finanzas, esto ha generado que se realice de manera acelerada e improvisada, lo que genera que en ocasiones los procesos se caigan y se tengan problemas en la ejecución presupuestaria cuatrimestral.

Otra situación que también tiene que ver con el no cumplimiento de los plazos de entrega de los bienes y/o servicios normalizados y no normalizados establecidos en los contratos, ocasionando desabastecimiento en las bodegas de insumos -medicamentos y bodega general, y generando retraso en la ejecución de presupuesto en la entidad contratante que a su vez, por el retraso injustificado del proveedor muchas de las veces el hospital José María Velasco Ibarra ha visto observado por el Ministerio de economía y finanzas por el no cumplimiento de la asignación presupuestaria cuatrimestral.

Hay ocasiones que las comisiones encargadas de la recepción de las ofertas de bienes y/o servicios normalizados y no normalizados a contratar, al momento de revisar, validar y calificar las ofertas, no firman todos los documentos habilitantes, como actas, resoluciones, compromisos, pólizas de seguros, cronogramas de entrega; es decir no se tiene la documentación completa de todo el proceso hasta la recepción del bien, lo que sí es observado por la Contraloría General del Estado y que termina en sanciones administrativas y pecuniarias.

La situación del problema, se genera también por el cambio frecuente de personas responsables de realizar las adquisiciones en la Entidad, integrada por un equipo de servidores, algunos de ellos tienen experiencia en el manejo de la plataforma del SERCOP, pero otros desconocen la normativa legal vigente, lo que se refleja al momento de subir al sistema procesos que no cumplen con lo que indica la Ley, Reglamento y Resoluciones vigentes de contratación pública, tal es así que a veces se termina cayendo un proceso, por falta de capacidad para administrar el mismo.

La insuficiente capacitación y entrenamiento permanente a las personas que ejecutan los procesos de contratación pública en el Hospital José María Velasco Ibarra, es otra falencia identificada como problema, es conocido que SERCOP, continuamente está actualizando la plataforma, en base a los cambios y modificaciones que se dan en la política pública, financiera especialmente, que está directamente vinculada a los procesos de contratación pública.

La auditoría de gestión también espera determinar si existen acciones inadecuadas, ya que, en las Instituciones Públicas, los actos de corrupción son frecuentes.

1.1.1. Formulación del problema

¿Cómo una Auditoría de gestión a los procesos de Contratación Pública, ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra; Cantón Tena, Provincia de Napo, período 2017, permitirá mejorar la eficiencia, eficacia y economía en la Entidad?

1.1.2. Delimitación del problema

Delimitación espacial

El trabajo se realizará en el Cantón Tena, Provincia de Napo; en el Hospital José María Velasco Ibarra.

Delimitación temporal

La investigación se revisará los procesos de contratación ejecutados en el año 2017.

1.2. Justificación

Justificación práctica: Se genera con la participación en el campo donde suceden los procesos de contratación pública, ya que una situación es hablar en teoría de que para adquirir bienes y servicios de las Instituciones y organizaciones que perciben bienes del Estado, y otra es cuando ya se debe realizar la compra mediante el portal de compras públicas, para en el trabajo de auditoría de gestión, que es de carácter sistémico, poder demostrar si se realizaron adecuadamente o se cometieron durante la ejecución de los procesos de contratación pública.

Justificación metodológica: Para el trabajo se toma en cuenta lo que indica la norma técnica, para ejecutar los procesos de contratación pública, de acuerdo a lo que dispone la misma Ley, Reglamento y Resoluciones vigentes, también es importante relacionar los montos asignados en el presupuesto, de acuerdo a las partidas presupuestarias, lo que facilitará verificar si en el Hospital José María Velasco Ibarra, se observó la normativa vigente para los procesos de compras públicas que ejecutaron en el período 2017.

La Justificación metodológica: Será la aplicación de las normas internacionales de auditoría, las normas de control interno emitidas por la Contraloría General del Estado, la metodología COSO III, que en este caso sirve para realizar la evaluación del control interno de la entidad, en sus cinco componentes, estas metodologías se aplican para realizar las auditorías y los exámenes especiales que ejecuta el organismo de control, lo que complementa a este trabajo es determinar los hallazgos, los mismos que deben estar sustentados con evidencias, que generalmente están vinculados a normas y principios legales vigentes, así por ejemplo la Ley y reglamento de compras públicas, que es fundamental aplicar teóricamente en el trabajo de investigación.

Beneficiarios: En este caso la Unidad o Departamento de compras públicas del Hospital José María Velasco Ibarra, puesto que a pesar que los procesos ya fueron ejecutados, se pueden revisar cómo se procedió y hacer algunos correctivos en lo que sea posible, antes de que intervenga la Contraloría General del Estado; también beneficia a la investigadora ya que gana experiencia y se convierte en un nexo entre lo teórico a lo práctico, La Escuela Politécnica de Chimborazo, ya que se enriquece la Biblioteca con una Tesis más que será fuentes de consulta para los estudiantes, en proceso de formación profesional.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Ejecutar una auditoría de gestión a los procesos de contratación pública ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, período 2017; para verificar la aplicación de los principios de: eficiencia, eficacia y economía.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Diagnosticar los tipos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2017 para tomar correctivos sobre los procesos de contratación.
- Aplicar las normas internacionales de auditoría, los principios del control interno, la ley y el reglamento de los procesos de contratación, pública para determinar a detalle su aplicación por parte de la Entidad
- Emitir un informe final de auditoría de gestión, identificando los hallazgos y sustentando con evidencias, que facilite a la Entidad tomar correctivos sobre los procesos de contratación pública como lo indica la Ley, Reglamento y sus Resoluciones legales vigentes.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes investigativos

Alvarado (2017), En su tesis titulada: “Auditoría de Gestión a la Coordinación Zonal 2 Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP), Cantón Tena, Provincia de Napo, período 2016”, previo la obtención del título de: Licenciada en Contabilidad y auditoría, concluye lo siguiente:

Para la realización de la auditoría de gestión a la Coordinación Zonal 2, se realizó la planificación cumpliendo las fases de la auditoría, posteriormente se realizó la visita preliminar que es la fase preliminar pero muy importante ya que permite diagnosticar la situación de la Institución, posteriormente se realiza la auditoría en las fases de verificación del control interno, la identificación de hallazgos y la presentación de los resultados, que recoge 10 hallazgos, que se vinculan con las normas de control interno propuestas por La Contraloría General del Estado.

Según el aporte de Alvarado (2017), para realizar una auditoría de gestión, se deben seguir varios pasos, que ya están definidos en este caso la Contraloría General del Estado, es el ente público encargado de realizar estos exámenes por lo tanto para su aplicación tiene un manual de auditoría que se debe aplicar adecuadamente puesto que el resultado final de una auditoría es presentar un informe identificando los hallazgos y sustentando con evidencias.

Michelena Valencia (2014); en su tesis titulada: “Examen de auditoría integral al proceso de crédito y colocación de la Sucursal Sur de la Fundación para el desarrollo integral ESPOIR de la ciudad de Quito, período 2012”, previo a la obtención del título de Magister en Auditoría Integral, obtiene conclusiones importantes.

El examen de Auditoría Integral, ha sido efectuado de acuerdo con las normas internacionales de auditoría aplicables a la auditoría de los estados financieros, a la auditoría de control interno, a la auditoría sobre el cumplimiento de leyes y a la auditoría de gestión. Estas normas requiere que la auditoría se planifique y se ejecute de tal manera que se obtenga una seguridad razonable en cuanto a si los estados

financieros están exentos de errores importantes en su contenido ; si la estructura del control interno ha sido diseñada adecuadamente y opera de forma efectiva, si se han cumplido con las principales leyes y regulaciones que le son aplicables; y si es confiable la información que sirvió de base para el cálculo de los indicadores de desempeño en la evaluación de resultados de la administración.

Esta parte es importante puesto que resalta la aplicación de las normas internacionales de auditoría y un componente que es la parte central de una auditoría de gestión que es el análisis del control interno, además recalca sobre la aplicación de las leyes coherentes a la actividad, por ejemplo, en este caso la Ley de contratación pública vigente, que es el sustento legal para realizar las compras en las Instituciones públicas.

2.2. Breve descripción del hospital José María Velasco Ibarra

El Hospital José María Velasco Ibarra, es una Entidad Pública, es la principal casa de salud de la Provincia de Napo, a donde se derivan pacientes de los cuatro cantones restantes de la Provincia de Napo, y de los centros, sub-centros y puestos de salud.

Fue creado en 1969, durante el tiempo ha ido complementando los servicios, de tal manera que, en estos dos últimos años, se hizo una ampliación total del mismo, con lo que se amplió la capacidad para atender a más pacientes no solo de la Provincia de Napo, sino del Nororiente del Ecuador, ya que cuenta con un equipo médico altamente capacitada y los equipos y ayudas técnicas para la curación de los enfermos modernizados en esta última época.

2.3. Fundamentación teórica

2.3.1. Conceptualizaciones de la Contraloría General del Estado

2.3.1.1. Rol del Estado

Contraloría General del Estado (2011), explica:

En Ecuador igual que en otros países el Estado hace de todo y lo hace sin ninguna lógica, ni social, ni económica, no solo porque participa en todo tipo de actividades, desde el cemento hasta la telefonía, pasando por la educación y la hotelería. Muchas actividades lo realizan en un entorno del engaño a la población, hablando de gratuidad de la educación, por ejemplo, cuando la gratuidad no existe; el Estado es absolutamente

irracional en su accionar, porque no trabaja con incentivos adecuados, no delega responsabilidades, la descentralización no busca mejores servicios o mejores costos, en contra posición podría combinarse un mejor servicio y costos más razonables y asequibles. (p. 3)

Corroborando con la cita tomada de la Contraloría General del Estado, se debe indicar que un servicio al que no hace referencia y que es de interés en este trabajo de titulación son los servicios de salud, ya que a pesar del interés que se pone siguen existiendo problemas resaltando los siguientes: no existen suficientes médicos generales y peor aún especialistas, las medicinas escasean, la cantidad de camas para cirugías y otros tratamientos largos son insuficientes, todo a causa de las limitaciones en las asignaciones fiscales del Estado que además se asignan con retrasos, lo que impide tener servicios eficientes con calidad y calidez en el tema salud. El Hospital José María Velasco Ibarra no es la excepción y tiene los mismos problemas descritos que limitan una gestión adecuada y los retrasos en los procesos de contratación.

2.3.1.2. *El control de gestión*

Contraloría General del Estado (2011), explica:

Gestión: Es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de los objetivos. Esto busca fundamentalmente la supervivencia y crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro de un marco determinado por los objetivos y políticas establecidas por el plan de desarrollo estratégico e involucra a todos los niveles de responsabilidad de la entidad. (p.16)

Control: Es un conjunto de mecanismos utilizados para asegurar y evaluar el cumplimiento de los objetivos y planes diseñados y para que los actos administrativos se ajusten a las normas legales y a los referentes técnicos y científicos establecidos para las diferentes actividades humanas dentro de la organización social. (p. 17)

Control de gestión: El control de gestión es el examen de economía, eficiencia, eficacia de las actividades de la administración en el ejercicio y protección de los recursos públicos, realizado mediante la evaluación de los procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño y la identidad de distribución del excedente que estas producen, así como de los beneficios de esta actividad. (p. 17)

Propósito del control de gestión: Al Estado le corresponde proveer de obras, servicios y bienes al pueblo como retribución a la contribución que este realiza, mediante los tributos que entrega, es ahí donde nace su real derecho de exigir que los mismos sean de buena calidad, y entregados en forma oportuna a su servicio; pero le interesa a la sociedad saber que la producción sea consecuencia de una gestión pública, que procure la máxima productividad a un costo razonable que significa la utilización óptima de los recursos financieros materiales y humanos disponibles. (p. 18)

Se hace referencia a conceptos fundamentales en lo que son las auditorías, así la gestión que es la verificación del cumplimiento de los conceptos de eficiencia, eficacia y economía; para verificar que estos principios de la gestión se cumplan existen mecanismos, métodos y estrategias que se utilizan y que en conjunto se denomina control de gestión, y el propósito en el caso de los Servicios Públicos es determinar si el Estado cumplió en forma oportuna y con calidad los compromisos con la ciudadanía, especialmente en este tema que es delicado que es la salud de los ecuatorianos.

2.3.2. Auditoría

De acuerdo a Cañibaro (2006);

La *auditoría* se origina como una necesidad social generada por el desarrollo económico, la complejidad industrial y la globalización de la economía, que han producido empresas sobredimensionadas en las que se separan los titulares del capital y los responsables de la gestión. Se trata de dotar de la máxima transparencia a la información económico-financiera que suministra la empresa a todos los usuarios, tanto directos como indirectos.

La Ley de Auditoría de Cuentas (LAC) y su Reglamento definen la auditoría como «La actividad consistente en la revisión y verificación de las cuentas anuales, así como de otros estados financieros o documentos contables, elaborados con arreglo al marco normativo de información financiera que resulte de aplicación, siempre que aquélla tenga por objeto la emisión de un informe sobre la fiabilidad de dichos documentos que puede tener efectos frente a terceros. (p.34)

Arens (2007), asevera;

La actividad consistente en la revisión y verificación de las cuentas anuales como de otros estados financieros o documentos contables, elaborados con arreglo al marco normativo de información financiera que resulte de aplicación, siempre que aquella tenga por objeto la emisión de un informe sobre la fiabilidad de documentos que puede tener efectos frente a terceros». El Reglamento puntualiza que será realizada por persona calificada e independiente, utilizando técnicas de revisión y verificación idóneas. (p. 35)

Los conceptos propuestos más se orientan a una auditoría financiera, ya que se habla de la revisión de las cuentas anuales y de la información financiera en lo que si se puntualiza es que es un examen exhaustivo de la situación de una entidad, en este caso lo que es además de la economía, la eficiencia y eficacia.

2.3.2.1. Características

Según Hurtado (2011);

La auditoría debe ser realizada en forma analítica, sistémica y con un amplio sentido crítico por parte del profesional que realice el examen. Por tanto, no puede estar sometida a conflictos de intereses del examinador, quien actuará siempre con independencia para que su opinión tenga una verdadera validez ante los usuarios de la misma.

Todo Entidad puede ser objeto de una auditoría, por tanto, la auditoría no se circunscribe solamente a las empresas que posean un ánimo de lucro como erróneamente puede llegar a suponerse. La condición necesaria para la auditoría es que exista un sistema de información. Este sistema de información puede pertenecer a una empresa privada u oficial, lucrativa o no lucrativa.

La Auditoría es evaluación y como toda evaluación debe poseer un patrón contra el cual efectuar la comparación y poder concluir sobre el sistema examinado. Este patrón de comparación obviamente variará de acuerdo al área sujeta a examen. Para realizar el examen de Auditoría, se requiere que el auditor tenga un gran conocimiento sobre la estructura y el funcionamiento de la unidad económica sujeta al análisis, no sólo en su parte interna sino en el medio ambiente en la cual ella se desarrolla, así como de la normatividad legal a la cual está sujeta.

El diagnóstico o dictamen del auditor debe tener una intencionalidad de divulgación, pues solo a través de la comunicación de la opinión del auditor se podrán tomar las decisiones pertinentes que ella implique. Los usuarios de esta opinión pueden ser internos o externos a la empresa. (p. 19-22)

Uno de las características importantes de la auditoría, es que debe tener imparcialidad, además de que tiene la intencionalidad de ser divulgada, ya que en base a esta información se toman las decisiones en caso de encontrar falencias, otra de las características es que los auditores actúan con criterio crítico, lo importante para un Auditor, es encontrar irregularidades u omisiones, para esto es importante contar con información suficiente.

2.3.2.2. Objetivos

Cuellar (2011), indica:

El objetivo principal de una Auditoría es la emisión de un diagnóstico sobre un sistema de información de la Organización o Institución, que permita tomar decisiones sobre el mismo. Estas decisiones pueden ser de diferentes tipos respecto al área examinada y al usuario del dictamen o diagnóstico.

En la conceptualización tradicional los objetivos de la auditoría eran tres:

- Descubrir fraudes
- Descubrir errores de principio
- Descubrir errores técnicos.(p. 93).

En esta cita falta el objetivo fundamental que es detectar errores de aplicación de Leyes y reglamentos, así como detectar irregularidades, especialmente en el sector público son más recurrentes estos errores que se convierten en hallazgos, muchas veces es por desconocimiento y otras con intencionalidad, es este caso de los procesos de contratación los errores más frecuentes es la identificación del proceso de contratación adecuado y la aplicación del reglamento en lo que tiene que ver a garantías, plazos y otras condiciones contractuales de los contratos.

2.3.3. Auditoría de Gestión

2.3.3.1. Marco Legal

La Contraloría General del Estado (2011),aporta; “La Constitución Política de la República del Ecuador, en el artículo 211, establece que la Contraloría General del Estado realizará auditorías de gestión a las entidades del sector público y sus servidores; se pronunciará sobre la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados Institucionales” (p. 36).

Hace notar que la Entidad que regula el control sobre el uso de recursos públicos asignado a Instituciones públicas o carácter privado pero que han recibido recursos del Estado y que están sujetas a procesos de control, por parte de la Contraloría del Estado, en este caso se determina falencias o hallazgos.

2.3.3.2. *Concepto*

Contraloría General del Estado (2011);“Es el examen sistemático y profesional efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la gestión operativa y sus resultados, así como, la eficacia de la gestión de una entidad, programa, proyecto u operación, en relación a sus objetivos y metas” (p. 36).

De acuerdo a Maldonado (2011);

Es la acción fiscalizadora dirigida a examinar y evaluar el control interno y la gestión, utilizando recursos humanos de carácter multidisciplinario, el desempeño de una institución, ente contable, o la ejecución de programas y proyectos, con el fin de determinar si dicho desempeño o ejecución, se está realizando, o se ha realizado, de acuerdo a principios y criterios de economía, efectividad y eficiencia. (p.17)

El título de auditoría de gestión es un poco complejo, ya que abarca a todas las Unidades y es sistémica, ya que analiza los componentes, financiero, administrativo, de talento humano, los componentes de control interno, los sistemas de archivos y los sub componentes que se derivan de estos, es un análisis crítico, maneja los términos de eficiencia y eficacia, como elementos claves para evaluar la gestión.

2.3.3.3. *Marco Legal*

La Contraloría General del Estado (2011), aporta: “La Constitución Política de la República del Ecuador, en el artículo 211, establece que la Contraloría General del Estado realizará auditorías de gestión a las entidades del sector público y sus servidores; se pronunciará sobre la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados Institucionales” (p. 36).

El marco legal de las auditorías de gestión, así como los exámenes especiales en el Ecuador, esta normado por la Contraloría General del Estado, que es la Institución que regula y emite la normativa Legal para este tipo de controles que generalmente se hacen a Instituciones Públicas.

2.3.3.4. *Propósitos de la auditoría de gestión*

Contraloría General del Estado (2011), los propósitos son:

- Determinar si todos los servicios prestados, obras y bienes entregados son necesarios y, si es necesario desarrollar nuevos, así como efectuar sugerencias sobre formas más económicas de obtenerlas.
- 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 y controles internos; y,
- Conocer las causas de ineficiencias y prácticas económicas. (p. 36)

Se hace notar la calidad de los servicios prestados, en este caso los procesos de contratación son para el servicio de salud, un área de importancia y prioritaria y sobre la que se debe generar eficiencia, eficacia, calidad y calidez, y procurar tener todos los elementos necesarios para salvar vidas, por lo que es necesario trabajar en forma permanente revisando que se cumplan los propósitos de la auditoría.

2.3.3.5. *Objetivos*

Explicado por la Contraloría General del Estado (2011); los objetivos principales son:

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

- Satisfacer las necesidades de la población. (p. 37)

En este aspecto una auditoría de gestión a los procesos de contratación pública a una casa de salud, se debe verificar si se han cumplido las necesidades de la población, ya que en muchas ocasiones se pueden hacer las cosas, pero por ejemplo las medicinas adquiridas no son las adecuadas y no cumplen con normas de calidad exigidas, también la eficiencia y eficacia es fundamental en estos procesos.

2.3.3.6. *Alcance*

La Contraloría General del Estado (2011); “examina a una entidad o parte de ella; a una actividad programa o proyecto, se interesa de los componentes escogidos, en sus resultados positivos o negativos” (p. 40).

La auditoría de gestión como dice la cita puede abarcar a toda la entidad, a una Unidad o un proyecto específico, en este caso el trabajo se centrará en los procesos de contratación pública ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, la Unidad responsable es la Administrativa Financiera.

2.3.4. **Eficiencia, eficacia, economía, ecología y ética.**

Huisa y Elmer (2011), explican;

La insuficiencia del presupuesto para el control de la gestión de los recursos, ha motivado la aparición de criterios como los de economía, eficiencia y eficacia para evaluar la actividad económica financiera:

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

Entre otros debe lograr:

- Que las normas sean correctas y la producción los servicios se ajusten a las mismas.
- Mínimos desperdicios en el proceso productivo o en los servicios prestados.
- Que los trabajadores conozcan la labor que realizan y que esta sea la necesaria y conveniente para la entidad.

- Que se cumplan los parámetros técnicos productivos en el proceso de producción o de servicios que garantice la calidad.

No es desconocido que este término procura el uso adecuado de los recursos con los resultados máximos posibles procurando cumplir adecuadamente los procesos, es decir maximizar los resultados en función de los recursos utilizados y el impacto generado.

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

Es decir:

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

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

Al hablar de eficacia, ya entran otros factores de producción, es decir no solo los materiales y los humanos, aquí se incorporan el tiempo, es importante para el auditor determinar si el proyecto es verdaderamente útil para los usuarios del servicio.

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

Es decir:

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

La economía consiste en comprar la idoneidad de los materiales, la calidad y la cantidad de los mismos, que todo vaya en relación a un valor justo sin desviaciones.

Ecología. -A pesar que la preocupación por el medio ambiente y la disminución de los recursos se dio inicio en roma en 1972; poco a poco se va desarrollando en control ambiental. Van apareciendo normas ambientales que deben cumplir las entidades

públicas y privadas y es función del auditor evaluar su cumplimiento para evitar problemas. Recuerde quien depreda paga.

Ahora en cada una de las actividades humanas, se ha incluido el tema ecología, que está directamente relacionado a la situación ambiental, ya que se ha visto como una necesidad la recuperación de los recursos naturales.

Ética. - Como la corrupción administrativa ha llegado a niveles inconcebibles, la propia sociedad va tomando conciencia de los problemas y dando soluciones de carácter ético. No solo los códigos de ética de los profesionales están en vigencia y deben cumplirse; sino que los gobiernos coadyuvan con leyes que deben cumplirse. (pp. 32 – 33)

Es término hace referencia al comportamiento de las personas en cada una de sus actividades y acciones, de manera de demostrar honestidad y evitar que se generen actitudes fraudulentas que pueden afectar a la entidad y organización, en algunas Instituciones y Organizaciones se establece un Código de ética a nivel interno, el mismo que de alguna manera ayuda para evitar acciones fraudulentas.

2.3.5. Gestión

Valenzuela (2012), expresa: “Son guías para orientar la acción, previsión, visualización y empleo de los recursos y esfuerzos a los fines que se desean alcanzar, la secuencia de actividades que habrán de realizarse para lograr objetivos y el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes y todos aquellos eventos involucrados en su consecución” (p. 23).

La gestión se conceptualiza como estrategia, acción, utilización de recursos para lograr cumplir los objetivos, la gestión tiene una secuencia de actividades, que persiguen un objetivo determinado y generan un impacto.

2.3.6. Normas internacionales de auditoría

Según Mendivil (2016);

Las Normas Internacionales de Auditoría (NIA), son los requisitos que debe cumplir un auditor independiente, con el propósito de emitir una opinión profesional sobre la situación de una Organización o Institución.

Para asumir que el trabajo del auditor es profesional, este deberá cumplir con los requerimientos que establece el Código de ética emitido por IFAC, en el que destaca:

- a. **Integridad:** Qué implica honradez en el proceder de sus acciones, de acuerdo a las convicciones. Ósea actuar de manera congruente con la forma que expresamos nuestras opiniones.
- b. **Objetividad:** Que obliga a tener la mente libre de influencias o intereses indebidos que pueden afectar el juicio; lo que exige mantener independencia mental respecto de los funcionarios y de los propietarios de la empresa o Institución sujeta a la auditoría.
- c. **Competencia y diligencia profesionales:** Esto implica tanto un entrenamiento adecuado, tanto del auditor como del personal a su cargo; la obligación de mantenerse actualizado de los conocimientos propios de su profesión; el ejercicio de una supervisión adecuada de ese personal en el trabajo que desempeña para el auditor; ser cuidadoso y diligente en su ejercicio profesional. (p. 10)

Los tres principios son resaltados también por la Contraloría General del Estado de Ecuador, ya que un profesional en auditoría debe ser integro por su conocimiento y su personalidad, debe ser objetivo al momento de identificar las falencias y omisiones y ser competente profesionalmente, se requiere algo de experiencia en el tema.

2.3.7. Fases de la auditoría de gestión

Las fases de la auditoría, son las directrices y el contenido mismo de una auditoría de gestión, en este caso (Maldonado, 2011), describe detalladamente cada una de las fases que se aplican en este tipo de exámenes.

Maldonado (2011), describe detalladamente las fases de la auditoría de gestión:

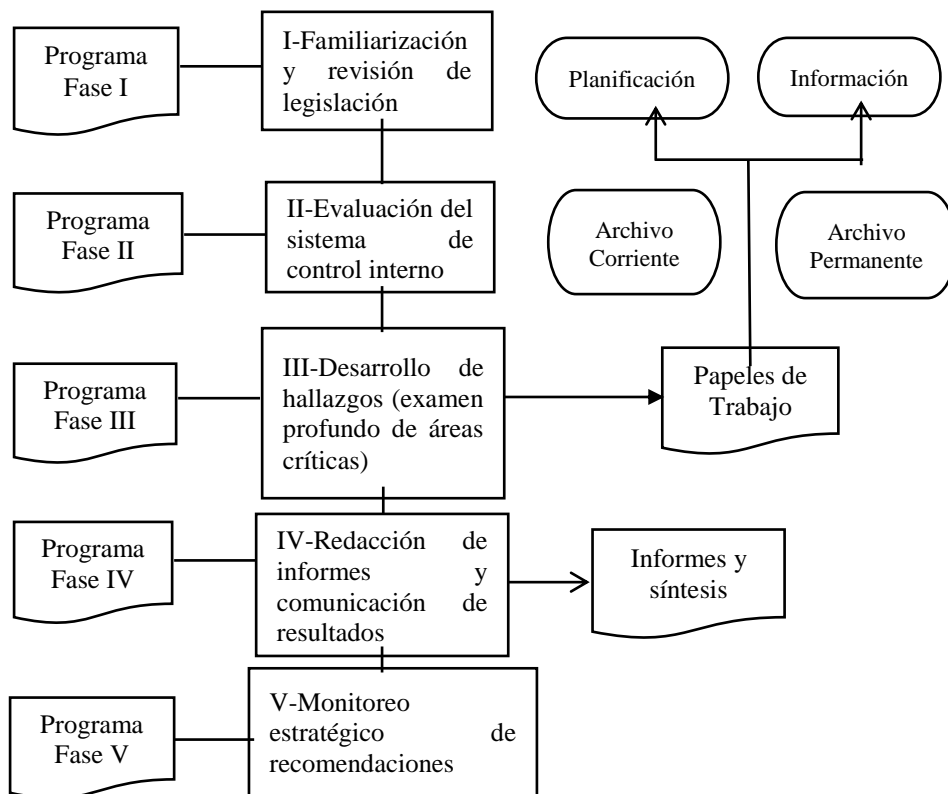


Figura 1-2: Proceso de la auditoría de gestión.

Fuente: Maldonado, 2011

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

Fase I. Familiarización y revisión de legislación y normatividad

En esta fase se establecen las relaciones entre auditores y la entidad, para determinar alcance y objetivos. Se hace un bosquejo de la situación de la entidad, cerca de su organización, sistema contable, controles internos, estrategias y demás elementos que le permitan al auditor elaborar el programa de auditoría que se llevará a efecto. Los elementos principales de esta fase son:

Conocimiento y Comprensión de la Entidad a auditar.

Previo a la elaboración del plan de auditoría, se debe investigar todo lo relacionado con la entidad a auditar, para poder elaborar el plan en forma objetiva. Este análisis debe contemplar: su naturaleza operativa, su estructura organizacional, giro del negocio, capital, estatutos de constitución, disposiciones legales que la rigen, sistema contable que utiliza, volumen de sus ventas, y todo aquello que sirva para comprender exactamente cómo funciona la empresa.

Para el logro del conocimiento y comprensión de la entidad se deben establecer diferentes mecanismos o técnicas que el auditor deberá dominar y estas son entre otras:

- a. Visitas al lugar
- b. Entrevistas y encuestas
- c. Análisis comparativos de Estados Financieros
- d. Análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas)
- e. Análisis Causa-Efecto o Espina de Pescado
- f. Árbol de Objetivos. - Desdoblamiento de Complejidad.
- g. Árbol de Problemas, etc.

Objetivos y Alcance de la auditoría.

Los objetivos indican el propósito por lo que es contratada la firma de auditoría, qué se persigue con el examen, para qué y por qué. Si es con el objetivo de informar a la gerencia sobre el estado real de la empresa, o si es por cumplimiento de los estatutos que mandan efectuar auditorías anualmente, en todo caso, siempre se cumple con el objetivo de informar a los socios, a la gerencia y resto de interesados sobre la situación encontrada para que sirvan de base para la toma de decisiones.

El alcance tiene que ver, por un lado, con la extensión del examen, es decir, si va analizar solo a una Unidad o Departamentos dentro de la Entidad o va examinar toda la entidad considerando todos los procesos que tiene en su estructura orgánica.

Por otro lado, el alcance también puede estar referido al período a examinar: puede ser de un año, de un mes, de una semana, y podría ser hasta de varios años.

Análisis Preliminar del Control Interno

Este análisis reviste de vital importancia en esta etapa, porque de su resultado se comprenderá la naturaleza y extensión del plan de auditoría y la valoración y oportunidad de los procedimientos a utilizarse durante el examen.

Análisis de los Riesgos y la Materialidad.

“El Riesgo en auditoría representa la posibilidad de que el auditor exprese una opinión errada en su informe debido a que los estados financieros o la información suministrada

a él estén afectados por una distorsión material o normativa y pueden ser tres tipos de riesgo: Inherente, de Control y de Detección.”

“La Materialidad es el error monetario máximo que puede existir en el saldo de una cuenta sin dar lugar a que los estados financieros estén sustancialmente deformados. A la materialidad también se le conoce como Importancia Relativa.”

Planeación Específica de la Auditoría.

Para cada auditoría que se va a practicar, se debe elaborar un plan. Esto lo contemplan las Normas para la ejecución. Este plan debe ser técnico y administrativo. El plan administrativo debe contemplar todo lo referente a cálculos monetarios a cobrar, personal que conformarán los equipos de auditoría, horas hombres, etc.

Elaboración de Programa de Auditoría

Cada miembro del equipo de auditoría debe tener en sus manos el programa detallado de los objetivos y procedimientos de auditoría objeto de su examen.

Es decir, que debe haber un programa de auditoría para el efectivo y un programa de auditoría para las cuentas por cobrar, y así sucesivamente. De esto se deduce que un programa de auditoría debe contener dos aspectos fundamentales: Objetivos de la auditoría y Procedimientos a aplicar durante el examen de auditoría.

También se pueden elaborar programas de auditoría no por áreas específicas, sino por ciclos transaccionales.

Fase II. Evaluación del sistema de control interno

Continuando con la explicación de Maldonado (2011)

Concepto

En esta fase se realizan diferentes tipos de pruebas y análisis a los procesos para determinar su razonabilidad. Se detectan los errores, si los hay, se evalúan los resultados de las pruebas y se identifican los hallazgos. Se elaboran las conclusiones y

recomendaciones, la misma que serán comunicadas a las autoridades de la entidad auditada.

Aunque las tres fases son importantes, esta fase viene a ser el centro de lo que es el trabajo de auditoría, donde se realizan todas las pruebas y se utilizan todas las técnicas o procedimientos para encontrar las evidencias de auditoría que sustentarán el informe.

Elementos del Control Interno

Son técnicas o procedimientos que utiliza el auditor para la obtención de evidencia comprobatoria. Las pruebas pueden ser de tres tipos:

Pruebas de Control

Las pruebas de control están relacionadas con el grado de efectividad del control interno imperante.

Pruebas Analíticas

Las pruebas analíticas se utilizan haciendo comparaciones entre dos o más estados financieros o haciendo un análisis de las razones financieras de la entidad para observar su comportamiento.

Pruebas Sustantivas

Las pruebas sustantivas son las que se aplican a cada cuenta en particular en busca de evidencias comprobatorias. Ejemplo, un arqueo de caja chica, circulación de saldos de los clientes, etc.

Evaluación del Sistema de Control Interno

Basado en los resultados de las pruebas de control, el auditor debería evaluar si los controles internos están diseñados y operando según se contempló en la evaluación preliminar de riesgo de control.

Fase III. Desarrollo de hallazgos o examen profundo de áreas críticas.

Además, Maldonado; “considera que los hallazgos en auditoría son las diferencias significativas encontradas en el trabajo de auditoría con relación a lo normado o a lo presentado por la gerencia.”

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

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

Fase IV Comunicación de resultados e informes de auditoría

Maldonado, (2011), explica;

Esta fase es la final del proceso de auditoría en la cual, a través del informe del auditor, se da a conocer en forma resumida o extensa el resultado de la evaluación, sus aspectos más relevantes, a opinión del auditor y las recomendaciones.

Los informes por escrito son necesarios para comunicar los resultados de la auditoría a los dirigentes y funcionarios que correspondan de los niveles de dirección facultados para ello; reducen el riesgo de que los resultados sean mal interpretados; y facilitan el seguimiento para determinar si se han adoptado las medidas correctivas apropiadas.

El Formato general de los informes de auditoría y criterios generales de contenido, debe ser uniforme, y cumplirse en todas las Auditorías que se realicen.

El informe no debe ser muy corto ni muy largo, debe mantener una descripción lógica y clara de los temas que han sido auditados, sin embargo se lo puede presentar con unas síntesis del informe, la cual debe ir en otro color de papel y pueden prepararse dos juegos; la que consta como parte propia del informe y otra que se anexa a las hojas sueltas para que el usuario la lleve en forma separada y la lea el momento más propicio.

Las Normas para el ejercicio profesional de auditoría interna No. 430, Vigente al año 2010, existen dos tipos de informe:

Informe corto de auditoría

Son aquellos informes que se realizan hasta en un máximo de 2 hojas y que no incluyen gráficas, cuadros o cualquier otro tipo de gráfico explicativo.

Informe Largo de auditorías

Son aquellos informes que incluyen en forma detallada todos los aspectos relevantes y no relevantes incluyendo gráficas, cuadros y demás anexos que puedan sustentar la opinión de la auditoría.

El informe consta de:

Carta de presentación:

Aquí se detalla una ligera presentación de la auditoría realizada, un agradecimiento por la colaboración prestada y un breve detalle del cumplimiento del objetivo de la auditoría.

Primera parte Información Introductoria

Antecedentes

Una breve caracterización de la organización auditada referida a las principales actividades que desarrolla y otros aspectos que puedan resultar de interés;

Alcance de auditoría y sus limitaciones

El alcance debe expresar la profundidad y cobertura del trabajo que se haya realizado para cumplir los objetivos; las limitaciones en el alcance pueden estar relacionadas, entre otras, con situaciones como las siguientes:

Imposibilidad de aplicar determinado procedimiento previsto en el programa de trabajo diseñado, que se considere necesario o deseable;

Inadecuados registros primarios de la información; Políticas contable-económico-financieras- administrativas y de otro tipo, no acordes con la legislación aplicable vigente.

Organización de la empresa auditada

Desarrollo de Hallazgo

Maldonado, (2011), asevera;

Con la ayuda de la hoja de hallazgos se debe ir detallando uno a uno los diferentes hallazgos encontrados y finalizar con la conclusión del mismo.

Además, se deben tener en cuenta los criterios generales siguientes:

Las conclusiones; son deducciones lógicas basadas en los hallazgos de los auditores; la fuerza de las conclusiones de los auditores depende de lo persuasivo de la evidencia de los hallazgos y lo convincente de la lógica usada para formular dichas conclusiones; no deben constituir la repetición de lo consignado en la sección Resultados del propio informe, sino una síntesis de los hechos y situaciones fundamentales comprobadas; cuidando de incluir un hecho o hallazgo que no haya sido reflejado en otra sección del informe;

Debe reflejarse, de forma general, las causas fundamentales que originaron el error, irregularidad o fraude planteado, así como las consecuencias directas e indirectas que pudieran derivarse de estos hallazgos; y

Opinión del Auditor

Maldonado (2011), también explica;

Se expone la calificación otorgada de acuerdo con los resultados del servicio de Auditoría ejecutado. Esta calificación debe ser lo más objetiva posible, observándose el procedimiento establecido en la legislación vigente, en donde se evalúa la confiabilidad de la información financiera y de otro tipo que emite; la eficiencia y eficacia en las operaciones y actividades que desarrolla; el cumplimiento de las disposiciones jurídicas que le son aplicables; y el control de los recursos disponibles (humanos, materiales y financieros). Se otorga una calificación por los resultados alcanzados referidos al

control interno, (contable y administrativo) y otra adicional, cuando se trate de auditoría de Gestión, Financiera, Seguimiento o Recurrente.

Recomendaciones: los criterios a tener en cuenta son:

Los auditores deben incluir en el informe sus recomendaciones, a partir de los errores, irregularidades o fraudes detectados durante la auditoría; Las recomendaciones son más constructivas cuando se encaminan a atacar las causas de los problemas observados, se refieren a acciones específicas y van dirigidas a quienes deben emprender esas acciones; y, es necesario que las medidas que se recomiendan sean factibles y que su costo se corresponda con los beneficios esperados.

Fase V: Monitoreo estratégico de recomendaciones junto con la administración.

Maldonado (2006), aporta;

Es de sumo interés que en cada auditoría estén presentes los auditores internos en el monitoreo estratégico de recomendaciones a donde comprometerles en su labor asesora cuando el caso así lo requiera o se mantenga una sesión de trabajo con los auditores de la Contraloría General de Estado para definir una estrategia respecto al seguimiento de recomendaciones. (p. 45).

Lo aseverado por Mantilla es lo que siempre hace un Auditor, inclusive los que trabajan con los modelos de exámenes especiales que ejecuta la Contraloría General del Estado, a través de sus direcciones distritales, las cinco fase son muy comunes utilizar; siempre se ha detectado que los auditores primero llegan a una Institución averiguan cosas informalmente, luego toman contacto con la Autoridad y los responsables generalmente del área administrativa financiera, hace algunas encuestas y revisan la información preliminar existente, es la FASE I; la segunda fase es la más compleja ya que se realiza el control interno con sus cinco componentes que se describen en una cita por separado, ya que prácticamente de aquí se identifican los hallazgos FASE II; a continuación se describen los hallazgos identificando su naturaleza, la ley en la que tiene relación, las consecuencias, y se hacen recomendaciones FASE III, posteriormente se exponen y publican los resultados en un Informe de Auditoría, que es leído un borrador con un grupo de involucrados FASE IV, finalmente algo que solo hacen los organismos de control y las personas que tienen que ver con el control interno en una Entidad u Organización que es el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de la Contraloría General del Estado y otro organismo

de control, esto en resumen es la auditoría en este caso la de gestión, que siempre verificará términos de eficiencia, eficacia y economía fundamentalmente.

2.3.8. Control interno

Según Abán (2010). “El Control Interno es el conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas de una institución, establecidos por la autoridad superior, diseñados con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos” (p. 12).

Mantilla (2012), aporta que el “Control interno es como un proceso, ejecutado por la junta de directores, la administración principal y otro personal de la entidad, diseñado para proveer seguridad razonable en relación con el logro de sus objetivos de la organización” (p.3).

El artículo 8 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado (2010), establece que:

El control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada institución, que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos y se alcancen los objetivos institucionales. Constituyen elementos del control interno: el entorno de control; la organización; la idoneidad del personal; el cumplimiento de los objetivos institucionales; los riesgos institucionales en el logro de tales objetivos institucionales y las medidas adoptadas para afrontarlos; el sistema de información; el cumplimiento de las normas jurídicas y técnicas; y, la corrección oportuna de las deficiencias de control. (p. 63-64)

El control interno, es como un reglamento que sirve para dar seguridad al cumplimiento de los objetivos y que se cumplan las leyes en las Instituciones públicas, la mayoría de estas adoptan las normas de control interno emitidas por la Contraloría General del Estado para su aplicación en el control interno, cuando este componente de la gestión de una entidad u organización tiene problemas, también se generan problemas en forma general.

2.3.8.1. Importancia del control interno

Arens, Elder y Beasley (2012),aportan;

Confiabilidad de los informes financieros.

La administración es responsable de preparar los estados financieros para los inversionistas, los acreedores y otros usuarios.

Eficiencia y eficacia de las operaciones.

Los controles dentro de una empresa tienen como objetivo promover al uso eficaz y eficiente de sus recursos con el fin de optimizar las metas de la compañía.

Cumplimiento con las leyes y reglamentos.

La Sección 404 requiere que todas las Instituciones públicas emitan un informe referente a la eficacia de la operación del control interno sobre los informes financieros.
(p. 270)

Las tres razones para ejecutar el control interno son válidas, ya que en todas las Instituciones se tienen acciones financieras que deben manejarse adecuadamente, se busca eficiencia y eficacia en todos los procesos, que es parte de una auditoría de gestión y lo fundamental se cree en las Instituciones públicas, el cumplimiento de leyes y reglamentos, ya que solo se debe hacer lo que la Ley lo determina.

2.3.8.2. *Métodos de control interno*

Abán (2011), expone que existen tres métodos para evaluar el control interno que son:

Narrativo

Consiste en la explicación, por escrito de las rutinas establecidas para la ejecución de las distintas operaciones o aspectos científicos del control interno. Es decir, es la formulación mediante un memorando donde se documentan los distintos pasos de un aspecto operativo.

Cuestionarios especiales

Consiste en elaborar previamente una relación de preguntas sobre los aspectos básicos de la operación a investigar y a continuación se procede a obtener las respuestas a tales preguntas. Generalmente estas preguntas se formulan de tal forma que una respuesta negativa advierta debilidades en el control interno.

Flujo-grama

Este método tiene como base la esquematización de las operaciones mediante el empleo de diagramas, en dichos diagramas se presentan unidades, formas, archivos y en general el flujo de la información de las diferentes operaciones hasta afectar la cuenta mayor general.

En la práctica este resulta ser el método más eficiente para estudiar y evaluar el control interno, ya que se parte de nada y toda la información es producto de la observación, inspección e indagaciones directas que efectúa el auditor con base en los cuales diagrama de flujo interno aplicable a la información que afecta cada una de las operaciones de la Institución. (p. 279)

De lo que se ha verificado la Contraloría General del Estados en sus exámenes especiales y en los procesos de auditoría, que ejecuta, el método que utiliza es el cuestionario, también para el presente trabajo de titulación se utilizará este método para determinar y evaluar el control interno en los procesos de Contratación del Hospital José María Velasco Ibarra, ya que es una Entidad que maneja recursos del Estado y en una de las áreas más críticas que es la salud.

2.3.8.3. Principios del control interno

Mantilla (2011); enumera y describe los principios y componentes del control interno, en la versión más actualizada que se denomina COSO III:

Tabla1-2: Principios de control interno

Principios	Componentes
Ambiente de control	<ol style="list-style-type: none"> 1. La organización demuestra el compromiso para con la integridad y los valores éticos. 2. La junta de directores demuestra independencia ante la administración y ejerce vigilancia para el desarrollo y ejecución del control interno. 3. La administración establece, con la vigilancia de la junta, las estructuras, líneas de presentación de reporte, y las autoridades y responsabilidades apropiadas en la búsqueda de los objetivos. 4. En alineación con los objetivos la organización demuestra el compromiso para atraer, desarrollar, y retener personas competentes. 5. En la búsqueda de los objetivos la organización tiene personas responsables por sus responsabilidades de control interno.
Valoración	<ol style="list-style-type: none"> 6. La organización especifica los objetivos con suficiente claridad para

del riesgo	<p>permitir la identificación y valoración de los riesgos relacionados con los objetivos.</p> <p>7. La organización identifica los riesgos para el logro de sus objetivos a través de la entidad y analiza los riesgos como la base para determinar cómo deben ser administrados los riesgos.</p> <p>8. En la valoración de los riesgos para el logro de los objetivos la organización considera el potencial por el fraude.</p> <p>9. La organización identifica y valora los cambios que de manera importante podrían impactar al sistema de control interno</p>
Actividades de control	<p>10. La organización selecciona y desarrolla las actividades de control que contribuyan a la mitigación, a niveles aceptables, de los riesgos para el logro de los objetivos.</p> <p>11. La organización selecciona y desarrolla las actividades de control generales sobre la tecnología para respaldar el logro de los objetivos.</p> <p>12. La organización despliega las actividades de control tal y como se manifiestan en las políticas que establecen lo que se espera y en los procedimientos relevantes para llevar a cabo esas políticas.</p>
Información y comunicación	<p>13. La organización obtiene o genera y usa información de calidad, relevante, para respaldar el funcionamiento de los otros componentes del control interno.</p> <p>14. La organización comunica internamente la información, incluyendo los objetivos y responsabilidades para el control interno, necesaria para respaldar el funcionamiento de los otros componentes del control interno.</p> <p>15. La organización se comunica con terceros en relación con las materias que afectan el funcionamiento de los otros componentes del control interno.</p> <p>Monitoreo de las actividades.</p>
Monitoreo de las actividades	<p>16. La organización selecciona, desarrolla, y lleva a cabo evaluaciones continuas y/o separadas para comprobar si los componentes del control interno están presentes y están funcionando.</p> <p>17. La organización evalúa y comunica las deficiencias del control interno, haciéndolo de una manera oportuna, a las partes responsables por realizar la acción correctiva, incluyendo la administración principal y la junta de directores, según sea apropiado</p>

Fuente: Mantilla (2011). Curso de Auditoría Contable.
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

Los sistemas de control interno se actualizan con frecuencia en función de los cambios que se dan en las Leyes, reglamentos, los objetivos que se pretenden obtener, actualmente se manejan con cinco componentes que son: ambiente de control, valoración de riesgos, actividades de control, información y comunicación y monitoreo de las actividades; cada uno de estos tiene sus sub – componentes, que en total suman 17 y que sirven para realizar y evaluar el control interno en la entidad que se ejecuta la auditoría.

2.3.8.4. Objetivos del control interno método – COSO III

Auditól (2015), conceptualiza;

Teniendo en cuenta los grandes cambios que han tenido la industria y los avances tecnológicos, el Comité lanzó en mayo de 2013 una versión actualizada que permitirá que las empresas desarrollen y mantengan efectiva y eficientemente sistemas de control interno que ayuden en el proceso de adaptación a los cambios, cumplimiento de los objetivos de la empresa, mitigación de los riesgos a un nivel aceptable, y apoyo a la toma de decisiones y al gobierno.

El Marco Integrado de Control Interno abarca cada una de las áreas de la empresa, y engloba cinco componentes relacionados entre sí: el entorno de control, la evaluación del riesgo, el sistema de información y comunicación, las actividades de control, y la supervisión del sistema de control.

Un sistema de control interno debe verse como un proceso integrado y dinámico y se caracteriza por las siguientes propiedades:

- Permite aplicar el control interno a cualquier tipo de entidad y de acuerdo con sus necesidades.
- Presenta un enfoque basado en principios que proporcionan flexibilidad y se pueden aplicar a nivel de entidad, a nivel operativo y a nivel funcional.
- Establece los requisitos para un sistema de control interno efectivo, considerando los componentes y principios existentes, cómo funcionan y cómo interactúan.
- Proporciona un método para identificar y analizar los riesgos, así como para desarrollar y gestionar respuestas adecuadas a dichos riesgos dentro de unos niveles aceptables y con un mayor enfoque sobre las medidas antifraude.

- Constituye una oportunidad para ampliar el alcance de control interno más allá de la información financiera, a otras formas de presentación de la información, operaciones y objetivos de cumplimiento.
- Es una oportunidad para eliminar controles ineficientes, redundantes o inefectivos que proporcionan un valor mínimo en la reducción de riesgos para la consecución de los objetivos de la entidad.
- Permite lograr una mayor comprensión de la necesidad de un sistema de control interno efectivo.
- Facilita el entendimiento de que mediante la aplicación de un criterio profesional oportuno la dirección puede eliminar controles no efectivos, redundantes o ineficientes.(p.73)

Al tener y aplicar el sistema COSO, que también se adoptado en la legislación ecuatoriana, con alguna variante en relación a las leyes del país, los objetivos que proponen son importantes, ya que da seguridad interna, facilita identificar y mitigar los riesgos, permite evaluar la situación y hacer correctivos a tiempo y además se eliminan controles ineficientes.

2.3.8.5. *Evaluación de control interno*

Según Rivera (2009);

El control interno no puede existir si previamente no existen objetivos, metas e indicadores de rendimiento. Si no se conocen los resultados que deben lograrse, es imposible definir las medidas necesarias para alcanzarlos y evaluar su grado de cumplimiento en forma periódica; así como minimizar la ocurrencia de sorpresas en el curso de las operaciones.

El control interno es efectuado por diversos niveles, cada uno de ellos con responsabilidades importantes. Los directivos, la gerencia y los auditores internos y otros funcionarios de menor nivel contribuyen para que el sistema de control interno funcione con efectividad, eficiencia y economía. Una estructura de control interno sólida es fundamental para promover el logro de sus objetivos y la eficiencia y economía en las operaciones de cada entidad. (p.112)

Con esta cita lo que pretende explicar, es que también se debe evaluar el sistema de control interno que se tiene o se aplica en la entidad, ya que en algunos casos no son eficientes o

también existen reglamentos internos que no se aplican, y al momento de evaluar estos no fueron eficientes, por tanto, se debe evaluar en los diferentes niveles de la gestión de la entidad.

2.3.9. Papeles de trabajo

Maldonado (2006), aporta;

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

Los papeles de trabajo son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones, etc., en que se fundamenta el Contador Público, para dar sus opiniones y juicios sobre el sistema de información examinado. (p. 28).

Whittington (2011), expone que;

Los “Papeles de trabajo son vínculos conectores entre los registros de contabilidad del cliente y el informe de los auditores. Ellos documentan todo el trabajo realizado por los auditores y constituyen la justificación para el informe que estos presentan, la materia de evidencia suficiente y competente que exige la tercera norma del trabajo del campo debe estar claramente documentado en los papeles de trabajo de los auditores” (p.280).

Cuando se realiza un trabajo de auditoría, el profesional auditor, va tomando notas, registrando información, haciendo cuestionarios y en general crea un archivo, a toda esta gama de cosas se denomina papeles de trabajo; y que sirven como evidencia de la actividad realizada por el auditor, estos están ordenados y numerados, ya que los presentan a los jefes de equipo cuando se trata de exámenes realizados por la Contraloría general del Estado.

2.3.9.1. Utilidad

Contraloría General del Estado (2011), asevera:

Los papeles de trabajo deben proveer suficientes detalles de la información que sustentan los puntos encontrados en la auditoría, y los comentarios que, en ellos se escriben, den el resultado esperado, para producir recomendaciones sobre hechos bien fundados. Los papeles de trabajo constituirán el respaldo de los informes, por cuanto

deben proporcionar las evidencias que sustenten, expliquen y justifiquen las observaciones, conclusiones y recomendaciones” (p.111).

Son instrumentos que asignan una gran información y emiten establecer los elementos que determinaron para que el auditor evidencie un hallazgo que consta en el informe final de auditoría.

2.3.9.2. Importancia

La aseveración de Abán (2011), los papeles de trabajo, sirven generalmente para:

- Ayudar al auditor a conducir el trabajo de una manera organizada.
- Proveer soportes para los comentarios.
- Dejar evidencia del trabajo ejecutado.
- Ayudar a los auditores en la supervisión del trabajo.
- Facilitar la elaboración del informe.
- Discutir las observaciones y recomendaciones acerca del trabajo realizado.
- Ayudar al desarrollo profesional del personal de auditoría interna.
- Demostrar el cumplimiento de las Normas para el ejercicio profesional de la auditoría interna.
- Proporcionar apoyo ante reclamos de seguros, casos de fraude y litigios judiciales. (p. 74)

En resumen, los papeles de trabajo lo que le sirve al auditor mismo para que elabore el informe final de auditoría.

2.3.10. Marcas de Auditoría

Muñoz (2011), asevera que son:

De carácter informal que utiliza exclusivamente el auditor o el grupo de auditores que realizan la auditoría, con el fin de facilitar la uniformidad de los papeles de trabajo y para identificarlos mejor. Su utilidad radica en que tienen un significado preciso que todos los auditores conocen y utilizan para destacar aspectos importantes de los documentos que van revisando, y que sirven como identificadores uniformes de todas las actividades que se desarrollan durante una evaluación; así, cuando alguien del grupo de auditores encuentra algún documento con estas marcas, sabe que esté ya ha sido revisado o que tiene una característica especial en la cual se tiene que advertir alguna observación, de acuerdo con el significado de los símbolos. Todos los auditores deben

utilizar los mismos símbolos al hacer anotaciones en los documentos que evalúen.
(p.263)

Tabla 2-2: Marcas de auditoría

MARCAS	SIGNIFICADO
∅	Incumplimiento de la normativa y reglamentos
√	Revisado
≠	Inexistencia de Documentos
Σ	Sumatoria
À	Archivos en orden
&	Falta de procesos
@	Hallazgos
M	Documentos mal estructurados

Fuente: Muñoz (2011),

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

Esta simbología tiene un significado para los auditores y generalmente lo registran en los papeles de trabajo, por la seguridad y la información que brinda para identificar algunas falencias de la Institución o el mismo informe del autor.

2.3.11. Índices

Holmes (2006), aporta;

Los papeles de trabajo se marcan con un número de índice, de índice secundario y de índice cruzado, bien sea en el curso de la auditoría o a su término. Deben llevar todos unos números de índice para que pueda hallarse con facilidad su relación con cualquier cuenta, análisis o sección de auditoría, o cualquier relación o estado en cualquier tiempo durante o después de la auditoría sin pérdida de tiempo.

Métodos de los Índices

Método I. Este método asigna un número a cada papel de trabajo principal y a cada relación principal. Las relaciones auxiliares llevan el número de la relación principal, seguido de un número secundario en secuencia. El método I es susceptible de aplicarse en forma indefinida.

Método II. Este método usa una letra del alfabeto para designar las relaciones principales, seguida de números que indican las relaciones auxiliares. Si se agota el alfabeto con las relaciones principales, pueden usarse letras dobles.

Método III. La forma de hacer un índice siguiendo este método se basa en letras dobles para designar todas las relaciones no financieras. Las relaciones financieras y los datos que se acompañan llevan un número de índice (número de centenas), siguiendo la letra para los datos auxiliares. En caso de que se use más de una hoja para una partida, se pone una letra como sufijo, y como se muestra en las recomendaciones de las existencias en el banco. En el caso de que se usaran diez hojas para las existencias en efectivo la décima se marcaría 10K.

Método IV. Este método mucho puede decirse en su favor comienza simplemente con el número 1 y marca cada hoja siguiente en progresión consecutiva. (p.167:173)

En la práctica, el método que va con números y letras son los más utilizados en las auditorías que se ejecutan en el país, por la razón de la secuencia ordenada que se genera en los papeles de trabajo, ya que solamente numerar como se hace en otros documentos no da mucha seguridad y en las auditorías una hoja que se pierda es clave para el informe final.

Tabla 3-2: Índice de Auditoría de Gestión

SIGLAS	REPRESENTA
AC	Archivo Corriente.
AP	Archivo Permanente.
PE	Planificación estratégica.
PA	Programa de auditoría.
CI	Cuestionario del control interno (método COSO).
HA	Hallazgos de auditoría.
HH	Hoja de hallazgos
IG	Indicadores de gestión.
DFP	Diagrama de flujo de los procesos.

HR	Hoja de resumen de conclusiones y recomendaciones.
IA	Informe de auditoría.

Fuente: Holmes (2006),

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

2.3.11.1. Referencia cruzada

Holmes (2006), “Cuando se realiza auditoría se debe cruzar información entre los papeles de trabajo resultantes, por medio de las referencias o índices, con el propósito de evitar la duplicidad de procedimientos, facilitar el trabajo de revisión y en algunos casos la consulta de terceros” (p. 54).

Las referencias cruzadas, más bien sirven para identificar cierta información que tiene relación con otra dentro de un mismo contenido, de tal manera que por ejemplo si se habló del tema financiero en un capítulo o parte de los papeles de trabajo y después toca hacer referencia al mismo, se identifica con una marca denominada referencia cruzada, lo que también facilita la lectura.

2.3.12. Hallazgos

Para Cook y Gary (2010); “Generalmente, el término hallazgo es empleado en un sentido crítico y se refiere a debilidades en el Sistema control interno detectadas por el auditor. El hallazgo, abarca hechos y otra información obtenida por el auditor que merece ser comunicados a los empleados y funcionarios de la organización auditada y a otras personas interesadas” (p. 19).

Maldonado (2011), expone;

Los hallazgos de Auditoría se dan cuando hay muchas áreas críticas, hay que imaginar que estos pasan por un embudo y serán examinados los más críticos.

Condición. -Lo que sucede o se da en la realidad dentro de la entidad.

Criterio. -Parámetro de comparación por ser la situación ideal, el estándar, la norma, el principio administrativo aprobado o conveniente.

Causa. -Motivo, razón por el que se dio la desviación o se produjo el área.

Efecto. -Daño, desperdicio, pérdida” (p.69).

El hallazgo es la falencia encontrada durante el examen especial o la auditoría de gestión, se debe demostrar, con una evidencia que se vincula con el cumplimiento de una Ley o un elemento de las normas de control interno vigentes para Ecuador, se redactan como: condición, criterio, causa, efecto; que tendría esta omisión para la entidad, además falta la Recomendación que siempre debe hacerlo el auditor.

2.3.13. Evidencias

Según Cuellar (2011);

Las evidencias son un elemento clave en una auditoría, razón por la cual el auditor le debe prestar especial atención en su consecución y tratamiento.

La auditoría tiene como objetivo evaluar los diferentes procesos e identificar las posibles falencias y errores que estén sucediendo, hallazgos que naturalmente deben estar respaldados con evidencias válidas y suficientes.

Cuando se emite un informe de auditoría, se reseñan los aspectos positivos y negativos identificados en la auditoría, y cualquiera sea el caso, los hechos y situaciones planteados en el informe deben estar soportados.

Las evidencias recobran mayor y especial importancia, cuando lo reportado en el informe de auditoría trata sobre hechos irregulares encontrados en el proceso de auditoría, por lo que con mayor razón deben estar suficientemente respaldados por evidencias, documentos y pruebas que garanticen la veracidad de lo informado.

Los tipos de evidencia son:

- Examen Físico
- Confirmación
- Documentación
- Observación
- Consulta al cliente
- Desempeño
- Procedimientos analíticos(p. 77-78)

La evidencia es la causa de la omisión y porque se consideró que esa se convierte en un hallazgo, ya que no solamente es importante que se describa el hallazgo en el informe final de auditoría, además se debe decir de donde se tomó para sustentar este criterio a eso se lo denomina la evidencia que se presenta, puede ser un informe, un pago, un control previo no ejecutado, una omisión en un proceso de selección de la oferta, si trata de procesos de contratación como es el caso del presente trabajo de titulación..

2.3.13.1. Tipos de evidencias

Auditól (2012), identifica los siguientes tipos de evidencias:

Evidencia física: se obtiene mediante inspección y observación directa de las actividades, bienes o sucesos; esta evidencia puede presentarse en forma de documentos, fotografías, gráficos, cuadros, mapas o muestras materiales. Cuando la evidencia física es decisiva para lograr los objetivos de la Auditoría Interna, debe ser confirmada adecuada y oportunamente por los auditores internos.

Evidencia documental: puede ser de carácter física o electrónica. Pueden ser externas o internas a la organización.

Evidencia testimonial: se obtiene de otras personas en forma de declaraciones hechas en el curso de investigaciones o entrevistas.

Evidencia analítica: surge del análisis y verificación de los datos. El análisis puede realizarse sobre cálculos, indicadores de rendimiento y tendencias reportadas en los informes financieros o de otro tipo de la organización u otras fuentes que pueden ser utilizadas.

Evidencia informática: puede encontrarse en datos, sistemas de aplicaciones, instalaciones y soportes, tecnologías y personal informático. (p. 19-20)

La cita es bien clara, se han presentado cuatro tipos de evidencias: documental con informes o cosas escritas, testimonial, cuando alguien explica lo que paso y se consigna como evidencia; analítica que resulta de un análisis minucioso de las acciones realizadas y la informática que está tomando fuerza en los últimos tiempos dado los avances tecnológicos.

2.3.13.2. Condiciones de la evidencia

Maldonado (2011). La evidencia para que tenga valor de prueba debe ser:

Suficiente: La evidencia es suficiente, si el alcance de las pruebas es adecuado. Solo una evidencia encontrada, podría no ser suficiente para demostrar un hecho.

Competente: La evidencia es competente, si guarda relación con el alcance de la auditoría y además es creíble y confiable.

Pertinente: La evidencia es pertinente, si el hecho se relaciona con el objetivo de la auditoría. (p. 62)

Hay condiciones fundamentales que tienen que ver con la evidencia lo de suficiente es que tenga contenido y que convenza, lo competente que guarde relación a lo que se está queriendo evaluar, así como también se tiene que ver en lo pertinente.

2.3.14. Pruebas

Según Cortes (2011). “Son técnicas o procedimientos que maneja el auditor para obtener la evidencia que compruebe y fundamente su dictamen u opinión de la auditoría” (p.15).

Cepeda (2012), respecto a las pruebas afirma:

Las pruebas de cumplimiento las deberá aplicar el auditor para adquirir la evidencia de que aquellos controles internos en los que intenta apoyarse operan generalmente como los identificó y que funcionan de manera eficaz durante el período sujeto al examen. El concepto de operación eficaz reconoce que pudieron haber ocurrido algunas desviaciones en cuanto al cumplimiento. (p. 27)

Las pruebas se consideran respaldos de las evidencias, son elementos que prueban que en realidad en una acción existió omisión y que se tiene como prueba clara de lo que se afirma.

2.3.15. Riesgos

Cook & Gary (2007), aportan;

Un riesgo de auditoría es aquel que existe en todo momento por lo cual genera la posibilidad de que un auditor emita una información errada por el hecho de no haber detectado errores o faltas significativas que podría modificar por completo la opinión dada en un informe.

La posibilidad de existencia de errores puede presentarse en distintos niveles, por lo tanto, se debe analizar de la forma más apropiada para observar la implicación de cada nivel sobre las auditorías que vayan a ser realizadas.

Son distintos las situaciones o hechos que conllevan a trabajar de diferentes formas y que permiten determinar el nivel de riesgo por cada situación en particular. (p. 32).

Los riesgos de auditoría y en una evaluación son normales, ya que en muchas ocasiones se omiten situaciones, especialmente se ha notado que la Contraloría cuando hace las auditorías, solamente analiza ciertas cosas y no todo en conjunto, lo de los procesos de contratación tiene varios componentes y elementos que verificar y son riesgos que están latentes que en lo posible se deben evitarse.

2.3.15.1. Clases de riesgos de auditoría de gestión

Según Abán (2010), las clases de riesgos son:

Riesgo inherente: El riesgo inherente afecta directamente la cantidad de evidencia de auditoría necesaria para obtener la satisfacción de auditoría suficiente para validar una afirmación. Esta cantidad puede estar presentada tanto en el alcance de cada prueba particular como en la cantidad de pruebas necesarias.

Riesgo de detección: El riesgo de detección es el riesgo de que los procedimientos de auditoría seleccionados no detecten errores o irregularidades existentes en los estados contables. Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detecten deficiencias en el Sistema de Control Interno.

Riesgo de control: Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detecten deficiencias en el Sistema de Control Interno, es aquel que afecte a los procesos de control y que evite detectar irregularidades significativas de importancia relativa. (p.115)

Se describen tres tipos de riesgos que se hace necesario entender así por ejemplo el inherente, dice que puede no ser suficiente es decir no convence para que sea riesgo, el de detección es el más común se omiten algunos riesgos que se presentan en la entidad y esto en algunos casos con intencionalidad y de control cuando después de realizado el examen no se hace un control adecuado y el riesgo se pasó por alto.

2.3.16. Informes de auditoría

Maldonado (2011), explica;

Los informes por escrito son necesarios para comunicar los resultados de la auditoría a los dirigentes y funcionarios que correspondan de los niveles de dirección facultados para ello; reducen el riesgo de que los resultados sean mal interpretados; y facilitan el seguimiento para determinar si se han adoptado las medidas correctivas apropiadas.

El Formato general de los informes de auditoría y criterios generales de contenido, debe ser uniforme, y cumplirse en todas las Auditorías que se realicen. El informe no debe ser muy corto ni muy largo, debe mantener una descripción lógica y clara de los temas que han sido auditados, sin embargo se lo puede presentar con unas síntesis del informe, la cual debe ir en otro color de papel y pueden prepararse dos juegos; la que consta como parte propia del informe y otra que se anexa a las hojas sueltas para que el usuario la lleve en forma separada y la lea el momento más propicio. (p. 146)

Al finalizar una auditoría de gestión el auditor tiene la obligación de emitir un informe del trabajo realizado, la Contraloría emite unos informes bien largos, para dar a conocer a la Entidad los hallazgos que es con lo que termina el informe, además de poner recomendaciones y que indica son de aplicación inmediata y obligatoria.

2.3.16.1. Tipos de informes

Auditol(2012), clasifica a los tipos de informes en los siguientes;

- Opinión favorable.
- Opinión con salvedades.
- Opinión denegada.
- Opinión desfavorable.

No permitiéndose la expresión de opiniones parciales, pero sí se pueden emitir certificaciones sobre hechos concretos. La expresión opinión se delimita únicamente a la opinión de auditoría. (p. 37)

Los informes de auditoría generalmente son culposos, además si provienen de la Contraloría General del Estado, es como una necesidad determinar responsabilidades, es decir casi siempre son informes desfavorables de la gestión realizada por la entidad.

2.3.17. Inversión pública

Ministerio Coordinador de la Política Económica (2017):

La Constitución de la República, el Plan Todo una vida y las políticas públicas enfatizan la importancia de la inversión pública como variable instrumental para lograr los cambios estructurales necesarios para conseguir una sociedad más justa, equitativa y solidaria ejerciendo plenamente el buen vivir. Actualmente existe una mayor responsabilidad para quienes proponen, desarrollan, gestionan y ejecutan proyectos y programas de inversión pública; garantizando la calidad del gasto con el uso oportuno y óptimo de los recursos fiscales y por la coherencia programática de las iniciativas en el mediano y largo plazos; esto con el objetivo de asegurar que las inversiones sean altamente rentables desde el punto de vista económico, social y/o ambiental. A partir de los objetivos de desarrollo que plantea la planificación nacional deberán desarrollarse proyectos y programas de inversión que permitan cumplir los objetivos planteados. Es decir que la programación de la inversión pública debe estar subordinada a los objetivos de desarrollo nacional y a lo establecido en la Constitución, que entre otros dispone la incorporación del enfoque de género en planes y programas. (p. 32)

Los servicios de salud que se ejecutan en el Hospital José María Velasco Ibarra, constituyen inversión pública, ya que los recursos son asignados por el Estado y se tiene la obligación de rendir cuentas, se considera que este tiene la obligación de velar por la integridad del ser humano y por eso la salud pública es un servicio que está entre los componentes prioritarios de atención.

2.4. Marco conceptual

Auditoría: Es un examen practicado por un profesional con conocimientos en el tema para identificar falencias en las Organizaciones o Entidades Públicas

Auditoría de gestión: La auditoría de gestión tiene tres elementos importantes que son objetivo de examen, son: eficiencia, eficacia y economía, por eso algunas veces le denominan las 3 E.

Control interno: Es como un reglamento interno, en algunos casos propios de la Entidad, pero en otros se toman como base las normas de control interno de la Auditoría.

Dictamen: El auditor o profesional emite un criterio fundamentado sobre la realidad encontrada.

Diagnosticar: Después de una observación y con elemento de juicio se diagnóstica la situación de la entidad en la que se realiza la auditoría.

Economía: Uso adecuado de recursos, procurando que sea lo más conveniente en el aspecto financiero.

Eficiencia: Es la relación de productos obtenidos en relación a los recursos utilizados y también se toma en cuenta la variable tiempo.

Eficacia: Logro de objetivos o propuestas en los tiempos previstos y con los recursos disponibles.

Evidencias: Elemento clave en auditoría, son posibles falencias o errores cometidos en el ejercicio de la gestión.

Evaluación: Que se verifica el cumplimiento de leyes, normas, principios, planes de la Institución auditada.

Hallazgos: Son las debilidades o falencias encontradas por el auditor durante la realización de una auditoría y que deben ser divulgados.

Informe de auditoría: Dictamen final presentado por el auditor, destacando los hallazgos o las salvedades.

Institución: La gestora de un bien o servicio, puede ser pública o privada.

Inversión pública: Que proviene de las asignaciones fiscales o del Estado.

Normas internacionales de auditoría: Normas generalmente utilizadas y codificadas que guían un proceso de auditoría.

Planificación de auditoría: La primera fase de la auditoría, estructura el equipo, define períodos y productos a alcanzar.

Pruebas: Son técnicas que maneja el auditor para obtener la evidencia.

Riesgo: Riesgo es una situación presente en todo momento de la auditoría, sobre la identificación de errores.

2.5. Idea a defender

¿La Auditoría de Gestión a los procesos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, Período 1 de enero al 31 de diciembre del 2016, permitirá verificar la aplicación de los principios de eficiencia, eficacia y economía de la Institución?

CAPÍTULO III

3. Marco de resultados y discusión de resultados

3.1. Enfoque de la investigación

La auditoría ejecutada fue de tipo cualitativa-cuantitativa, puesto que se hacen descripciones teóricas, además de explicaciones y razones en base a lo que se tienen los informes motivados para los procesos de contratación y la cualitativa, fundamental porque se manejan fondos económicos en números, y de lo se desprende el tipo de proceso que se realiza para contratar un bien o servicio.

3.2. Modalidad de la investigación

De campo

La investigación se realizará en el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo; tomando contacto el departamento de compras públicas y la Gerente de la casa de salud, además de los servidores y empleados que tiene que ver con la contratación de bienes y servicios, obteniendo criterios de cada uno ellos que generan la información, para determinar hallazgos vinculados a lo que es el control interno principalmente y el cumplimiento de objetivos, indicadores y metas de la gestión Institucional, en el período 1 de enero al 31 de diciembre 2017.

Al respecto McMillan y Schumacher (2010), dice: “Los registros cualitativos de campo (datos), obtenidos a lo largo del tiempo se registran como notas de campo de observación participante, entrevistas en profundidad o notas del investigador de documentos históricos” (p.108)

Bibliográfico – documental

El capítulo II, en lo que es el Marco Teórico, demuestra lo que se ha realizado en el tema bibliográfico documental, en esta parte de la Investigación se ha consultado, conceptos, principios, normas y componentes de lo que es la auditoría en general y de la de gestión en particular, siempre se ha tratado de consultar libros y revistas con carácter científico discriminando páginas como Wikipedia y otras que no sustentan con un autor específico.

McMillan y Schumacher (2010), aporta: “Después de que los investigadores formulan un tema de investigación, realizan una búsqueda sobre estudios relacionados con el tema. La revisión resume y analiza la investigación previa y muestra cómo el estudio actual se relaciona con la bibliografía. La longitud de la revisión puede variar, ser selectiva y concentrarse en el modo en que el estudio actual contribuirá al conocimiento ya existente” (p.61).

3.3. Tipos de investigación

Descriptivo

Lo descriptivo es la parte importante de la investigación, ya que en muchas ocasiones los números no describen todo lo que se tiene como información, por lo tanto después de unos resultados se debe describir para dar a entender al lector de lo que se trata, siempre ha sido importante tomar como en tercera persona y generar ideas claras para que genere comprensión de lo descrito.

Según (Ramírez , 2011); la investigación descriptiva permite especificar aspectos característicos de personas, objetos, problemas, comunidades o fenómenos que nos interesa describir. A este tipo de investigación no le interesa explicar o comprobar la hipótesis; solamente le interesa decir como es y cómo se manifiesta el problema. (p.124)

3.4. Métodos, técnicas e instrumentos

3.4.1. Métodos

Método deductivo: El principio o habilidad de deducir ha sido importante para completar esta investigación, ya que en muchas ocasiones los informes y documentos que se tiene, así como criterios de control interno, no son claras y se necesita deducir hechos y casos cuando no se tiene una información completa o las aseveraciones no son muy coherentes, ya que a veces los evaluados actúan desde un punto de vista defensivo.

Método inductivo: Lo inductivo es lo complementario de la deducción, una vez que se ha tenido la capacidad para deducir, se debe inducir a que se generen cambios en el orden positivo, esto es que se tome correctivos sobre las omisiones ejecutadas y después tratar de mejorar la gestión en los procesos de contratación en la Entidad.

3.4.2. Técnicas e instrumentos

En las técnicas de investigación se utilizaron las más comunes y recomendadas por la Contraloría General del estado, para las auditorías de gestión:

Técnica de la Observación: Aplicando las recomendaciones de la Contraloría en la primera fase de la auditoría, es decir en el conocimiento preliminar, la observación es fundamental, ya que a más de preguntar indistintamente sin un cuestionario definido, se observa cómo se encuentra la Institución en una manera global y el auditor ya se hace una idea general para inferir y poder hacer la planificación de auditoría.

Instrumento: Ficha de observación para registro de datos.

Técnica de entrevista

Con preguntas cerradas, dirigidas a la responsable de la Unidad Financiera, a la persona que realiza los procesos de contratación pública.

Instrumento: Cuestionario con preguntas cerrada direccionadas averiguar los componentes de eficiencia, eficacia y economía.

Técnicas de encuesta

Consiste en un cuestionario con preguntas cerradas, que se aplicaran a los servidores de la Unidad Financiera en general y algún servidor que tenga vinculación con estos procesos como el de planificación.

Además, se realizará del análisis de la documentación, archivos, y otros elementos que aporten para la realización adecuada de la auditoría de gestión.

Instrumento: Cuestionario con preguntas cerradas en base a los componentes del control interno, en su versión actualizada.

3.5. Población y muestra

La población para efectos de la siguiente investigación está constituida la Gerente, los empelados responsables de los procesos de contratación pública y algunos proveedores de bienes y servicios, así como beneficiarios.

Tabla 1-3: Población

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Gerente	1	4,5
Director Médico	1	4,5
Unidad de contratación pública	2	9
Servidores de la Unidad	8	36
Proveedores	10	46
TOTAL	22	100%

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

3.5.1. Muestra

Se trabajará con toda la población es decir las 46 personas, ya que son los actores directos y los que reciben el impacto de los procesos de compras públicas que realiza el Hospital José María Velasco Ibarra.

No será necesaria la aplicación de la fórmula de cálculo de la muestra.

3.6. Resultados de las encuestas a los proveedores de bienes y servicios para el Hospital José María Velasco Ibarra

1. ¿Se socializa el monto destinado para contratación de bienes y servicios en el Hospital José María Velasco Ibarra?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{10} * 100 = 60\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 60\% = 40\%$
---	--

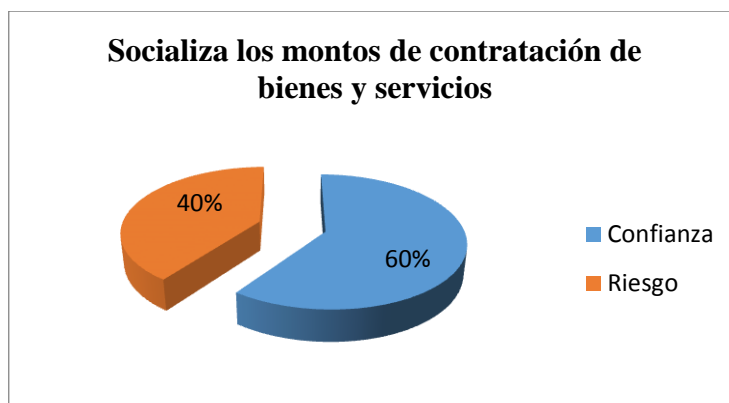


Gráfico 1-3: Socializa los montos destinados a contratación de bienes y servicios

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Al realizar las encuestas a los proveedores que han participado en procesos de contratación con el Hospital José María Velasco Ibarra, se determina un nivel de confianza moderado del 60% y un nivel de riesgo también moderado del 40%, de lo que se infiere que algunos de los proveedores si consideran que se socializa los montos de contratación pública, pues se debe recordar que es obligación de la Entidad subir el Plan anual de compras públicas al respectivo portal y ahí se puede conocer por parte de los proveedores.

2. ¿Se ejecuta el presupuesto en base a las necesidades propias del Hospital dando preferencia a bienes que tiene que ver con el sistema de salud?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{7}{10} * 100 = 70\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 70\% = 30\%$
---	--

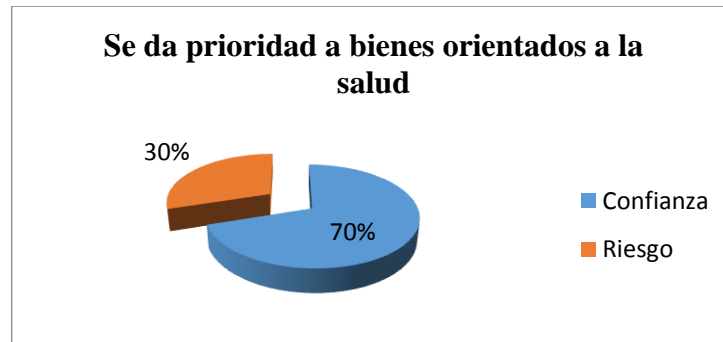


Gráfico 2-3: Se da prioridad a bienes orientados al servicio de salud

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Los proveedores consultados en un 70% aceptan que si las compras públicas están más orientados a servicios de salud siendo un nivel de confianza moderado y un 30% no están de acuerdo por lo que el nivel de riesgo también es moderado; lo que permite determinar que, si en su mayoría son bienes orientados a la salud de los pacientes, aunque también se deben adquirir otros bienes que sin ser directamente para salud, son necesarios para cumplir el servicio con calidad y calidez.

3. ¿El personal que trabaja en la Unidad de adquisiciones está capacitado para realizar adecuadamente los procesos?

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{9}{10} * 100 = 90\%$</p>	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 90\% = 10\%$</p>
---	--

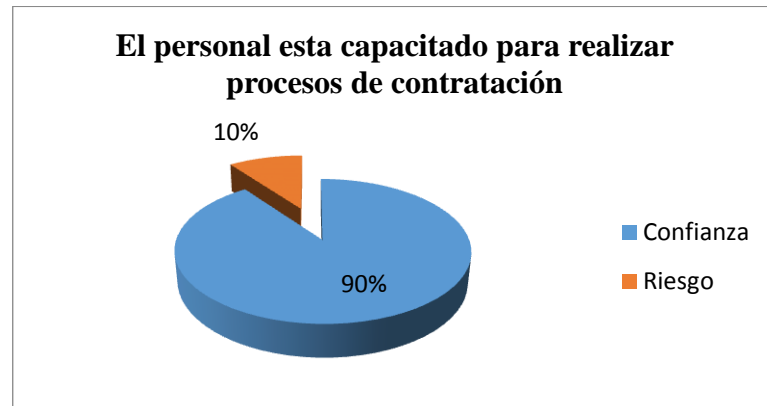


Gráfico 3-3: El personal está capacitado para realizar procesos de contratación

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Al realizar las encuestas a los proveedores de bienes y servicios del Hospital José María Velasco Ibarra, para determinar si los servidores están capacitados para realizar procesos de contratación de bienes y servicios, se determina un nivel de confianza del 90 que es alto y un nivel de riesgo del 10% que es bajo, por lo que se concluye que los servidores si están capacitados y además tienen experiencia en realizar los procesos de contratación pública en el portal designado para este fin, que lo direcciona el SERCOP.

4. ¿El ambiente donde se trabaja para realizar los procesos de contratación pública presenta facilidades para la atención al cliente?

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{4}{10} * 100 = 40\%$</p>	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 40\% = 60\%$</p>
---	--

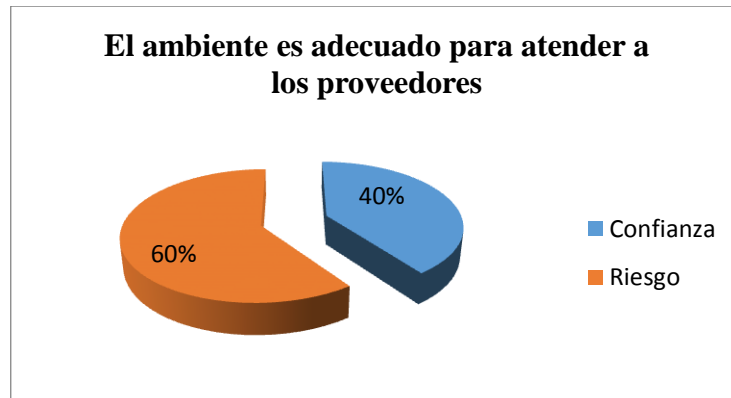


Gráfico 4-3: El ambiente presenta facilidades para la atención al cliente

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Al encuestar a los proveedores, se determina un nivel de confianza del 40% que es bajo y un nivel de riesgo del 60% que es alto, es decir que el lugar en donde se opera para realizar los procesos de contratación no es el adecuado, considerando que se debe atender a los proveedores, verificar la calidad y la cantidad de los bienes ofertados y/o adquiridos, por lo que los espacios deben ser mucho más amplios y tener las facilidades necesarias.

5. ¿Al seleccionar un proveedor de un servicio, se determina las razones por la que la oferta o el mismo resultado ganador?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{8}{10} * 100 = 80\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 80\% = 20\%$
---	--



Gráfico 5-3: Se da a conocer las razones del porque una oferta resulta ganadora

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: De las encuestas realizadas a los proveedores, ellos aceptan que el 80% si se dan a conocer las razones de una oferta ganadora, que tiene un nivel de confianza alto y un 20% no están de acuerdo el nivel de confianza es bajo, esto ratifica que cuando un proceso de contratación ha sido ejecutado de la manera transparente el sistema mismo lo determina si no hay direccionamiento en el proceso, cuando ya se ha elegido el debido proceso y se actúa sin preferencias los resultados no dejan dudas.

6. ¿Piensa usted que los procesos de contratación en el Hospital José María Velasco Ibarra son transparentes?

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{10} * 100 = 60\%$</p>	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 60\% = 40\%$</p>
---	--

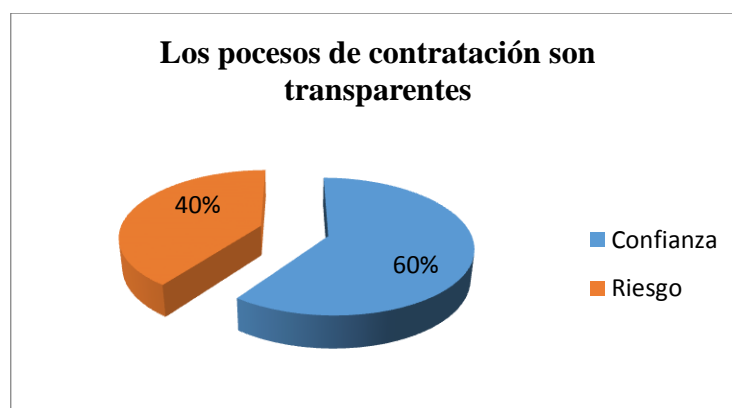


Gráfico 6-3: Los procesos de contratación son transparentes

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Revisando los resultados de las encuestas a los proveedores del Hospital José María Velasco Ibarra, se determina un nivel de confianza del 60%, que es moderado y un nivel de riesgo del 40%, que también es moderado, lo que determina que existe inseguridad sobre la transparencia de los procesos de contratación efectuados por la Entidad, se puede inferir que pueden existir sesgos o beneficiar a unos proveedores y perjudicar a otros, situación que si debe preocupar al momento de evaluar lo que es eficiencia y especialmente ética.

7. ¿El Hospital José María Velasco Ibarra, publica los procesos de contratación de bienes y servicios y rinde cuentas de lo ejecutado?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{7}{10} * 100 = 70\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 70\% = 30\%$
---	--

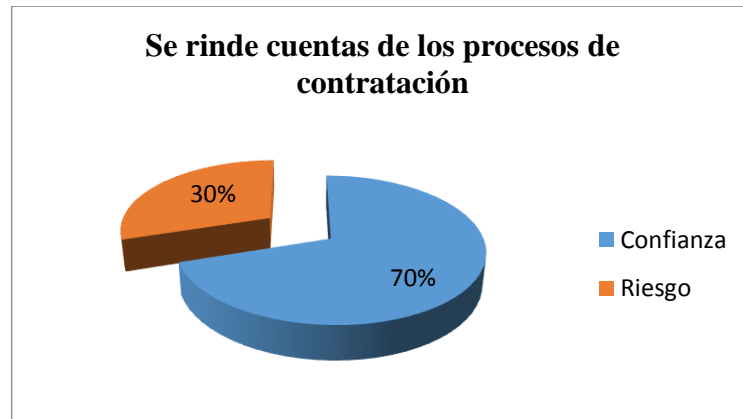


Gráfico 7-3: Se rinde cuentas sobre los procesos de contratación pública

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Las respuestas de los Proveedores en el Hospital José María Velasco Ibarra, determinan un 70% de nivel de confianza que es moderado y un 30% de nivel de riesgo, que también es moderado, consideran que solo publicar no es como rendir cuentas y decir, se compró tal bien o servicio, se pagó tanto y el proveedor cumplió eficientemente o tuvo problemas con el mismo, para que los demás puedan establecer comparaciones y de pronto se puedan identificar sospechas de manipulación de los procesos.

8. ¿Conoce usted si se tienen establecidos procesos de control interno en la contratación de bienes y servicios?

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{30}{10} * 100 = 30\%$</p>	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 30\% = 70\%$</p>
--	--

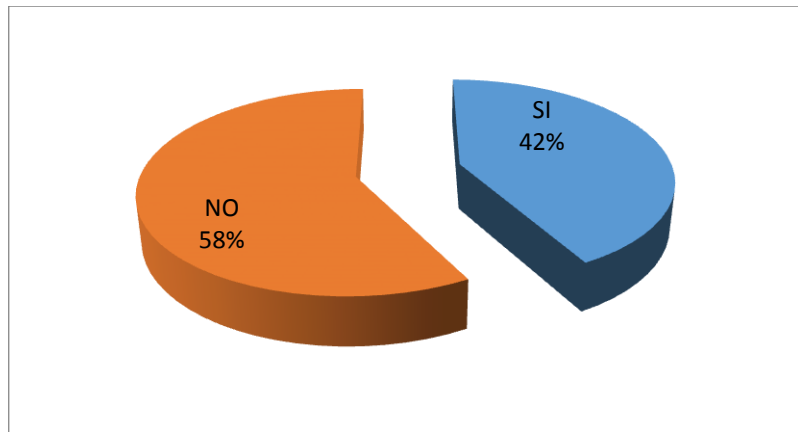


Gráfico 8-3: Se tienen procesos de control interno en la contratación de bienes y servicios

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Los resultados de las encuestas son preocupantes se considera que en un 30%, existe control interno a los procesos de contratación de bienes y servicios, esto es un nivel de confianza bajo; mientras que un 70% consideran que no existe control interno a los procesos de contratación en el Hospital José María Velasco Ibarra, dejando de esta manera una incógnita, ya que como en general si existe niveles de corrupción en las Entidades públicas, puede ser el caso que en esta Entidad se esté dando este tipo de anomalías.

9. ¿Sabe usted si se ha realizado una auditoría de gestión a los procesos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra?

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza:</p> $NC = \frac{2}{10} * 100 = 20\%$	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo:</p> $NR = 100\% - 20\% = 80\%$
---	--

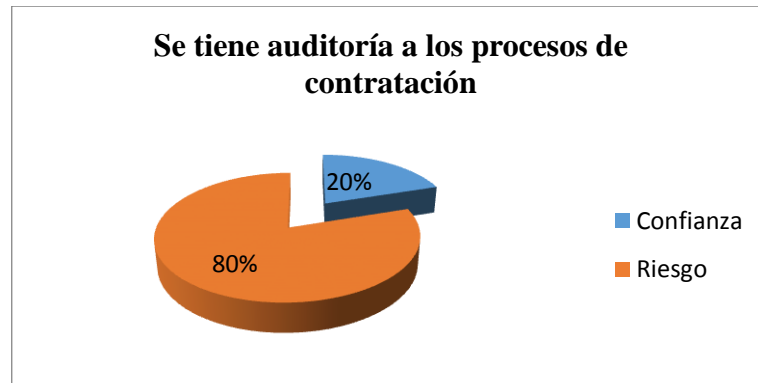


Gráfico 9-3: Se han realizado auditoría a los procesos de contratación en el Hospital José María Velasco Ibarra

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: La situación de ejecutar una auditoría de gestión a los procesos de contratación de bienes y servicios en el Hospital José María Velasco Ibarra, determina un 20% de nivel de confianza que es Bajo y un 80% de nivel de riesgo que es alto, por lo que se concluye que no se ha realizado una auditoría con especificidad a los procesos de contratación y eso genera desconfianza puesto que esto es lo que anualmente se debería auditar para verificar si existen problemas u omisiones en la gestión administrativa y financiera.

10. ¿Cree usted que, con una auditoría de gestión, generará eficiencia, eficacia y economía en los procesos de contratación en el Hospital José María Velasco Ibarra?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{9}{10} * 100 = 90\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 90\% = 10\%$
---	--

Gráfico 10-3: Una auditoría de gestión generará eficiencia, eficacia y economía en los procesos de contratación

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Comentario: Las respuestas de los Proveedores en un 90% generan un nivel de confianza alto y en un 10% un nivel de riesgo bajo, por lo que se considera que la mayoría de ellos estarían de acuerdo en que una auditoría, podría permitir identificar los hallazgos y demostrara con evidencias, ciertas anomalías que se pueden estar dando y que están pasando por alto, por lo que se recomienda realizar un examen especial que sea sistemático y confiable.

3.7. Verificación de la hipótesis o idea a defender

¿Una Auditoría de Gestión a los procesos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, Período 1 de enero al 31 de diciembre del 2016, permitirá mejorar la eficiencia, eficacia y economía de la Institución?

En relación a la IDEA A DEFENDER, en la misma que se propuso verificar si una auditoría de gestión a los procesos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, generará eficiencia, eficacia y economía, se han planteado en la investigación trabajar con un grupo de los actores en este caso los proveedores que han sido parte de estos procesos y que generalmente son los mismos, ya que son conocidos y saben la modalidad que aplica la Entidad, aunque legalmente se debe seleccionar según la cantidad de oferentes que cumplen los requisitos en el sistema, casi siempre se repiten y por ahí ya se genera un cierto direccionamiento.

Además se ha determinado, en las preguntas 4, 5 y 6 que se tienen omisiones que pueden generar incertidumbre en la gestión de los procesos de contratación, ya que no se tienen sistemas de control para verificar a tiempo irregularidades y respecto a las preguntas 9 y 10; los proveedores coinciden que no se ha realizado una auditoría y que este tipo de examen especial, si ayudaría mucho para identificar falencias e inclusive probables actos de corrupción y generar eficiencia, eficacia y economía en los mismos ya que si se direccionan adecuadamente se ahorraría dinero y se evitarían problemas con el organismo de Control

3.8. Tema

AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, EJECUTADOS POR EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, CANTÓN TENA, PROVINCIA DE NAPO, PERÍODO 2017

ÍNDICE DEL ARCHIVO PERMANENTE	
CARTA DE COMPROMISO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN.	AP1 1/1
PROPUESTA DE LOS SERVICIOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN.	AP2 1/1
CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.	AP3 1/1
ORDEN DE TRABAJO.	AP4 1/1
INFORMACIÓN GENERAL.	AP5 4/4

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
CARTA DE COMPROMISO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

API 1/1

Tena, 21 de junio del 2019

Doctora

Mirian Fernanda Landázuri Polanco

DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA

Presente. -

De mi consideración:

La presente tiene el propósito de confirmar el inicio de la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, por el período 2017, con el fin de emitir un informe final de acuerdo a las Normas de Auditoría generalmente aceptadas, con sus respectivas conclusiones y recomendaciones, documento que servirá de base para mejorar la gestión en la Entidad.

La Auditoría de Gestión se sustentará en los archivos originales proporcionados por los Servidores del Departamento de Compras Públicas, con la finalidad de evaluar que la ejecución de los procesos de contratación de manera eficiente y considerando la economía, y también verificar el cumplimiento de objetivos planteados por la entidad auditada.

No se puede determinar una fecha exacta para la entrega del informe final ya que depende en gran parte de las situaciones y evidencias que se encuentren durante la ejecución de la auditoría

Por lo anterior, solicito brindarme todas las facilidades a fin de iniciar la presente Auditoría de Gestión al Departamento de Compras Públicas, esperando mantener adecuadas relaciones con el personal del departamento objeto de este examen.

Con sentimientos de consideración y estima me suscribo de Usted.

Atentamente,

Erika Marilda Guzmán Martínez
AUTOR TRABAJO DE TITULACIÓN n

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	21-06-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSE MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 PROPUESTA DE LOS SERVICIOS	AP2 1/1
<p>Tena, 21 de junio del 2019</p> <p>Doctora Mirian Fernanda Landázuri Polanco DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA Presente. -</p> <p>De mi consideración:</p> <p>Reciba un cordial y atento saludo, a su vez deseándole éxitos en sus delicadas funciones al servicio de la colectividad.</p> <p>Pongo a su consideración la propuesta de servicios profesionales para la ejecución de la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, por el período 2017.</p> <p>Objetivos generales del examen</p> <p>Efectuar una Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, período 2017, que permita evaluar el grado de cumplimiento de objetivos, planes, políticas, eficiencia, eficacia y utilización adecuada de los recursos económicos.</p> <p>Emitir el informe final de Auditoría identificando hallazgos sobre posibles omisiones o irregularidades cometidas en su interior de la entidad, lo que permitirá establecer conclusiones y recomendaciones, que guiarán para la toma de decisiones en el nivel directivo de la Institucional.</p> <p>Propuesta económica</p> <p>Al ejecutar la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, no se determinó un valor económico, por lo que es un prerequisite para poder graduarme como profesional de la república, se recomienda a la máxima autoridad y a los funcionarios prestar las facilidades necesarias para poder efectuar exitosamente mi trabajo de titulación.</p> <p style="text-align: center;">Atentamente,</p> <p style="text-align: center;">Erika Marilda Guzmán Martínez AUTORA TRABAJO DE TITULACIÓN</p>	

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	21-06-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES			AP3 1/1

En la ciudad de Tena, a los 21 días del mes de junio del 2019, comparece por una parte el **Hospital José María Velasco Ibarra**, legalmente representado por el Doctor, en su calidad de Director, que para los efectos del presente convenio se le denominará “**HOSPITAL**”; y por otra parte la Sra. Erika Guzmán Martínez, a quien se le denominará “**AUDITORA**”, comparecientes mayores de edad y en plena capacidad para celebrar convenios, quienes libremente acuerdan celebrar el presente contrato, bajo las siguientes cláusulas:

PRIMERO: OBJETIVO DEL CONVENIO

Efectuar la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, por el período 2017, para, verificar el manejo adecuado de los procesos de contratación pública.

SEGUNDA: REMUNERACIÓN Y FORMA DE PAGO

No se establece un monto, pero se solicita las facilidades necesarias para poder efectuar Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, por el período 2017, con el objetivo de cumplir con un prerrequisito para mí graduarme como profesional en Contabilidad y Auditoría.

TERCERA: FACILIDADES

El Hospital José María Velasco Ibarra; prestará todas las facilidades, a fin de que pueda efectuar la Auditoría de Gestión a la Dirección de Compras Públicas.

CUARTA: TIEMPO DE DURACIÓN

El plazo de entrega del informe de Auditoría se estima de 180 días calendario.

Doctora Mirian Landázuri Polanco
DIRECTOR HOSPITAL

Sra. Erika Guzmán Martínez
AUDITORA TRABAJO DE TITULACIÓN

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	21-06-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN			AP4

**DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
ORDEN DE TRABAJO**

1/1

Riobamba, 21 de junio del 2019

Ingeniera

Diana Evelyn Vargas Ulloa

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Presente. -

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, por medio de la presente solicito que dé inicio a la ejecución de la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública del Hospital José María Velasco Ibarra ,Cantón Tena, provincia de Napo, por el período 2017.

Objetivo de la auditoría:

Evaluar la situación del Departamento de Compras Públicas del Hospital José María Velasco Ibarra, provincia de Napo, por el período 2017, que facilite evaluar el nivel de cumplimiento de objetivos, indicadores, metas, efectividad y adecuada utilización de los recursos económicos.

Aplicar las fases, componentes y técnicas de la Auditoría de Gestión, que permita recabar información veraz, oportuna y confiable a fin de poder evaluar los diferentes procesos que se ejecutan al Departamento de Compras Publicas

Emitir el informe final de Auditoría determinando los hallazgos sobre posibles desviaciones o irregularidades, que permita obtener conclusiones y recomendaciones que guiarán para la toma de decisiones en la Entidad.

Atentamente,

Erika Marilda Guzmán Martínez

AUTORA TRABAJO DE TITULACIÓN

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	21-06- 2017
	Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
GENERALIDADES DEL HOSPITAL**

AP51/4

Reseña histórica

En el mes de septiembre de 1973 el señor Contralor General de la Nación, mediante telegrama nombra a la señora Inés Espinosa de Espinosa para que realice la entrega-recepción del Hospital y a la vez asume las funciones de Administradora del Hospital, y el área administrativa financiera pasa a depender de la Jefatura Provincial de Salud de Napo actualmente Dirección Provincial de Salud.

El 26 de mayo de 1986 (01 ABRIL), fecha histórica para nuestro hospital abrió sus puertas y fue inaugurado su nueva planta física hermosa y moderna con todo su equipamiento, lo que fue una alegría para todos los funcionarios y población entera; fue inaugurado por el Ministro de Salud y altos funcionarios que tenían la misión de entregar a los servidores, profesionales, médicos, enfermeras, administrativos y trabajadores que daban inicio a su trabajo, con su director Dr. Flavio Daza Pepinós.

En mayo del 2000, con el apoyo del Proyecto A. P. S. Ecuatoriano-belga, MODERSA, FASBACE, y fondos propios del Hospital Tena, hacen posible su reforzamiento estructural causado por el terremoto de marzo de 1987, su reinauguración se realizó el 16 de abril del 2001.

El 19 de octubre del 2000 El Ministerio de Salud Pública, mediante acuerdo ministerial No. 00502, dispone que el Hospital José María Velasco Ibarra ingrese al proceso de Modernización Hospitalaria.

El 17 de octubre del año 2011 mediante Resolución No 188 el Director Ejecutivo del ICO resolvió declarar en emergencia a los procesos de contratación para la ejecución de obras de infraestructura de los hospitales; a efectos de superar la Emergencia declarada mediante Acuerdo Ministerial No 767 del 31 de agosto del año 2011, Resolución No 827 del 16 de septiembre del año 2011 y Resolución 849 del 21 de septiembre del año 2011.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	24-06- 2019
	Revisado Por:		

ARCHIVO CORRIENTE

CLIENTE:	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
NATURALEZA DEL TRABAJO:	AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN PÚBLICA
CAMPO DE ACCIÓN:	DEPARTAMENTO DE COMPRAS PÚBLICAS

PERÍODO:	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIRECCIÓN:	AV. 15 DE NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO

ÍNDICE DEL ARCHIVO CORRIENTE

ARCHIVO CORRIENTE

FASE I. CONOCIMIENTO PRELIMINAR

- Realizase el programa de Auditoría.
- Elaborar la cédula narrativa sobre la visita preliminar.
- Efectuar una entrevista al Gerente del Hospital, Director Financiero, Analista de Compras Públicas del Hospital José María Velasco Ibarra.
- Evaluar la misión del Hospital José María Velasco Ibarra.
- Evaluar la visión del Hospital José María Velasco Ibarra.
- Elaborar el Análisis FODA del Hospital José María Velasco Ibarra.
- Informe de la visita preliminar.

FASE II. EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

- Evaluar el Control Interno del Hospital José María Velasco Ibarra Napo mediante la aplicación del COSO II.
- Evaluar mediante la aplicación de la norma del control interno para las entidades del Sector Público 402-403, a la Unidad de Compras Públicas.
- Elaborar el informe de evaluación del control interno.

FASE III. DESARROLLO DE HALLAZGOS.

- Determinar los hallazgos detectados durante la realización de la auditoría.
- Elaborar el diagrama de flujo de los procesos de contratación pública.
- Evaluar mediante indicadores de gestión el desempeño del Hospital en relación a las compras públicas.

FASE IV. INFORME DE RESULTADOS

- Programa de auditoría.
- Documento de notificación de lectura del borrador.
- Realizar el borrador del informe.
- Entregar el informe final.

HOJA DE MARCAS DE AUDITORÍA

MARCAS	SIGNIFICADO
∅	Incumplimiento de la normativa y reglamentos
√	Revisado
≠	Inexistencia de Documentos
Σ	Sumatoria
À	Archivos en orden
&	Falta de procesos
@	Hallazgos
M	Documentos mal estructurados
∞	Observado
¥	No reúne requisitos
Ê	Sustentado con evidencia
©	Comprobado

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	EMGM	25-06-2019
Revisado Por:		

ÍNDICE DE AUDITORÍA

ÍNDICE DE UDITORÍA DE GESTIÓN

SIGLAS	REPRESENTA
AP	Archivo Permanente.
AC	Archivo Corriente.
CP	Conocimiento Preliminar.
PP	Planificación preliminar.
PE	Planificación estratégica.
PA	Programa de auditoría.
CCI	Cuestionario del control interno (método COSO II).
CCIE	Cuestionario del control interno específico.
HA	Hallazgos de auditoría.
HAE	Hallazgos de auditoría específico.
IG	Indicadores de gestión.
DFP	Diagrama de flujo de los procesos.
HCR	Hoja de resumen de conclusiones y recomendaciones.
IA	Informe de auditoría.
MFLP	Mirian Fernanda Landázuri Polanco
MG	Mónica Guerrero
HJMVI	Hospital José María Velasco Ibarra
DCP	Departamento de compras públicas

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	EMGM	25-06-2019
Revisado Por:		

FASE I
CONOCIMIENTO PRELIMINAR

CLIENTE:	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
NATURALEZA DEL TRABAJO:	AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN
CAMPO DE ACCIÓN:	DEPARTAMENTO DE COMPRAS PÚBLICAS
PERÍODO:	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIRECCIÓN:	AV. 15 DE NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO

PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE I

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE I				PA
OBJETIVO GENERAL: Generar un conocimiento preliminar del Hospital José María Velasco Ibarra.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Describir a la institución y el desarrollo de sus actividades. - Generar un ambiente de confianza entre todo el personal de institución. - Conseguir un amplio conocimiento acerca de los procedimientos para los diferentes procesos de contratación pública. 				
N o	PROCEDIMIENTO	REF. PT	ELABORA DO POR	FECHA
1	Elaborar la cédula narrativa sobre la visita preliminar.	CP1 1/2	EMGM	26-06- 2019
2	Efectuar una entrevista a la Gerente, Director Financiero y responsable del Departamento de Compras Públicas y principales servidores del Hospital José María Velasco Ibarra.	CP24/4	EMGM	
3	Evaluar la misión Hospital José María Velasco Ibarra.	CP3 1/1	EMGM	
4	Evaluar la visión Hospital José María Velasco Ibarra	CP4 1/1	EMGM	
5	Elaborar el Análisis FODA Hospital José María Velasco Ibarra.	CP5 9/9	EMGM	
6	Informe de la visita preliminar.	CP6 4/4	EMGM	
			INICIALES	FECHA
			Elaborado Por:	EMGM
				25-06-

			2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 VISITA PREVIA A LA INSTITUCIÓN	CP1 1/2
<p>El 25 de junio del 2019, siendo las 9:00 am se visitó las instalaciones Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, ubicado en el Barrio Eloy Alfaro, Avda. 15 de noviembre y Eloy Alfaro.</p> <p>El Hospital José María Velasco Ibarra cuenta con edificio completo; tiene cinco bloques grandes que se describen así:</p> <p>Área 1: Sala de espera de pacientes Área 2: Atención a los usuarios de la salud Área 3: Sala de hospitalización Área 4: Emergencias y curaciones. Área 5: Departamentos de servicio y bodega Área 6: Sección administrativa financiera Área 7: Otros servicios y Dirección estratégica.</p> <p>La novedad y falencia en este aspecto del Hospital José María Velasco Ibarra, es que a pesar de que en el año 2018, el Hospital fue ampliado, todavía sigue siendo limitada el área para atención a los enfermos.</p>	

		INICIALES	FECHA
	Elaborado Por:	EMGM	27-06-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2019 ENTREVISTA AL GERENTE			CP2 1/4	
ENTREVISTADA: Dra. Miriam Fernanda Landázuri Polanco CARGO: Gerente		FECHA: 28/06/2019 HORA: 14h00 LUGAR: Oficina de Gerencia		
No.	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Durante esta administración se efectuó alguna auditoría a toda la institución?	X		
2	¿En el Hospital trabaja en equipo con todo el personal?	X		Incluyendo personal administrativo y médico
3	¿Existe una adecuada distribución de funciones?	X		Incluyendo especialidades
4	¿Se valora la calidad de desempeño del personal mediante indicadores?	X		
5	¿Se establecen mecanismos para identificar y tratar los riesgos asociados con el cambio?		X	
6	¿El Plan Operativo Anual es comunicado previo a su ejecución?	X		

7	¿La infraestructura es adecuada para el desarrollo eficiente de las actividades?		X	Falta equipamiento para el servicio de medicina
8	¿Considera usted que se ha alcanzado los objetivos y metas planteadas?	X		
9	¿Se cumple en su debido tiempo las actividades programadas?	X		
10	¿Se realizan los procesos de contratación de acuerdo a lo que dispone la normativa vigente?	X		
	TOTALΣ	8	2	10
			INICIALES	FECHA
		Elaborado por:	EMGM	1-07-2019
		Revisado Por:		

ENTREVISTA A LA GERENTE DEL HOSPITAL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{8}{10} * 100 = 80\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 80\% = 20\%$
---	--

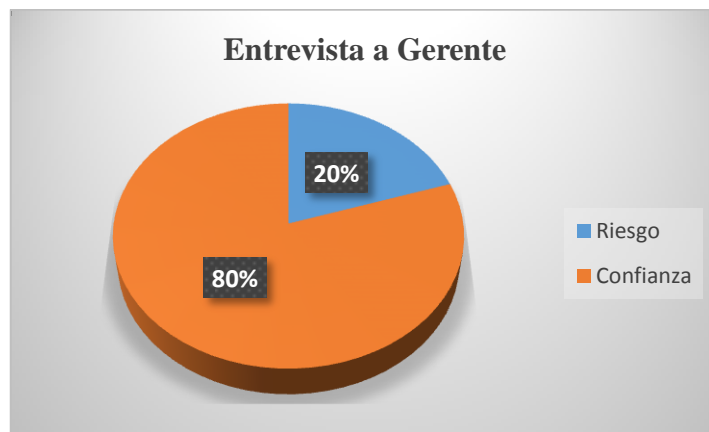


Gráfico 11-3: Entrevista a La Gerente Del Hospital

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO

85%-50%	49%-25%	24%-5%
---------	---------	--------

Análisis: A través de la entrevista realizada a la Gerente del Hospital José María Velasco Ibarra se pudo determinar el nivel de confianza alto del 80%, y el nivel de riesgo bajo del 20%, resultados que se revela que se trabaja en equipo en coordinación con el equipo administrativo y el personal médico, además se trata de cumplir con los objetivos propuestos y el Plan Operativo formulado, pues de ello depende la situación del servicio que se presta a la ciudadanía.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 ENTREVISTA AL DIRECTOR FINANCIERO				CP2 2/4
ENTREVISTADO:			FECHA: 01/07/2019	
CARGO: Director Financiero			HORA: 09H00	
ENTREVISTADO POR: Erika Guzmán Martínez			LUGAR: Dirección Financiera	
No.	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Cumple puntualmente con las obligaciones a los proveedores?	X		
2	¿El espacio físico con que cuenta el área es apropiado?		X	
3	¿Existe un Plan anual de compras públicas?	X		
4	¿Cumple a su debido tiempo las actividades programadas?		X	
5	¿Todos los informes de los procesos de contratación son revisados y verificados?		X	No se hace de todos
6	¿Se tiene habilitado en todo momento el portal de compras públicas?	X		
8	¿El sistema de control interno facilita la revisión y seguimiento de la ejecución de gasto en bienes y servicios?	X		
9	¿Existe condiciones y procedimientos de seguridad para evitar que los servidores involucrados en compras públicas, no sesguen procesos?		X	
10	¿Se entregan reportes o informes de los procesos de contratación en forma periódica?	X		

	TOTAL Σ	6	4	10
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por: EMGM	01-07-2019
			Revisado Por:	

ENTREVISTA AL DIRECTOR FINANCIERO

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{10} * 100 = 60\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 60\% = 40\%$
---	--

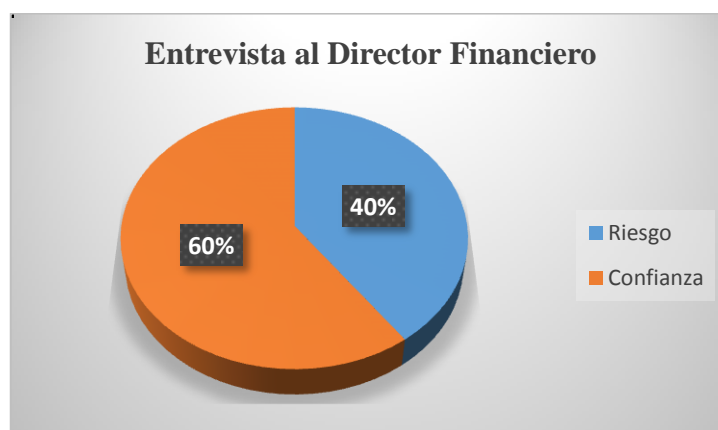


Gráfico 12-3: Entrevista Al Director Financiero

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		

ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada al Director del Hospital José María Velasco Ibarra se pudo determinar el nivel de confianza moderado del 60%, y el nivel de riesgo también moderado del 40%, resultados que demuestra que no cuenta con espacio adecuado, no se cumple a su debido tiempo las actividades programadas, no se revisan todos los informes de los procesos de contratación y no se controla para evitar actos indebidos en los procesos de contratación pública.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA				CP2 3/4
AUDITORÍA DE GESTIÓN				
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017				
ANALISTA DE COMPRAS PUBLICAS				
ENTREVISTADO:			FECHA: 4/07/2019	
CARGO: Analista de Compras Públicas			HORA: 09H30	
ENTREVISTADO POR: EMGM			LUGAR: Dirección de compras públicas.	
No.	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Cuenta con el personal suficiente y capacitado en la Dirección de compras públicas?	X		
2	¿Existen procesos de contratación que se ejecutaron en el año 2017?	X		
3	¿Se ha declarado contratistas incumplidos?	X		
4	¿Se verifica que el bien o el servicio requerido hayan sido previstos en el Plan Anual de Contratación?	X		
5	¿Los procedimientos administrativos de la adquisición o contratación se sujetan a las disposiciones legales vigentes?	X		
6	¿Existieron problemas y contratiempos con los contratistas?	X		En la entrega de las medicinas
7	¿Han informado sobre los problemas en la calidad de los productos y servicios adquiridos ala Dirección de compras públicas?	X		

8	¿Todos los procesos de adquisición cuentan con sus respectivas aprobaciones?		X	
9	¿Existen tipos de procesos de contratación más frecuentes?	X		Los que más se ha ejecutado son los de ínfima cuantía, catálogo electrónico y subasta inversa electrónica.
10	¿Existe una adecuada comunicación y coordinación entre las direcciones y la Unidad de compras públicas?		X	No presentan a tiempo las especificaciones técnicas
	TOTAL Σ	8	2	10
			INICIALES	FECHA
		Elaborado por:	EMGM	4-07-2019
		Revisado Por:		

ENTREVISTA AL ANALISTA DE COMPRAS PÚBLICAS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{8}{10} * 100 = 80\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 80\% = 20\%$
---	--



Gráfico 13-3:Entrevista al Analista de Compras Públicas

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%

NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada al Analista de compras públicas del Hospital José María Velasco Ibarra se pudo determinar el nivel de confianza alto del 80%, y el nivel de riesgo bajo del 20%, resultados que demuestra que se realizan algunos procesos de contratación sin contar con las aprobaciones y que no existe una adecuada coordinación con las otras direcciones administrativas que conforman el Hospital.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO A LOS SERVIDORES				CP2 4/4
No.	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Existe un código de ética Institucional?	6	2	
2	¿Capacitan a los servidores para ejercer las competencias que requiere un puesto de trabajo?	2	6	
3	¿Hay estabilidad de los servidores en la Institución?	2	6	
4	¿Tiene la Institución un organigrama funcional u operacional por procesos?	6	2	
5	¿Todas las adquisiciones de bienes y servicios se hacen por medio del portal de compras?	8	0	
6	¿Existe transparencia en los procesos de compras públicas?	6	2	
7	¿Cuenta con la asignación presupuestaria suficiente para cumplir con los objetivos la Institución?	2	6	
8	¿Existe procesos de selección de personal mediante concursos de méritos y oposición?	2	6	
9	¿Existe un adecuado ambiente de trabajo y trabajo en equipo?	6	2	
10	¿Se rinde cuentas del cumplimiento de la planificación anual de actividades?	2	6	

	TOTAL Σ	42	38	80
			INICIALES	FECHA
	Elaborado por:		EMGM	4-07/2019
	Revisado Por:			

Pregunta 1. ¿Existe un código de ética Institucional?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{8} * 100 = 75\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 75\% = 25\%$
--	--

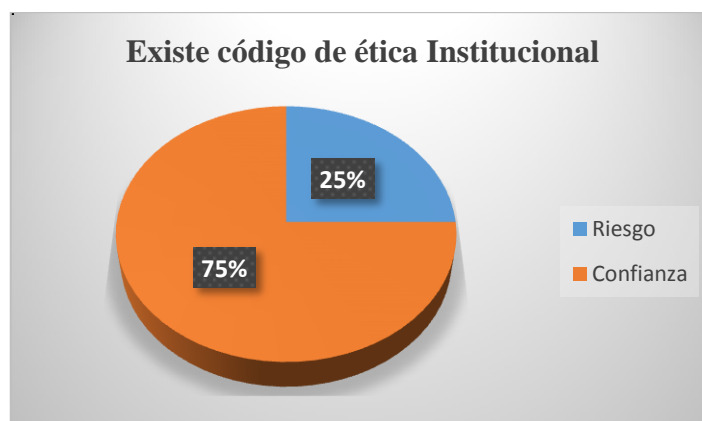


Gráfico 14-3: Existe un código de ética Institucional

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		

ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizados a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es moderado del 75% y el nivel de riesgo también moderado del 25%, por lo que se determina que, si existe un código de ética Institucional, que en muchas ocasiones no sé cumple.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 2. ¿Capacitan a los servidores para ejercer las competencias que requiere un puesto de trabajo?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{2}{8} * 100 = 25\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 25\% = 75\%$
--	--

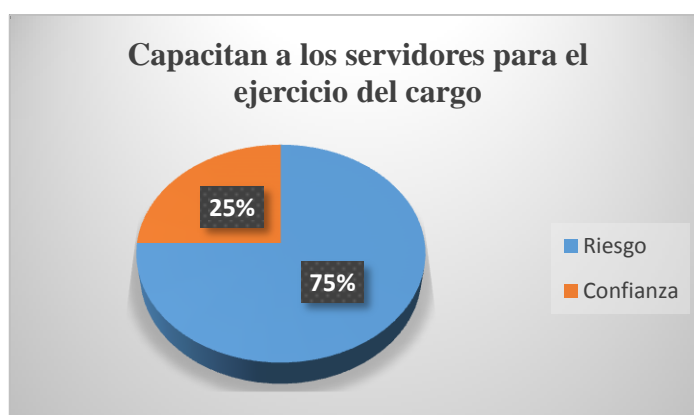


Gráfico 15-3: Capacitan a los servidores para el ejercicio del cargo

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizados a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es bajo del 25% y el nivel de riesgo alto del 75%, por lo que se concluye que, la Institución no se preocupa por la capacitación y actualización de conocimientos de los servidores, siendo este un rol de talento humano.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 3. ¿Hay estabilidad en los servidores de la Institución?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{2}{8} * 100 = 25\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 25\% = 75\%$
--	--



Gráfico 16-3: Existe estabilidad en los servidores de la Institución

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO

15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizados a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es bajo del 25% y el nivel de riesgo alto del 75%, por lo que se concluye que, que no existe estabilidad laboral en los servidores que trabajan en la Institución.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 4. ¿Tiene la Institución un organigrama funcional u operacional por procesos?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{8} * 100 = 75\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 75\% = 25\%$
--	--

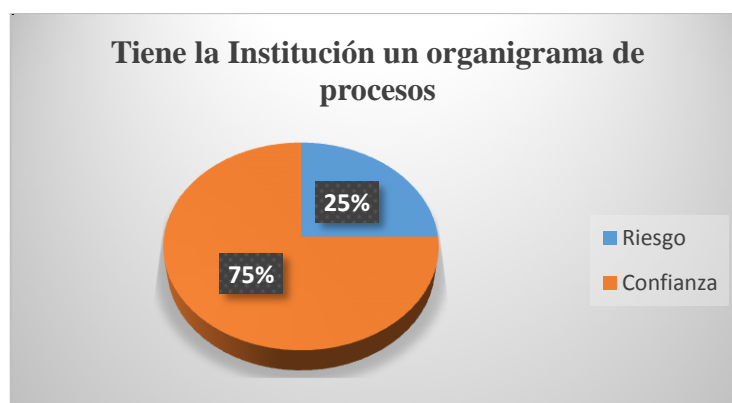


Gráfico 17-3: Tiene la Institución un organigrama de procesos

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%

NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es alto del 75% y el nivel de riesgo bajo del 25%, por lo que se concluye que, que si existen flujo gramas de procesos en la contratación pública.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 5. ¿Todas las adquisiciones de bienes y servicios se hacen por medio del portal de compras?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{8}{8} * 100 = 100\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 100\% = 0\%$
---	--



Gráfico 18-3: Las adquisiciones se hacen por el portal de compras públicas

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO

15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es alto del 100% y el nivel de riesgo bajo del 0%, por lo que se concluye que, todos los procesos de contratación se realizan por el portal de compras públicas.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 6. ¿Existe transparencia en los procesos de compras públicas?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{8} * 100 = 75\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 75\% = 25\%$
--	--



Gráfico 19-3: Existe transparencia en los procesos de contratación pública

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO

15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es alto del 75% y el nivel de riesgo bajo del 25%, por lo que se concluye que, si existe transparencia en los procesos de contratación que se realizan por el portal de compras públicas; pero existe un pequeño desvío de ese 25% que deja dudas que todos sean transparentes.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 7. ¿Cuenta con la asignación presupuestaria suficiente para cumplir con los objetivos la Institución?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{2}{8} * 100 = 25\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 25\% = 75\%$
--	--



Gráfico 20-3: Se cuenta con la suficiente asignación presupuestaria

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es bajo del 25% y el nivel de riesgo alto del 75%, por lo que se concluye que, que en muchas ocasiones no se cuentan con los recursos suficientes para cubrir las necesidades en los procesos de contratación.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 8. ¿Existe procesos de selección de personal mediante concursos de méritos y oposición?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{2}{8} * 100 = 25\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 25\% = 75\%$
--	--

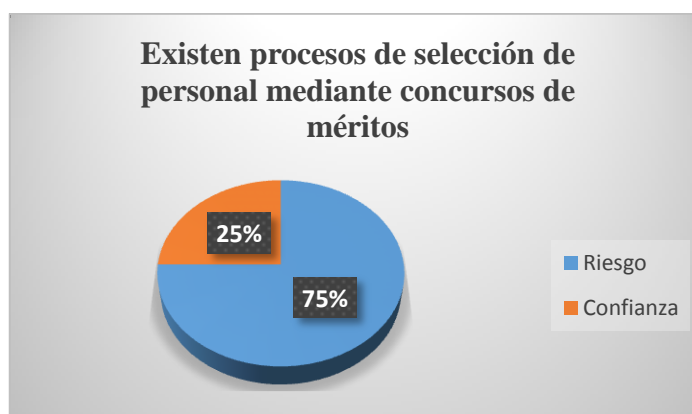


Gráfico 21-3: Existen procesos de selección de personal mediante concursos de méritos

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA

BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es bajo del 25% y el nivel de riesgo alto del 75%, por lo que se concluye que, para reclutar el personal, no siempre se cumple con la normativa del Ministerio de Trabajo de realizar concursos de méritos.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 9. ¿Existe un adecuado ambiente de trabajo y trabajo en equipo?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{6}{8} * 100 = 75\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 75\% = 25\%$
--	--

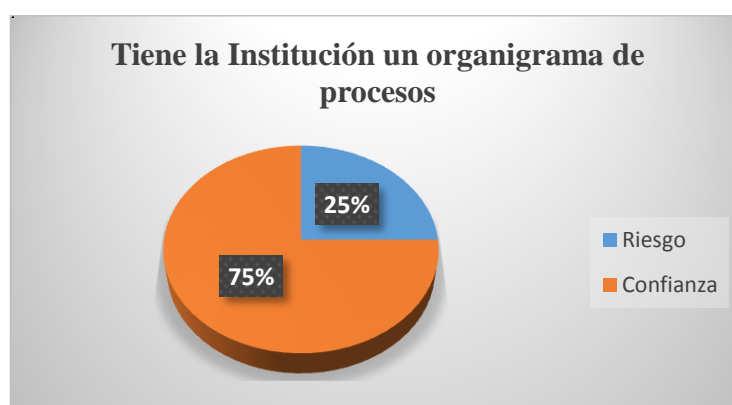


Gráfico 22-3: Tiene la Institución un organigrama de procesos

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es alto del 75% y el nivel de riesgo bajo del 25%, por lo que se concluye que, si existe un ambiente adecuado de trabajo en la Dirección de Compras Públicas del Hospital José María Velasco Ibarra.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

Pregunta 10. ¿Se rinde cuentas del cumplimiento de la planificación anual de actividades?

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{2}{8} * 100 = 25\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 25\% = 75\%$
--	--

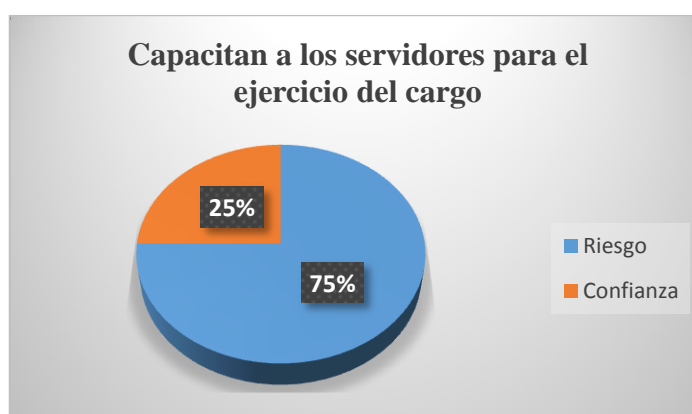


Gráfico 23-3: Capacitan a los servidores para el ejercicio del cargo

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza es bajo del 25% y el nivel de riesgo alto del 75%, por lo que se determina que, no se cumple con la obligación de hacer una rendición de cuentas sobre los procesos de contratación pública que opera el Hospital José María Velasco Ibarra.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE LA MISIÓN				CP3 1/1
Visión Institucional				
Prestar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad en el ámbito de la asistencia especializada, a través de la cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas y normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), en el marco de la justicia, inclusión y equidad social.				
N°	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Conoce usted la misión de la institución?	5	3	
2	¿La misión es difundida y aplicada en cada área de la institución?	2	6	
3	¿Considera importante conocer la misión de la institución?	8	0	
4	¿La misión explica la razón de ser de la institución?	8	0	
5	¿Cada unidad posee su propia misión?	0	8	
6	¿La misión es alcanzable, coherente, pertinente?	5	3	

7	¿Se modifica la misión en base a los cambios que surgen en la institución?	0	8	
8	¿Se establece claramente las actividades a cumplir en cada unidad basadas en la misión?	7	1	
9	¿Los resultados obtenidos están en relación con la misión institucional?	3	5	
10	¿Considera necesario elaborar la misión para cada departamento de la institución?	2	6	
	TOTAL Σ	40	40	80
		INICIALES		FECHA
		Elaborado por:	EMGM	9-07-2019
		Revisado Por:		

MISIÓN INSTITUCIONAL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{40}{80} * 100 = 50\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 50\% = 50\%$
--	--

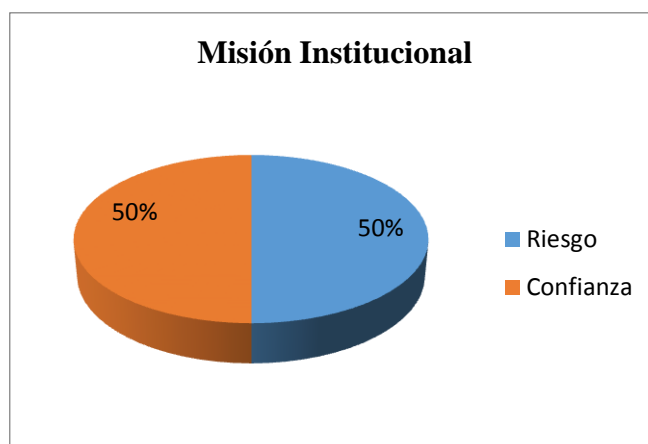


Gráfico 24-3: Misión Institucional

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza bajo del 50% y el nivel de riesgo alto del 50%, por lo que se determina que, si bien los servidores conocen la Misión, no se difunde adecuadamente, las actividades que se realizan no tratan de gestionarse en base a la Misión y no se modifica la misma cuando se tiene cambios estructurales.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE LA VISIÓN			CP4 1/1	
Para el año 2021 seremos un Hospital Docente, que brinda una amplia cartera de servicios accesibles, con personal médico comprometido académicamente en la educación continua formando profesionales con alta calidad y calidez enfocada en la seguridad del paciente, satisfaciendo las necesidades de la población bajo los principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología adecuada y confiable, con los recursos públicos suficientes de forma efectiva, eficaz, eficiente y con transparencia.				
Nº	PREGUNTAS	RESPUESTA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Conoce usted la visión de la institución?	5	3	
2	¿La visión es difundida y aplicada en todas las unidades de la institución?	2	6	
3	¿Las diferentes unidades poseen su propia visión?	2	6	
4	¿El contenido de la visión muestra claramente lo que quiere ser la institución a largo plazo?	6	2	
5	¿La visión es modificada de acuerdo a los avances institucionales?	0	8	
6	¿El desempeño de las actividades diarias se proyecta a alcanzar la visión?	6	2	
7	¿Los planes y programas institucionales	8	0	

	se dirigen al cumplimiento de la visión?			
8	¿La visión institucional es alcanzable, coherente y de fácil comprensión?	6	2	
9	¿Considera usted que es importante conocer la visión de la institución?	7	1	
10	¿Considera necesario elaborar la visión para cada departamento de la institución?	2	6	
	TOTAL Σ	44	36	80
			INICIALES	FECHA
		Elaborado por:	EMGM	8-07-2019
		Revisado Por:		

VISIÓN INSTITUCIONAL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{44}{80} * 100 = 55\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 55\% = 45\%$
--	--

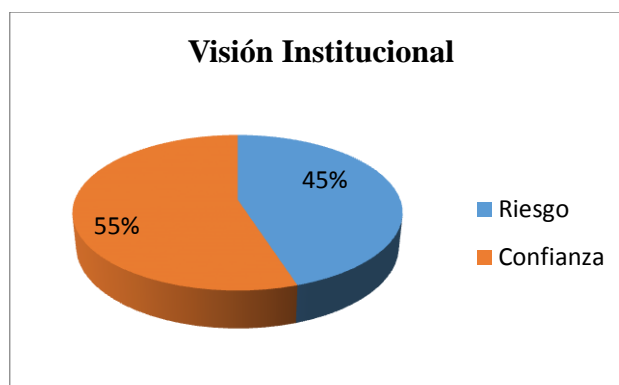


Gráfico 25-3: Visión Institucional

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza moderado del 55% y el nivel de riesgo moderado del 45%, por lo que se determina que, que existe una Visión que lo conocen, no se difunde adecuadamente y no se modifica de acuerdo a los cambios que se generan, que sería el principal problema.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	01-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 ANÁLISIS FODA		CP5 1/9
ANÁLISIS INTERNO		
FORTALEZAS	DEBILIDADES	
1. Se tiene personal con formación adecuada. 2. Parte del personal tiene experiencia en el manejo del portal de compras públicas. 3. Existe un buen ambiente y trabajo en equipo. 4. Existe un alto nivel de responsabilidad de los servidores. 5. Se cuenta con el equipo informático y la tecnología de la información adecuada. 6. Se respalda adecuadamente los archivos de los procesos de contratación. 7. Todos los procesos son revisado previo a la generación del pago.	1. Reclutamiento de personal sin concursos de méritos y oposición. 2. No se capacita y actualiza al personal de la Dirección de compras públicas. 3. No se prevén los riesgos que se pueden generar por el manejo de la plataforma del SERCOP. 4. Los manuales de funciones de la Entidad no están actualizados. 5. Falta presupuesto necesario para cubrir los servicios de salud pública. 6. Insuficiente espacio para el desarrollo del trabajo administrativo. 7. Deficiencias en los controles de asistencias y atrasos.	

ANÁLISIS EXTERNO			
OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La existencia de un portal de compras con el que se puede justificar los procesos. 2. La existencia de proveedores locales y nacionales para servicios de salud. 3. La disponibilidad de los proveedores de ajustarse a las condiciones contractuales. 4. El apoyo de la Contraloría con asistencia técnica. 5. La posibilidad de trabajar con otras Entidades de apoyo a la salud pública. 6. La posibilidad de gestionar recursos financieros a través de la Cooperación Internacional. 7. Las políticas de Estado priorizan la salud como eje principal. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. La inestabilidad de los Gerentes y directores del Hospital. 2. Las actitudes de algunos oferentes con la intención de sesgar procesos. 3. La cantidad de enfermedades que se presentan en la población. 4. El creciente número de usuarios en el tema salud. 5. Los cambios permanentes en la plataforma SERCOP. 6. La variación permanente de los precios de las medicinas y equipos para salud. 7. Los otros centros médicos particulares, que hablan mal de la atención en el Hospital José María Velasco Ibarra 	
		INICIALES	FECHA
		Elaborado por:	8-07-2019
		Revisado Por:	

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MATRIZ DE CORRELACIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

CP5 2/9

F O	F1 Se tiene personal con formación adecuada.	F2 Parte del personal tiene experiencia en el manejo del portal de compras públicas.	F3 Existe un buen ambiente y trabajo en equipo.	F4 Existe un alto nivel de responsabilidad de los servidores.	F5 Se cuenta con el equipo informático y la tecnología de la información adecuada.	F6 Se respalda adecuadamente los archivos de los procesos de contratación.	F7 Todos los procesos son revisados previo a la generación del pago.	TOTAL
O1 La existencia de un portal de compras con el que se puede justificar los procesos.	3	3	5	4	2	2	4	23
O2 La existencia de proveedores locales y nacionales para servicios de salud.	4	4	4	1	1	1	4	19
O3 La disponibilidad de los proveedores de ajustarse a las condiciones contractuales.	3	3	2	2	2	3	3	18
O4 El apoyo de la Contraloría con asistencia técnica.	4	2	3	3	3	4	2	21

O5 La posibilidad de trabajar con otras Entidades de apoyo a la salud pública.	3	2	2	3	2	1	3	16
O6 La posibilidad de gestionar recursos financieros a través de la Cooperación Internacional.	3	2	3	2	2	2	2	16
O7 Las políticas de Estado priorizan la salud como eje principal.	3	2	2	4	3	4	4	24
TOTAL	23	18	21	19	15	17	22	135
						Elaborado por:	INICIALES	FECHA
						Revisado Por:	EMGM	8-07-2019

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

La matriz permite identificar la relación entre las Fortalezas y Oportunidades, para valorar los hechos más relevantes facilitan el desarrollo de los procesos de contratación:

1. Si la debilidad tiene relación con la Amenaza = 5
2. Si la debilidad no tiene relación con la Amenaza = 1
3. Si la debilidad y la amenaza tiene media relación = 3

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

Las Debilidades que se identifican en el Hospital José María Velasco Ibarra, tienen una adecuada relación con las Oportunidades, son las siguientes: Se tiene personal con formación adecuada, Existe un buen ambiente y trabajo en equipo, Todos los procesos son revisados previo a la generación del pago,

Entre las Oportunidades que tiene considerable relación con las Fortalezas, están: La existencia de un portal de compras con el que se puede justificar los procesos, La existencia de proveedores locales y nacionales para servicios de salud, Las políticas de Estado priorizan la salud como eje principal.

Como puede darse cuenta la fortalezas y Oportunidades existen situaciones que el Hospital José María Velasco Ibarra, puede aprovechar de mejor manera para suplir algunas deficiencias que se pueden presentar en la administración.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 MATRIZ DE CORRELACIÓN DE DEBILIDADES Y AMENAZAS								CP5 4/9
D A	D1 Reclutamiento de personal sin concursos de méritos y oposición.	D2 No se capacita y actualiza al personal de la Dirección de compras públicas.	D3 No se prevén los riesgos que se pueden generar por el manejo de la plataforma del SERCOP.	D4 Los manuales de funciones de la Entidad no están actualizados.	D5 Falta presupuesto necesario para cubrir los servicios de salud pública.	D6 Insuficiente espacio para el desarrollo del trabajo administrativo.	D7 Deficiencias en los controles de asistencias y atrasos.	TOTAL
A1 La inestabilidad de los Gerentes y directores del Hospital.	5	4	5	1	1	1	3	20
A2 Las actitudes de algunos oferentes con la intención de sesgar procesos.	1	2	5	1	1	1	1	12
A3 La cantidad de enfermedades que se presentan en la población.	1	1	2	1	5	1	1	12
A4 El creciente número	3	4	1	1	5	1	1	16

de usuarios en el tema salud.								
A5 Los cambios permanentes en la plataforma SERCOP.	5	5	4	1	1	1	1	18
A6 La variación permanente de los precios de las medicinas y equipos para salud.	1	1	4	1	3	1	1	12
A7 Los otros centros médicos particulares, que hablan mal de la atención en el Hospital José María Velasco Ibarra	4	1	1	1	1	1	1	10
TOTAL	20	18	22	7	17	7	9	100

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE DEBILIDADES Y AMENAZAS

La matriz permite identificar la relación entre las Debilidades y Amenazas, para valorar los hechos más relevantes que dificultan el cumplimiento de los objetivos Institucionales:

1. Si la debilidad tiene relación con la Amenaza = 5
2. Si la debilidad no tiene relación con la Amenaza = 1
3. Si la debilidad y la amenaza tiene media relación = 3

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LAS DEBILIDADES Y AMENAZAS

Las debilidades que se identifican en el Hospital José María Velasco Ibarra, se verifica que tiene muchas falencias que a lo largo, si puede afectar en el desempeño y la gestión Institucional, si no se toman las medidas correctivas a tiempo entre las más sobresalientes se enumeran: Reclutamiento de personal sin concursos de méritos y oposición, No se capacita y actualiza al personal de la Dirección de compras públicas, No se prevén los riesgos que se pueden generar por el manejo de la plataforma del SERCOP.

Entre las Amenazas que tiene considerable relación con las debilidades, están: La inestabilidad de los Gerentes y directores del Hospital, Los cambios permanentes en la plataforma SERCOP, El creciente número de usuarios en el tema salud.

Como puede darse cuenta la debilidades y amenazas existen y que, en el Hospital José María Velasco Ibarra, generan malestar e inclusive observaciones de parte de la Contraloría General del Estado.

HOSPITAL JOSÈ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
INFORME PRELIMINAR

CP6 1/4

Tena, 09 de julio del 2019

Doctora

Mirian Fernanda Landázuri Polanco

GERENTE DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA

Presente. -

De mi consideración:

Una vez realizada la visita preliminar a las instalaciones del Hospital José María Velasco Ibarra y la Dirección de Compras Públicas, y después de haber realizado las encuestas a los directivos y servidores, se recabo información importante la misma que me permitió identificar las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. CAPACITACIÓN A LOS SERVIDORES

CONCLUSIÓN: Se ha verificado que la Entidad se preocupa poco por la capacitación y actualización de conocimientos que labora en la Entidad, especialmente en la Dirección de compras públicas.

RECOMENDACIÓN:

Dirección de Talento Humano. –Debe establecer un plan anual de capacitación, en base a las necesidades reales generadas a través de una encuesta a los servidores y que este se cumpla según la situación actual.

2. ESTABILIDAD DE LOS SERVIDORES

CONCLUSIÓN:

Se determina de las encuestas con los servidores, que no existe estabilidad laboral en los mismos, generalmente se cambia cuando ingresa un Gerente, los mismos que también son rotativos.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y la Unidad de Talento Humano: -Antes de tomar decisiones, por favorecer a un grupo de personas y desvincular a servidores que cumplen adecuadamente con sus funciones, se debe hacer una evaluación de desempeño y solo los que no son idóneos reemplazarlos.

3. INSUFICIENTE ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA

CONCLUSIÓN:

Como uno de los problemas comunes en las Instituciones Públicas y que en el tema de salud no debe suceder, es la insuficiente asignación de recursos para adquirir medicinas especialmente y por ello en muchas ocasiones no se llega a cumplir el PAC de compras públicas.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y la Dirección Financiera: -Se debe realizar un análisis metódico e insistir para que se asignen los recursos necesarios, puesto que la salud es un tema fundamental en los seres humanos.

4. SELECCIÓN DE PERSONAL SIN CONCURSOS DE MÉRITOS

CONCLUSIÓN:

Esto es muy general, que paralelo a que no existe estabilidad en los servidores, siempre se remueve personal y se llena las vacantes sin cumplir la normativa de selección de Personal es decir mediante concurso de méritos y oposición.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y Unidad de Talento Humano: -Es importante que para hacer la selección de personal, se debe realizar por medio de concurso de méritos y oposición, dando prioridad a las personas que cumplen los perfiles y pasan las pruebas de oposición adecuadamente.

5. NO SE RINDE CUENTAS DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

CONCLUSIÓN:

A pesar que esta normado que las Instituciones del Estado y aquellas que reciben fondos públicos, deben presentar la rendición de cuentas ante la ciudadanía, en el componente de gestión de los procesos de contratación no se lo hace.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y Dirección Financiera: -Cumplir con lo que dispone la Ley y el Consejo de Participación Ciudadana de rendir cuentas a la ciudadanía, describiendo cada uno de los procesos, montos y detalles de los mismos.

6. VISIÓN

CONCLUSIÓN:

La Institución cuenta con una Visión compartida, pero no se ha difundido adecuadamente, así como en las actividades que se cumplen, no se toma en cuenta el vincular al logro de la Visión.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y Planificación: -Se debe revisar con los Servidores la Visión y generar indicadores de gestión, que faciliten el cumplimiento de la misma y el logro de los objetivos Institucionales en este contexto.

7. MISIÓN

CONCLUSIÓN:

La Institución cuenta con una Misión, que es la razón de ser del Hospital José María Velasco Ibarra, pero durante el cumplimiento de las actividades diarias y el logro de los objetivos, no se vincula a la Misión y al logro de la misma.

RECOMENDACIÓN:

La Gerencia y Planificación: -Adecuar la Misión, para el logro de los objetivos Institucionales, así como la determinación de seguir cumpliendo los principios de un adecuado servicio con calidad y calidez, que es uno de los valores de la Entidad.

Atentamente,

Erika Marilda Guzmán Martínez
AUTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN**

MP 1/8

Antecedentes

El Hospital José María Velasco Ibarra, tiene como Misión, la prestación de servicios de salud, con calidad y calidez, en base a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y las exigencias y normas internacionales de salud de la población humana, siempre dando prioridad a los más necesitados.

En lo que respecta a auditorías ejecutadas anteriormente en el Hospital José María Velasco Ibarra, la Contraloría General del Estado solamente ha ejecutado exámenes especiales y no una Auditoría de gestión a los procesos de contratación para verificar si se siguieron los procedimientos, para los procesos de contratación pública.

Motivo de la Auditoría

Con oficio dirigido Dra. Mirian Fernanda Landázuri Polanco, se solicitó la Autorización para realizar la Auditoría de Gestión a los Procesos de Contratación Pública del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Período 2017, a fin de evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de la Dirección de Compras Públicas.

Objetivo General

El objetivo fundamental de la auditoría de gestión va encaminado a auditar y presentar una opinión sobre los aspectos legales, administrativos, de gestión y operativos, poniendo relevancia en el grado de efectividad, eficiencia y economía con que se han invertido los recursos materiales y financieros en los procesos compras públicas.

Objetivos específicos

1. Determinar la correcta estructuración de la Dirección de Compras Públicas.
2. Verificar la existencia de un plan anual de contratación pública, enmarcado en la normativa vigente.
3. Vigilar la existencia de niveles de control y seguimiento en la ejecución de los procesos de compras públicas.
4. Comprobar la confiabilidad de la información y los controles en el proceso internos de compras mediante el portal.
5. Comprobar la correcta utilización de los recursos en los procesos de contratación que ejecuta el Hospital José María Velasco Ibarra.
6. Identificar áreas críticas que limitan el normal desenvolvimiento de los procesos de compras de acuerdo a las metas propuestas por la Dirección de Compras Públicas.
7. Emitir el informe de auditoría con resaltando las conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones en los procesos de compras públicas.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN**

MP 2/8

Alcance

La auditoría de gestión a los procesos de Contratación Pública, del Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo será por el periodo 2017.

Base legal.

- Constitución Política de la República del Ecuador.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. (LOSNCP)
- Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. (RLOSNCP)
- Normas del Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de Personas Derecho Privado que se asigne recursos del Estado.
- Código de Trabajo.
- Ley de Seguridad Social
- Ley Orgánica Servicio Público (LOSEP)
- Plan Operativo Anual (POA).
- Plan Anual de Contratación (PAC)
- Ley Orgánica de Régimen Tributaria Interno y su Reglamento.
- Reglamentos de venta y retención.
- Ley de salud y seguridad ocupacional.
- Normativa de gestión de riesgos en Unidades de Salud.
- Normas de control interno emitidos por la Contraloría General del Estado

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN

MP 3/8

- 1. Proceso Gobernante:**
 - 1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital

- 2. Procesos Agregadores de Valor**
 - 2.1. Gestión Asistencial
 - 2.1.1. Gestión de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas
 - 2.1.1.1. Consulta Externa
 - 2.1.1.2. Emergencia
 - 2.1.1.3. Hospitalización
 - 2.1.1.4. Hospital del Día
 - 2.1.2. Gestión de Cuidados de Enfermería
 - 2.1.3. Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
 - 2.1.3.1. Centro Quirúrgico
 - 2.1.3.2. Terapia Intensiva
 - 2.1.3.3. Imagenología
 - 2.1.3.4. Laboratorio Clínico y Bacteriológico
 - 2.1.3.5. Centro de Transfusión
 - 2.1.3.6. Rehabilitación y Terapia Física
 - 2.1.3.7. Rehabilitación y Terapia de Salud Mental
 - 2.1.3.8. Medicamentos e Insumos Médicos
 - 2.1.3.9. Nutrición y Dietética
 - 2.1.4. Gestión de Docencia e Investigación

- 3. Procesos Habilitantes de Asesoría**
 - 3.1. Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de Gestión
 - 3.2. Gestión de Asesoría Jurídica
 - 3.3. Gestión de Comunicación
 - 3.4. Gestión de Calidad

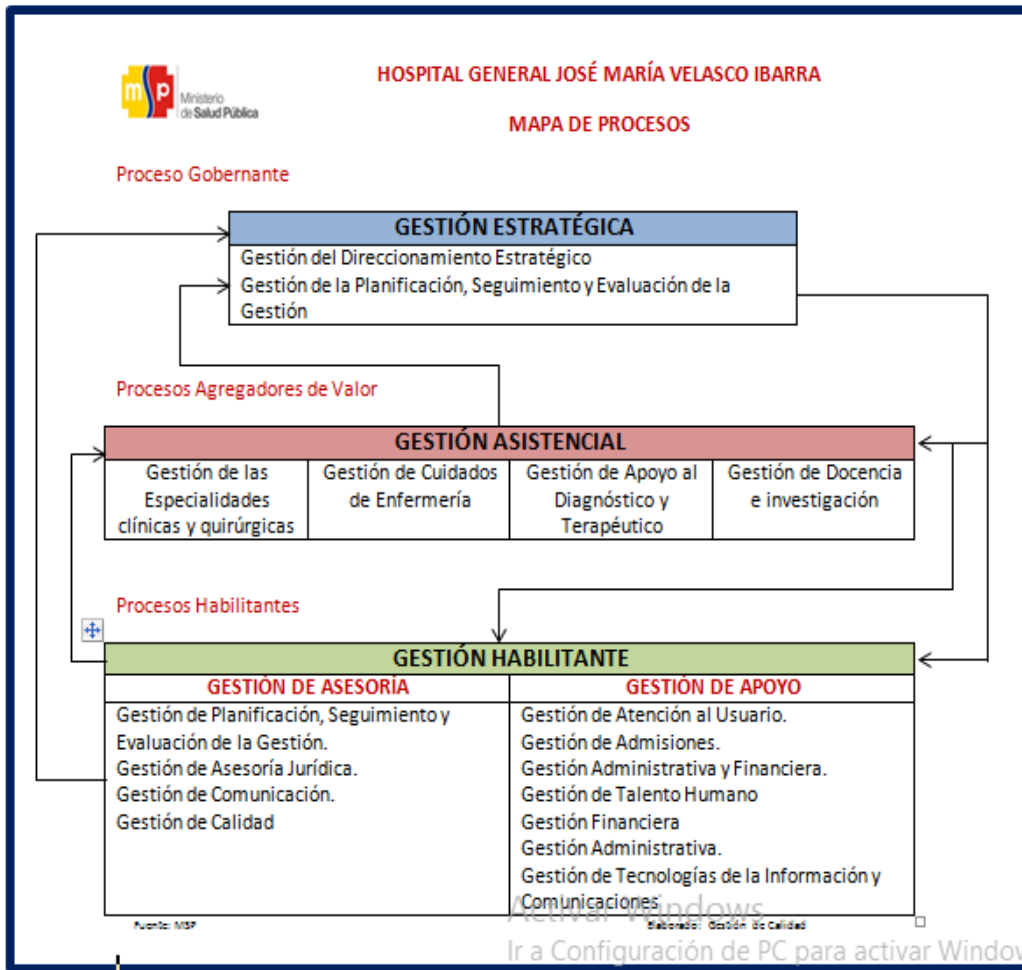
- 4. Procesos Habilitantes de Apoyo**
 - 4.1. Gestión de Atención al Usuario

 - 4.2. Gestión de Admisiones
 - 4.3. Gestión Administrativa y Financiera
 - 4.3.1. Gestión de Talento Humano
 - 4.3.2. Gestión Financiera
 - 4.3.3. Gestión Administrativa
 - 4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
	Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN**

MP4/8



	INICIALES	FECHA
Elaborado		
por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN**

MP 5/8

Misión

Prestar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad en el ámbito de la asistencia especializada, a través de la cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas y normas vigentes del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), en el marco de la justicia, inclusión y equidad social.

Visión

Para el año 2021 seremos un Hospital Docente, que brinda una amplia cartera de servicios accesibles, con personal médico comprometido académicamente en la educación continua formando profesionales con alta calidad y calidez enfocada en la seguridad del paciente, satisfaciendo las necesidades de la población bajo los principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología adecuada y confiable, con los recursos públicos suficientes de forma efectiva, eficaz, eficiente y con transparencia.

Objetivos

Garantizar la provisión de los servicios de salud, aplicando las buenas prácticas de atención, bajo los estándares vigentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; respetando los derechos y deberes de los usuarios internos y externos.

Fortalecer la articulación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), cumpliendo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI).

Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios de salud, según la disponibilidad y capacidad resolutoria del hospital.

Principales Actividades

- Elaboración e implementación de políticas y procedimientos relacionados a la atención al cliente.
- Comunicación eficaz en todos los niveles de la organización y usuarios externos.
- Planificación y gestión de emergencias, desastres y otros aspectos de seguridad pública.
- Reducción de la mortalidad materna y neonatal como estrategia entre los niveles de atención.
- Monitoreo del Programa de Control y prevención de tuberculosis.
- Fortalecer servicio de Atención al usuario.
- Plan de capacitación continua al usuario interno en coordinación con Talento Humano

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-

			2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN	MP 6/8
--	---------------

Financiamiento:

Cuentas	Presupuesto	Ejecución	Saldo
Plan Anual de Contratación	12.085.349,26	12.000.163,34	85.185,92
Licitación de bienes y servicios	4.600.602,03	4.515.416,11	85.185,92
Catálogo Electrónico	3.600.742,92	3.600.742,92	0,00
Subasta Inversa Electrónica	2.063.791,90	2.063.791,00	0,00
Menor Cuantía Obras	1590.096,41	1590.096,41	0,00

Proceso de Ínfima Cuantía	120.356,20	120.356,20	0,00
Proceso de Emergencia	109.759,8	109.759,8	0,00

Autoridades y funcionarios principales de la institución:

N°	NUMERO DE CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	DEPENDENCIA LABORAL	CARGO
1		Fernanda Landázuri	Nombramiento de libre remoción	Gerencia del Hospital
2		Marina Paladines	Nombramiento provisional	Seguimiento y control de gestión
3		Leonardo Tibán	Nombramiento	Asesoría Jurídica
4		Jair Santana	Nombramiento	Gestión de comunicación
5		Fernanda Abril	Nombramiento	Gestión de calidad
6		Bélgica Ortiz	Nombramiento	Gestión de atención al usuario
7		Evaristo Velásquez	Nombramiento	Gestión de admisiones
8		Glenda Vega	Nombramiento	Gestión de talento humano

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN			MP 7/8

Autoridades y funcionarios principales de la institución:

N o	NUMER O DE CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	DEPENDENCIA LABORAL	CARGO
9		Mónica Guerrero	Nombramiento	Gestión financiera
10		Gina Frías	Nombramiento	Gestión Administrativa
11		Francisco Rubio	Nombramiento	Gestión de TICS
12		Gabriela Arteaga	Nombramiento libre remoción	Directora asistencial hospitalaria
13		Marcia Orejuela	Nombramiento	Consulta externa
14		Raúl Rea	Nombramiento	Emergencia
15		Iván Ocampo	Nombramiento	Medicina interna
16		Wilson Morales	Nombramiento	Cirugía
17		Néstor Arias	Nombramiento	Pediatría
18		José Velaña	Nombramiento	Gineco-obstetricia
19		Nery Yáñez	Nombramiento	Neonatología
20		Graciela Silva	Nombramiento	Gestión de cuidados enfermería
21		Johana Luna	Nombramiento	Líder de anestesiología

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN			MP 7/8

Grado de confiabilidad de la información.

- Se revisa la documentación que presentan los proveedores su actividad económica en el (RUC) Registro Único del Contribuyente y para los procesos del Portal (RUP) Registro Único de Proveedores, para las contrataciones.

Sistemas de información automatizada.

- Sistemas de Compras Públicas mediante el portal en el internet.
- Claves de seguridad internos para el acceso a los sistemas de información.
- Programa USHAY (Modulo Facilitador de Contratación).
-

Puntos de interés para el examen.

- Ausencia de proveedores locales, predominan los proveedores externos.
- Altísimo valor asignado para licitaciones de bienes y servicios
- Repetición frecuente de pliegos.
- Retraso de pago de obligaciones a proveedores.
- Entrega parcial de los bienes especialmente por parte de los proveedores.
-

Transacciones importantes identificadas de contratación:

- Licitación de bienes y servicios
- Catálogo Electrónico
- Subasta Inversa Electrónica
- Menor cuantía en obras
- Proceso de ínfima cuantía
- Proceso de emergencia

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN	MP 8/8
--	---------------

Recursos materiales utilizados			
Cantidad	Descripción	Parcial	Total
2	Esferográficos	0,40	0,80
1	Memoria USB	12,00	12,00
5	Resmas de papel bond	4,00	20,00
3	CD	1,00	3,00
1	Lápiz	0,60	0,60
3	Anillados de documentos	6,00	18,00
3	Ejemplares de tesis empastados	30,00	90,00
Total			\$144,40

Días estimados para el desarrollo de la Auditoría de Gestión.

Se estima 75 días calendario para la ejecución de la Auditoría de Gestión.

Fecha de intervención:

FASE I	Conocimiento Preliminar	3 semanas
FASE II	Evaluación del Control Interno	3 semanas
FASE III	Determinación de los Hallazgos	2 semanas
FASE IV	Comunicación de resultados.	2 semanas

.....
Ing. Diana Evelyn Vargas Ulloa

SUPERVISOR

.....
ErikaMarilda Guzmán Martínez

AUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	12-07-2019
	Revisado Por:		

FASE II

EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

CLIENTE:	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
NATURALEZA DEL TRABAJO:	AUDITORÍA DE GESTIÓN.
CAMPO DE ACCIÓN:	DIRECCIÓN DE COMPRAS PUBLICAS
PERÍODO:	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIRECCIÓN:	AV. 15 E NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 PROGRAMA ESPECÍFICO DE AUDITORÍA	PEA 1/1
---	----------------

OBJETIVO GENERAL:

- Revisar el control interno para determinar las debilidades con la finalidad de emitir recomendaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar los cuestionarios del control interno para determinar el nivel de confianza y riesgo.
- Aplicar las normas de auditoría con el propósito de obtener evidencias suficientes, competentes y relevantes.

N o	PROCEDIMIENTO	REF. PT	ELABORAD O POR	FECH A
1	Revisar el Control Interno, del Hospital José María Velasco Ibarra mediante el método COSO III	CI17/17	EMGM	12-07-2019
2	Evaluar a la Dirección de Compras Públicas del Hospital José María Velasco Ibarra, mediante la aplicación de la norma No 402-403	CIE6/6	EMGM	
3	Elaborar el Informe final del Control Interno.	ICI 1/4	EMGM	
			INICIALES	FECHA
			Elaborado Por:	12-07-2019
			Revisado Por:	

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO				CCI 1/17	
COMPONENTE: Ambiente de Control ALCANCE: Integridad y valores éticos MOTIVO DEL EXAMEN: Determinar si la Institución dispone de un código de ética y si está siendo aplicado por la máxima autoridad y los servidores.					
INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS					
N o	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿Existe un Código de Ética aprobado por la entidad?	7	1		
2	¿El Código de Ética ha sido difundido mediante talleres o reuniones para explicar su contenido?	5	3		
3	¿Se ha comunicado eficazmente el compromiso de la Gerencia hacia la integridad y el comportamiento ético a toda la entidad, tanto en lenguaje como en hechos?	5	3		
4	¿La Gerencia propicia una cultura organizacional con énfasis en la integridad y el comportamiento ético?	5	3		
5	¿Los servidores responden adecuadamente a la integridad y valores éticos propuestos por la entidad?	6	2		
TOTAL		√28	√ 12		40
		INICIALES		FECHA	
		Elaborado Por: EMGM		07-12-2019	

	Revisado Por:		
--	----------------------	--	--

INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS

<p>Fórmula para determinar el nivel de confianza:</p> $NC = \frac{28}{40} * 100 = 70\%$	<p>Fórmula para determinar el nivel de riesgo:</p> $NR = 100\% - 70\% = 30\%$
--	--



Gráfico 26-3: Integridad y valores éticos
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza moderado del 70% y el nivel de riesgo moderado del 30%, por lo que se determina que, que la aplicación y la práctica de la integridad y valores éticos es adecuada.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	12-07-2019

Revisado Por:		
---------------	--	--

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO				CCI 3/17	
COMPONENTE: Ambiente de Control ALCANCE: Administración estratégica MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar si existen estrategias, objetivos y métodos para medir el grado de cumplimiento de las actividades por parte del personal y directivos.					
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA					
N o	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	N O	N/A	
1	¿Existen estrategias coherentes con la misión de la entidad?	7	1		
2	¿Los objetivos de gestión son coherentes con las estrategias propuestas?	6	2		
3	¿Las estrategias son coherentes con los planes, proyectos y actividades?	6	2		
4	¿Existe información sobre cambios en el entorno que pueda afectar el cumplimiento de las estrategias?	6	2		
	¿Se han definido las metas	6	2		

5	para poder evaluar el rendimiento de las unidades operativas?				
TOTAL		√31	√9		40
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{31}{40} * 100 = 77,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 77,5\% = 22,5\%$
--	--



Gráfico 27-3: Administración estratégica
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO

85%-50%	49%-25%	24%-5%
---------	---------	--------

Análisis e interpretación: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza alto del 77,5% y el nivel de riesgo bajo del 22,5%, por lo que se concluye que, que la administración estratégica es adecuada en el Hospital José María Velasco Ibarra.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA				CCI 5/17	
AUDITORÍA DE GESTIÓN					
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017					
CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					
COMPONENTE: Ambiente de Control					
ALCANCE: Sistema Organizativo					
MOTIVO DEL EXAMEN: Analizar si la Institución cuenta con un organigrama estructural funcional que permita definir las funciones del personal.					
SISTEMA ORGANIZATIVO					
N o	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	N O	N/A	
1	¿Existe un organigrama estructural y funcional?	7	1		
2	¿Se definen claramente los productos y servicios y conoce el personal?	5	3		
3	¿Cuenta la Gerencia y las unidades con un manual de procesos?	7	1		
4	¿El Hospital ha identificado sus áreas estratégicas y las ha fortalecido para mejorar la	7	1		

	calidad de los servicios vinculados con las mismas?				
5	¿Los servidores tienen conocimiento de sus derechos, obligaciones y sus componentes en el manual de procesos?	7	1		
TOTAL		√33	√7		40
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

SISTEMA ORGANIZATIVO

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{33}{40} * 100 = 82,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 82,5\% = 17,5\%$
--	--



Gráfico 28-3: Sistema Organizativo
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: A través de la entrevista realizada a los servidores se pudo determinar un nivel de confianza alto del 82,5% y el nivel de riesgo bajo del 17,5%, por lo que se concluye que, que el sistema organizativo es funcional en el Hospital José María Velasco Ibarra.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO		CCI 7/17			
COMPONENTE: Ambiente de Control					
ALCANCE: Competencia Profesional					
MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar si la máxima autoridad considera la experiencia, capacidad y conocimientos para delegar responsabilidad y autoridad.					
COMPETENCIA PROFESIONAL					
N o	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	N O	N/A	
1	¿Se toma en cuenta la antigüedad, capacidad y experiencia para asignar delegación?	2	6		
	¿La responsabilidad para la	5	3		

2	toma de decisiones se decide, sobre la base de los niveles de autoridad?				
3	¿La entidad evalúa el desempeño de servidores?	7	1		
4	¿La entidad propone un plan de capacitación y entrenamiento continuo?	2	6		
5	¿La entidad cuenta con personal con la formación profesional y experiencia para el cumplimiento de sus objetivos?	2	6		@1 Existe servidores que no tienen el perfil profesional a fin al puesto
TOTAL		√18	√21		40
			INICIALES	FECHA	
			Elaborado Por:	EMGM	07-12-2019
			Revisado Por:		

COMPETENCIA PROFESIONAL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{18}{40} * 100 = 45\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 45\% = 55\%$
--	--

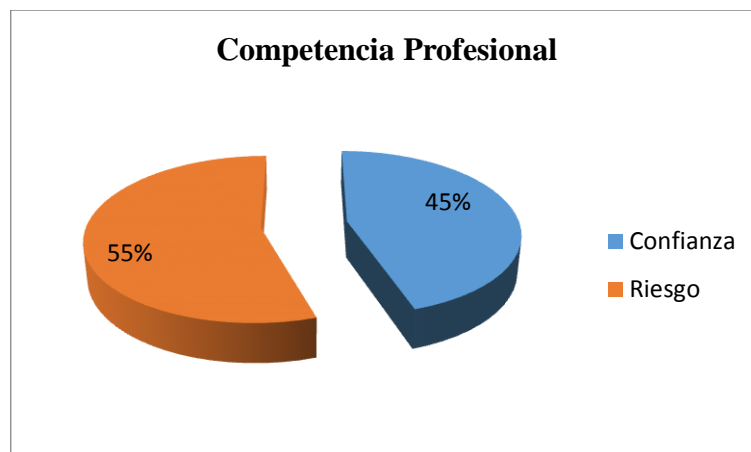


Gráfico 29-3: Competencia Profesional
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: A través de la levantada con los servidores se pudo determinar un nivel de confianza bajo del 45% y el nivel de riesgo alto del 55%, por lo que se concluye que, que la asignación de responsabilidad y los niveles de Autoridad en el Hospital José María Velasco Ibarra, no es confiable, no existe un plan de capacitación y entrenamiento continúa, no se delega de acuerdo a la capacidad y formación, esto más tiene orientación a la afinidad ideológica y muchas veces política.

	INICIALES	FECHA
Elaborado Por:	EMGM	12-07-2019
Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO	CCI 9/17
---	-----------------

COMPONENTE: Ambiente de Control					
ALCANCE: Asignación y fijación de metas					
MOTIVO DEL EXAMEN: Indagar si en el Hospital José María Velasco Ibarra, se identifican y proponen metas, que facilite el cumplimiento de los objetivos.					
ASIGNACIÓN Y FIJACIÓN DE METAS					
N o	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	N O	N/A	
1	¿Se formula e identifica indicadores de gestión?	2	6		@2 indicadores de gestión
2	¿Se evalúa la delegación de responsabilidades?	2	6		
3	¿La entidad evalúa el cumplimiento de los objetivos?	7	1		
4	¿La determinación de responsabilidades garantiza el cumplimiento de objetivos?	2	6		
5	¿Se sancionan por el incumplimiento de disposiciones administrativas?	7	1		
TOTAL		√20	√20		40
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

ASIGNACIÓN Y FIJACIÓN DE METAS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{20}{40} * 100 = 50\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 50\% = 50\%$
--	--

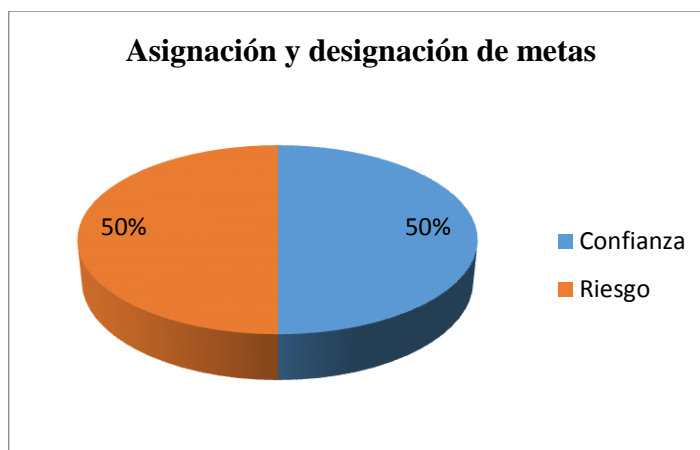


Gráfico 30-3: Asignación y designación de metas

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: A través de la levantada con los servidores se pudo determinar un nivel de confianza bajo del 50% y el nivel de riesgo alto del 50%, por lo que se concluye que, que la asignación y designación de metas en el Hospital José María Velasco Ibarra, no es adecuada, ya que no se evalúa a la parte administrativa y solo se evalúa a los servidores y además se sanciona a ellos y no al administrativo.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO				CCI 11/17	
COMPONENTE: Evaluación de riesgo ALCANCE: Objetivos propuestos MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar si los objetivos están bien definidos, de tal manera que conduzcan al cumplimiento de la normativa legal vigente.					
OBJETIVOS PROPUESTOS					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿Los objetivos de la entidad son claros y conducen al cumplimiento de metas?	6	2		
2	¿La entidad tiene correctamente definidos los objetivos?	6	2		
3	¿La entidad evalúa el cumplimiento de los objetivos?	7	1		
4	¿Los objetivos son diseñados para cada nivel dentro de la entidad?	6	2		
5	¿Son modificados los objetivos de acuerdo a los cambios en la gestión Institucional?	2	6		@3No se reformula objetivos
TOTAL		√27	√13		40
			INICIALES		FECHA

	Elaborado	EMGM	07-12-2019
	Por:		
	Revisado Por:		

OBJETIVOS PROPUESTOS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{27}{40} * 100 = 67,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 67,5\% = 32,5\%$
--	--



Gráfico 31-3: Objetivos propuestos
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: A través de la levantada con los servidores se pudo determinar un nivel de confianza moderado del 67,5% y el nivel de riesgo también moderado del 37,5%, por lo que se concluye que, los objetivos propuestos en el Hospital José María Velasco Ibarra, tienen

un comportamiento normal, pero si es necesario revisar para llegar a cumplir con eficiencia y responsabilidad.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					CCI 11/17
COMPONENTE: Evaluación de riesgo ALCANCE: Identificación de los riesgos MOTIVO DEL EXAMEN: Evaluar los posibles impactos y consecuencias que puedan afectar a logro de los objetivos..					
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Se identifican los riesgos internos y externos en la entidad?	2	6		@4 No se identifican los riesgos
2	¿Existen mecanismos para prevenir los riesgos, y así contribuir al logro de los objetivos?	3	5		
3	¿Se evalúan constantemente los recursos, procesos y actividades?	7	1		
4	¿Un riesgo identificado es comunicado inmediatamente para tomar acciones	3	5		

	preventivas?				
5	¿Están en capacidad de reaccionar frente a los riesgos provenientes de agentes internos y externos?	3	5		
TOTAL		√18	√22		40
				INICIALES	FECHA
Elaborado Por:				EMGM	07-12-2019
Revisado Por:					

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{18}{40} * 100 = 45\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 45\% = 55\%$
--	--

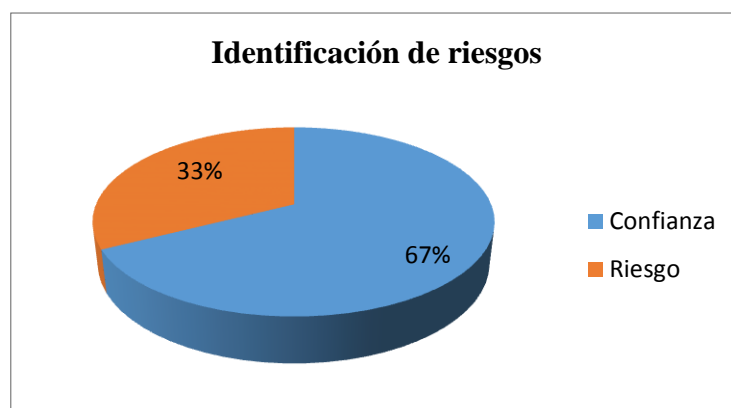


Gráfico 32-3: Identificación de riesgos
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a la identificación de riesgos, se

determinó un nivel de confianza bajo del 33%, mientras el nivel de riesgo es alto del 67%, por lo que se concluye, que los mecanismos para identificación de riesgos en la Entidad no son eficientes y esta falencia puede incidir en la eficiencia y eficacia de la gestión Institucional.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					CCI 13/17
COMPONENTE: Evaluación de riesgo ALCANCE: Valoración riesgos MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar si la Entidad se evalúan los riesgos que pueden incidir en el cumplimiento de los objetivos y el servicio al usuario.					
VALORACIÓN DEL RIESGO					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Existen métodos para mitigar los riesgos provenientes de fuentes internas y externas?	6	2		
2	¿Se valora la probabilidad de ocurrencia de un riesgo?	5	3		
3	¿En caso de cumplirse un determinado riesgo existen medidas de prevención y mitigación para actuar?	3	5		
4	¿Para la valoración de un riesgo se usa el juicio	5	3		

	profesional y la experiencia?				
5	¿Se valora los riesgos en base a la probabilidad de ocurrencia?	5	3		
TOTAL		√24	√16		40
				INICIALES	FECHA
Elaborado Por:				EMGM	07-12-2019
Revisado Por:					

VALORACIÓN DE RIESGOS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{24}{40} * 100 = 60\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 60\% = 40\%$
--	--

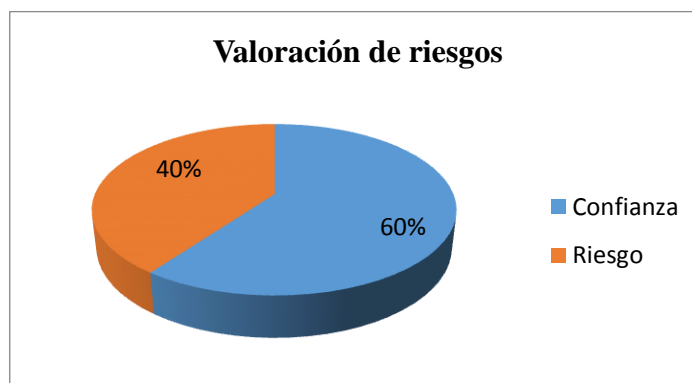


Gráfico 33-3: Valoración de riesgos
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO

85%-50%	49%-25%	24%-5%
---------	---------	--------

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a la valoración de riesgos, se determinó un nivel de confianza moderado del 60%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 40%, por lo que se concluye, que a pesar de que nos e identifica los riesgos, pero cuando estos ya se aproximan o se dan si están en capacidad de reaccionar medianamente.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					CCI 15/17
COMPONENTE: Evaluación de riesgo ALCANCE: Respuesta al riesgo MOTIVO DEL EXAMEN: Identificar si los factores externos (económicos, políticos) e interno (infraestructura, personal), inciden en la gestión de la Institución.					
RESPUESTA AL RIESGO					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Existen procesos que permitan dar respuesta a los riesgos que puedan afectar a la entidad?	5	3		
2	¿Se comunica al personal sobre los posibles riesgos que puedan afectar a la	5	3		

	entidad?				
3	¿Existen controles que aseguren que las acciones administrativas adecuadas respecto al riesgo?	3	5		
4	¿El personal está en capacidad de afrontar a los cambios negativos?	5	3		
5	¿Existen métodos y técnicas específicas para tratar los riesgos?	3	5		
TOTAL		√21	√19		40
				INICIALES	FECHA
Elaborado Por:				EMGM	07-12-2019
Revisado Por:					

RESPUESTA AL RIESGO

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{21}{40} * 100 = 52,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 52,5\% = 47,5\%$
--	--

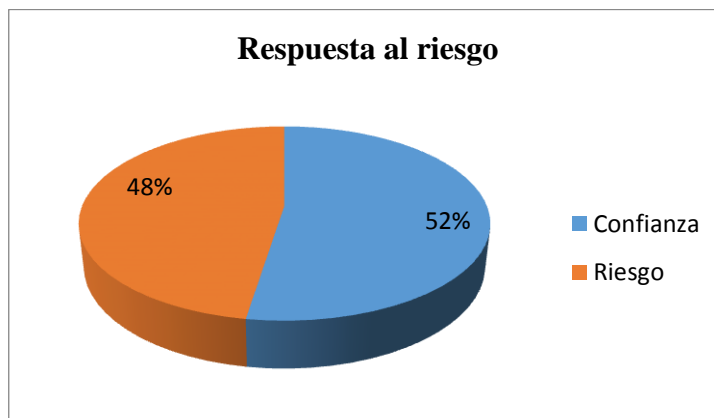


Gráfico 34-3: Respuesta al riesgo

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a la respuesta al riesgo, se determinó un nivel de confianza moderado del 52,5%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 47,5%, por lo que se concluye, existe una capacidad moderada, para responder a los riesgos, cuando estos ya se dan, en muchas ocasiones faltan recursos financieros.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO				CCI 15/17	
COMPONENTE: Actividades de Control ALCANCE: Actividades de control MOTIVO DEL EXAMEN: Evaluar el grado de cumplimiento de las actividades que se desarrollan en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena.					
ACTIVIDADES DE CONTROL					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	¿Existe el Plan anual de	8	0		N

1	compras, para la ejecución de los procesos de contratación?				
2	¿Se establecen directrices y normas adecuadas para el desarrollo de las actividades de contratación?	5	3		
3	¿El acceso a los documentos de compras públicas está protegido?	5	3		
4	¿Los diferentes niveles aportan decididamente para cumplir el Plan anual de compras?	3	5		
5	¿Se evalúan los resultados obtenidos en relación al Plan anual de compras propuesto?	5	3		
TOTAL		√26	√14		40
				INICIALES	FECHA
Elaborado Por:				EMGM	07-12-2019
Revisado Por:					

ACTIVIDADES DE CONTROL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{26}{40} * 100 = 65\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 65\% = 35\%$
--	--

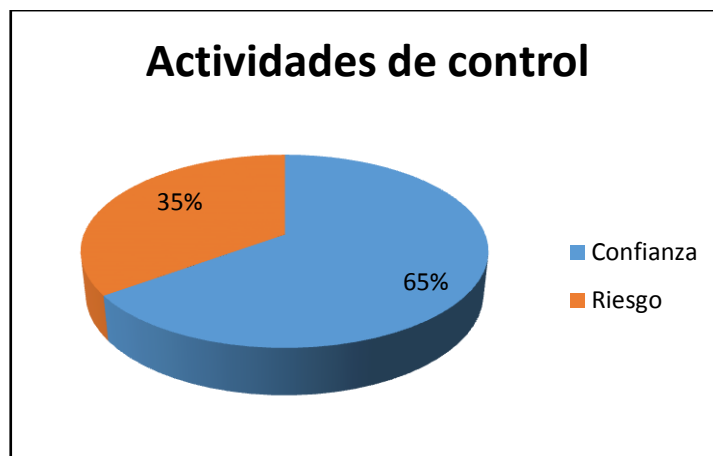


Gráfico 35-3: Actividades de control
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a las actividades de control, se determinó un nivel de confianza moderado del 65%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 35%, por lo que se determina, que si se formula un plan anula de compras, se evalúa el mismo, la falencia está en que no todas las unidades están comprometidas con el cumplimiento de esta planificación.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO	CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Control ALCANCE: Control sobre los sistemas de información MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar que los procedimientos se cumplan en la	

gestión de las tecnologías de la información en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena.

CONTROL SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	N O	N/A	
1	¿Los recursos tecnológicos son regularmente revisados, para comprobar que cumplan con las especificaciones técnicas requeridas?	3	5		
2	¿El personal conoce todas las aplicaciones y el manejo de los sistemas de información?	7	1		
3	¿Existe personal autorizado para el acceso a los módulos y utilización de los sistemas de información de compras públicas?	7	1		
4	¿El sistema de información permite comprobar los resultados de las compras públicas de forma segura y ágil?	7	1		
5	¿El sistema de información registra la información de compras públicas de manera completa y exacta?	7	1		
TOTAL		√31	√9		40
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

CONTROL SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{31}{40} * 100 = 77,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 77,5\% = 22,5\%$
--	--

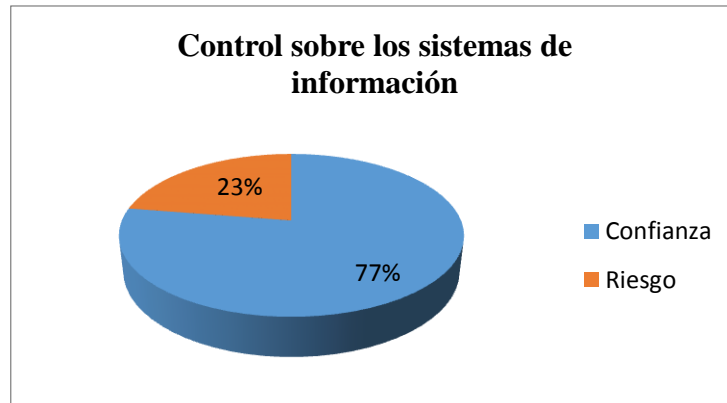


Gráfico 36-3: Control sobre sistemas de información

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto al control sobre las tecnologías de la información, se determinó un nivel de confianza alto del 77,5%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 22,5%, por lo que se determina, que hay una adecuada gestión de las tecnologías de la información, la falencia que se puede hacer notar, es que ,muchos equipos no cumplen con las especificaciones técnicas requeridas.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					CCI 15/17
COMPONENTE: Información ALCANCE: Información MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar si la información constituye un componente importante para el establecimiento de estrategias organizacionales y el logro de los objetivos, metas e indicadores que faciliten una gestión transparente en la Institución.					
INFORMACIÓN					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	N O	N/A	
1	¿La información es enviada a los niveles jerárquicos para su aprobación?	7	1		
2	¿Se establecen políticas para la preservación y conservación de archivos de acuerdo con su utilidad?	7	1		
3	¿Existe mecanismos para obtener información externa sobre las necesidades de los usuarios?	7	1		
4	¿La información confiable, oportuna y útil permite cumplir sus obligaciones y responsabilidades?	1	7		@5 La información no es completa
5	¿Existe información suficiente, confiable y	7	1		

oportuna para dar seguimiento al PAC propuesto?				
TOTAL	√29	√1		40
		INICIALES	FECHA	
	Elaborado Por:	EMGM	07-12-2019	
	Revisado Por:			

INFORMACIÓN

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{31}{40} * 100 = 72,5\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 72,5\% = 27,5\%$
--	--

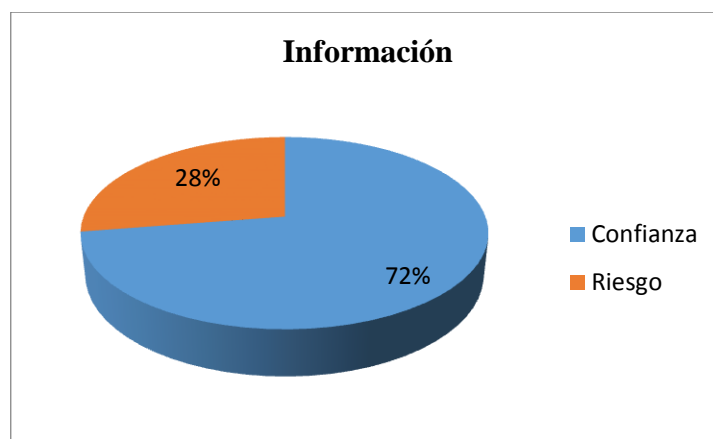


Gráfico 36-3: Información

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a la información, se determinó un

nivel de confianza moderado del 72,5%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 27,5%, por lo que se determina, que hay una adecuada gestión de la información, la parte crítica es que la información no es completa y oportuna y que dificulta mucho la gestión Institucional.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO					CCI 15/17
COMPONENTE: Comunicación ALCANCE: Comunicación MOTIVO DEL EXAMEN: Potenciar a la comunicación a los diferentes niveles para garantizar la difusión de los logros Institucionales con calidad y eficiencia.					
COMUNICACIÓN					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿Existe canales de comunicación abiertos y de forma circular?	7	1		
2	¿Se comunica los planes previos a su ejecución?	7	1		
3	¿Se comunica a los diferentes niveles el rol de la entidad?	7	1		
4	¿Existen comunicación abierta con todo el personal tanto interno como externo?	1	7		@6 No hay comunicación abierta
	¿La comunicación es veraz,	5	3		

5	confiable y oportuna entre los diferentes niveles jerárquicos?				
6	¿Los resultados son comunicados con claridad y efectividad?	5	3		
TOTAL		√32	√1		48
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

COMUNICACIÓN

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{32}{48} * 100 = 66,6\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 66,6\% = 33,4\%$
--	--

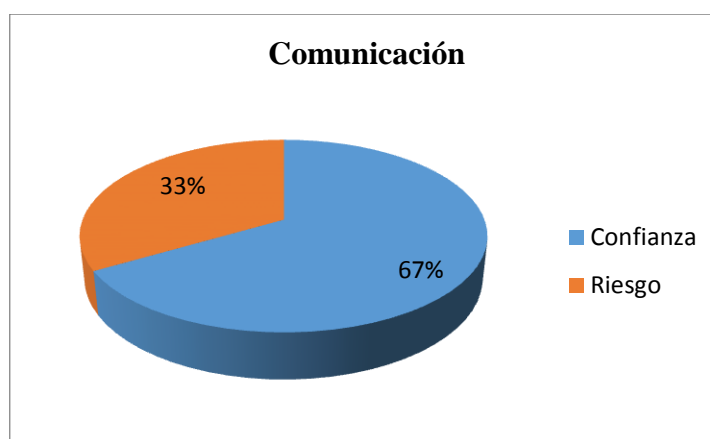


Gráfico 37-3: Comunicación

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto a la Comunicación, se determinó un nivel de confianza moderado del 66,6%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 34,6%, por lo que se determina, que la Comunicación es medianamente adecuada, en función de las necesidades Institucionales, pero hay puntos críticos como el recelo de comunicar todo al personal, no se tiene una comunicación abierta.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DEL CONTROL INTERNO				CCI 15/17	
COMPONENTE: Actividades de Supervisión ALCANCE: Seguimiento y control MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar que los procedimientos del control interno se cumplan de manera efectiva que garantice el cumplimiento de los objetivos.					
SEGUIMIENTO Y CONTROL					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Se evalúan las actividades constantemente para que garantice el eficiente logro de los objetivos?	6	2		
	¿Se realizan verificaciones	6	2		

2	de los bienes con el fin de comprobar la existencia física?				
3	¿Se verifican los procesos generados por los diferentes Unidades para determinar el cumplimiento de responsabilidades?	2	6		
4	¿Se supervisa el cumplimiento de metas, que permitan determinar los niveles de eficiencia y eficacia?	2	6		
5	¿Se analizan los informes de auditoría?	6	2		
6	¿Se dan seguimiento a los informes elaborados por los diferentes departamentos?	6	2		
TOTAL		√28	√20		48
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{28}{48} * 100 = 58\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 58\% = 42\%$
--	--

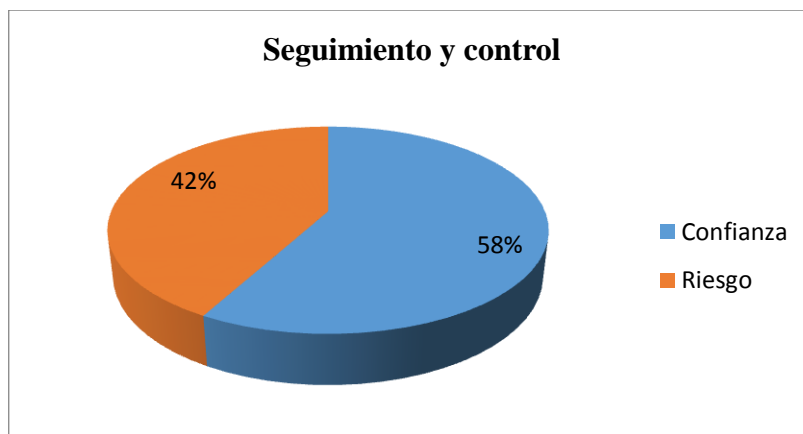


Gráfico 38-3: Seguimiento y control
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Al aplicar los cuestionarios al personal del Hospital José María Velasco Ibarra, y al evaluar el control interno con respecto al Seguimiento y control, se determinó un nivel de confianza moderado del 58%, mientras el nivel de riesgo es también moderado del 42%, por lo que se determina, que el seguimiento y control tiene algunas falencias, especialmente en lo que tiene que ver en la supervisión del cumplimiento de metas que es clave para medir la eficacia en la Entidad.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 UNIDAD DE COMPRAS PÚBLICAS EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO NORMA 402-403	CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Supervisión SUB COMPONENTE: 402-02 Control previo al compromiso.	

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Los productos y actividades están orientados al cumplimiento de la misión?	6	2		
2	¿Las operaciones financieras se vinculan con los procesos de compras públicas?	6	2		
3	¿Los procesos de contratación cumplen con todos los requerimientos solicitados previos a su adquisición?	7	1		
4	¿Se compromete todo el presupuesto para evitar desviaciones de los fondos?	7	1		
5	¿Son analizadas todas las necesidades previas al proceso de contratación?	7	1		
6	¿Existen requerimientos que no consten en el Plan Anual de Contratación?	7	1		
7	¿Se da prioridad a los procesos de contratación de acuerdo a las necesidades?	7	1		
TOTAL		√47	√9		56
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	07-12-2019
		Revisado Por:			

402-02 CONTROL PREVIO AL COMPROMISO.

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{47}{56} * 100 = 84\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 84\% = 16\%$
--	--

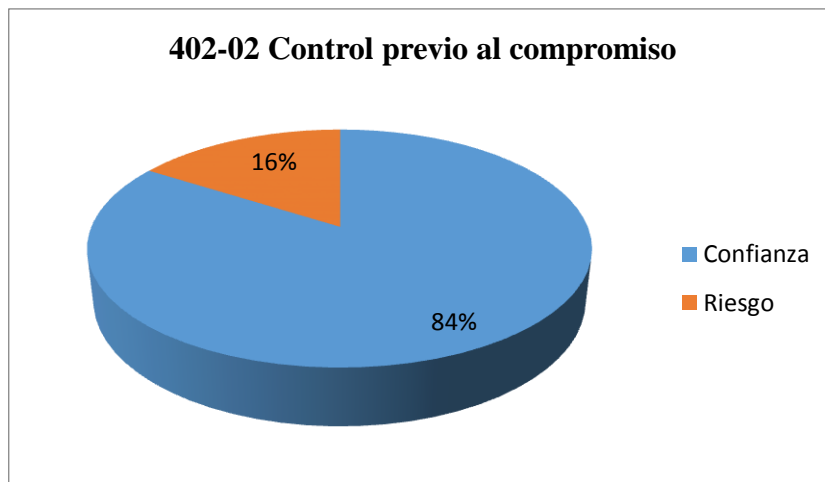


Gráfico 39-3: 402-02 Control previo al compromiso

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 402-02 del control previo al compromiso, se determinó un nivel de confianza alto del 84%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 16%, por lo que se determina, el Control previo al compromiso es adecuado en los procesos de compras públicas fundamentalmente.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE COMPRAS PÚBLICAS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ESPECIFICO					CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Supervisión SUB COMPONENTE: 402-02 Control previo al devengado.					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿Existe un control previo para cubrir con las obligaciones a proveedores?	6	2		
2	¿Los bienes y servicios recibidos cumplen con la cantidad y calidad previa al requerimiento?	3	5		@7 Calidad de bienes recibidos
3	¿Se revisa el presupuesto antes de la aprobación del pago?	7	1		
4	¿Existe un archivo que facilite el control de la documentación de los procesos de contratación?	7	1		
5	¿Se verifica que los pagos a los proveedores se realicen de acuerdo al monto contratado?	8	0		
6	¿Previo al pago se verifica si existe disponibilidad presupuestaria?	8	0		
TOTAL		√39	√9		48

		INICIALES	FECHA
	Elaborado	EMGM	15-12-2019
	Por:		
	Revisado Por:		

402-03 CONTROL PREVIO AL DEVENGADO

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{39}{48} * 100 = 81\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 81\% = 19\%$
--	--

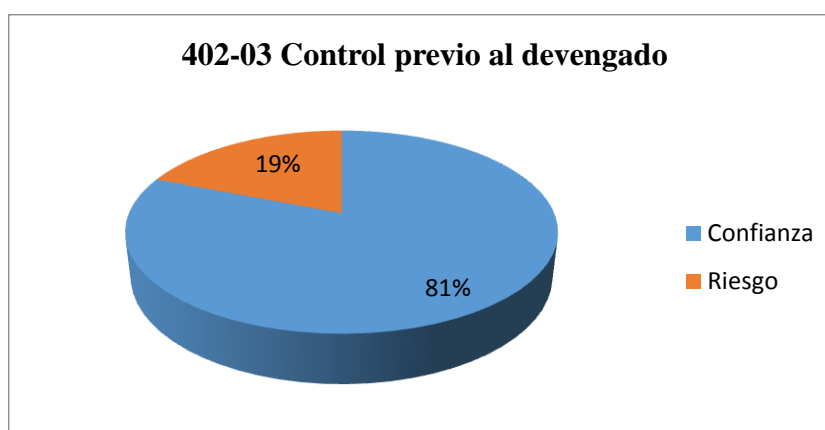


Gráfico 40-3: 402-03 Control previo al devengado

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
 Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 402-03 del control previo al devengado, se determinó un nivel de confianza alto del 81%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 19%, por lo que se determina, el Control previo al devengado es confiable, existe una

falencia que si va incidir en el cumplimiento de las recomendaciones de Contraloría, es que la calidad de los bienes, no se revisan detenidamente.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE COMPRAS PÚBLICAS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ESPECIFICO				CCI 15/17	
COMPONENTE: Actividades de Supervisión SUB COMPONENTE: 403-08 Control previo al pago.					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿Se da anticipos a proveedores cuando existen contratos debidamente suscritos?	2	6		
2	¿Existe un plazo para efectuar pagos a proveedores?	8	0		
3	¿Los servidores entregan toda la documentación de contratación conjuntamente con un informe previo al pago?	8	0		
4	¿Se verifica la información presentada en cada proceso de contratación para el pago?	8	0		

5	¿Se realizan comprobante de egreso en cada pago al proveedor?	8	0		
6	¿La documentación presentada cumple con lo que establece el reglamento de comprobantes de venta y retención?	5	3		
7	¿Se solicita al proveedor realizar alguna actualización o cambio de la documentación?	7	1		
TOTAL		√46	√		56
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	15-12-2019
		Revisado Por:			

403-08 CONTROL PREVIO AL PAGO

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{46}{56} * 100 = 82\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 82\% = 18\%$
--	--

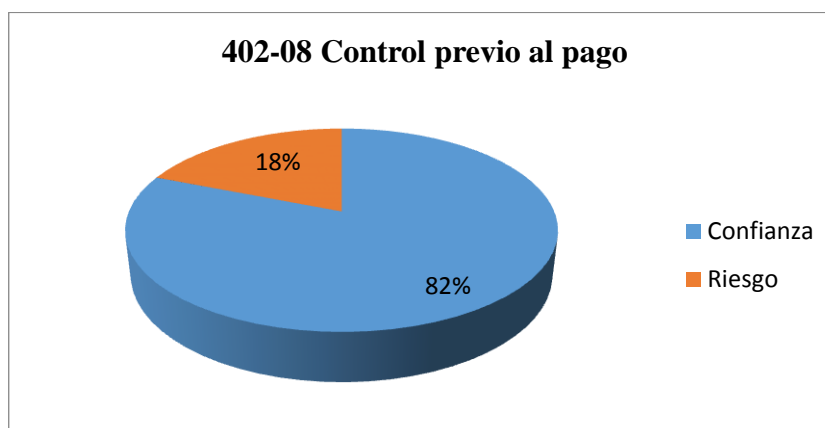


Gráfico 41-3: 402-08 Control previo al pago
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 402-08 del control previo al pago, se determinó un nivel de confianza alto del 82%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 18%, por lo que se determina, el Control previo al pago es confiable, algo que se puede dar con observación es que muy poco se da anticipo a proveedores.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE COMPRAS PÚBLICAS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ESPECIFICO					CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Supervisión					
SUB COMPONENTE: 403-09Pago a beneficiarios.					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Los pagos los autorizas la Dirección financiera?	8	0		
2	¿Los pagos se realizan directamente a los proveedores mediante transferencia bancaria?	8	0		

3	¿Como requisito para el proceso de contratación se le solicita consigne una cuenta bancaria para realizar vía electrónica?	8	0		
4	¿Se realizan pagos en efectivo a los proveedores?	0	8		
5	¿Han existido reclamos de los proveedores por pagos atrasados?	8	0		
6	¿Para realizar el pago se requiere del visto bueno de la Comisión de recepción del bien o servicio?	8	0		
TOTAL		√40	√	48	
				INICIALES	FECHA
		Elaborado		EMGM	15-12-2019
		Por:			
		Revisado Por:			

403-09PAGO A BENEFICIARIOS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{40}{48} * 100 = 83\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 83\% = 17\%$
--	--

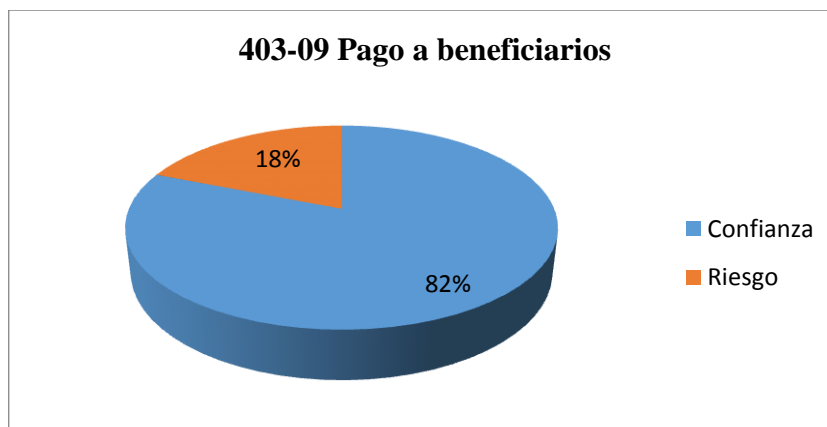


Gráfico 42-3: 403-09 Pago a beneficiarios
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 403-09 pago a beneficiarios, se determinó un nivel de confianza alto del 83%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 17%, por lo que se determina, el pago a proveedores es confiable, la pregunta si se paga en efectivo, no es aplicable, de acuerdo a las últimas disposiciones del Ministerio de Finanzas.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE COMPRAS PÚBLICAS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ESPECIFICO	CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Supervisión SUB COMPONENTE: 403-10 Cumplimiento de obligaciones.	

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACION
		SI	NO	N/A	
1	¿La institución cumple con sus obligaciones de acuerdo a las fechas de vencimiento?	3	5		Siempre hay retrasos
2	¿Se sanciona a la persona que origine intereses o multas por retraso en el pago de las obligaciones?	3	5		No se sanciona se pasa por alto.
3	¿Los pagos se rigen a la normativa establecida para el efecto?	7	1		
4	¿Existen reclamos posteriores por parte de la institución luego de cancelar al proveedor?	0	8		
5	¿Existe devoluciones de bienes luego de haber procedido a la cancelación?	7	1		Para su reposición
6	¿Los proveedores han impuesto procesos para reclamar valores pendientes de pago?	7	1		
TOTAL		√27	21		48
				INICIALES	FECHA
		Elaborado Por:		EMGM	15-12-2019
		Revisado Por:			

403-10CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{21}{48} * 100 = 44\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 44\% = 56\%$
--	--

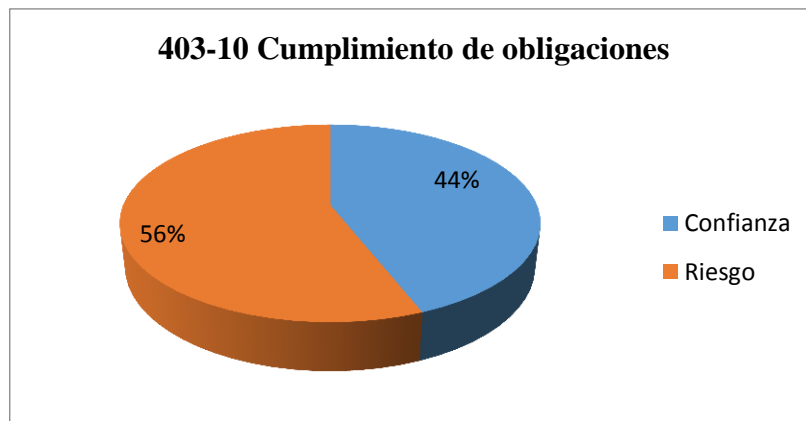


Gráfico 43-3: 403-10 Cumplimiento de obligaciones
Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra
Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2019)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 403-13 cumplimiento de obligaciones, se determinó un nivel de confianza bajo del 44%, mientras el nivel de riesgo es alto del 56%, por lo que se determina, el cumplimiento de obligaciones tiene problemas, dado que especialmente ha existido retraso en el pago a proveedores y estos inclusive han iniciado reclamos directos a la Institución por el impago de sus haberes.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DIRECCIÓN DE COMPRAS PÚBLICAS DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ESPECIFICO					CCI 15/17
COMPONENTE: Actividades de Supervisión SUB COMPONENTE: 403-13 Transferencia de fondos por medios electrónicos.					
No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
1	¿Existe confiabilidad en la utilización de medios electrónicos para las transferencias bancarias?	5	3		
2	¿Existen controles de seguridad para el uso de las claves?	5	3		
3	¿Las claves que se dispone para el proceso de pago son personales?	8	0		
4	¿Son verificadas las transacciones efectuadas mediante transferencias?	8	0		
5	¿Se validan las transacciones y transferencias bancarias?	8	0		
6	¿Existe un respaldo de los archivos electrónicos y/o físicos de las transacciones realizadas?	8	0		
7	¿Existe las debidas seguridades para la custodia de los respaldos tanto físicos como electrónicos?	7	1		

8	¿Existen estrategias para culminar procesos cuando hay problemas de energía?	0	8		
TOTAL		√49	√15		64
				INICIALES	FECHA
				Elaborado Por:	EMGM
				Revisado Por:	
					15-12-2019

403-13TRANSFERENCIA DE FONDOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Fórmula para determinar el nivel de confianza: $NC = \frac{49}{64} * 100 = 76\%$	Fórmula para determinar el nivel de riesgo: $NR = 100\% - 76\% = 24\%$
--	--

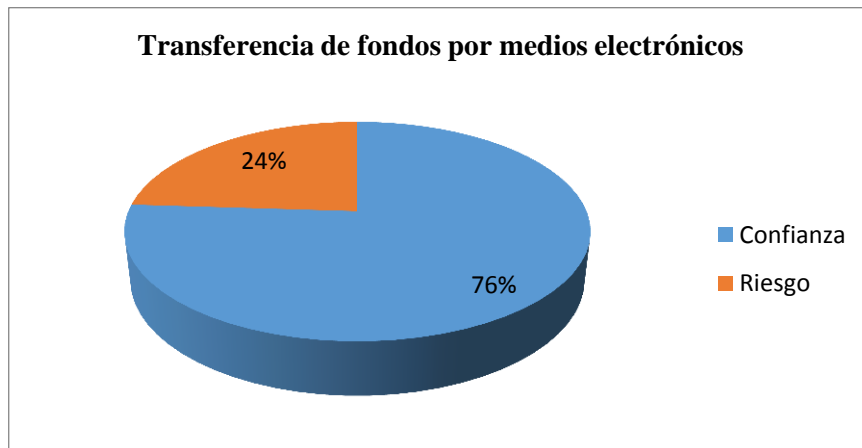


Gráfico 44-3: Transferencia de fondos por medios electrónicos

Fuente: Empleados del Hospital José María Velasco Ibarra

Elaborado por: Erika Marilda Guzmán Martínez (2020)

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51%-75%	76%-95%
NIVEL DE RIESGO		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49%-25%	24%-5%

Análisis e interpretación: Del cuestionario del control interno 403-13transferencia de fondos por medios electrónicos, se determinó un nivel de confianza alto del 76%, mientras el nivel de riesgo es bajo del 24%, por lo que se determina, que la transferencia de fondos por medios

electrónicos cumplen con las directrices recomendadas, además se debe considerar que ahora no pago es a través de estos medios.

<p style="text-align: center;">HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 INFORME DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO</p>	<p style="text-align: center;">ICI 1/2</p>
<p>1.-SERVIDORES QUE NO CUMPLEN EL PERFIL PROFESIONAL CONCLUSIONES: Se ha determinado que en el Hospital José María Velasco Ibarra, existen servidores que no cumplen el perfil para ocupar un puesto y que ingresaron sin concursos de méritos y oposición, situación que no es adecuada, ya que incumplen las disposiciones del Ministerio de Trabajo, que todos los puestos públicos debe llenarse previo a Concursos de méritos y oposición, en donde se verifica el perfil profesional del aspirantes.</p> <p>RECOMENDACIÓN: A la Unidad de Talento Humano.- Aplicar la norma técnica para selección y reclutamiento de personal emitida por el Ministerio de Trabajo y también consta en la Ley de Servicio Público, que está referido al llenado de vacantes o puestos del sector público, previo a concursos de méritos y oposición en este proceso verificar que el aspirante tenga el perfil profesional de acuerdo al puesto.</p> <p>2.- INCUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN</p> <p>CONCLUSIONES: Se determina que en el Hospital José María Velasco Ibarra, se tienen formulados algunos indicadores de gestión, para algunas unidades y procesos, pero no se hace seguimiento para su cumplimiento en los tiempos y metas propuestas, situación que la final incide en el desempeño Institucional.</p> <p>RECOMENDACIÓN: A la Unidad de Planificación.- Al inicio del período, se debe formular un POA, con actividades, indicadores y metas y que es obligación solicitar informes del cumplimiento de las mismas periódicamente, en caso de retraso se debe informar a la Autoridad para que tome los correctivos a tiempo.</p> <p>3.- REFORMULACIÓN DE OBJETIVOS CONCLUSIONES: En el Hospital José María Velasco Ibarra, cuando existen cambios en los procesos o directrices para el componente salud, no se reformulan Objetivos, se continúa con los mismos formulados al inicio, en estas circunstancias no es posible dar seguimiento y verificar el nivel de gestión de la</p>	

Entidad.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad de Planificación.- Se debe reformular los objetivos, inclusive los que se estructuraron en el Plan Estratégico Institucional, cuando hay modificaciones de las políticas de la salud, en el país frecuentemente se tienen cambios en funciones de las políticas de Estado o de cambio de un Ministro, que inciden en el desempeño Institucional.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
INFORME DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO**

ICI 2/3

4.- IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

CONCLUSIONES: Se ha determinado que en el Hospital José María Velasco Ibarra, no existe un plan para identificar riesgos, que pueden incidir en el cumplimiento de los objetivos Institucionales, estos riesgos son diferentes a lo que tiene que ver con el Área Hospitalaria, que si se tienen un control estricto de riesgos.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa.- Elaborar un plan para identificar los riesgos operativos, dentro de los procesos administrativos y de cumplimiento de políticas, objetivos, indicadores y metas, propias de la competencia de la Institución.

5.- INFORMACIÓN INCOMPLETA

CONCLUSIONES: Se concluye que en el Hospital José María Velasco Ibarra, no se transfiere la información completa de una Unidad a otra, lo que dificulta dar continuidad, especialmente a los procesos de contratación, en estas circunstancias la unidad responsable, tiene que pedir retroalimentación e insistir en la entrega de información, por lo que se pierde tiempo y retrasos en el cumplimiento de metas.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa.- Hacer seguimiento para que la información transferida sea completa y confiable, caso de reincidencia en estas directrices, aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a lo que dispone la Ley del servicio Público.

6.- COMUNICACIÓN ABIERTA

CONCLUSIONES: En el Hospital José María Velasco Ibarra, se verifica que la comunicación no es abierta, es decir que existe cierto celo entre las diferentes unidades, en transferir y comunicar las estrategias y los productos que logran, esto incide en el cumplimiento de procesos que necesitan una secuencia y su cumplimiento no es responsabilidad de solo una unidad.

RECOMENDACIÓN:

A la Administrativa y Planificación.- Emitir Directrices tácitas, procurando que las unidades y los equipos de trabajo, tengan una comunicación abierta en el cumplimiento de los objetivos Institucionales, evitando la fuga de información y respetando los rangos jerárquicos.

7.- VERIFICACIÓN DE BIENES

CONCLUSIONES: En el Hospital José María Velasco Ibarra, en el cumplimiento de la norma de control 402-02, sobre el control previo al devengado, se concluye que no se hace la verificación de la calidad de los bienes, solo se cuenta que este la cantidad pero no la calidad y es por eso que después del pago se debe devolver para que el proveedor cambie y a veces no tiene esa voluntad.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 INFORME DE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO	ICI 3/3
---	----------------

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa.- Disponer que la Comisión que reciben los bienes y Almacén General, haga la verificación de los bienes no solo en cantidad, sino que también cumpla con la calidad requerida, toda vez que son dineros del Estado que son sujetos a verificación y auditoría, además de la calidad depende la eficiencia en la producción y el cumplimiento de los procesos.

Particular que comunico a usted para fines pertinentes.

Atentamente,

 Ing. Diana Evelyn Vargas Ulloa
DIRECTOR DE TESIS

 ErikaMarilda Guzmán Martínez
AUTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

FASE III

DESARROLLO DE HALLAZGOS (EXAMEN PROFUNDO DEL ÁREA CRÍTICA)

CLIENTE:	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
NATURALEZA DEL TRABAJO:	AUDITORÍA DE GESTIÓN.
CAMPO DE ACCIÓN:	DIRECCIÓN DE COMPRAS PUBLICAS
PERÍODO:	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIRECCIÓN:	AV. 15 DE NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
PROGRAMA DE AUDITORÍA**

PA

OBJETIVO GENERAL:

1. Evaluar los procedimientos específicos de la Dirección de Compras Públicas que permita obtener hallazgos y sustentar con evidencias suficientes y competentes con el objetivo de emitir las conclusiones y recomendaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los hallazgos que inciden en el desarrollo efectivo y sustentado de las actividades
2. Validar los atributos de los hallazgos y permitan sustentar el informe final de Auditoría para que la Gerencia puedan tomar decisiones adecuadas en beneficio de los beneficiarios de los servicios de salud.

N o	DESCRIPCIÓN	RE F.P T	ELABORADO POR	FECHA
1	Elaborar las hojas de los hallazgos con las deficiencias detectados durante la ejecución de	HA 1/10	EMGM	

	la auditoría.			
2	Elaborar el diagrama de flujo de los procesos.	HD F 1/2	EMGM	
3	Evaluar mediante indicadores de gestión de las actividades de la institución.	HI G 1/3	EMGM	
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por:	EMGM
			Revisado Por:	17-07-2019

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS	HA 1/10
HALLAZGO N° 1	
COMPETENCIA PROFESIONAL	
<p>CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, se recluta personal sin cumplir los requisitos de selección de personal y el perfil profesional requerido para el puesto</p> <p>CRITERIO: Se debe aplicarla Norma del Control Interno N° 200-06COMPETENCIA PROFESIONAL, de la Contraloría General de Estado que dice: La competencia incluye el conocimiento y habilidades necesarias para ayudar a asegurar una actuación ordenada, ética, eficaz y eficiente, al igual que un buen entendimiento de las responsabilidades individuales relacionadas con el control interno.</p> <p>CAUSA: La Unidad de Talento Humano, con la Gerencia del Hospital José</p>	

María Velasco Ibarra, incumple la Norma Técnica del Ministerio de Trabajo, sobre los procedimientos para selección y reclutamiento de personal.

EFFECTO: Ingreso de servidores que no cumplen el perfil profesional y en lo que respecta al cumplimiento de los productos y servicios tiene problemas, que se transfieren a otras unidades, ya que el trabajo es en equipo.

CONCLUSIÓN: Se ha determinado que en el Hospital José María Velasco Ibarra, existen servidores que no cumplen el perfil para ocupar un puesto y que ingresaron sin concursos de méritos y oposición, situación que no es adecuada, ya que incumplen las disposiciones del Ministerio de Trabajo, que todos los puestos públicos debe llenarse previo a Concursos de méritos y oposición, en donde se verifica el perfil profesional del aspirantes.

RECOMENDACIÓN: A la Unidad de Talento Humano.- Aplicar la norma técnica para selección y reclutamiento de personal emitida por el Ministerio de Trabajo y también consta en la Ley de Servicio Público, que está referido al llenado de vacantes o puestos del sector público, previo a concursos de méritos y oposición en este proceso verificar que el aspirante tenga el perfil profesional de acuerdo al puesto.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS	HA 1/10
---	--------------------------

HALLAZGO N° 2
INDICADORES DE GESTIÓN

CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, no se hace seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión propuestos en el Plan Operativo Anual (POA)

CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° 600-06 **EVALUACIÓN INTERNA**, de la Contraloría General de Estado que dice: La máxima autoridad y las servidoras y servidores que participan en la

conducción de las labores de la institución, promoverán y establecerán una autoevaluación periódica de la gestión y el control interno de la entidad, sobre la base de los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos institucionales.

CAUSA: La Unidad de Planificación, del Hospital José María Velasco Ibarra, no establece mecanismos para hacer seguimiento periódico al cumplimiento de los indicadores y metas propuestos.

EFFECTO: Incumplimiento de indicadores y metas propuestas o retraso en su cumplimiento que inciden en la eficiencia y eficacia de la gestión Institucional.

CONCLUSIÓN: Se determina que en el Hospital José María Velasco Ibarra, se tienen formulados algunos indicadores de gestión, para algunas unidades y procesos, pero no se hace seguimiento para su cumplimiento en los tiempos y metas propuestas, situación que la final incide en el desempeño Institucional.

RECOMENDACIÓN: A la Unidad de Planificación.- Al inicio del período, se debe formular un POA, con actividades, indicadores y metas y que es obligación solicitar informes del cumplimiento de las mismas periódicamente, en caso de retraso se debe informar a la Autoridad para que tome los correctivos a tiempo.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS			HA 3/7
HALLAZGO N° 3			
REFORMULACIÓN DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES			
<p>CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, no reformula objetivos, cuando existen cambio de políticas en lo que es el componente salud y</p>			

la parte administrativa según directrices.

CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° 200-02A ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA, de la Contraloría General de Estado que dice: Los planes operativos constituirán la desagregación del plan plurianual y contendrán: objetivos, indicadores, metas, programas, proyectos y actividades que se impulsarán en el período anual, documento que deberá estar vinculado con el presupuesto a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos.

CAUSA: La Unidad de Planificación, con la Gerencia del Hospital José María Velasco Ibarra, no toma en cuenta a los cambios de políticas para modificar los objetivos, según las políticas en el área de la competencia.

EFFECTO: Objetivos, que son discordantes de las Políticas de Estado en el componente salud y que nos e justifica acciones que tienen que ver en la asignación de recursos.

CONCLUSIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, cuando existen cambios en los procesos o directrices para el componente salud, no se reformulan Objetivos, se continúa con los mismos formulados al inicio, en estas circunstancias no es posible dar seguimiento y verificar el nivel de gestión de la Entidad.

RECOMENDACIÓN: A la Unidad de Planificación.- Se debe reformular los objetivos, inclusive los que se estructuraron en el Plan Estratégico Institucional, cuando hay modificaciones de las políticas de la salud, en el país frecuentemente se tienen cambios en funciones de las políticas de Estado o de cambio de un Ministro, que inciden en el desempeño Institucional.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

<p style="text-align: center;">HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS</p>	<p>HA 4/7</p>
<p>HALLAZGO N° 4 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</p>	
<p>CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, No existen mecanismos para identificar riesgos, que inciden en el cumplimiento de los objetivos Institucionales.</p> <p>CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° 300-01 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS, de la Contraloría General de Estado que dice: Los directivos de la entidad identificarán los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales debido a factores internos o externos, así como emprenderán las medidas pertinentes para afrontar exitosamente tales riesgos.</p> <p>CAUSA: La Unidad Administrativa, con Planificación y la Gerencia del Hospital José María Velasco Ibarra, no han elaborado un plan de riesgos para el componente administrativo, lo que incide en la gestión Institucional.</p> <p>EFEECTO: Cuando los riesgos ocurren, los objetivos, indicadores y metas, no se cumplen o se tienen retrasos, inclusive se pierde partidas presupuestarias.</p> <p>CONCLUSIÓN: Se ha determinado que en el Hospital José María Velasco Ibarra, no existe un plan para identificar riesgos, que pueden incidir en el cumplimiento de los objetivos Institucionales, estos riesgos son diferentes a lo que tiene que ver con el Área Hospitalaria, que si se tienen un control estricto de riesgos.</p> <p>RECOMENDACIÓN: A la Unidad Administrativa.- Elaborar un plan para identificar los riesgos operativos, dentro de los procesos administrativos y de cumplimiento de políticas, objetivos, indicadores y metas, propias de la competencia de la Institución.</p>	

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		
HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS			HA 4/7
HALLAZGO N° 5			
INFORMACIÓN INCOMPLETA			
<p>CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, es incompetente al no tener la información completa que se transfiere de una Unidad a otra, lo que hace retrasar los procesos de compras públicas.</p> <p>CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° 401-03SUPERVISIÓN, de la Contraloría General de Estado que dice: Los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales, sin perjuicio del seguimiento posterior del control interno.</p> <p>CAUSA: La Unidad Administrativa, la Gerencia del Hospital José María Velasco Ibarra, no implementan acciones necesarias, para incidir para que las unidades trabajen en equipo para cumplir los objetivos Institucionales.</p> <p>EFFECTO: Pérdida de recursos, pérdida de tiempo, porque se tiene que recurrir a los servidores para que completen la información y así completar los procesos, esto incide en la atención al cliente.</p> <p>CONCLUSIÓN: Se concluye que en el Hospital José María Velasco Ibarra, no se transfiere la información completa de una Unidad a otra, lo que dificulta dar continuidad, especialmente a los procesos de contratación, en estas circunstancias la unidad responsable, tiene que pedir retroalimentación e insistir en la entrega de información, por lo que se pierde tiempo y retrasos en el cumplimiento de metas.</p> <p>RECOMENDACIÓN: A la Unidad Administrativa.- Hacer seguimiento para que la información transferida sea completa y confiable, caso de reincidencia en</p>			

estas directrices, aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a lo que dispone la Ley del servicio Público.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
HOJAS DE HALLAZGOS**

HA 4/7

HALLAZGO N° 6

COMUNICACIÓN ABIERTA

CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, no existen canales de comunicación abierta, que facilite el intercambio de criterios e información entre unidades.

CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° **500-02 CANALES DE COMUNICACIÓN ABIERTA**, de la Contraloría General de Estado que dice: Se establecerán canales de comunicación abiertos, que permitan trasladar la información de manera segura, correcta y oportuna a los destinatarios dentro y fuera de la institución.

CAUSA: La Unidad Administrativa, la Gerencia del Hospital José María Velasco Ibarra, no implementan acciones necesarias, tener una comunicación abierta entre los departamentos y unidades que conforman la entidad.

EFFECTO: Falta de comunicación, que hace que no se genere la misma información o a veces se trasfiere información que no es real, se generan especulaciones con incidencia en el clima laboral.

CONCLUSIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, se verifica que la comunicación no es abierta, es decir que existe cierto celo entre las diferentes unidades, en transferir y comunicar las estrategias y los productos que logran, esto incide en el cumplimiento de procesos que necesitan una secuencia y su

cumplimiento no es responsabilidad de solo una unidad.

RECOMENDACIÓN: A la Administrativa y Planificación.- Emitir Directrices tácitas, procurando que las unidades y los equipos de trabajo, tengan una comunicación abierta en el cumplimiento de los objetivos Institucionales, evitando la fuga de información y respetando los rangos jerárquicos.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 HOJAS DE HALLAZGOS	HA 7/7
HALLAZGO N° 7	
VERIFICACIÓN DE BIENES	
<p>CONDICIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, no se hace una verificación adecuada y completa de los bienes en lo que es cantidad y calidad</p> <p>CRITERIO: Se debe aplicar la Norma del Control Interno N° 406-04ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN, de la Contraloría General de Estado que dice: Los bienes que adquiera la entidad ingresarán físicamente a través de almacén o bodega, antes de ser utilizados, aun cuando la naturaleza física de los mismos requiera su ubicación directa en el lugar o dependencia que lo solicita, lo cual ayudará a mantener un control eficiente de los bienes adquiridos.</p> <p>CAUSA: La Unidad Administrativa, la Gerencia del Hospital José María Velasco Ibarra, no revisa la calidad de los bienes, al momento de recibir los mismos.</p> <p>EFFECTO: Después deben estar devolviendo al proveedor para que cambie, en algunos casos sucede en otras se pierde el recurso o se deben utilizar los bienes de calidad no adecuada.</p>	

CONCLUSIÓN: En el Hospital José María Velasco Ibarra, en el cumplimiento de la norma de control 402-02, sobre el control previo al devengado, se concluye que no se hace la verificación de la calidad de los bienes, solo se cuenta que este la cantidad pero no la calidad y es por eso que después del pago se debe devolver para que el proveedor cambie y a veces no tiene esa voluntad.

RECOMENDACIÓN: A la Unidad Administrativa.- Disponer que la Comisión que reciben los bienes y Almacén General, haga la verificación de los bienes no solo en cantidad, sino que también cumpla con la calidad requerida, toda vez que son dineros del Estado que son sujetos a verificación y auditoría, además de la calidad depende la eficiencia en la producción y el cumplimiento de los procesos.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	17-07-2019
	Revisado Por:		

<p align="center">HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 CEDULA NARRATIVA DIAGRAMA DE FLUJO</p>	DFP 1/4
---	----------------

El 18 de julio del 2019, siendo las 11h00 se aplicó la entrevista a la Responsable de la Dirección de Compras Públicas, con la objetivo de estructurar el diagrama de flujo de los procesos de contratación.

PASOS DE ÍNFIMA CUANTÍA:

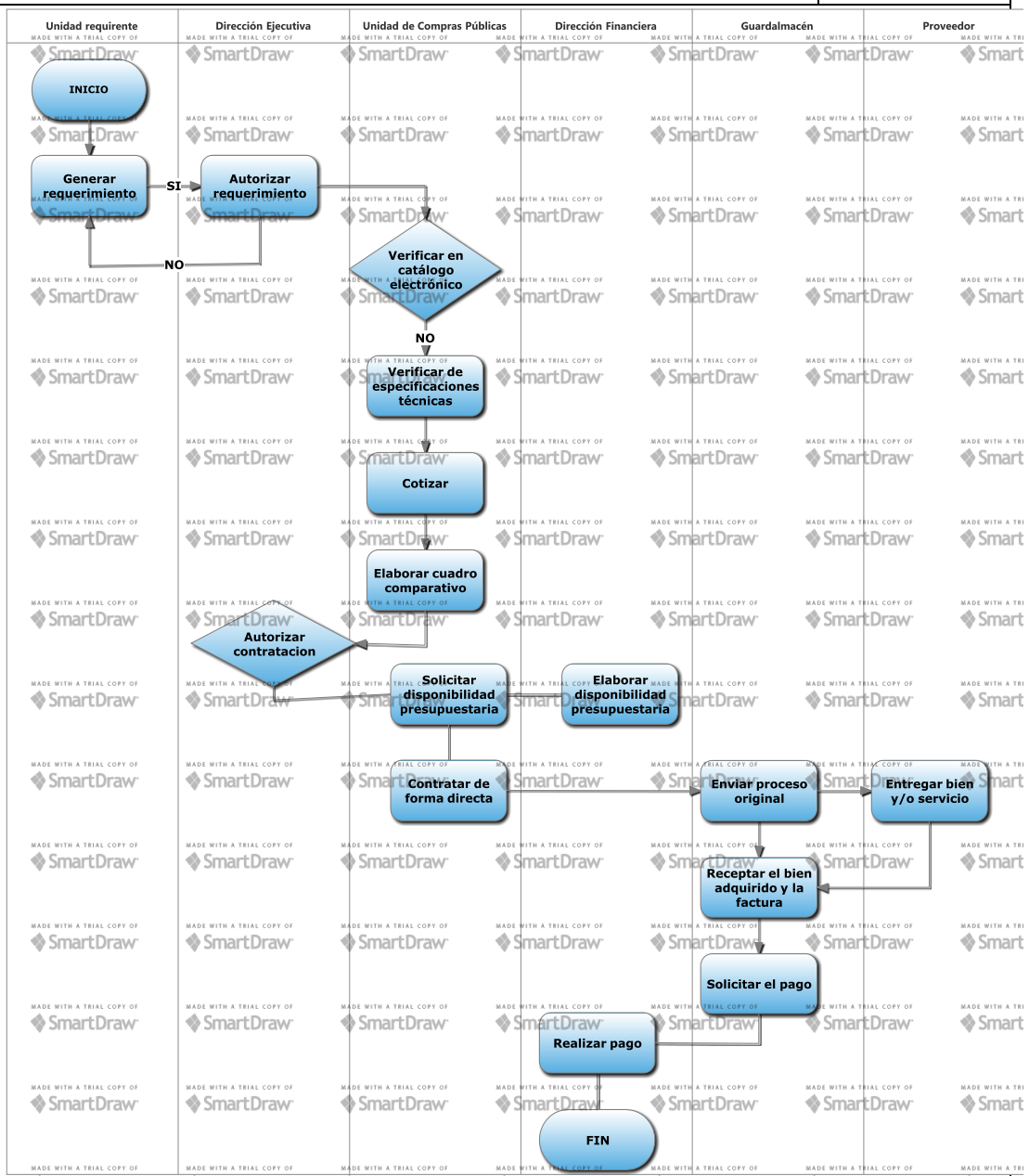
1. Ingresar el requerimiento
2. Sumilla la máxima autoridad
3. Verificar si existe en catálogo electrónico
4. Verificar las especificaciones técnicas
5. Cotizar
6. Realizar cuadro comparativo
7. Autorizar la compra
8. Solicitar disponibilidad presupuestaria
9. Elaborar disponibilidad presupuestaria
10. Contratar de forma directa
11. Enviar proceso a bodega
12. Entrega del bien o servicio
13. Receptar el bien adquirido y la factura
14. Elaborar el acta de entrega-recepción
15. Solicitar el pago
16. Autorizar la máxima autoridad
17. Realizar el pago

Son los procedimientos que se realizan para la contratación de un bien o servicio por ínfima cuantía.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	18-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA	DFP 2/4
---	----------------

AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIAGRAMA DE FLUJO ÍNFIMA CUANTÍA



		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	18-07-2019
	Revisado Por:		

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
CEDULA NARRATIVA DIAGRAMA DE FLUJO

DFP 3/4

El 20 de julio del 2019, siendo las 10h00 se aplicó la entrevista a la Responsable de la Dirección de Compras Públicas, con la objetivo de estructurar el diagrama de flujo de los procesos de contratación.

PASOS PARA CATÁLOGO ELECTRÓNICO

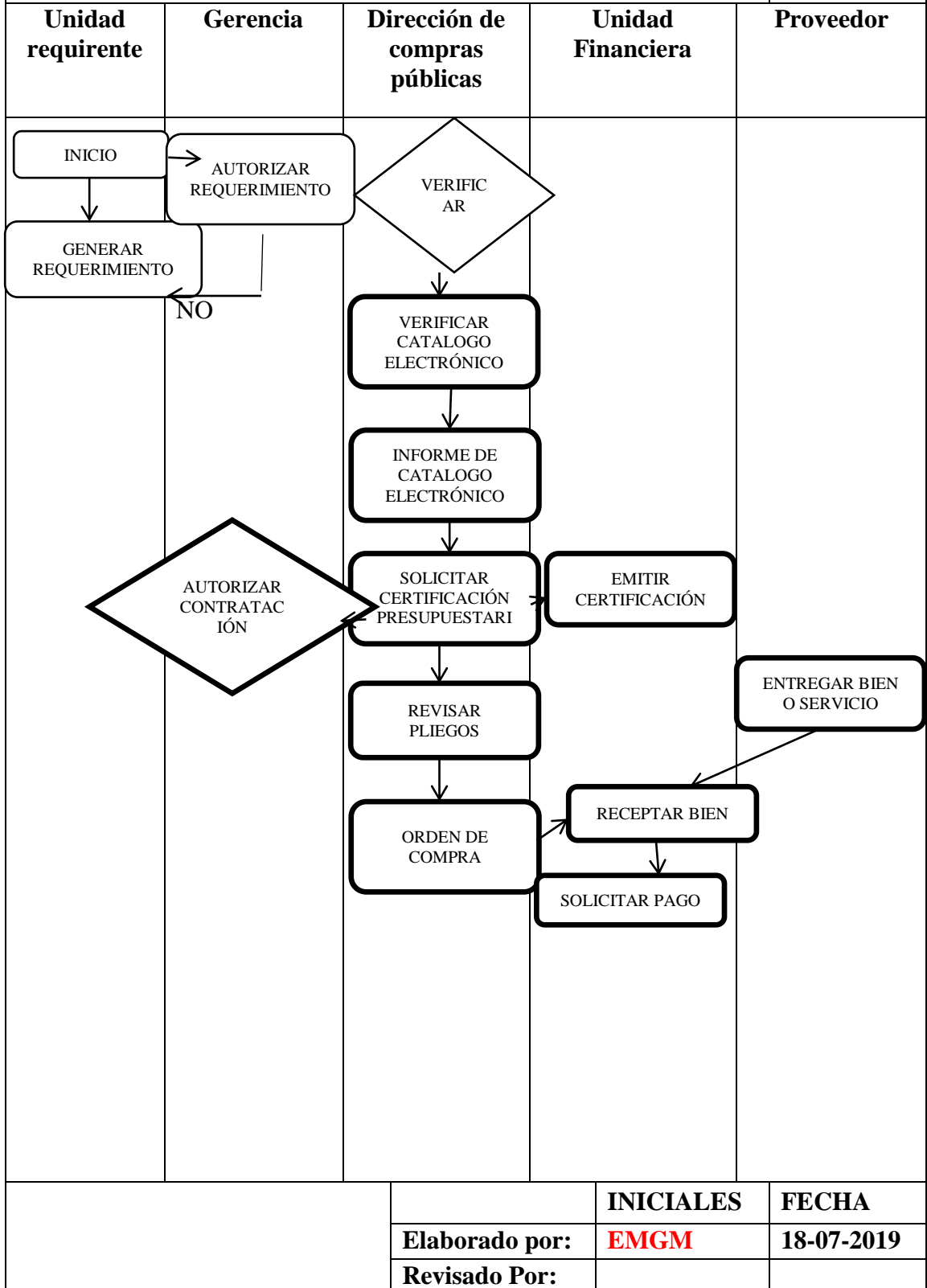
1. Generar el requerimiento
2. Autoriza la máxima autoridad
3. Verificar en el catálogo electrónico
4. Informe de los bienes de catálogo electrónico
5. Solicitar disponibilidad presupuestaria
6. Emitir disponibilidad presupuestaria
7. Elaborar pliegos
8. Remitir pliegos
9. Resolución de aprobación de pliegos por la máxima autoridad
10. Administrador del proceso
11. Generar orden de compra
12. Enviar proceso a bodega
13. Entrega del bien o servicio
14. Receptar el bien adquirido y la factura
15. Elaborar el acta de entrega-recepción
16. Solicitar el pago
17. Autorizar máxima autoridad
18. Realizar el pago

Son los procedimientos que se realizan para la contratación de un bien o servicio por Catalogo electrónico.

		INICIALES	FECHA
	Elaborado por:	EMGM	18-07-2019
	Revisado Por:		

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIAGRAMA DE CATALOGO ELECTRÓNICO**

DFP 4/4



HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 INDICADORES DE GESTIÓN				IG 1/5
TIPO	OBJETIVO DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RELACIÓN	RESULTADOS
EFICIE NCIA	Identificar el % de servidores que conocen la misión	Entrevista	$\frac{\text{Servidores que conocen la misión}}{\text{Total de servidores del área financiera}} = \frac{45}{62} = 73\%$	73% que conocen la misión
EFICIE NCIA	Identificar el % de servidores que conocen la visión	Entrevista	$\frac{\text{Servidores que conocen la visión}}{\text{total de servidores del area financiera}} = \frac{45}{62} = 73\%$	73% que conocen la misión
EFICIE NCIA	Determinar el % de cumplimiento de gastos	Entrevista	$\frac{\text{Total de Ingresos corrientes}}{\text{Ingresos corrientes presupuestados}} = \frac{12000163,34}{12085349,26} 99\%$	99% del presupuesto ingreso corriente
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por:	EMGM
			Revisado Por:	20-07/2019

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 INDICADORES DE GESTIÓN				IG 2/5
TIPO	OBJETIVO DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RELACIÓN	RESULTADOS
EFICACIA	Determinar de % procesos ejecutados	Observación directa	$\frac{\text{Proceso de compras ejecutados}}{\text{Procesos de compras programados}} = \frac{4}{50} = 90\%$	90% de procesos ejecutados
EFICACIA	Determinar de % procesos de compras iniciados	Observación directa	$\frac{\text{Procesos de compras terminados}}{\text{Procesos de compras iniciados}} = \frac{41}{45} = 91\%$	91% de procesos terminados
EFICACIA	Determinar de % procesos compras cerrados	Observación directa	$\frac{\text{Procesos de compras cerrados}}{\text{Procesos de compras iniciados}} = \frac{38}{41} = 92,68\%$	92% de procesos cerrados
			INICIALES	FECHA
Elaborado por:			EMGM	20-07/2019
Revisado Por:				

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017 INDICADORES DE GESTIÓN				IG 3/5
TIPO	OBJETIVO DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RELACIÓN	RESULTADOS
ECONOMÍA	Determinar dé % procesos ejecutados	Observación directa	$\frac{\text{Montos presupuestarios ejecutados}}{\text{Montos presupuestarios programados}} = \frac{9450125,9}{10258639,02} = 92\%$	92% presupuesto ejecutado
ECONOMÍA	Determinar dé % procesos de compras iniciados	Observación directa	$\frac{\text{Montos de pagos ejecutados}}{\text{Montos de pago planificados}} = \frac{8528453,12}{9450125,9} = 90\%$	91% de pagos cumplidos
ECONOMÍA	Determinar dé % procesos compras cerrados	Observación directa	$\frac{\text{Montos PAC ejecutados}}{\text{Montos PAC propuestos}} = \frac{9548125,02}{10258639,02} = 93\%$	92% de monto PAC ejecutado
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por:	EMGM
			Revisado Por:	

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
INDICADORES DE GESTIÓN**

IG 3/5

TIPO	OBJETIVO DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	RELACIÓN	RESULTADOS
ECOLOGÍA	% recipientes para reciclaje de basura	Registros de oficinas	$\frac{\text{Número de recipientes para reciclaje}}{\text{Número de oficinas}} = \frac{18}{25} = 72\%$	72% de oficinas que tienen recipientes para reciclaje
ECOLOGÍA	% de papel reciclado	Registros de oficinas	$\frac{\text{Volumen de papel reciclado}}{\text{Volumen de papel dañado}} = \frac{150kg}{210kg} = 71\%$	71% de papel reciclado
ECOLOGÍA	% de recipientes para clasificación de basura	Registros de oficinas	$\frac{\text{Número de recipientes clasificación}}{\text{Número de departamentos}} = \frac{3}{12} = 25\%$	25% de recipientes para clasificación de basura
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por:	EMGM
			Revisado Por:	20-07/2019

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
INDICADORES DE GESTIÓN

IG 3/5

TIP O	OBJETIVO DEL INDICADO R	FUENTE DE INFORMACIÓ N	RELACIÓN	RESULTADO S
ÉT IC A	% recipientes para reciclaje de basura	Registros de oficinas	$\frac{\text{Número de servidores atrasan}}{\text{Total servidores}} = \frac{12}{62}$ $= 19\%$	19% de servidores que se atrasan
ÉT IC A	% de papel reciclado	Registros de oficinas	$\frac{\text{No. servidores cumplen código ética}}{\text{Total servidores}}$ $= \frac{52}{62} = 84\%$	84% servidores cumplen código de ética
ÉT IC A	% de recipientes para clasificación de basura	Registros de oficinas	$\frac{\text{No. de servidores cumplen control interno}}{\text{Número total servidores}}$ $= \frac{54}{62} = 87\%$	87% servidores cumplen control interno
			INICIALES	FECHA
			Elaborado por:	EMGM
			Revisado Por:	

FASE IV
COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

CLIENTE:	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
NATURALEZA DEL TRABAJO:	AUDITORÍA DE GESTIÓN.
CAMPO DE ACCIÓN:	DIRECCIÓN DE COMPRAS PUBLICAS
PERÍODO:	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
DIRECCIÓN:	AV. 15 DE NOVIEMBRE Y ELOY ALFARO

**HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA
AUDITORÍA DE GESTIÓN
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
PROGRAMA DE AUDITORIA**

PA 1/1

OBJETIVO GENERAL:

- Emitir el informe final de los resultados obtenidos identificando los hallazgos para mejorar la gestión institucional.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Dar a conocer el informe final con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.PT	ELABORADO POR	FECHA
1	Carta de lectura del borrador	1/1	EMGM	20-07- 2019
2	Carta de notificaciones de lectura del borrador	1/1	EMGM	20-07- 2019
3	Elaborar borrador del informe	1/1	EMGM	20-07- 2019
4	Entrega del informe final	1/1	EMGM	20-07- 2019

INICIALES

FECHA

	Elaborado por:	EMGM	20-07- 2019
	Revisado Por:		

<p>INFORME FINAL DE</p> <p>AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN</p> <p>PÚBLICA EFECTUADOS POR EL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO</p> <p>IBARRA, PERÍODO 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017</p>

CARTA DEL INFORME FINAL

Tena, 21 de julio del 2019

Dra. Mirian Fernanda Landázuri Polanco

GERENTA

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA

Presente. -

De mi consideración:

Reciba Usted un fraterno saludo, al mismo tiempo que tengo a bien informar que se ha concluido la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública, ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, período 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

La Auditoría de Gestión en referencia se efectuó en base a las Normas de Internacionales de Auditoría (NIA) y a las Normas del Control Interno COSO III, cuyos resultados están presentados con conclusiones y recomendaciones, que constan en el presente informe, el mismo que servirá de base para mejorar la gestión de en los procesos de contratación que ejecuta la entidad, siendo responsabilidad de seguimiento y control por parte las unidades encargadas del control interno.

De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 92 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las recomendaciones deberán ser aplicadas de manera inmediata y sistemática, dependiendo de la capacidad de gestión del Hospital José María Velasco Ibarra.

Con sentimientos de consideración y estima me suscribo de Usted.

Atentamente;

Erika Marilda Guzmán Martínez
AUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

INFORMACIÓN GENERAL

ENTIDAD	HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA.
UBICACIÓN	Tena - Napo - Ecuador Av. 15 de noviembre y Eloy Alfaro.
DEFINICIÓN:	Departamento de compras públicas
BASE LEGAL	Decreto Ejecutivo No. 232- abril de 1972.
JORNADA DE TRABAJO	Permanente
No. DEPARTAMENTOS	11 departamentos
FINANCIAMIENTO :	Con recursos fiscales para el área de salud

MOTIVO DE LA AUDITORÍA

Con oficio dirigido a la Dra. Mirian Fernanda Landázuri Polanco, se solicitó la autorización para efectuar la Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública efectuados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, provincia de Napo, período 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

OBJETIVO GENERAL

Efectuar una Auditoría de Gestión al Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, período 1 de enero al 30 de 31 de diciembre del 2017, para determinar el

nivel de eficiencia, eficacia y economía, en el uso de los recursos en sus diferentes procesos y actividades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar mediante el desarrollo de las fases y técnicas de Auditoría la situación de los procesos de contratación pública ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo.
- Determinar el cumplimiento de las disposiciones legales.
- Identificar hallazgos relevantes con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.
- Emitir el informe final para que las autoridades puedan tomar decisiones acertadas en lo que son los procesos de contratación pública, ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Auditoría de Gestión a los procesos de contratación pública ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra, Cantón Tena, Provincia de Napo, período 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

BASE LEGAL

El Hospital José María Velasco Ibarra, para el desarrollo de los procesos de contratación pública cuenta con las siguientes disposiciones legales y reglamentarias:

- Plan anual de Política Pública (PAPP)
- Directrices y normas del Ministerio de Finanzas.
- Normas del Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos.
- Ley de servicio civil y carrera administrativa.
- Ley de gestión financiera pública.
- Código de ética.
- Ley del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Constitución Política de la República del Ecuador.
- Ley orgánica de responsabilidad, estabilización y transparencia fiscal.
- Ley orgánica del sector público.
- Código de planificación y finanzas públicas.

- Normas del Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de Recursos Públicos.
- Código de ética.

OBJETIVOS DE LA ENTIDAD

- El Objetivo del Hospital José María Velasco Ibarra, además de los determinados en la Ley de Servicio Público, se concentra en otorgar servicios de calidad y calidez en lo que es la prestación del servicio de salud.
- La atención y prevención de enfermedades.
- Generar actividades de salud preventiva
- Control a tiempo de epidemias, para esto se necesitan bienes y servicios

CAPÍTULO II

INFORME FINAL

1. COMPETENCIA PROFESIONAL

En el Hospital José María Velasco Ibarra, se recluta personal sin cumplir los requisitos de selección de personal y el perfil profesional requerido para el puesto

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad de Talento Humano. -

Aplicar la norma técnica para selección y reclutamiento de personal emitida por el Ministerio de Trabajo y también consta en la Ley de Servicio Público, que está referido al llenado de vacantes o puestos del sector público, previo a concursos de méritos y oposición en este proceso verificar que el aspirante tenga el perfil profesional de acuerdo al puesto.

2. INDICADORES DE GESTIÓN

En el Hospital José María Velasco Ibarra, no se hace seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión propuestos en el Plan Operativo Anual (POA)

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad de Planificación. -

Al inicio del período, se debe formular un POA, con actividades, indicadores y metas y que es obligación solicitar informes del cumplimiento de las mismas periódicamente, en caso de retraso se debe informar a la Autoridad para que tome los correctivos a tiempo.

3. REFORMULACIÓN DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES

En el Hospital José María Velasco Ibarra, no reformula objetivos, cuando existen cambio de políticas en lo que es el componente salud y la parte administrativa según directrices.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad de Planificación. -

Se debe reformular los objetivos, inclusive los que se estructuraron en el Plan Estratégico Institucional, cuando hay modificaciones de las políticas de la salud, en el país frecuentemente se tienen cambios en funciones de las políticas de Estado o de cambio de un ministro, que inciden en el desempeño Institucional.

4. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

En el Hospital José María Velasco Ibarra, No existen mecanismos para identificar riesgos, que inciden en el cumplimiento de los objetivos Institucionales.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa. -

Elaborar un plan para identificar los riesgos operativos, dentro de los procesos administrativos y de cumplimiento de políticas, objetivos, indicadores y metas, propias de la competencia de la Institución.

5. INFORMACIÓN INCOMPLETA

En el Hospital José María Velasco Ibarra, es incompetente al no tener la información completa que se transfiere de una Unidad a otra, lo que hace retrasar los procesos de compras públicas.

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa. -

Hacer seguimiento para que la información transferida sea completa y confiable, caso de reincidencia en estas directrices, aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a lo que dispone la Ley del servicio Público.

6. COMUNICACIÓN ABIERTA

En el Hospital José María Velasco Ibarra, no existen canales de comunicación abierta, que facilite el intercambio de criterios e información entre unidades.

RECOMENDACIÓN:

A la Administrativa y Planificación. -

Emitir Directrices tácitas, procurando que las unidades y los equipos de trabajo, tengan una comunicación abierta en el cumplimiento de los objetivos Institucionales, evitando la fuga de información y respetando los rangos jerárquicos.

7. VERIFICACIÓN DE BIENES

En el Hospital José María Velasco Ibarra, no se hace una verificación adecuada y completa de los bienes en lo que es cantidad y calidad

RECOMENDACIÓN:

A la Unidad Administrativa. -

Disponer que la Comisión que reciben los bienes y Almacén General, haga la verificación de los bienes no solo en cantidad, sino que también cumpla con la calidad requerida, toda vez que son dineros del Estado que son sujetos a verificación y auditoría, además de la calidad depende la eficiencia en la producción y el cumplimiento de los procesos.

Atentamente,

Erika Marilda Guzmán Martínez

AUDITORA

CONCLUSIONES

Se cumplió con el primer objetivo de diagnosticar los tipos de contratación ejecutados por el Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2017, se determina que la mayoría son de ínfima cuantía y de catálogo electrónico ya que la mayoría de compras son medicinas.

Para efectuar adecuadamente la auditoría de gestión y cumplir con el objetivo propuesto, se tuvo que revisar las normas internacionales de auditoría, los principios del control interno, la ley y el reglamento de los procesos de contratación pública y en base a estos conocimientos realizar la auditoría de gestión al Hospital José María Velasco Ibarra.

Se concluye la auditoría de gestión a los procesos de contratación pública, presentando el informe final de auditoría de gestión, identificando los hallazgos los siguientes hallazgos: no se toma en cuenta la competencia profesional, no se modifican los objetivos en función de los cambios en políticas, no se da seguimiento al cumplimiento de indicadores, no se hace identificación de riesgos, la comunicación no es abierta, la información procesada no es completa y confiable y no se hace la verificación de bienes cuando se reciben del proveedor.

RECOMENDACIONES

Es importante recomendar que para realizar una auditoría de gestión en una entidad cualquier, el paso inicial es realizar un diagnóstico inicial, que puede compararse con la primera fase de auditoría que es la visita preliminar.

Es lo más recomendable fundamentarse en las normas internacionales de auditoría, y las normas de control interno del COSO III, que es el más actualizado, se pueden hacer alguna adaptación de acuerdo a la realidad de la Institución.

La alta Dirección debe tomar en cuenta las recomendaciones dadas en cada uno de los siete hallazgos identificados, para evitar problemas con la contraloría general del Estado, por ejemplo, ese de no verificar la calidad del bien es grave y el organismo de control si observa.

BIBLIOGRAFÍA

- Albán , G.** (2010). *Control Interno*. Quito: Mundi-Prensa.
- Arens, A., Elder R, J., &Beasley M, S.** (2007). *Auditoría un enfoque integral*. México: Pearson Educación.
- Auditól.** (2012). 17 *Principios de control interno*. Recuperado de: [https://www.google.com/search?q=Auditól.\(2012\).+17+Principios+de+control+interno.+Bogot%C3%A1%3A+Red+de+conocimientos+de+Auditor%C3%ADa+y+Control+interno.&aq=chrome..69i57.433j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Auditól.(2012).+17+Principios+de+control+interno.+Bogot%C3%A1%3A+Red+de+conocimientos+de+Auditor%C3%ADa+y+Control+interno.&aq=chrome..69i57.433j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8).
- Blanco Luna, Y.** (2012). *Auditoría integral normas y procedimientos*. Bogotá: Ecoe Ediciones
- Canseco, I.** (2007). *La auditoría administrativa como mecanismo de evaluación y control de cuentas por cobrar del Consorcio Bimbo C. A.* (Tesis de Pregrado. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo). Recuperado de: https://www.academia.edu/9599120/universidad_aut%C3%93noma_del_estado_de_hidalgo_instituto_de_ciencias_economico_administrativas_la_auditoria_administrativa_como_mecanismo_para_la_evaluacion_y_control_de_cuentas_por_cobrar_del_consortio_bimbo_pachuca_licenciado_en_contadur%C3%8da
- Cañibaro, L.** (1996). *Curso de Auditoría contable*. Madrid: Pirámide
- Chávez, V., & Pilco, J.** (2011). *Auditoría de Gestión al Departamento de Contabilidad del Gobierno Municipal de Penipe correspondiente al período enero a diciembre del 2010 a fin de alcanzar la eficiencia operativa*. (Tesis de Pregrado. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Recuperado de: <http://dspace.espe.edu.ec/handle/123456789/2660>
- Contraloría General del Estado.** (2011). *Manual de Auditoría de Gestión*. Quito: Contraloría General del Estado.
- Cook, J., & Gary, W.** (1997). *Auditoría*. Buenos Aires: McGraw-Hill.
- Correa Pinzón, H., & Anaya Lorduy, J.** (2012). *Auditoría de gestión y contable*. Calí: Contadores de Colombia.
- Cortés, A.** (2011). *Características de una Auditoría de Gestión*. Quito: Disgrafic.
- Cuellar, G.** (2011). *Manual de Auditoría*. Colombia: Universidad del Cauca.
- Franklin, E.** (2011). *Auditoría Administrativa*. México: Pearson Educación.
- González, R.** (2010). *Marco teórico y conceptual de la Auditoría de Gestión*. Bogotá: UMC gráficas.

- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G.** (2011). *Tutoría de la investigación científica*. Quito: Diemerino.
- López, N.** (2016). *Auditoría de gestión al Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Chonta Punta, Cantón Tena, período 1 de enero al 31 de diciembre del 2015*.(Tesis de Pregrado. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Recuperado de:<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/12760>
- Maldonado, M.** (2011). *Auditoría de Gestión*. Quito: Abya Yala.
- Millan, E. & Shumacher, R.** (2010). *Investigación Educativa*. México: Pearson Educación.
- Muñoz, C.** (2011). *Auditoría en Sistemas Computacionales*. México: Pearson Educación.
- Puerres, I.** (2012). *Auditoría Operacional*. Colombia : Universidad Javeriana.
- Ramírez, L.** (2011). *Investigación científica*. Machala: Impssur.
- Redondo Durán, R., Llopert Pérez, X., & Durán Juve, D.** (1996). *Auditoría de Gestión*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Revelo, J.** (2012). *Auditoría Administrativa*. Quito: Universidad Tecnológica Equinoccial.
- Sandoval Morales, H.** (2012). *Introducción a la auditoría*. México: Red Tercer Milenio.
- Téllez, B.** (2012). *Principios de Auditoría*. Lima: Contadores de Perú.





**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE
CHIMBORAZO**

**DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS
PARA EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN**



**UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS
REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA**

Fecha de entrega: 06/01/2020

INFORMACIÓN DEL AUTORA
Nombres – Apellidos: Erika Marilda Guzmán Martínez
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
Carrera: LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO
Título a Optar : LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO
f. Documentalista Responsable: ING. INTY SALTOS