



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

INGENIERAS EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA C.P.A.

TEMA:

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010 PARA EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES SAN JUAN EN LA CIUDAD DE RIOBAMBA”.**

AUTORAS:

**NORMA ELIZABETH LLUAY HUARACA
MAYRA CRISTINA MOREANO CARRASCAL**

RIOBAMBA – ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que el presente trabajo ha sido revisado en su totalidad, quedando autorizada su presentación.

Dr. Patricio Robalino
DIRECTOR DE TESIS

Ing. Fernando Velóz Navarrete
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Las ideas expuestas en el presente trabajo de investigación y que aparecen como propias son en su totalidad de absoluta responsabilidad de las autoras.

Norma Elizabeth Lluay Huaraca
Mayra Cristina Moreano Carrascal

AGRADECIMIENTO

“A nuestra querida Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por aportar con el conocimiento para el desempeño de nuestra profesión, por brindarnos la oportunidad de compartir con nuestros profesores y compañeros durante nuestra formación académica.

A todos y cada uno de los docentes que durante nuestra vida politécnica nos han impartido sus conocimientos, de tal forma que nos permitieron crecer como profesionales y desenvolvemos en el ámbito laboral con excelencia”.

Norma Elizabeth Lluay Huaraca
Mayra Cristina Moreano Carrascal

DEDICATORIA

“En este largo camino hay seres que nos acompañan y están junto a nosotros a lo largo de nuestra existencia por eso dedico este trabajo a: Dios el ser más sublime e importante en mi vida, mi padre que desde el cielo me protege, ilumina y guía, mi madre por ser el ejemplo de vida y quien con sacrificio entrega y amor me brindó la oportunidad de estudiar esta noble profesión y culminar mi carrera, mis hermanos y sobrinos por ser quienes me impulsan e inspiran para lograr y cumplir mis metas, sueños y anhelos”.

Norma Elizabeth Lluay Huaraca

“A mi madre Mayra y a mi hermana Daniela, a quienes agradezco de todo corazón su amor y apoyo incondicional, las llevaré conmigo en cada momento de mi vida.”.

Mayra Cristina Moreano Carrascal

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pag.
Portada	i
Certificación del Tribunal	i
Certificación de Autoría.....	ii
Agradecimiento	iii
Dedicatoria.....	iv
Índice de Contenido	v
Índice de Cuadros.....	vii
Índice de Figuras	vii
Índice de Anexos	viii
Introducción	ix
Capítulo I	1
1. Generalidades.....	1
1.1. Reseña Histórica.....	1
1.2. Base legal	2
1.3. Ubicación geográfica.....	2
1.4. Misión.....	3
1.5. Visión	3
1.6. Objetivos institucionales.....	3
1.6.1. Objetivo general	3
1.6.2. Objetivos específicos	4
1.7. Principios	4
1.8. Políticas Institucionales.....	5
1.9. Estructura organizacional.....	7
1.10. Reglamento interno.....	11
1.11. Identificación de factores claves del medio interno	11
1.12. Análisis de la Matriz FODA	18
Capítulo II	19
2. Marco teórico de auditoría de gestión	19
2.1. Historia y evolución de la auditoría	19
2.2. Definiciones.....	20
2.2.1. Auditoría.....	20
2.2.2. Gestión.....	22
2.2.2.1. Elementos de gestión.....	22
2.2.3. Auditoría de gestión	24
2.2.3.1. Objetivos de la auditoría de gestión	25
2.2.3.2. Propósitos De La Auditoría De Gestión	27
2.2.3.3. Beneficios de la auditoría de gestión	28
2.2.3.4. Riesgos de auditoría de gestión.....	30

2.3.	Fuentes de medición.....	33
2.3.1.	Indicadores de gestión.....	38
2.3.1.1.	Clasificación de los indicadores de gestión.....	39
2.3.1.2.	Atributos de los indicadores de gestión.....	47
2.3.2.	Control interno.....	47
2.3.2.1.	Fines del control interno.....	49
2.4.	Método COSO.....	50
2.4.1.	Definición.....	50
2.4.2.	Componentes.....	51
2.4.2.1.	Ambiente de control.....	51
2.4.2.1.	Evaluación de riesgos.....	52
2.4.2.3.	Actividades de control.....	53
2.4.2.4.	Sistemas de información y comunicación.....	54
2.4.2.5.	Supervisión y monitoreo.....	56
2.4.3.	Actividades de monitoreo ONGOING.....	57
2.4.5.	Ventajas y desventajas del método COSO.....	58
Capítulo III	59
3.	Ejecución de la auditoría de gestión al Hospital de Especialidades San Juan.....	59
3.1.	Información General – Archivo Permanente.....	59
3.1.1.	Programa de Auditoría.....	76
3.1.1.1.	Entrevista al Gerente.....	78
3.1.2.	Cuestionarios de Control Interno.....	82
3.1.2.1	. Resumen de conclusiones y recomendaciones de cada componente.....	118
3.1.3.	Cuestionarios de control interno por cada área del hospital.....	126
3.1.4.	Análisis de cumplimiento de metas y objetivos estratégicos institucionales.....	138
3.1.4.1.	Cuestionarios de conocimiento y aplicabilidad de la misión y visión....	139
3.1.4.2.	Análisis del cumplimiento del POA.....	145
3.2.	Área de Administración.....	146
3.2.1.	Indicadores de Gestión para el Área de Administración.....	146
3.2.2.	Evaluación al Reglamento Interno institucional.....	149
3.2.3.	Cuestionarios de cumplimiento de código de ética.....	150
3.2.4.	Tratamiento de desechos hospitalarios.....	152
3.3.	Área de Talento Humano.....	154
3.3.1.	Indicadores de Gestión para el Área de Talento Humano.....	154
3.3.2.	Evaluación del Proceso de Contratación de Personal.....	155
3.4.	Área Comercial.....	159
3.4.1.	Indicadores de Gestión para el Área Comercial.....	159
3.4.2.	Evaluación del Proceso de Adquisición de Medicamentos.....	161

Capítulo IV	164
4. Comunicación de Resultados y Recomendaciones	164
Capítulo V	229
5. Conclusiones y recomendaciones.....	229
5.1. Conclusiones.....	229
5.2. Recomendaciones	230
Resumen	231
Abstract	¡Error! Marcador no definido.232
Bibliografía	233
Anexos	235

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Título	Página
1.	Matriz de factores internos	12
2.	Perfil estratégico interno	14
3.	Matriz de factores externos	15
4.	Perfil estratégico externo	17
5.	Análisis de la Matriz FODA	18
6.	Descripción de las figuras utilizadas en el flujograma.....	37
7.	Principales directivos	67
8.	Principales Funcionarios	68

ÍNDICE DE FIGURAS

No.	Título	Página
1.	Plano de la Ciudad de Riobamba.....	2
2.	Organigrama Estructural Hopiesaj	8
3.	La empresa bajo el enfoque estructural	24
4.	Organigrama Estructural	66
5.	Guía de entrega de documentos.....	71
6.	Análisis de la Misión.....	140
7.	Análisis de la Visión	144
8.	Análisis de la ética	151
9.	Flujograma de contratación de personal	158
10.	Flujograma de adquisición de medicamentos	163

ÍNDICE DE ANEXOS

No.	Título	Página
1.	Reglamento Interno Hospital Especialidades San Juan S.A.....	236
2.	Cuestionario Análisis de la Misión.....	256
3.	Cuestionario Análisis de la Visión	257
4.	Cuestionario Ética	258
5.	Fotos	259

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Especialidades San Juan S.A se fundó el 18 de abril de 1997, el mismo tiene como objetivo brindar servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares.

Considerando la importancia de medir los resultados de la gestión, con el fin de verificar el cumplimiento de las metas institucionales, se ha realizado una auditoría de gestión, es decir un examen sistemático de evidencias, realizado con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión de la organización institucional, programa, actividad o función.

Para la realización de la auditoría se ha utilizado el método coso, evaluando componentes como el ambiente de control, la evaluación de riesgos, actividades de control, la información y comunicación y la supervisión y seguimiento, además se realizaron cuestionarios interno por cada área del hospital, a través de narrativas también se analizaron los objetivos estratégicos institucionales, el conocimiento y aplicabilidad de la misión, visión, el cumplimiento de ética, el reglamento institucional; a través de fórmulas se diseñaron indicadores para las áreas de administración, comercial y recursos humanos, se realizó además un análisis del tratamiento de desechos hospitalarios, y se realizaron flujogramas donde se muestran los procesos de adquisición de medicamentos y de contratación de personal.

A través de la realización de la auditoría se detectaron hallazgos los cuales se compilaron en un informe y se realizaron las conclusiones y recomendaciones necesarias a la administración del hospital con el fin de mejorar su gestión.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1 Reseña Histórica

Desde el inicio de sus actividades como Hospital de Especialidades “San Juan”, fue creado por la visión de gente emprendedora, quienes siempre han pensado en la salud y bienestar de la zona centro del país.

En primera oportunidad este organismo surgió en 1982 como Clínica María Auxiliadora, posteriormente en Clínica “San Juan de Dios” para finalmente transformarse en 1998 en “HOSPIESAJ”.

Hasta el momento ha sido una de las instituciones que ha brindado un servicio eficiente, con innumerables pacientes que han confiado en este centro de salud, con médicos y profesionales altamente calificados.

Este nivel de preferencia lo ha logrado, entre otras cosas, gracias a su prestigioso cuerpo médico, al personal altamente calificado y a sus modernas instalaciones. De ahí que el hospital ha sido el paradigma de profesionalismo y tecnología, así como de ejemplo de servicio a la comunidad. Como una expresión de su vocación desde 1998, ha realizado su mejor esfuerzo, superándose día a día, para brindar servicios de calidad a cada uno de los pacientes. Es por ello que durante estos cuatro años se han incorporado varios programas como: HOSPIMOVIL, DIAMED, HOSPICARDIO, HOSPICREDITO Y VISITAS COMUNITARIAS, que en la actualidad son alternativas principales de los hogares chimboracenses y de las provincias de la zona centro.¹

¹ Archivo digital proporcionado por Gerencia.

1.2. Base legal

Hospiesaj S.A. es una entidad legalmente constituida por lo que está sujeta al cumplimiento de leyes y regulaciones emitidas por:

- Constitución de la República del Ecuador
- Superintendencia de Compañías
- Servicio de Rentas Internas
- IESS - Ley de seguridad social
- Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Relaciones Laborales.

1.3. Ubicación geográfica

Provincia: Chimborazo

Ciudad: Riobamba

Dirección: Veloz y Autachi

Teléfonos: 294-5871 / 296-3098 / 294-4636

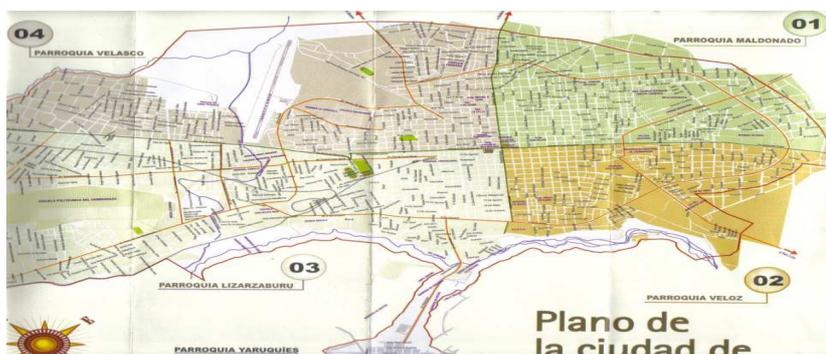
Fax: 294-5871 / 296-3098 / 294-4636

Email: robertocostales@hotmail.com y fnoriegavallejo@yahoo.es

Website: www.hospiesaj.med.ec.

Figura N° 1

Plano de la Ciudad de Riobamba



Fuente: www.ilustremunicipioderriobamba.com

1.4. Misión

“El Hospital de Especialidades San Juan S.A, cuenta con una infraestructura física y equipamiento moderno, ofrece servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, para las Provincias del Centro del País en base a una atención profesional, personalizada, brindada con calidez y eficiencia y que contribuya al desarrollo de la sociedad. Además, nuestra Institución tiene como fin el desarrollo integral de sus colaboradores médicos, socios y todo el personal que labora en la Institución”.

1.5. Visión

“Convertir al Hospital de Especialidades San Juan S.A. en uno de los mejores Hospitales Privados del País estructurando servicios de salud con tecnología de cuarto nivel y atención de excelente calidad, para atender pacientes del País y del exterior incursionando en el campo de la investigación científica”.²

1.6. Objetivos institucionales

1.6.1. Objetivo general

Lograr que el Hospital de Especialidades San Juan mejore en forma continuada la calidad de atención médica con un incremento de pacientes hospitalizados, de consulta externa y de servicios complementarios bajo un esquema de permanente investigación científica y docencia universitaria, con incremento de tecnología médica, ampliación de su infraestructura física, armonizando las relaciones laborales mediante el fortalecimiento de una cultura organizacional.

² Archivo digital proporcionado por Gerencia.

1.6.2. Objetivos específicos

- Proporcionar una óptima atención médica a los pacientes brindándole un servicio que satisfaga sus necesidades, requerimientos y expectativas.
- Comunicar la visión, misión y objetivos de la institución a los integrantes del Hospital de Especialidades San Juan para asignar sus responsabilidades.
- Lograr que cada empleado del HOSPIESAJ, trabaje conjuntamente orientado hacia la cultura del paciente y sus familiares.
- Proyectar la imagen del Hospital de Especialidades San Juan en el ámbito nacional e internacional.
- Colaborar con las instituciones gubernamentales y privadas en programas de estudio y desarrollo de métodos y procedimientos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

1.7. Principios

Los Principios con que cuenta el Hospital de Especialidades San Juan son los siguientes:

- El centro de interés de cuantos vivimos y trabajamos en el hospital o en otra obra asistencial, es la persona asistida.
- Promovemos y defendemos los derechos del enfermo y necesitado, teniendo en cuenta su dignidad personal.
- Nos comprometemos decididamente en la defensa y promoción de la vida humana.

- Reconocemos el derecho de las personas asistidas a ser convenientemente informadas de su estado de salud.
- Observamos las exigencias del secreto profesional y tratamos de que sean respetadas por cuantos se relacionan con los enfermos y necesitados.
- Defendemos el derecho a morir con dignidad y a que se respeten y atiendan los justos deseos y las necesidades espirituales de quienes están en trance de muerte, sabiendo que la vida humana tiene un término temporal y que está llamada a la plenitud en Cristo.
- Respetamos la libertad de conciencia de las personas a quienes asistimos y de nuestros colaboradores, pero exigimos que se acepte y se respete la identidad de nuestros centros hospitalarios.
- Valoramos y promovemos las cualidades y la profesionalidad de nuestros colaboradores, les estimulamos a participar activamente en la misión de la Orden y les hacemos partícipes del proceso de decisión en nuestras obras apostólicas, en función de sus capacidades y áreas de responsabilidad.
- Nos oponemos al afán de lucro; por tanto, observamos y exigimos que se respeten las normas económicas justas.

1.8. Políticas Institucionales

Con el fin de mantener elementos que identifiquen la organización se ha trabajado en las políticas de estandarización de procesos, procedimientos y comportamiento en general, sustentados en principios de gestión y en valores.

La cultura hospitalaria, debe ser comprendida como un fenómeno social altamente sensible a cualquier cambio en los órdenes económico - social. Sobre esta base y con razón, se ha sostenido que esta es la forma en que los ciudadanos construyen la imagen de su salud, fruto de la interrelación entre la información que recibe de los galenos y la percepción respecto del funcionamiento y desempeño del HOSPIESAJ.

El reflejo visible se proyecta en sus actitudes y reacciones, ya sean de aceptación, indiferencia, intolerancia y hasta hostilidad, o en una de compromiso derivado del grado de confianza respecto de la institución Hospiesaj.

POLÍTICAS DE SERVICIO

El trabajo de los funcionarios del Hospiesaj es muy especializado, ya que ellos requieren estar en conocimiento de múltiples materias del ámbito médico muy complejas. Deberán conocer también los procedimientos que la propia Administración Hospitalaria ha definido, tanto para sus operaciones internas, como para la forma en que los clientes deben llevar su diagnóstico al pie de la letra. También los funcionarios del Hospiesaj deberán tener un cabal conocimiento del comportamiento de los usuarios según sus respectivos sectores económicos, según sea el tamaño de ellos, todo ello para dar un servicio eficaz.

POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN

Hospiesaj no ha requerido realizar grandes inversiones en materia de difusión respecto de sus funciones y actividades. Su imagen institucional se ha ido configurando y fortaleciendo, en estos últimos años, como producto del cumplimiento responsable de sus obligaciones en el aspecto de salud. Han sido sus actitudes de respeto a la ciudadanía, de rigurosidad en la

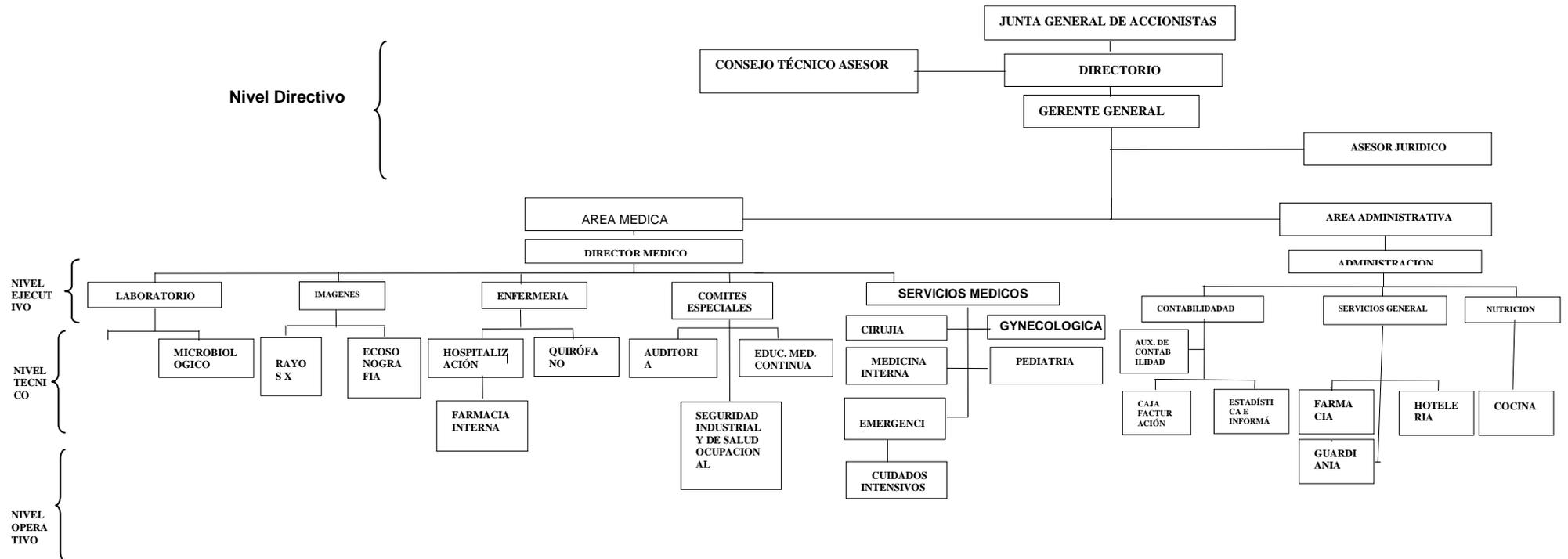
aplicación de la medicina, de atención digna al usuario, de honestidad en la gestión, los principales factores que lo han posicionado en la sociedad.

1.9. Estructura organizacional

En la estructura organizacional del Hospital se establece la existencia de los siguientes niveles:

- Nivel Directivo
- Nivel Operacional
- Nivel de Servicios Generales.

Figura Nº 2
Organigrama Estructural Hospiesaj



Fuente: HOSPIESAJ

ORGÁNICO FUNCIONAL

Hospiesaj SA. tiene establecida una estructura funcional en la que se constituye relaciones de conducta, niveles y actividades de empleados con la finalidad de conseguir la máxima eficiencia administrativa con óptimos resultados de operación, determinada en los siguientes niveles:

Nivel Directivo, que cumplen con funciones de fijación de objetivos y políticas empresariales; planificación, control, organización, coordinación y comunicación de las actividades de la empresa. Este nivel está conformado por:

- 1) Junta General de Socios
- 2) Directorio
- 3) Presidente
- 4) Gerente General

Nivel Operacional, que se encarga de la función ejecutiva médica, atención al cliente ofertando los servicios del hospital, también abarca la función de la administración que regula actividades, responsabilidades y funciones que realiza la entidad para alcanzar los objetivos, en contabilidad se proporcionan los datos financieros, en informática colaboran con finalidad de que el programa contable ayude al procesamiento de los datos, por lo que este nivel hace realidad las resoluciones de los directivos, ejerciendo actividades de dirección departamental.

Este nivel está conformado por:

- 1) Área Técnica:
 - a) Consejo Técnico Asesor
 - b) Director Médico
 - c) Comités Especiales

- d) Jefes de Servicio
- e) Servicios Médicos

2) Área Administrativa:

- a) Administración
- b) Contabilidad
- c) Informática
- d) Información al Público

Nivel de Servicios Generales, constituido por los trabajadores de servicios que colaboran en la atención médica, rehabilitación, ambulatoria y de hospitalización del Hospital, en las disciplinas de diagnóstico y tratamiento, este nivel está constituido por:

1) Área Técnica:

- a) Auxiliares de Enfermería
- b) Auxiliares de Laboratorio e Histopatología
- c) Auxiliares de Imagenología

2) Área Administrativa:

- a) Consejería y limpieza
- b) Cocina
- c) Lavandería y planchado
- d) Costura
- e) Mantenimiento
- f) Bodega y Farmacia Interna
- g) Guardia.
- h) Chofer

1.10. Reglamento Interno

El Hospital de Especialidades San Juan S.A. para el normal desenvolvimiento de sus actividades, debió establecerse una normativa que determine los derechos, deberes y obligaciones de sus empleados y trabajadores, por lo que el 5 de enero de 2010 la Junta de Accionistas acuerda expedir el Reglamento Interno de conformidad al Art. 64 del Código de Trabajo, conteniendo el mismo los siguientes capítulos:

- A. Disposiciones Generales
- B. Jornada de Trabajo
- C. Horas Suplementarias y Extraordinarias
- D. Obligaciones del Empleador
- E. Prohibiciones al Empleador
- F. Obligaciones del Trabajador
- G. Prohibiciones del Trabajador
- H. Vacaciones
- I. Permisos
- J. Las Sanciones
- K. Régimen Disciplinario
- L. Disposiciones Legales³

1.11. Identificación de factores claves del medio interno

Matriz de Factores Internos

Para la evaluación del desenvolvimiento del Hospiesaj la ponderación será la siguiente:

Cada factor tendrá una ponderación, la misma que fluctuará entre 0 hasta 1, por lo que la suma será igual a 1.

³ Ver Anexo 5.1.

Los parámetros que se utilizarán son clasificados así:

- 1 = Debilidad Grave o muy Importante.
- 2 = Debilidad Menor.
- 3 = Fortaleza Menor.
- 4 = Fortaleza Importante.

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

Para los resultados internos la calificación puede ser entre 4 máximo que implica que la empresa está estable y 1 mínimo que indica que la empresa tiene problemas, la media es igual a 2.5. Cuando el resultado es inferior al promedio se tiene más debilidades que fortalezas, y si el resultado es mayor al promedio se posee más fortalezas que debilidades.

**Cuadro Nº 1
Matriz de Factores Internos**

No	FACTORES INTERNOS CLAVES	PONDERACIÓN	CLASIFICACIÓN	RESULTADO PONDERADO
FORTALEZAS				
1	Modernización de Infraestructura y Tecnología.	0,10	4	0,40
2	Profesionales de la Salud Capacitados.	0,10	4	0,40
3	Ampliación de Especialidades.	0,10	4	0,40
4	Recursos Financieros Adecuados par1a Gasto de Capital.	0,10	3	0,30
5	Precios Competitivos	0,10	4	0,40

DEBILIDADES				
6	Falta de una Cultura Organizacional.	0,10	1	0,10
7	Carencia de Evaluación de Desempeño.	0,10	2	0,20
8	Débil Desarrollo del Talento Humano.	0,10	2	0,20
9	Déficit en el Proceso de Comunicación.	0,10	1	0,10
10	Desconocimiento del Reglamento Interno.	0,10	1	0,10
TOTAL		1,00	26,00	2,60

Elaborado por: Las autoras

En base al resultado de 2,60 interpretamos que Hospiesaj tienen más fortalezas que debilidades, por lo que se requiere persistir y preservar estas acciones. Pero hacer lo posible por solucionar las debilidades puesto que no ayudan a la consecución de los objetivos propuestos por la entidad.

Cuadro Nº 2
Perfil Estratégico Interno

ASPECTOS INTERNOS		CLASIFICACIÓN DE IMPACTO				
		DEBILIDAD		NORMAL	FORTALEZA	
		GRAN DEBILIDAD	DEBILIDAD	EQUILIBRIO	FORTALEZA	GRAN FORTALEZA
		1	2	3	4	5
FA	Modernización de Infraestructura y Tecnología.				●	
FA	Profesionales de la Salud Capacitados.				●	
FA	Ampliación de Especialidades.				●	
FG	Recursos Financieros Adecuados para el Gasto de Capital.			●		
FA	Precios Competitivos.				●	
DVC	Falta de una Cultura Organizacional.	●				
DA	Carencia de Evaluación de Desempeño.		●			
DA	Débil Desarrollo del Talento Humano.		●			
DVC	Déficit en el Proceso de Comunicación.	●				
DVC	Desconocimiento del Reglamento Interno.	●				
TOTAL		3	2	1	4	0
PORCENTAJE		30,00%	20,00%	10,00%	40,00%	0,00%

Elaborado por: Las autoras

Matriz de Factores Externos.

Para medir las influencias sobre Hospiesaj, de cualquier cambio del medio externo que se experimenta, se elabora la siguiente matriz: se evalúa a cada

factor mediante una ponderación, la misma que fluctuará entre 0 hasta 1, por lo que la suma será igual a 1.

La clasificación que se usará en los parámetros son:

1 = Amenaza Importante o Mayor.

2 = Amenaza Menor.

3 = Oportunidad Menor

4 = Oportunidad Importante.

El resultado ponderado se obtiene entre la ponderación y la clasificación. Se calcula la suma del resultado ponderado de cada uno de los factores. En los resultados externos la calificación puede ser entre 4 máximo que implica que el Hospital tiene mayores oportunidades y 1 mínimo que indica que el Hospital enfrenta amenazas importantes, la media es igual a 2,5. Cuando el resultado es inferior al promedio se tiene más amenazas que oportunidades, y si el resultado es mayor al promedio se posee más oportunidades que amenazas.

**Cuadro Nº 3
Matriz de Factores Externos**

No	FACTORES EXTERNOS CLAVES	PONDERACIÓN	CLASIFICACIÓN	RESULTADO PONDERADO
OPORTUNIDADES				
1	Seguro Médico al 100% de la Población.	0,10	4	0,40
2	Política Presupuestaria en Detrimento a la Salud	0,10	3	0,30
3	Ubicación Geográfica Estratégica	0,10	4	0,40
4	Importación Directa de Fármacos e Insumos.	0,10	3	0,30

5	Sociedades Estratégicas.	0,10	4	0,40
AMENAZAS				
6	Política Económica de Ajuste	0,10	2	0,20
7	Altas Tasa de Interés	0,10	1	0,10
8	Oferta Creciente de Servicios Médicos Privados.	0,10	1	0,10
9	Crecimiento de Servicios Médicos Alternativos	0,10	1	0,10
10	Incremento de Medicina Natural.	0,10	2	0,20
TOTAL		1,00	25,00	2,50

Elaborado por: Las autoras

Como resultado del análisis se obtuvo 2.50, lo cual se interpreta que Hospiesaj tiene igual oportunidades que amenaza, de manera que al mismo tiempo que tiene sociedades estratégicas el incremento de la medicina natural alternativa crece disminuyendo las oportunidades de obtener más pacientes. Debiéndose tomar medidas precautelares que ayuden a que las oportunidades sean aprovechadas ayuden a que las oportunidades sean aprovechadas.

Cuadro Nº 4
Perfil Estratégico Externo

ASPECTOS EXTERNOS		CLASIFICACIÓN DE IMPACTO				
		AMENAZA		NORMAL	OPORTUNIDAD	
		GRAN AMENAZA	AMENAZA	EQUILIBRIO	OPORTUNIDAD	GRAN OPORTUNIDAD
		1	2	3	4	5
OP	Seguro Médico al 100% de la Población.					
OE	Política Presupuestaria en Detrimento a la Salud					
OP	Ubicación Geográfica Estratégica					
OE	Importación Directa de Fármacos e Insumos.					
OP	Sociedades Estratégicas.					
AP	Política Económica de Ajuste					
AE	Altas Tasa de Interés					
AE	Oferta Creciente de Servicios Médicos Privados.					
AE	Crecimiento de Servicios Médicos Alternativos					
AP	Incremento de Medicina Natural.					
TOTAL		3	2	2	3	0
PORCENTAJE		30,00%	20,00%	20,00%	30,00%	0,00%

Elaborado por: Las autoras

1.12. Análisis de la Matriz FODA

Cuadro Nº 5
Análisis de la Matriz FODA

FACTORES EXTERNOS CLAVES	FACTORES INTERNOS CLAVES
OPORTUNIDADES	FORTALEZAS
Seguro Médico al 100% de la Población.	Modernización de Infraestructura y Tecnología.
Política Presupuestaria en Detrimento a la Salud.	Profesionales de la Salud Capacitados.
Ubicación Geográfica Estratégica.	Ampliación de Especialidades.
Importación Directa de Fármacos e Insumos.	Recursos Financieros Adecuados para Gasto de Capital.
Sociedades Estratégicas	Precios Competitivos.
AMENAZAS	DEBILIDADES
Política Económica de Ajuste	Falta de una Cultura Organizacional.
Altas Tasa de Interés	Carencia de Evaluación de Desempeño.
Oferta Creciente de Servicios Médicos Privados.	Débil Desarrollo del Talento Humano.
Crecimiento de Servicios Médicos Alternativos	Déficit en el Proceso de Comunicación.
Incremento de Medicina Natural.	Desconocimiento del Reglamento Interno.

Elaborado por: Las autoras

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

2.1. Historia y evolución de la auditoría

La Auditoría existe desde tiempos muy remotos aunque no como tal, debido a que no existen relaciones económicas complejas con sistemas contables. Desde los tiempos medievales hasta la Revolución industrial, el desarrollo de la Auditoría estuvo estrechamente vinculado a la actividad puramente práctica y desde el carácter artesanal de la producción el auditor se limitaba a hacer simples revisiones de cuentas de compra y venta, cobros y pagos y otras funciones similares con el objetivo de descubrir operaciones fraudulentas. Así como determinar si las persona que ocupaban puestos de responsabilidad fiscal en el gobierno y en el comercio actuaban e informaban de modo honesto, esto se hacía con un estudio exhaustivo de cada una de las evidencias existentes. Esta etapa se caracterizó por un lento desarrollo y evolución de la Auditoría.

Durante la Revolución Industrial el objeto de estudio comienza a diversificarse se desarrolla la gran empresa y por ende la contabilidad, y a la luz del efecto social se modifica, el avance de la tecnología hace que las empresas manufactureras crezcan de tamaño. Los propietarios empiezan a utilizar los servicios de los gerentes a sueldos. Con esta separación de la propiedad y de los grupos administradores la Auditoría protegió a los propietarios no solo de los empleados sino de los gerentes. Ya a partir del siglo XVI las auditorías en Inglaterra se concentran en el análisis riguroso de los registros escritos y la prueba de la evidencia de apoyo.

Ya en la primera mitad del siglo XX de una Auditoría dedicada solo a descubrir fraudes se pasa a un objeto de estudio cualitativamente superior.

La práctica social exige que se diversifique y el desarrollo tecnológico hace que cada día avancen más las industrias y se socialicen más, por lo que la Auditoría pasa a dictaminar los Estados Financieros.

La Auditoría de Gestión surgió de la necesidad de medir y cuantificar los logros alcanzados por la empresa en un período de tiempo determinado. Desde sus inicios, la necesidad que se le plantea al administrador de conocer en que está fallando o que no se está cumpliendo, lo lleva a evaluar si los planes se están llevando a cabalidad y si la empresa está alcanzando sus metas. Forma parte esencial del proceso administrativo, porque sin control, los otros pasos del proceso no son significativos.

La Auditoría de Gestión aparece inicialmente como “Auditoría Operacional”, posteriormente amplía su accionar con la denominación de “Auditoría Administrativa” y finalmente evoluciona a “Auditoría de Gestión”. Considerando como referente el trabajo de la auditoría financiera se inició labores de evaluación independiente y objetiva de los aspectos operacionales (procesos administrativos) de las organizaciones; es decir, una evaluación realizada por personas no vinculadas al componente auditado.⁴

2.2. Definiciones

Tomando como base lo expuesto anteriormente, se cita definiciones de auditoría por varios autores:

2.2.1. Auditoría

“Es un proceso sistemático de control, verificación y evaluación de los libros contables, registros, documentos y procedimientos operativos con el fin de comprobar la corrección de los registros y las operaciones

⁴ BLÁZQUEZ, Juan. AUDITORÍA. Editorial Nacional de Cuba. La Habana. 1965. Págs.5 -8..

pertinentes, verificar la documentación y su correspondencia, con las operaciones y registros, y evaluar el cumplimiento de los distintos procedimientos del ente, haciendo conocer finalmente un informe del citado proceso”.⁵

Dávalos, Nelson en su libro Enciclopedia Básica de Administración, Contabilidad y Auditoría III ed.:

“Examen que realizan los auditores en forma objetiva, sistemática y profesional sobre los estados financieros de una entidad o empresa e incluye la evaluación del sistema de control interno contable, a base de los registros, comprobantes y otras evidencias que sustenten las operaciones financieras, mediante la aplicación de normas de auditoría generalmente aceptadas, con el propósito de emitir una opinión profesional con respecto a la razonabilidad de los estados financieros examinados y en su ausencia, informar respecto a los sistemas financieros y de control interno”.⁶

La auditoría es el examen crítico y sistemático que realiza una persona o grupo de personas independientes del sistema auditado. Aunque hay muchos tipos de auditoría, la expresión se utiliza generalmente para designar a la auditoría externa de estados financieros, que es una auditoría realizada por un profesional experto en contabilidad, de los libros y registros contables de una entidad, para opinar sobre la razonabilidad de la información contenida en ellos y sobre el cumplimiento de las normas contables. El origen etimológico de la palabra es el verbo latino "Audire", que significa "oír", que a su vez tiene su origen en que los primeros auditores ejercían su función juzgando la verdad o falsedad de lo que les era sometido a su verificación principalmente oyendo.⁷

⁵ O.GRECO, Diccionario Contable, Segunda Edición. Valletta Ediciones: República de Argentina. 2000. Pág. 8.

⁶ FERNÁNDEZ, Eduardo. CONCEPTO DE AUDITORÍA, Valletta Ediciones. México D.F. 2008. Pág. 5.

⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Auditor%C3%ADa_contable

2.2.2. Gestión

Gestión es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos. Se busca fundamentalmente la supervivencia y el crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro del marco que está determinado por los objetivos y políticas establecidas por un plan estratégico e involucra todos los niveles de responsabilidad de la entidad.⁸

Del latín gestión, el concepto de gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Gestionar es realizar diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. Administrar, por otra parte, consiste en gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar.

El término gestión, por lo tanto, implica al conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un proyecto. La gestión es también la dirección o administración de una empresa o de un negocio.⁹

2.2.2.1. Elementos de gestión

Economía.- uso oportuno de los recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, es decir adquisición o producción al menor costo posible, con relación a los programas de la organización y a las condiciones y opciones que presenta el mercado, teniendo en cuenta la adecuada calidad. La responsabilidad gerencial también se define por el manejo de los recursos en función de su rentabilidad, el criterio de economía en su administración, es decir, los mejores resultados al menor costo.

⁸ MALDONADO, Milton K. Auditoría de Gestión. Editora Luz de América. Quito. 2001. Pág. 11 .

⁹ <http://definicion.de/gestion/>

Eficiencia.- Es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios, se expresa como porcentaje comparando la relación insumo-producción de bienes y servicios, como un estándar aceptable o norma; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo. Su grado viene dado de la relación entre los bienes adquiridos o producidos o servicios prestados, con el manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para su obtención; incluye la relación de los recursos programados con los realmente utilizados para el cumplimiento de las actividades; por tanto, es la relación entre el rendimiento de los bienes, servicios u otros resultados y los recursos utilizados para producirlos.

Eficacia.- la relación de servicios o productos generados, los objetivos y metas programados, es decir, entre los resultados esperados y los resultados reales de los proyectos, programas u otras actividades; por lo que, la eficacia es el grado en que una actividad o programa alcanza sus objetivos o metas que se había propuesto, tiene que ver con el resultado del proceso de trabajo de la entidad, por lo que debe comprobarse que la producción o el servicio se haya cumplido en la cantidad y calidad esperada, y que sea socialmente útil el producto obtenido o el servicio prestado.

Ecología.- son las condiciones, operaciones y prácticas relativas a los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en una gestión institucional de un proyecto, programa o actividad.

Ética.- es un elemento básico de la gestión institucional, expresada en la moral y conducta individual y grupal, de los funcionarios y empleados de una entidad, basada en sus deberes, en su código de ética, las leyes, en

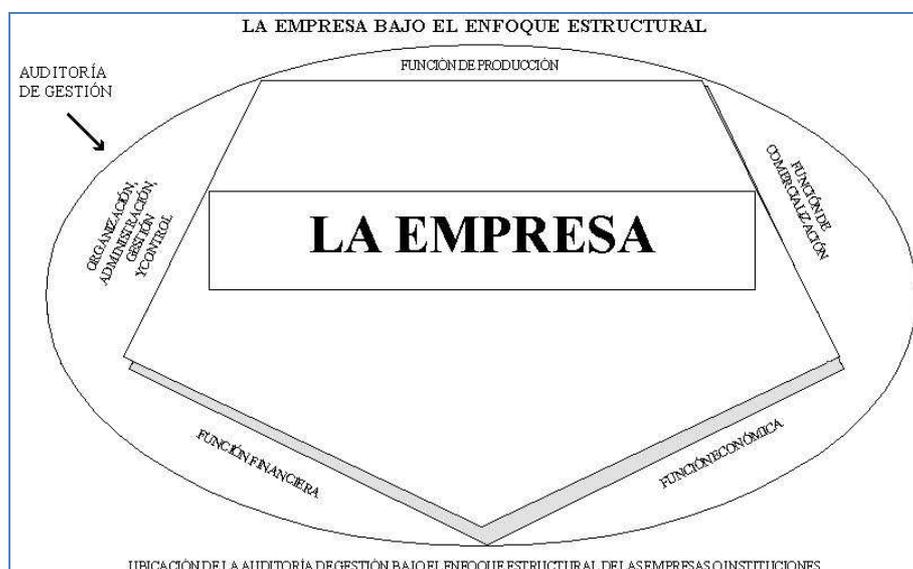
las normas constitucionales, legales y consuetudinarias vigentes de una sociedad.¹⁰

2.2.3. Auditoría de gestión

Es el examen de planes, programas, proyectos y operaciones de una organización o entidad pública, a fin de medir e informar sobre el logro de los objetivos previstos, la utilización de los recursos públicos en forma económica y eficiente, y la fidelidad con que los responsables cumplen con las normas jurídicas involucradas en cada caso. Los conceptos de Eficacia, Eficiencia y Economía están indisolublemente asociados a esta clase de auditoría.¹¹

Figura N° 3

La empresa bajo el enfoque estructural



Fuente: www.monografías.com.

¹⁰ Ibíd. 8.. Pág.15 -16

¹¹ WHITTINGTON Ray, O. & Pany, Kurt. Principios de Auditoría, Mc Graw Hill. México D.F. 2005. Pág. 31.

La Contraloría General del Estado en su manual de Auditoría de Gestión:

“La auditoría de gestión, es el examen sistemático y profesional, efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la eficacia de la gestión de una entidad, programa, proyecto u operación, en relación a sus objetivos y metas; de determinar el grado de economía y eficiencia en el uso de los recursos disponibles; y, de medir la calidad de los servicios, obras o bienes ofrecidos, y el impacto socioeconómico derivado de sus actividades”.¹²

2.2.3.1. Objetivos de la auditoría de gestión

Entre los objetivos prioritarios para instrumentarla de manera consistente tenemos los siguientes:

De control.- Destinados a orientar los esfuerzos en su aplicación y poder evaluar el comportamiento organizacional en relación con estándares preestablecidos.

De productividad.- Encausan las acciones para optimizar el aprovechamiento de los recursos de acuerdo con la dinámica administrativa instituida por la organización.

De organización.- Determinan que su curso apoye la definición de la estructura, competencia, funciones y procesos a través del manejo efectivo de la delegación de autoridad y el trabajo en equipo.

De servicio.- Representan la manera en que se puede constatar que la organización está inmersa en un proceso que la vincula cuantitativa y cualitativamente con las expectativas y satisfacción de sus clientes.

¹² CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito – Ecuador. Abril 2002. Pág. 8

De calidad.- Disponen que tienda a elevar los niveles de actuación de la organización en todos sus contenidos y ámbitos, para que produzca bienes y servicios altamente competitivos.

De cambio.- La transforman en un instrumento que hace más permeable y receptiva a la organización.

De aprendizaje.- Permiten que se transforme en un mecanismo de aprendizaje institucional para que la organización pueda asimilar sus experiencias y las capitalice para convertirlas en oportunidades de mejora.

De toma de decisiones.- Traducen su puesta en práctica y resultados en un sólido instrumento de soporte al proceso de gestión de la organización.

Objetivos específicos de la auditoría de gestión

- Determinar el grado en que se están logrando los resultados o beneficios previstos por la normativa legal, por la propia entidad, el programa o actividad pertinente.
- Establecer si la entidad adquiere, protege y utiliza sus recursos de manera eficiente y económica.
- Establecer si los controles gerenciales implementados en la entidad o programa son efectivos y aseguran el desarrollo eficiente de las actividades y operaciones.
- Proporcionar una base para mejorar la asignación de recursos y la administración de éstos por parte del ente.
- Mejorar la calidad de la información sobre los resultados de la administración de la entidad que se encuentra a disposición de los organismos del estado y de la comunidad en general.
- Incitar a la administración de la entidad para que produzca procesos tendientes a brindar información sobre la economía,

eficiencia y eficacia, desarrollando metas y objetivos específicos y mensurables.

- Evaluar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a operaciones gubernamentales, así como también de los planes, normas y procedimientos establecidos.
- Determinar el grado en que el organismo y sus funcionarios controlan y evalúan la calidad tanto en los servicios que presta como en los bienes adquiridos.¹³

2.2.3.2. Propósitos De La Auditoría De Gestión

- Medición y Comparación de Logros.

Medir y comparar logros alcanzados por las entidades en relación con las metas y objetivos previstos, lo cual permitirá promover la aplicación de las recomendaciones necesarias, al amparo de los principios de Económicos, Eficiencia y Eficacia.

- Control Interno Eficaz.

Enfatizar la importancia de poseer un sistema de control interno que promueva el logro de los objetivos y metas de la entidad, la detección temprana de desviaciones o áreas susceptibles de mejoras en los procesos productivos, administrativos y de servicios, y la aplicación de las medidas que sean necesarias de manera oportuna.

- Cultura de la Responsabilidad.

Promover la cultura de la responsabilidad en la gestión pública, es decir, la obligación ética, moral y legal que tienen los funcionarios públicos de rendir

¹³ MARRERO, Blanca. RODRÍGUEZ, Marnie. Compendio Bibliográfico de Auditoría de Gestión. s/e. Las Tunas Cuba, 2008. Págs. 17-18.

cuenta a la sociedad, sobre lo que han hecho o están haciendo con los fondos y recursos que el estado y el Gobierno han puesto a su disposición para su administración, distribución y custodia.

- Mejoramiento de la Planificación.

Promover en las entidades el mejoramiento de la formulación de sus presupuestos, con miras a lograr una mayor economía, eficiencia y eficacia en su ejecución.

- Necesidad de un Buen Sistema de Información Integral.

Difundir la necesidad de poseer sistema integral de información que faciliten la medición del desempeño de la entidad, tanto desde el punto de vista administrativo como organizacional, y sirvan de apoyo a los administradores en la toma de decisiones adecuadas.¹⁴

2.2.3.3. Beneficios de la auditoría de gestión

- Permite identificar las áreas problemáticas, las causas relacionadas y las soluciones para mejorar.
- Localiza las oportunidades para eliminar derroches e ineficiencias, lo que es significativo en las auditorías de gestión, sin embargo, hay que tener cuidado con las reducciones de costos a corto plazo que causan problemas a largo plazo.
- Identificar los criterios para medir el logro de metas y objetivos de la organización.

¹⁴ <http://www.monografias.com/auditoria%20de%20Gesti%C3%B3n/auditoria2.shtml>

- Habilitar un canal adicional de la comunicación entre los niveles de operación y alta gerencia. Generalmente el personal que trabaja en operaciones es más consciente de los problemas y las causas que el personal de gerencia. Por lo que uno de los beneficios de la auditoría de gestión es la capacidad de los auditores de transmitir preocupaciones operacionales a la gerencia.
- Emitir una evaluación independiente y objetiva de las operaciones. Lo básico es contar con la suficiente y confiable información. Con ello, se podrá entonces construir una base de indicadores que le permitan hacer la interconexión de resultados y obtener una buena estimación del comportamiento organizacional.
- Representa otra herramienta administrativa para auxiliar a la organización en el cumplimiento de los objetivos deseados, ya que una de las causas del fracaso en los negocios se debe a una pobre administración.
- Habitúa a los empleados trabajar con orden y métodos.
- Obliga a la empresa a replantear situaciones en una fuente continua y saludable de nuevas ideas y aplicaciones.
- Por lo que podemos resumir que mediante este tipo de auditoría se le ayuda a la administración a reducir los costos, aumentar las utilidades y aprovechar mejor los recursos materiales, financieros y el talento humano. ¹⁵

¹⁵ <http://www.monografias.com/trabajos11/maud/maud.shtml>

2.2.3.4. Riesgos de auditoría de gestión

Según la Norma Internacional de Auditoría (NIA) No.1, al introducir los conceptos de importancia relativa y riesgos en la auditoría, se señala que:

Al tomar una opinión sobre los Estados Financieros el auditor lleva a cabo una serie de pruebas diseñadas para obtener una razonable seguridad de que dichos estados estén adecuadamente preparados en todos sus aspectos. Dada la actuación del auditor en base a pruebas, así como otras limitaciones de su función y de cualquier sistema de Control Interno, existe un riesgo inevitable de que permanezca oculto algún error importante.

Podemos extender esta aseveración al trabajo que se realiza en la verificación de la gestión por la necesidad de obtener una razonable seguridad en la medición de la eficiencia, eficacia y economía.

De la misma forma se infiere que el diseño y selección de muestras será entonces extensibles a la auditoría de gestión, aplicando métodos estadísticos o no estadísticos.

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

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

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

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

- **Riesgo Inherente:** afecta directamente la cantidad de evidencia necesaria para obtener satisfacción de auditoría suficiente que permita validar una afirmación de integridad, veracidad o valuación y exposición. Cuanto mayor sea el nivel de riesgo inherente, mayor será la cantidad de evidencia de auditoría necesaria, es decir, un alcance mayor de cada prueba en particular y mayor cantidad de pruebas necesarias.
- **Riesgo de Control:** afecta la calidad del procedimiento de auditoría a aplicar y en cierta medida su alcance. El riesgo de control depende de la forma en que se presenta el sistema de control de la entidad o del área que se examina. En términos generales, si los controles vigentes son fuertes, el riesgo de que existan errores o irregularidades no detectados por los sistemas de control es mínimo, y, en cambio, si los controles son débiles, el riesgo de control será alto, pues los sistemas no estarán capacitados para detectar los errores o irregularidades que pudieran suceder y la información procesada tampoco será confiable.
- **Riesgo de Detección:** De que los errores no detectados por deficiencias del Control Interno sean reconocido por el auditor.

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

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

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

Además, sería importante considerar algunos factores generalizados del riesgo de auditoría que puede ser adoptado en cada caso, y que se detallan a continuación:

1. Determinar la confianza que tiene la dirección respecto al funcionamiento del sistema de control interno suponiendo que no se den:
 - Incumplimientos en los procedimientos normalizados.
 - Detección tardía o no detección de los errores o desvíos.
 - Poca experiencia en el personal.
 - Sistemas de información no confiables.
2. Evaluar los riesgos inherentes a la protección de los bienes activos o imagen pública adversa considerando:
 - Probabilidad de ocurrencia de fraudes.
 - Quejas del público.
 - Errores de los criterios que se aplican para tomar decisiones.
 - Barreras externas que afectan al accionar de la empresa.
3. Identificar la existencia o no de cambios reiterativos en el nivel organizacional y los sistemas, atendiendo principalmente:
 - Rotación del personal.
 - Reorganizaciones en el funcionamiento del personal.
 - Crecimiento o reducción del personal.
 - Implantación de nuevos sistemas.
 - Alteraciones de tipo cultural.

4. Evaluar la posibilidad de la existencia de errores que pueden pasar inadvertidos debido a un ambiente de complejidad, originado fundamentalmente por:
 - La naturaleza de las actividades.
 - El alcance de la automatización.
 - La dispersión geográfica.

5. Medir la importancia del tamaño de la auditoría haciendo referencia al número de personas, tanto de la empresa auditada como de los auditores, volumen físico de la documentación e impacto social reconociendo que a mayor tamaño mayores riesgos.

6. Determinar la importancia de la alta dirección le asigna a la auditoría otorgándoles por tanto todas las facilidades en el desarrollo de las tareas a los auditores y su equipo.

7. Considerar la posibilidad de incurrir en errores, o no detectados, según el tiempo de preparación y ejecución de la auditoría que se haya planificado y utilizado verdaderamente.¹⁶

2.3. Fuentes de medición

El logro de la competitividad de la organización debe estar referido al correspondiente plan, el cual fija la visión, misión, objetivos y estrategias corporativas con base en el adecuado diagnóstico situacional, mientras que el control de este plan se enmarca en una serie de acciones orientadas a medir, evaluar, ajustar y regular las actividades planteadas en el plan.

En esta medición, los indicadores de gestión se convierten en los signos vitales de la organización, y su continuo monitoreo permite establecer las

¹⁶ IBID 13. Págs. 119 – 120.

condiciones e identificar los diversos síntomas que se derivan del desarrollo normal de las actividades. En una organización se debe contar con el mínimo número posible de indicadores que nos garanticen contar con información constante, real y precisa sobre aspectos tales como: efectividad, eficiencia, eficacia, productividad, calidad, la ejecución presupuestal, la incidencia de la gestión, todos los cuales constituyen el conjunto de signos vitales de la organización.

La gestión moderna de la empresa y la teoría de la organización tienden a estudiar el microclima social de las empresas más que los factores económicos tradicionales: el comportamiento de los individuos dentro de una estructura organizativa es tan importante como la propia estructura. Así, aunque el pago por ejecución y otros incentivos siguen siendo factores clave para lograr mayores beneficios y cuotas de mercado, otras medidas, como el control de calidad y la gestión de recursos humanos se emplean al margen de las estrategias tradicionales.¹⁷

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



Uno de los resultados del control interno, que permite ir midiendo y evaluando es el control de gestión, que a su vez pretende eficiencia y eficacia en las instituciones a través del cumplimiento de las metas y objetivos, tomando como parámetros los llamados indicadores de gestión,

¹⁷ <http://www.monografias.com/trabajos14/fuentes de medicion/.shtml>

los cuales se materializan de acuerdo a las necesidades de la institución, es decir, con base en lo que se quiere medir, analizar, observar y corregir.

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

- ¿Qué medir?
- ¿Dónde medir?
- ¿Cuándo medir?
- ¿Contra qué medir?

Estas medidas deben relacionarse con la MISIÓN de la organización.¹⁸

Adicionalmente se puede evaluar la gestión empresarial por medios de otras técnicas que adopta el Control Interno para salvaguardar los recursos de la empresa, y estos son:

- **CUESTIONARIOS**

Consiste en la evaluación con base en preguntas, las cuales deben ser contestadas por parte de los responsables de las distintas áreas bajo examen. Por medio de las respuestas dadas, el auditor obtendrá evidencia que deberá constatar con procedimientos alternativos los cuales ayudarán a determinar si los controles operan tal como fueron diseñados.

La aplicación de cuestionarios ayudará a determinar las áreas críticas de una manera uniforme y confiable. Los cuestionarios son formulados de tal manera que las respuestas afirmativas indican la existencia de una adecuada medida de control, mientras que las respuestas negativas señalan una falla o debilidad en el sistema establecido.

¹⁸ IBÍD. 8 . Págs. 18 - 19

- **NARRATIVO**

El método descriptivo consiste, como su nombre lo indica, en describir las diferentes actividades de los departamentos, funcionarios y empleados, y los registros que intervienen en el sistema. Sin embargo, no debe incurrirse en el error de describir las actividades de los departamentos o de los empleados aislada u objetivamente. Debe hacerse la descripción siguiendo el curso de las operaciones a través de su manejo en los departamentos citados.

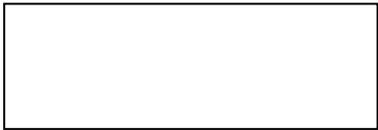
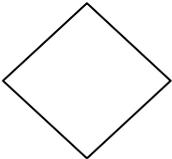
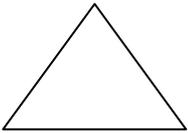
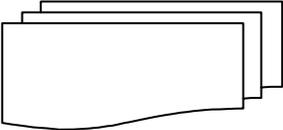
La descripción debe hacerse de manera tal que siga el curso de las operaciones en todas las unidades administrativas que intervienen, nunca se practicará en forma aislada o con subjetividad.

- **FLUJOGRAMAS**

El método de flujogramas es aquel que se expone, por medio de cuadros o gráficos. Si el auditor diseña un flujograma del sistema, será preciso que visualice el flujo de la información y los documentos que se procesan. El flujograma debe elaborarse, usando símbolos estándar, de manera que quienes conozcan los símbolos puedan extraer información útil relativa al sistema. Si el auditor usa un flujograma elaborado por la entidad, debe ser capaz de leerlo, interpretar sus símbolos y sacar conclusiones útiles respecto al sistema representado por el flujograma.¹⁹

¹⁹ CEPEDA, Gustavo. AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO. McGraw-Hill Interamericana S.A. Colombia. 1997. Págs. 34 – 36.

Cuadro Nº 6
Descripción de las figuras utilizadas en el flujograma

GRÁFICO	DESCRIPCIÓN
	<p>PROCESO</p>
	<p>DECISIÓN</p>
	<p>ALMACENAMIENTO INTERNO</p>
	<p>DOCUMENTO</p>
	<p>MULTIDOCUMENTO</p>
	<p>INICIO O FIN</p>

Elaborado por: Las autoras

2.3.1. Indicadores de gestión

Hay que tener presente que un indicador es una relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, y que por medio de estas permiten analizar y estudiar la situación y las tendencias de cambio generadas por un fenómeno determinado, respecto a unos objetivos y metas previstas o ya indicadas.

Los indicadores de gestión son uno de los agentes determinantes para que todo proceso, se lleve a cabo con eficiencia y eficacia, es implementar en un sistema adecuado de indicadores para calcular la gestión o la administración de los mismos.

Los indicadores de gestión son una herramienta muy útil para la realización de una auditoría de gestión, estos indicadores pueden estar ya elaborados por la empresa auditada, en este caso el auditor los analizará como parte de su trabajo, sin embargo si no existen en la empresa los indicadores de gestión o el auditor considera necesario establecer más indicadores de los ya existentes, será el encargado de elaborar con criterio profesional y creatividad los indicadores que requiera para evaluar la eficiencia, eficacia, y economía de la gestión empresarial.

Es absolutamente necesario que la empresa desarrolle e implemente indicadores de gestión, porque lo que no se mide, no se mejora.

Los indicadores permiten medir:

- La eficiencia en el uso de los recursos
- La efectividad en el cumplimiento de metas y objetivos
- La economía en los procesos

- El grado de satisfacción de los clientes internos y externos²⁰

2.3.1.1. Clasificación de los indicadores de gestión

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

1) Indicadores de resultados por área y desarrollo de información

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

2) Indicadores estructurales

La estructura orgánica y su funcionamiento permiten identificar los niveles de dirección y mando, así como, su grado de responsabilidad en la conducción institucional. Estos indicadores sirven para establecer y medir aspectos como los siguientes:

- Participación de los grupos de conducción institucional frente a los grupos de servicios operativos y productivos.
- Las unidades organizacionales formales e informales que participan en la misión de la institución.

²⁰ TRIGUEROS, J.A. y REIG, J. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA OPERATIVA. Madrid: Revista técnica del Instituto de Censores Jurados de Cuentas de España, 1996. Pág. 27

- Unidades administrativas, económicas, productivas y demás que permiten el desenvolvimiento eficiente hacia objetivos establecidos en la organización.

3) Indicadores de recursos

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

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

4) Indicadores de proceso

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

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

5) Indicadores de personal

Corresponden estos indicadores a las actividades del comportamiento de la administración del talento humano, midiendo o estableciendo el grado de eficiencia y eficacia del mismo, respecto a:

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

6) Indicadores interfásicos

Son los que se relacionan con el comportamiento de la entidad frente los usuarios externos ya sean personas jurídicas o naturales. Sirven para medir:

- Velocidad y oportunidad de las respuestas al usuario.
- La demanda y oferta en el tiempo.
- Transacciones con el público, relativos a servicios corrientes y esporádicos (comportamiento de la demanda potencial, demanda atendida, demanda insatisfecha)
- Satisfacción permanente de los usuarios.
- Calidad del servicio (tiempo de atención, información)
- Número de quejas, atención y corrección.
- Existencia y aplicabilidad de normas y reglamentos.

- Generan satisfacción o insatisfacción sobre aquellos índices fundamentales como son la rentabilidad y los índices de competitividad.

7) Indicadores de aprendizaje y adaptación

Estos indicadores corresponden al comportamiento de los recursos humanos dentro de los procesos evolutivos tecnológicos, grupales y de identidad.

Son importantes estos indicadores porque el talento humano debe evaluarse constantemente, para verificar si la gestión que adelantan está de acuerdo con la función asignada, las metas y objetivos. Estos indicadores evalúan:

- Unidades de investigación
- Unidades de entrenamiento
- Unidades normales de adiestramiento
- Estudios de investigación para el desarrollo
- Estudio de innovación²¹

Para la aplicación en la auditoría de gestión, se requiere del conocimiento e interpretación de los siguientes parámetros: economía, eficiencia, eficacia, ecología, ética y calidad.

- **Indicadores de Economía**

Los indicadores de economía, se relaciona con evaluar la capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en el logro de su misión institucional. La administración de los recursos de todo tipo, exige siempre el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la

²¹ IBÍD. 8. Págs. 19 - 23

caja, del presupuesto, de la preservación del patrimonio y de la capacidad de generación de ingresos.

Algunos indicadores de economía de una institución pueden ser: su capacidad de autofinanciamiento, la eficacia en la ejecución del presupuesto, su nivel de recuperación de recursos colocados en manos de terceros, etc.

Los siguientes son algunos indicadores de economía actualmente en uso:

- Ingresos Propios/Ingresos Totales
- Ingresos de Operación/Gastos de Operación.
- Costo del servicio prestado con relación al costo estimado del servicio
- Costo de cama en hospital público con relación al costo de cama en un hospital privado.
- Sueldos y salarios per cápita
- Horas extras per cápita
- Gastos de Operación/Número Total de Servicios Ofrecidos, etc.²²

- **Indicadores de Eficiencia**

Los indicadores de eficiencia, miden la relación entre dos magnitudes: la producción física de un bien o servicio y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese producto, pero de manera óptima. El indicador habitual de eficiencia es el costo unitario o costo promedio de producción, ya que relaciona la producción física, con su costo.

Otro tipo de indicadores de eficiencia es el que relaciona volúmenes de bienes y servicios o recursos involucrados, con los gastos administrativos incurridos por la institución, comparando con un estándar ideal de acuerdo a esa relación.

²² IBID 8. Pág. 26

Algunos ejemplos de este tipo de indicadores son:

- Autorización de registros farmacéuticos/Dotación sección registros
- Insumos utilizados con relación al total de insumos adquiridos
- Horas-Hombre disponibles con relación al total horas-hombre utilizadas
- El rendimiento del servicio prestado, en relación a su costo²³

- **Indicadores de Eficacia**

El índice de eficacia, evalúan el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, que medida el área o la institución como un todo, está cumpliendo con sus objetivos fundamentales, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello. Es posible obtener medidas de eficacia, en tanto exista claridad respecto de los objetivos de la entidad. Se pueden generar medidas de eficacia tales como:

- Grado de satisfacción de los usuarios del bien o del servicio
- Quejas recibidas/quejas resueltas
- Número de usuarios atendidos por servicio/Número Potencial de Usuarios por Servicio
- Tiempo requerido por servicio/Número de Servicios Prestados
- Gastos Ejecutados/Gastos Programados.²⁴

- **Indicadores de Ecología**

Con los indicadores ambientales se trata de lograr en términos medibles que se pueden identificar con una gama de metas; son básicamente medidas de ejecución que ayudan a describir cuantitativamente la calidad ambiental y permiten el monitoreo del progreso; su utilidad es proporcionar información

²³ IBID 8. Pág. 30

²⁴ IBID 8. Pág. 35

ambiental de tipo socio-económica que se requiere para entender un asunto determinado.

Los indicadores ambientales se pueden dividir en dos tipos:

- **Indicadores Ambientales de Calidad.**- miden la condición de las características ambientales claves. Las características seleccionadas deben ser significativas en términos del nivel de impacto o escasez o deben ser indicativas de que representan una medida global de calidad o tendencias básicas.
- **Indicadores Ambientales de Ejecución.**- miden la influencia de las actividades humanas en el medio ambiente. Incluyen indicadores secundarios que miden la calidad básica por procurar indicadores terciarios que valoran el efecto directo de políticas particulares. Ejemplos de estos indicadores incluyen el nivel de actividad económica, la opinión pública, el número de áreas protegidas y cantidad de energía generada.

- **Indicadores de Ética**

Aún no están desarrollados indicadores cuantitativos para medir el elemento ético, no obstante se requiere hacer un trabajo de auditoría de gestión para confrontar la conducta ética, los valores y moral institucional con el Código de Ética, Reglamento Orgánico Funcional y demás normativa que permita la comparación entre lo escrito o lo estipulado, versus el comportamiento y accionar de los administradores, funcionarios y empleados, quienes están obligados a respetar estrictamente estas normas y a demostrar que su actuación es con transparencia y si reñir a las leyes, normas y buenas costumbres que exige la sociedad.

- **Indicadores de Calidad**

Los indicadores de calidad, miden la satisfacción de los clientes con los atributos del servicio, medidos a través del estándar, como por ejemplo: Satisfacción de becarios; Satisfacción de la población con el programa de vacunación.

La medición de la calidad es mediante:

- Comparación de un producto o servicio con especificaciones o estándares establecidos.
- Comparación de un producto o servicio con especificaciones o estándares reconocidos.
- Encuestas o cuestionarios para medir la satisfacción de las necesidades del cliente o usuario.

- **Indicadores de Impacto**

Son indicadores que muestran la repercusión a mediano plazo o largo plazo en el entorno social, económico o ambiental, de los productos o servicios prestados. Se mide el impacto a través de:

- Notas de prensa sobre la repercusión del producto o servicio producido en el ambiente económico, social o ambiental.
- Encuestas o cuestionarios para medir la satisfacción de las necesidades del cliente o usuario.
- Datos estadísticos o históricos sobre el deterioro ambiental, social o económico.²⁵

²⁵ IBID 8. Pág. 37 - 40

2.3.1.2. Atributos de los indicadores de gestión

Cada medidor o indicador debe satisfacer los siguientes criterios o atributos:

- **Medible:** El medidor o indicador debe ser medible. Esto significa que la característica descrita debe ser cuantificable en términos ya sea del grado o frecuencia de la cantidad.
- **Entendible:** El medidor o indicador debe ser reconocido fácilmente por todos aquellos que lo usan.
- **Controlable:** El indicador debe ser controlable dentro de la estructura de la organización.²⁶

2.3.2. Control interno

El sistema de control interno es un instrumento de gestión que comprende el plan de organización y el conjunto de métodos y procedimientos adoptados dentro de una entidad para salvaguardar su patrimonio, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y administrativa, promover la eficiencia en las operaciones, estimular la observancia de las políticas prescritas y propender al cumplimiento de las metas y objetivos programados.

El concepto de control interno abarca todo el conjunto de mecanismos y procedimientos establecidos por los organismos para asegurar la regularidad, la eficiencia y la eficacia de sus operaciones y actividades.²⁷

¿Por qué y para qué se controla?

No hay un control interno eficiente si la organización no permite, entre otras cosas, una evaluación continua del personal y si no hay voluntad de

²⁶ <http://www.monografias.com/trabajos55/indicadores-de-gestion/indicadores-de-gestion2.shtml#indicad>

²⁷ *Ibid.* 19. Pág. 3.

realizar los ajustes que se requerirán cuando los objetivos de la organización no se estén cumpliendo o se estén logrando con derroche, sin orden, ni transparencia, sin cumplir las normas legales o los principios de eficiencia. Hoy en día, el control interno compromete a todos los empleados con el mejoramiento de la calidad de la gestión.²⁸

Objetivos del Sistema de Control Interno

El diseño, la implantación, el desarrollo, la revisión permanente y el fortalecimiento del SCI se debe orientar de manera fundamental al logro de los siguientes objetivos:

- Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante riesgos potenciales y reales que los puedan afectar.
- Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones de la organización, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades establecidas.
- Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos previstos.
- Garantizar la correcta y oportuna evaluación y seguimiento de la gestión de la organización.
- Asegurar la oportunidad, claridad, utilidad y confiabilidad de la información y los registros que respaldan la gestión de la organización.
- Definir y aplicar medidas para corregir y prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la

²⁸ <http://www.mercadotendencias.com/informe-coso-definicion-de-control-interno/>

organización y que puedan comprometer el logro de los objetivos programados.

- Evitar o reducir fraudes.
- Salvaguarda contra el desperdicio.
- Cumplimiento de las políticas de operación sobre bases más seguras
- Comprobar la corrección y veracidad de los informes contables.
- Salvaguardar los activos de la empresa.
- Promover la eficiencia en operación y fortalecer la adherencia a las normas fijadas por la administración.²⁹

2.3.2.1. Fines del control interno

Entre los fines del control interno se puede tener: el uso eficiente de los recursos disponibles para la consecución de los objetivos. Sin embargo podemos concretar otros fines más específicos como los siguientes:

- Informar, consiste en transmitir y comunicar la información necesaria para la toma de decisiones.
- Coordinar, trata de encaminar todas las actividades eficazmente a la consecución de los objetivos.
- Evaluar, la consecución de las metas (objetivos) se logra gracias a las personas, y su valoración es la que pone de manifiesto la satisfacción del logro.

²⁹ <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin/ctinmegp.htm>

- Motivar, el impulso y la ayuda a todo responsable es de capital importancia para la consecución de los objetivos.³⁰

2.4. Método COSO

2.4.1. Definición

Control Interno es un proceso, ejecutado por la junta directiva o consejo de administración de una entidad, por su grupo directivo (gerencial) y por el resto del personal, diseñado específicamente para proporcionarles seguridad razonable de conseguir en la empresa las tres siguientes categorías de objetivos:

- Efectividad y eficiencia de las operaciones
- Suficiencia y confiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.³¹

El informe COSO, brinda el enfoque de una estructura común para comprender al control interno, el cual puede ayudar a cualquier entidad a alcanzar logros en su desempeño y en su economía, prevenir pérdidas de recursos, asegurar la elaboración de informes financieros confiables, así como el cumplimiento de las leyes y regulaciones, tanto en entidades privadas, como en públicas.

Los componentes del Informe Coso se integran en el proceso de gestión y operan en distintos niveles de efectividad y eficiencia, los que permiten que los directores se ubiquen en el nivel de evaluadores de los sistemas de control, en tanto que los gerentes que son los verdaderos ejecutivos, se

³⁰ FRANKLIN Enrique. Auditoría Administrativa, Gestión Estratégica del Cambio. Segunda Edición , Editorial Pearson Educación: México. 2007. Pág. 34.

³¹ ESTUPIÑÁN, Rodrigo. Control Interno y fraudes con base en los ciclos tradicionales. Análisis de Informe COSO I y II. Ecoe Ediciones. Colombia. Segunda Edición. Pág. 25

posicionen como los propietarios del sistema de control interno, a fin de fortalecerlo y dirigir los esfuerzos hacia el cumplimiento de sus objetivos.³²

2.4.2. Componentes

El control interno consta de cinco componentes interrelacionados, que se derivan de la forma como la administración maneja el ente, y están integrados a los procesos administrativos, los cuales se clasifican:

- Ambiente de Control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de control
- Información y Comunicación
- Supervisión y seguimiento.

2.4.2.1. Ambiente de control

Consiste en el establecimiento de un entorno que estimule e influya la actividad del personal con respecto al control de sus actividades. Es en esencia el principal elemento sobre el que sustentan o actúan los cuatro componentes e indispensables, a su vez, para la realización de los propios objetivos de control.

El ambiente de control es la base de los demás componentes de control a proveer disciplina y estructura para el control e incidir en la manera como:

- Se estructuran las actividades del negocio.
- Se asigna autoridad y responsabilidad.
- Se organiza y desarrolla la gente.
- Se comparten y comunican los valores y creencias.

³² <http://www.monografias.com/trabajos37/control-interno/control-interno2.shtml>

- El personal toma conciencia de la importancia del control.

Factores de Ambiente de Control

- La integridad y los valores éticos.
- El compromiso a ser competente
- Las actividades de la junta directiva y el comité de auditoría
- La mentalidad y estilo de operación de la gerencia
- La estructura de la organización
- La asignación de autoridad y responsabilidades.
- Las políticas y prácticas de recursos humanos.

2.4.2.1. Evaluación de riesgos

Todas las organizaciones independientemente de su tamaño, naturaleza o estructura, enfrentan riesgos. Los riesgos afectan la posibilidad de la organización de sobrevivir, de competir con éxito para mantener su poder financiero y la calidad de sus productos o servicios. No existe forma práctica de reducir el riesgo a cero. La dirección debe tratar de determinar cuál es el nivel de riesgo que se considera aceptable y mantenerlo dentro de los límites marcados. Así mismo, se refiere a los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios tanto los que influyen en el entorno de la organización como en el interior de la misma.

En toda entidad, es indispensable el establecimiento de objetivos tanto globales de la organización como de actividades relevantes, obteniendo con ello un base sobre la cual sean identificados y analizados los factores que amenazan su oportuno cumplimiento.

Riesgos

El proceso mediante el cual se identifica, analizan y se manejan los riesgos que forman parte importante de un sistema de control efectivo. Los riesgos de actividades también deben ser identificados, ayudando con ello a administrar los riesgos en las áreas o funciones más importantes; las causas en este nivel pertenecen a un rango amplio que va desde lo obvio hasta lo complejo y con distintos grados de significación.

El análisis de riesgos y su proceso. Sin importar la metodología en particular, debe incluir entre otros aspectos los siguientes:

- La estimación de la importancia del riesgo y sus efectos.
- La evaluación de la probabilidad de ocurrencia
- El establecimiento de acciones y controles necesarios
- La evaluación periódica del proceso anterior.

2.4.2.3. Actividades de control

Son aquellas que realizan la gerencia y demás personal de la organización para cumplir diariamente con las actividades asignadas. Estas actividades están expresadas en las políticas, sistemas y procedimientos.

Ejemplos de estas actividades son la aprobación, la autorización, la verificación, la conciliación, la inspección, la revisión de indicadores de rendimiento, la salvaguarda de los recursos, la segregación de funciones, la supervisión y entrenamiento adecuados.

Las actividades de control tienen distintas características, Pueden ser manuales o computarizadas, administrativas u operacionales, generales o específicas, preventivas o detectivas.

Las actividades de control son importantes no solo porque en si mismas implican la forma correcta de hacer las cosas, sino debido a que son el medio idóneo de asegurar en mayor grado el logro de los objetivos.

Importancia

Las actividades de control constituyen el núcleo de los elementos de control interno. Apuntan a minimizar los riesgos que amenazan la consecución de los objetivos generales de la organización. Es necesario que cada control esté en consonancia con el riesgo que previene, teniendo presente que los controles exagerados son tan perjudiciales como el riesgo excesivo, y reducen la productividad.

Categorías

Los controles pueden agruparse en tres categorías según sea el objetivo de la entidad con el que estén relacionados:

- Las operaciones
- La confiabilidad de la información financiera
- El cumplimiento de leyes y reglamentos

2.4.2.4. Sistemas de información y comunicación

Consecuentemente la información pertinente debe ser identificada, capturada, procesada y comunicada al personal en forma y dentro del tiempo indicado, de forma tal que le permita cumplir con sus responsabilidades. Los sistemas de información están diseminados en todo el ente y todos ellos atienden a uno o más objetivos de control. De manera amplia, se considera que existen controles generales y controles de aplicación sobre el sistema de información.

Todo el personal debe recibir un claro mensaje de la Alta Gerencia de sus responsabilidades sobre el control así como la forma en que las actividades individuales se relacionan con el trabajo de otros. Asimismo, debe contarse con medios para comunicar información relevante hacia los mandos superiores, así como a entidades externas.

Se realizan diversos controles en este componente tales como:

Controles Generales

Tienen como propósito asegurar una operación y continuidad adecuada, e incluye el control sobre el centro de procesamiento de datos y su seguridad física, contratación y mantenimiento del hardware y software, así como la operación propiamente dicha.

Controles de Aplicación

Están dirigidos hacia el interior de cada sistema y funciona para lograr el procesamiento, integridad y confiabilidad, mediante la autorización y validación correspondiente. Desde luego estos controles cubren las aplicaciones destinadas a las interfaces con otros sistemas de los que reciben o entregan información.

Información y Comunicación

Para poder controlar una entidad y tomar decisiones correctas respecto a la obtención, uso y aplicación de los recursos, es necesario disponer de información adecuada y oportuna. Los estados financieros constituyen una parte importante de esa información y su contribución es incuestionable.

2.4.2.5. Supervisión y monitoreo

Las actividades diarias permiten observar si efectivamente los objetivos de control se están cumpliendo y si los riesgos se están considerando adecuadamente. Los niveles de supervisión y gerencia juegan un papel importante al respecto, ya que ellos son quienes deben conducir si el sistema de control es efectivo o ha dejado de serlo tomando las acciones de corrección o mejoramiento que el caso exige. En general, los sistemas de control están diseñados para operar en determinadas circunstancias. Claro está que para ello se tomaron en consideración los objetivos, riesgos y las limitaciones inherentes al control; sin embargo, las condiciones evolucionan debido tanto a factores externos como internos, provocando con ello que los controles pierdan su eficiencia.

Evaluaciones Independientes

Este tipo de actividades también proporciona información valiosa sobre la efectividad de los sistemas de control. Desde luego las ventajas de este enfoque es que tales evaluaciones tienen un carácter independiente, que se traduce en objetividad y que están dirigidas respectivamente a la efectividad de los controles y por adicción a la evaluación de la efectividad de los procedimientos de supervisión y seguimiento del sistema de control.

Reporte de deficiencias

El proceso de comunicar las debilidades y oportunidades de mejoramiento de los sistemas de control, debe estar dirigido hacia quienes son los propietarios y responsables de operarlos, con el fin de que implementen las acciones necesarias.

Participantes y sus responsabilidades

Todo el personal tiene alguna responsabilidad sobre el control. La Gerencia es la responsable del sistema de control y debe asumir su propiedad. Los Ejecutivos Financieros tienen un papel importante en la forma en que la Gerencia ejercita el control, no obstante que todo el personal es responsable de controlar sus propias áreas. De igual manera, el Auditor Interno contribuye a la marcha efectiva del sistema de control, sin tener responsabilidad directa sobre su establecimiento y mantenimiento.

Supervisión y Evaluación Sistemática de los Componentes

La realización de las actividades diarias permite observar si efectivamente los objetivos de control se están cumpliendo y si los riesgos se están considerando adecuadamente. Los niveles de supervisión y gerencia juegan un papel importante al respecto, ya que ellos son quienes deben concluir si el sistema de control es efectivo o ha dejado de serlo, tomando las acciones de corrección o mejoramiento que el caso exige.³³

2.4.3. Actividades de monitoreo ONGOING

Son múltiples las actividades que sirven para monitorear la efectividad del control interno en el curso ordinario de las operaciones. Incluyen actos regulares de administración y supervisión, comparaciones, conciliaciones y otras acciones rutinarias.

Actividades Ongoing

- En el desarrollo de las actividades regulares de administración, la gestión operativa obtiene evidencia de que el sistema de control interno continúa funcionando. Cuando los reportes de operación

³³ IBID 31. Págs. 25 – 40.

están integrados o se concilian con el sistema de información financiera y se usan para administrar operaciones en una base ongoing, las inexactitudes o excepciones significativas a los resultados anticipados es probable que sean detectadas fácilmente.

- Las comunicaciones recibidas de partes externas corroboran la información generada internamente o señalan problemas. Los clientes corroboran implícitamente los datos de facturación pagando sus facturas. Mediante el dialogo, los reclamos de los clientes respecto de la facturación pueden indicar deficiencias sistémicas en el procesamiento de las transacciones de ventas.
- La estructura organizacional apropiada y las actividades de supervisión proporcionan una visión amplia de las funciones de control y de la identificación de deficiencias.³⁴

2.4.5. Ventajas y desventajas del método COSO

Ventajas

- Nos ayuda a detectar las falencias que existe dentro de la entidad u organización estableciendo un adecuado control interno.
- El logro de los objetivos que percibe este método se refiere a la efectividad y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad de la información financiera, cumpliendo de las leyes y ordenamientos.

Desventaja

Su principal desventaja es el costo, ya que para tener un sistema de control interno a través del método COSO se requiere de un gran costo.³⁵

³⁴ MANTILLA, Samuel Alberto, Control Interno Informe Coso. Eco Ediciones. Bucaramanga-Colombia. Cuarta Edición. 2005. Págs. 74-75

³⁵ IBID 4. Págs.46.

CAPÍTULO III

EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN

3.1. Información General – Archivo Permanente

En 1977 los médicos Diego Torres, Alberto Gallegos, Jorge Lara, Jorge Mejía, Ángel de la Cruz, ponen a disposición de la ciudad Sultana de Los Andes el Centro Médico Riobamba, ubicado en las calles Guayaquil y Carabobo, en donde se realizaba atención médica en lo que respecta a consulta externa exclusivamente.

En 1978 los citados profesionales inician sus estudios de post-grado hasta 1981, en que retornan a la ciudad de Riobamba, para hacerse cargo de la administración de la Clínica María Auxiliadora ubicada en las calles García Moreno y Veloz.

En 1984 este grupo de profesionales se une a los Doctores Cornelio Jara, Vinicio Moreno y Marcelo Donoso, y conforman la Clínica de Especialidades San Juan, Compañía Limitada, lográndose un crecimiento y desarrollo institucional y un eficiente servicio a la comunidad, siendo su aporte científico y un gran impulso a la medicina en la provincia de Chimborazo, en base al profesionalismo, capacidad científica y fundamentalmente un profundo sentido de ética.

La Junta General de Accionistas de CLINISANJ Compañía Limitada decide nombrar Gerente de la institución al Dr. Diego Torres y se le solicita realizar todas las gestiones tendientes a la adquisición de un terreno y la construcción de su propio edificio. Esta meta se cumple y se procede a fundar el HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN el 18 de abril de 1997 con el aporte importante de nuevos socios médicos y no médicos.

Es muy importante recalcar que en una ciudad como Riobamba, en donde es muy difícil lograr que el empresario privado invierta en obras; se haya conseguido, en base a la confianza y buena fe, juntar capitales y trabajo, para llevar adelante un proyecto de salud realmente innovador en el centro del país.

Es por esto que resulta meritorio el hecho de que esta empresa haya acometido con amplia visión la estructuración de una institución prestadora de servicios de salud con moderna infraestructura física, tecnología de punta, alto nivel de sus profesionales de la salud y una larga experiencia por parte del personal de enfermería, tecnología médica y del área administrativa, todos trabajando para ser el más importante de Hospiesaj, “el paciente y su entorno familiar”.

Siendo la tecnología una herramienta imprescindible para el diagnóstico y tratamiento, Hospiesaj ofrece los siguientes servicios: Resonancia Magnética Nuclear, Mamografía, Ecosonografía, Doppler a color, Intensificador de Imágenes, RX portátil y Laparoscopia Operatoria.

Desde hace dos años, en previsión del funcionamiento de Hospiesaj, se inició el Programa de Calidad Total en Servicios de Salud, dictado por profesionales extranjeros en Administración de Empresas al Personal, en la que antes era la Clínica de Especialidades San Juan. En la actualidad llevan adelante un Proyecto de Mejoramiento Continuo de la Calidad que tiende sobre todo a lograr que el paciente reciba de parte de los profesionales médicos, paramédicos y administrativos el mejor trato que sea posible, ya que consideran que la prestación de servicios intangibles al cliente externo e interno debe recibir la mejor atención, personalizando sus acciones.

En el corto y mediano plazo aspiran colocar a esta naciente institución como uno de los mejores Hospitales Privados del Ecuador, para lo cual en

forma sostenida realizarán el acopio de tecnología de punta en las Especialidades Médicas que así lo requieran.

Para Hospiesaj su filosofía institucional es” La salud no es un privilegio de pocos, sino un derecho de todos”, impulsándolos siempre a continuar con el Programa de Medicina Comunitaria hacia los cantones y sectores marginados en su área de influencia, retribuyendo de alguna manera la confianza que les han brindado sus pacientes, manteniendo siempre su compromiso social.

En esta línea de pensamientos y acción desde hace cuatro años ha llevado a cabo atención médica gratuita a sectores marginados de los diferentes cantones de la provincia de Chimborazo y Bolívar, organizando consulta externa en: Pallatanga, Chunchi, Alausí, San Miguel de Bolívar, atendiendo en total aproximadamente 1200 pacientes en las siguientes especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía Plástica, Neurología, Urología, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina General y Cirugía General. Este proyecto tendrá vigencia por cinco años, luego de los cuales se realizará una evaluación para establecer su continuidad.

MISIÓN

“El Hospital de Especialidades San Juan S.A., cuenta con una infraestructura física y equipamiento moderno, ofrece servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, para las Provincias del Centro del País en base a una atención profesional, personalizada, brindada con calidez y eficiencia y que contribuya al desarrollo de la sociedad. Además, nuestra Institución tiene como fin el desarrollo integral de sus colaboradores médicos, socios y todo el personal que labora en la Institución”.

VISIÓN

“Convertir al Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. en uno de los mejores Hospitales Privados del País estructurando servicios de salud con tecnología de cuarto nivel y atención de excelente calidad, para atender pacientes del país y del exterior incursionando en el campo de la investigación científica”.

OBJETIVOS

GENERAL

Lograr que el Hospital Privado de Especialidades San Juan mejore en forma continuada la calidad de atención médica con un incremento de pacientes hospitalizados, de consulta externa y de servicios complementarios bajo un esquema de permanente investigación científica y docencia universitaria, con incremento de tecnología médica, ampliación de su infraestructura física, armonizando las relaciones laborales mediante el fortalecimiento de una cultura organizacional y una Gerencia altamente descentralizada en los años 2004 al 2006.

ESPECÍFICOS

- Incrementar la cobertura de atención médica que ofrece Hospiesaj en las provincias de Chimborazo, Bolívar, Tungurahua y Pastaza.
- Establecer un proceso de investigación científica y docencia universitaria.
- Elevar la capacidad tecnológica en la atención médica.
- Fortalecer una cultura organizacional, poniendo énfasis en la solidaridad de Médicos y Empleados hacia los pacientes.
- Establecer un rédito adecuado para los inversionistas.

SERVICIOS

Hospiesaj S.A., presta servicios de salud en lo que respecta a consulta externa, hospitalización, tratamiento quirúrgico y clínico, servicio de laboratorio clínico, imagen, farmacia, nutrición y dietética, atención odontológica, servicio de enfermería, cuidados intensivos, imagenología, ultrasonido, fisioterapia, planificación familiar, hospimed: tarjeta de medicina prepagada, hospimóvil: emergencia médica móvil, hospicardio: servicio de Cardiología y Neumología, Ecocardiografía, Laparoscopia Operatoria, fisioterapia y rehabilitación y convenios institucionales.

BASE LEGAL

Hospiesaj S.A. es una entidad legalmente establecida por lo que está sujeta al cumplimiento de leyes y regulaciones en las siguientes instituciones:

- Constitución de la República del Ecuador
- Superintendencia de Compañías
- Servicio de Rentas Internas
- IESS - Ley de seguridad social
- Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Relaciones Laborales.

ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL.

En la estructura orgánico-funcional del hospital se establece la existencia de los siguientes niveles:

Nivel Directivo, que cumplen con funciones de fijación de objetivos y políticas empresariales; planificación, control, organización, coordinación y

comunicación de las actividades de la empresa. Este nivel está conformado por:

- 1) Junta General de Socios
- 2) Directorio
- 3) Presidente
- 4) Gerente General

Nivel Operacional, que se encarga de la función ejecutiva médica, atención al cliente ofertando los servicios del hospital, también abarca la función de la administración que regula actividades, responsabilidades y funciones que realiza la entidad para alcanzar los objetivos, en contabilidad se proporcionan los datos financieros, en informática colaboran con finalidad de que el programa contable ayude al procesamiento de los datos, por lo que este nivel hace realidad las resoluciones de los directivos, ejerciendo actividades de dirección departamental.

Este nivel está conformado por:

- 1) Área Técnica:
 - a) Consejo Técnico Asesor
 - b) Director Médico
 - c) Comités Especiales
 - d) Jefes de Servicio
 - e) Servicios Médicos

- 2) Área Administrativa:
 - a) Administración
 - b) Contabilidad
 - c) Informática
 - d) Información al Público

Nivel de Servicios Generales, constituido por los trabajadores de servicios que colaboran en la atención médica, rehabilitación, ambulatoria y de hospitalización del hospital, en las disciplinas de diagnóstico y tratamiento, este nivel está constituido por:

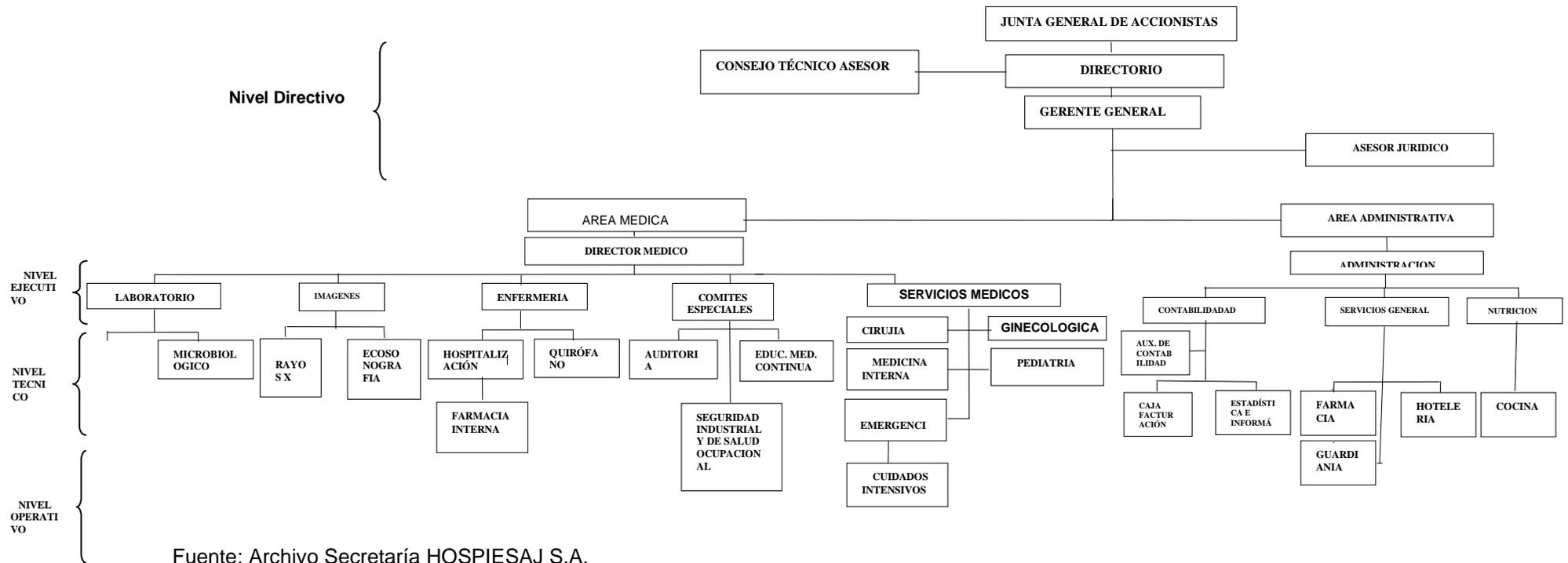
1) Área Técnica:

- a) Auxiliares de Enfermería
- b) Auxiliares de Laboratorio e Histopatología
- c) Auxiliares de Imagenología

2) Área Administrativa:

- a) Consejería y limpieza
- b) Cocina
- c) Lavandería y planchado
- d) Costura
- e) Mantenimiento
- f) Bodega y Farmacia Interna
- g) Guardia.
- h) Chofer

Figura N° 4
Organigrama Estructural



Fuente: Archivo Secretaría HOSPIESAJ S.A.

PRINCIPALES DIRECTIVOS

Cuadro Nº 7

Principales directivos

Hospital de Especialidades San Juan S.A
Miembros del Directorio
Presidente
Dr. Ramiro Zavala
Vicepresidente
Ing. Jorge Jara
Vocales Principales
Dr. Mario Cerda
Dr. Hernán Ayala
Dr. Ángel Soxo
Dr. Juan Coloma
Dr. Rómulo Chávez
Sr. Guillermo Maldonado
Dr. Patricio Vascones
Dr. Edison Cepeda
Dr. Roberto Zúñiga
Vocales Suplentes
Dr. Carlos Jara
Dr. Jaime Vascones
Dr. Nelson Muñoz
Sr. Juan Cortez
Dra. Claudia Narváez
Sr. Oswaldo Cortez
Sra. Martha Maldonado
Dr. Plinio Molina
Dr. Cesar Tilinchana

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Archivo Digital Hospiesaj

Cuadro Nº 8
Principales Funcionarios

FUNCIONARIOS	CARGO
Roberto Costales	Gerente General
Liliana Chávez	Contadora General
María Fernanda Hidalgo	Auxiliar de Contabilidad
Ana Lucía Obregón S.	Administradora
Gabriela Betancourt	Cajera
Margarita Anguieta	Recepcionista
María Josefina Hernández Terán	Jefe de Enfermería
Miguel Arellano Ch.	Jefe de Farmacia
José Marcelo Ortiz Jiménez	Jefe de Laboratorio

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Archivo Digital Hospiesaj

Oficio Circular N° OO1-HS

Riobamba, 20 de noviembre de 2011

Sección: Auditoría

Asunto: ORDEN DE TRABAJO

Señoritas
AUDITORAS
Presente

En cumplimiento al contrato suscrito con HOSPIESAJ S.A., autorizo a ustedes para que realicen una Auditoría de Gestión al Hospital de Especialidades San Juan S.A., por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010.

OBJETIVOS:

- Evaluar el grado de cumplimiento de la misión, metas y objetivos, políticas, planes y procedimientos a través de indicadores.
- Determinar el grado de confiabilidad de la estructura de control interno.
- Formular comentarios, conclusiones y recomendaciones tendientes a mejorar los procedimientos relativos a la gestión.

La realización de este trabajo estará a cargo de ustedes en calidad de auditoras independientes, el tiempo estimado para concluir el mismo es de 30 días laborables, incluida la discusión del borrador del informe.

Atentamente,

Dr. Patricio Robalino
SUPERVISOR

Oficio Circular N° 002-HS

Riobamba, 01 de diciembre de 2011

Sección: Auditoría

Asunto: NOTIFICACIÓN DE INICIO DE EXAMEN

Señores

FUNCIONARIOS Y EX - FUNCIONARIOS DE HOSPIESAJ S.A.

Presente

De nuestra consideración:

En cumplimiento con el contrato suscrito con Hospiesaj S.A., notifico a ustedes que Auditoras Independientes a través de su personal, ha iniciado una Auditoría de Gestión a la entidad por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, agradeceremos a ustedes se sirvan presentar la documentación que se requiera y colaborar con su presencia de ser necesario para el desarrollo de nuestra actividad.

Atentamente,

Srta. Norma Lluay
AUDITORA 1

Srta. Cristina Moreano
AUDITORA 2

Adj. Listado de Recepción de Documentos.

Figura N° 5
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN
AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010
GUÍA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

NONBRES	FIRMA	CÉDULA	HORA DE RECEPCIÓN
Ing. Roberto Costales		1600174757-4	09:30
Ing. Liliana Chávez		060323657-1	10:00
Ing. María Fernanda Hidalgo		060135713-8	10:14
Lcda. Ana Lucía Obregón S.		052253123-7	11:00
Ing. Gabriela Betancourt		18321421-5	10:10
Srta. Margarita Angueta		0651716138	08:00
Lcda. María Josefina Hernández Terán		0642114374	12:30
Ing. Miguel Arellano Ch.		0601323363	14:00
Tlgo. José Marcelo Ortiz Jiménez		060311457-9	11:30

HOJA DE MARCAS

HM	1/1
----	-----

MARCA	SIGNIFICADO
√	Revisado
§	Totalizado
Σ	Sumatoria
€	Error
∞	Hallazgo
•	Conciliado
¥	Documento Verificado
¢	Verificación con documento fuente
±	Inspeccionado
□	Referencia de alguna irregularidad en el papel de trabajo
Å	Verificaciones del Supervisor
£	Verificaciones de Jefe de Grupo

Elaborado por: N.E.LL.H	Fecha: 25/11/2011
Supervisado: M.C.M.C.	Fecha: 27/11/2011

HOSPIESAJ S.A.
PLAN DE AUDITORÍA
2010-12-31

INFORMACIÓN GENERAL

En el año de 1984 un grupo de galenos se unen para conformar la Clínica de Especialidades San Juan Cía. Ltda. logrando un crecimiento y desarrollo institucional y un eficiente servicio a la comunidad, siendo su aporte científico un gran impulso a la medicina en la provincia de Chimborazo, en base al profesionalismo, capacidad científica y fundamentalmente un profundo sentido de ética.

La empresa posee un capital de \$ 372.118 participaciones, por un valor nominal unitario de \$ 1,00

1. OBJETIVOS DE LA EMPRESA

El objeto del Hospital de Especialidades San Juan S.A. es:

- Proporcionar una óptima atención médica a los pacientes brindándole un servicio que satisfaga sus necesidades, requerimientos y expectativas.
- Comunicar la visión, misión y objetivos de la institución a los integrantes del Hospital de Especialidades San Juan para asignar sus responsabilidades.
- Lograr que cada empleado de HOSPIESAJ, trabaje conjuntamente orientado hacia la cultura del paciente y sus familiares.
- Proyectar la imagen del Hospital de Especialidades San Juan en el ámbito nacional e internacional.
- Colaborar con las instituciones gubernamentales y privadas en programas de estudio y desarrollo de métodos y procedimientos auxiliares de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

2. REQUERIMIENTOS DE AUDITORÍA

- Un Informe Corto o Estándar, Conclusiones y Recomendaciones.
- Carta a Gerencia

3. FECHAS DE INTERVENCIÓN

Inicio Trabajo de Campo	2011-12-01
Finalización del Trabajo de Campo	2012-01-31
Elaboración del Borrador del Informe	2012-02-20
Emisión del Informe	2012-03-05

4. PERSONAL ENCARGADO

CARGO	NOMBRE
Supervisor	Dr. Patricio Robalino
Auditora 1	Srta. Norma Lluay
Auditora 2	Srta. Cristina Moreano

5. DIAS PRESUPUESTADOS

En 30 días laborables.

6. ENFOQUE DE LA AUDITORÍA

6.1 Objetivos del Examen

- a) Evaluar el grado de cumplimiento de la misión, metas y objetivos, políticas, planes y procedimientos a través de indicadores.
- b) Determinar el grado de confiabilidad de la estructura de control interno.
- c) Formular comentarios, conclusiones y recomendaciones tendientes a mejorar los procedimientos relativos a la gestión.
- d) Emitir un informe

6.2 Alcance de la Auditoría

El período a examinar comprende de 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 período dentro del cual examinaremos la gestión administrativa y oportunidad

6.3 Metodología a Utilizarse

- a) Entrevistas con las máximas autoridades
- b) Entrevistas con los responsables de las áreas de la institución.
- c) Obtención de evidencia documentaria
- d) Observación directa.
- e) Se emitirá los informes respectivos

6.4 Puntos Básicos de Interés

Es muy importante considerar que la presente es la primera auditoría que se efectuará a HOSPIESAJ S.A.

7. COLABORACIÓN DEL CLIENTE

La colaboración de la institución será coordinada a través de la administradora y del gerente quienes recibirán nuestros requerimientos a las indicaciones en las fechas deseadas.

8. OTROS ASPECTOS

El archivo permanente es creado con nuestras visitas preliminares y este contiene toda la información básica, útil para la presente auditoría y para futuros trabajos.

El presente plan de trabajo fue preparado en base al conocimiento de las operaciones del cliente, de los resultados de la evaluación preliminar de control interno y de las conversaciones mantenidas con los principales funcionarios del hospital.

El Informe se dirigirá al Directorio y al Sr. Gerente del hospital.

Dr. Patricio Robalino
SUPERVISOR

3.1.1. Programa de Auditoría

PROGRAMA DE AUDITORÍA				
OBJETIVO GENERAL				
<p>Evaluar la gestión administrativa mediante indicadores de eficiencia, eficacia, economía, ética y ecología, la confiabilidad de sus operaciones y el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos en el Hospital de Especialidades San Juan S.A. por el año 2010.</p>				
OBJETIVOS ESPECIFICOS				
<p>1.- Establecer si las operaciones que se realizan en el Hospital de Especialidades San Juan S.A. aporta con eficiencia, eficacia y economía al logro de las metas institucionales, si las operaciones se cumplen dentro de un cuidado a la naturaleza y bajo preceptos éticos y la normativa vigente.</p> <p>2.- Analizar si se está cumpliendo con la misión y visión institucional.</p> <p>3.- Determinar el grado de confiabilidad de la estructura de control interno.</p>				
Nº	DESCRIPCIÓN	REF. PT	ELABORADO POR:	FECHA
1.1	Efectúe un reconocimiento Preliminar de la entidad.		NELLH MCMC	01/12/2011
1.1.1	Realice una entrevista con el Gerente de la entidad.	EG	NELLH	01/12/2011
1.2	Practique una evaluación de control interno a través del Método COSO.	CI	NELLH	23/01/2012
1.3	Aplique cuestionarios de control interno por cada área del hospital	CI	MCMC	23/01/2012
1.4	Solicite la Planificación Estratégica Institucional y efectúe un análisis de cumplimiento de metas y objetivos estratégicos institucionales.	PE	MCMC	25/01/2012
1.4.1	Aplique cuestionarios de conocimiento y aplicabilidad de la misión y visión institucional.	AM AV	MCMC MCMC	23/01/2012 23/01/2012

1.4.2	Solicite el POA y practique un análisis de cumplimiento del mismo.	APOA	NELLH	25/01/2012
ÁREA DE ADMINISTRACIÓN				
2.1	Practique una evaluación del grado de cumplimiento de las metas a través de indicadores de gestión.	IGAC	NELLH	26/01/2012
2.2	Realice una evaluación del Reglamento Interno Institucional.	ERI	MCMC	26/01/2012
2.3	Aplice el cuestionario de cumplimiento de Código de Ética a los empleados.	CE	MCMC	23/01/2012
2.4	Verifique el tratamiento que se da a los desechos hospitalarios y si cumplen con las Normas de Calidad Ambiental.	TD	NELLH	26/01/2012
ÁREA DE TALENTO HUMANO				
3.1	Practique una evaluación del grado de cumplimiento de las metas a través de indicadores de gestión.	IGTH	NELLH	27/01/2012
3.2	Evalúe el proceso de contratación de personal.	EPCP	NELLH	27/01/2012
ÁREA COMERCIAL				
4.1	Practique una evaluación del grado de cumplimiento de las metas a través de indicadores de gestión.	IGAC	MCMC	30/01/2012
4.2	Analice como se realiza el proceso de adquisición de medicamentos.	EPAM	MCMC	30/01/2012

3.1.1.1. Entrevista al Gerente

EG 1/4

Nombre del entrevistado:	Ing. Roberto Costales M.
Cargo:	Gerente General HOSPIESAJ
Entrevistadoras:	Srtas. Norma Lluay y Cristina Moreano
Día Previsto:	01 de diciembre de 2011
Hora Solicitada:	09h30 am
Lugar:	Oficina de Gerencia de HOSPIESAJ S.A.
Tiempo Estimado:	40 minutos
OBJETIVO DE LA ENTREVISTA:	
Dar a conocer el inicio de la Auditoría de Gestión al Hospital de Especialidades San Juan de conformidad con el Plan de Auditoría que, evaluará las 5Es eficiencia, eficacia economía, ética y ecología.	
PROCEDIMIENTO:	
1. Explicar al Gerente el objetivo y alcance de la auditoría.	
2. Solicitar que firme las comunicaciones preparadas por las auditoras, con el propósito de informar a los directivos el inicio y objetivo de la auditoría y se disponga la más alta colaboración sin ningún tipo de restricciones.	
3. Solicitar al Gerente una opinión acerca de la situación actual en la que se encuentra el hospital.	
4. Requerir información acerca de los servicios que presta el hospital.	
PREGUNTAS:	
A. DATOS GENERALES	

EG 2/4

RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
FECHA DE CREACIÓN: 18 de abril de 1977
CAPITAL: La empresa posee un capital de \$ 372.118 acciones, por un valor nominal unitario de \$ 1,00.
DIRECCIÓN: Veloz y Autachi
TELÉFONO: 294-5871 / 296-3098 / 294-4636
LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA
Provincia de Chimborazo, Cantón Riobamba, Parroquia Lizarzaburu.
RUC: 0690059835001
ACTIVIDAD ECONÓMICA
Ofrece servicios de salud integral para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares.
REPRESENTANTE LEGAL
Dr. Roberto Costales
TIPO DE CONTRIBUYENTE
Contribuyente Especial según Resolución N° 474, determinado por el SRI.
B. CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA
N ° DE ACCIONISTAS
En la actualidad cuenta con el aporte de 92 accionistas entre médicos y no médicos.
Nº DE EMPLEADOS
El número de empleados con que cuenta Hospiesaj es de 33 colaboradores.
SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL
Hospiesaj S.A., presta servicios de salud en lo que respecta a consulta externa, hospitalización, tratamiento quirúrgico y clínico, servicio de

laboratorio clínico, imagen, farmacia, nutrición y dietética, atención odontológica, servicio de enfermería, cuidados intensivos, imagenología, ultrasonido, fisioterapia, planificación familiar, Hospimedica: tarjeta de medicina prepagada, Hospimóvil: Emergencia médica móvil, Hospicardio: Servicio de Cardiología y Neumología, Ecocardiografía, Laparoscopia Operatoria, Operatoria, fisioterapia y rehabilitación y convenios institucionales.

C. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Posee el hospital planificación estratégica, y se evalúa el cumplimiento del mismo?

Contamos con un Plan Estratégico para el desarrollo de Hospiesaj desde el año 2010-2015 que fue realizado por mi persona, y al momento no se ha realizado evaluación del mismo

¿Existe un plan operativo anual (POA) dentro del hospital y se verifica el cumplimiento del mismo?

Si contamos con un POA y año a año se realiza la verificación del cumplimiento del mismo.

¿El personal que labora en el hospital cumple con las competencias requeridas para cada cargo?

Cada vez que se necesita suplir una vacante, se realiza el correspondiente análisis del perfil profesional con el cual se presentan los postulantes, y actualmente cada persona cumple con las competencias de cada cargo.

¿Según su criterio, la capacidad instalada es la realmente utilizada en su totalidad?

Se ha tratado de utilizar la totalidad de las instalaciones con que cuenta el hospital, pero existen espacios que todavía falta se los utilice de manera productiva para la institución.

¿Los convenios institucionales existentes se cumplen en su totalidad?

3.1.2. Cuestionarios de Control Interno

CI/AC 1/36

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Integridad y Valores Éticos

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Evaluar si el hospital mantiene una cultura organizacional basada en estándares de conducta, y si los mismos son comunicados y puestos en práctica.

1.1. INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Posee el hospital un código de conducta?	1			1	1		Sólo tienen Reglamento Interno en el cual abarca normas de conducta. ∞
2	¿Mantienen comunicación y fortalecimiento sobre el tema de valores éticos y de conducta?	1		1		1		

CI/AC 2/36

3	¿Dentro del código de conducta se observan pronunciamientos relativos a los valores éticos?	1		1		1		
4	¿En la dirección ven a una persona a imitar?		1	1			1	Los empleados no buscan a quien imitar, actúan por la personalidad de cada uno.
5	¿Existen sanciones para quienes no respetan los valores éticos?	1		1		1		
TOTAL		4	1	4	1	4	1	

∞ Hallazgo

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{12}{15} = 80\%$$

Confianza = 80%

Riesgo = 20%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Integridad y Valores Éticos* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Compromiso por la Competencia Profesional del Personal.

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Evaluar si la gerencia se interesa por el grado de competencia existente en el hospital y el nivel de habilidad y conocimientos que se requiere en cada área.

1.2. COMPROMISO POR LA COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen descripciones formales sobre las funciones que deben cumplir sobre trabajos específicos?	1		1		1		
2	¿Antes de delegar tareas específicas se analizan los conocimientos y habilidades requeridas para el mismo?	1		1		1		
3	¿El hospital se preocupa por la capacitación permanente del personal?	1		1		1		

CI/ AC 4/36

4	¿Tiene deseos de superación profesional para contribuir al desarrollo del hospital?	1		1		1		
5	¿Son valorados sus conocimientos y habilidades dentro del hospital?	1			1	1		
6	¿Existe un plan de capacitación en el hospital que favorezca la competencia profesional de cada puesto?		1	1			1	No existe planificación para todos los departamentos. ∞
7	¿Se realiza evaluaciones periódicas de desempeño que identifique las necesidades organizacionales para cada área?	1			1	1		
TOTAL		6	1	5	2	6	1	

∞ Hallazgo

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{11}{21} = 52\%$$

Confianza = 52%

Riesgo = 48%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *El Compromiso por la Competencia Profesional del Personal* presenta un nivel de confianza moderado y un nivel de riesgo moderado

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Filosofía Administrativa y estilo de operación.

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Determinar si los factores más relevantes en el hospital son las actitudes mostradas hacia la información financiera, el procedimiento de la información, principios y criterios contables, entre otros.

1.3. FILOSOFÍA ADMINISTRATIVA Y ESTILO DE OPERACIÓN								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La dirección al realizar un convenio analiza los riesgos y beneficios del mismo?	1		1		1		
2	¿Se da rotación de personal en las funciones operativas, de contabilidad, proceso de datos?	1			1	1		
3	¿La administración controla las operaciones del hospital, especialmente las financieras?	1		1		1		
4	¿La información financiera se mantiene en red con la Administración, Contabilidad y Sistemas?	1		1		1		

CI/ AC 6/36

5	¿Se observa una actitud responsable ante la generación de información, tanto contable/financiera como de gestión?	1		1		1		Los proveedores se quejan de la falta de pago a tiempo. ∞
6	¿Se realizan reuniones permanentes con el personal de cada área para dar a conocer los resultados financieros por períodos?		1		1		1	Reuniones con áreas específicas para evitar malos entendidos.
TOTAL		5	1	4	2	5	1	

∞ Hallazgo

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{14}{18} = 78\%$$

Confianza = 78%

Riesgo = 22%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *La Filosofía Administrativa y Estilo de Operación* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Estructura Organizativa

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Verificar si con la estructura organizativa se puede controlar eficazmente las actividades que realiza el hospital y que al mismo tiempo la información fluya de una manera comprensible.

1.4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La estructura organizativa es apropiada?	1		1		1		
2	¿El organigrama estructural define claramente las líneas de autoridad, responsabilidad y dependencia?	1		1		1		
3	¿La administración define la estructura organizativa en base a procedimientos de control?	1		1		1		
4	¿La estructura organizativa es consistente con la misión institucional?	1		1		1		
5	¿Los principales directivos reflejan los	1		1		1		

CI/AC 8/36

	conocimientos necesarios para cumplir con sus responsabilidades?						
6	¿La estructura organizativa está adecuadamente difundida entre los empleados?	1		1		1	
7	¿Hay empleados suficientes con capacidad de dirección y supervisión?	1		1		1	
TOTAL		7		7		7	

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{21}{21} = 100\%$$

Confianza = 100%

Riesgo = 0%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *La Estructura Organizativa* presenta un nivel de confianza alto, sin riesgo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Asignación de Autoridad y Responsabilidad

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Establecer si se toma en cuenta la asignación de responsabilidad y autoridad, para las actividades de gestión y si se efectúa el establecimiento de las relaciones de jerarquía y de las políticas de autorización.

1.5. ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen políticas que describan las prácticas apropiadas para la toma de decisiones adecuadas en el área financiera?	1		1		1		Existe un Manual Contable.
2	¿Se toma en cuenta la antigüedad de trabajo de los empleados para delegar responsabilidad y autoridad?	1		1			1	
3	¿Se da a conocer la normativa interna vigente al personal que ingresa al hospital?	1		1		1		Al realizar el contrato de trabajo se les entrega la normativa.
4	¿Se realizan evaluaciones periódicas de las funciones designadas a los jefes		1		1		1	

CI/AC 10/36

	departamentales?							
5	¿Se hace la delegación de autoridad en base al desenvolvimiento de cada individuo?	1		1		1		La delegación es en base al nivel organizativo.
6	¿Están adecuadamente delimitadas las áreas de competencia dentro del hospital?	1		1		1		
7	¿Son los cargos más altos de la organización cubiertos por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	1		1		1		
TOTAL		6	1	5	2	4	3	

CP	=	CP	=	15	=	71%
		CT	=	21	=	
Confianza	=					71%
Riesgo	=					29%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *La Asignación de Autoridad y Responsabilidad* presenta un nivel de confianza moderado y un nivel de riesgo moderado

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – AMBIENTE DE CONTROL

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 1: Ambiente de Control

ALCANCE: Políticas y Prácticas en Materia del Talento Humano

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Verificar si se tiene como objetivo poner en práctica políticas que permitan un mejor reclutamiento de personal, que se mantengan y que sean competentes dentro de los objetivos que tiene el hospital.

1.6. POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EN MATERIA DEL TALENTO HUMANO								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen procedimientos claros para la selección, promoción, capacitación, evaluación, compensación y sanción de personal?	1		1			1	No existen disposiciones por escrito. ∞
2	¿Los procesos de selección de personal están basados exclusivamente en capacidad y desempeño?	1		1		1		
3	¿Se desarrollan pruebas tendientes a verificar las capacidades que poseen los participantes en la selección de personal?	1		1		1		
4	¿Se verifican los antecedentes judiciales de los postulantes previo a su ingreso?	1		1		1		

CI/AC 12/36

5	¿Los empleados conocen los criterios de promoción, ascensos o incremento de remuneración?	1			1		1	En el hospital no se trabaja con esta modalidad.
6	¿Es adecuada la carga de trabajo, en especial para los niveles directivos/gerenciales?	1		1		1		
7	¿Se observa mucho personal realizando trabajos fuera del horario de trabajo?	1			1		1	
8	¿Existen planes de capacitación que contemplen la orientación de nuevos empleados y la actualización de los demás?	1		1		1		
TOTAL		8	0	6	2	5	3	

∞ Hallazgo

CP	=	CP	=	19	=	79%
		CT		24		
Confianza	=	79%				
Riesgo	=	21%				

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Las Políticas y Prácticas en Materia del Talento Humano* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – EVALUCIÓN DE RIESGOS

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 2: Evaluación de Riesgos

ALCANCE: Objetivos

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Determinar si el hospital tiene definidos los objetivos institucionales, como condición previa para la valoración de riesgos.

2.1 OBJETIVOS								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Los objetivos del hospital son claros y conducen al establecimiento de metas?	1		1		1		
2	¿Los objetivos se han definido en base a los niveles organizacionales del hospital y de cada actividad?	1		1		1		
3	¿Los objetivos de cada área están relacionados debidamente con los objetivos generales del hospital?	1		1		1		

CI/ER 14/36

4	¿La definición de objetivos incluye la definición de las herramientas de medición?	1		1			1	
5	¿Existe un cronograma de cumplimiento de metas y se evalúa el mismo?	1		1		1		
6	¿Existe un plan de acción / de estrategia anual?	1		1			1	Solo cuenta con una Planificación Estratégica y los presupuestos anuales que preparan. ∞
7	¿El hospital tiene establecidos objetivos de información financiera y de cumplimiento?	1		1			1	
8	¿El hospital cumple con leyes y regulaciones establecidas en el país?	1		1		1		
9	¿Al detectar desviaciones en el cumplimiento de los objetivos la administración toma las debidas precauciones?	1		1		1		
10	¿La administración evalúa el desempeño de cada área con relación a las metas institucionales?	1		1		1		
TOTAL		10	0	10	0	7	3	

∞ Hallazgo

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{27}{30} = 90\%$$

Confianza = 90%

Riesgo = 10%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Los Objetivos* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – EVALUACIÓN DE RIESGOS

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

CI/ER 16/36

COMPONENTE 2: Evaluación de Riesgos

ALCANCE: Riesgos

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Evaluar los riesgos en un proceso interactivo, la administración debe centrar los riesgos en todos los niveles del hospital, poniendo énfasis en aquellos que puedan afectar al área de hospitalización.

2.2. RIESGOS								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se identifican los riesgos y se discuten abiertamente con el Gerente para mejorarlos?	1		1		1		Se informa a Gerencia pero no se da importancia. ∞
2	¿Se clasifican los riesgos según el nivel de importancia?	1		1			1	Se solucionan por solucionar sin clasificarlos. ∞
3	¿En el proceso de identificación de riesgos se determinan si son por factores internos y externos?	1		1		1		
4	¿Se considera la experiencia de lo acontecido en	1		1		1		

	ejercicios pasados?						
5	¿Se analiza la falla en los controles que puede provocado en el pasado la pérdida de recursos, errores en la información, o incumplimiento de leyes o normas?	1		1		1	
6	¿Existen mecanismos adecuados para identificar riesgos externos, tales como: avances tecnológicos, modificaciones en la legislación o normativa, cambios institucionales, alteraciones en la relación con los mayores proveedores?	1		1		1	
TOTAL		6	0	6	0	5	1

∞ Hallazgo

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{17}{18} = 94\%$ <p>Confianza = 94%</p> <p>Riesgo = 6%</p>

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Los Riesgos* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – EVALUACIÓN DE RIESGOS

CI/ER 18/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 2: Evaluación de Riesgos

ALCANCE: Análisis de Riesgos y Su Proceso

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Medir los posibles impactos y consecuencias de los riesgos identificados. Una vez hecha la medición se podrán clasificar en orden de prioridad.

2.3. ANÁLISIS DE RIESGOS Y SU PROCESO								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para mitigarlos?	1		1		1		
2	¿Se analiza la probabilidad de ocurrencia de los diferentes riesgos detectados?	1		1		1		
3	¿En caso de cumplirse un determinado riesgo existen medidas de precaución para actuar?	1		1		1		
4	¿Los riesgos identificados por la gerencia y por el personal son considerados por la alta	1		1		1		

CI/ER 19/36

	dirección para integrar los análisis de riesgo?						
5	¿Para la interpretación del efecto de un riesgo existe un proceso de valoración?	1		1			1
	TOTAL	5	0	5	0	4	1

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{14}{15} = 93\%$$

Confianza = 93%

Riesgo = 7%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Los Análisis de Riesgos y su Proceso* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – EVALUACIÓN DE RIESGOS

CI/ER 20/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 2: Evaluación de Riesgos

ALCANCE: Manejo del Cambio

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DE EXAMEN: Verificar si los ambientes económicos, industriales y reguladores cambian, y envuelven la actividad del hospital.

2.4. MANEJO DEL CAMBIO								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Están todas las áreas instruidas para transmitir a la alta dirección cualquier variación que se produzca en lo institucional, operativo, tecnológico, normativo, regulatorio, que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos del hospital?	1		1		1		
2	¿Se han implementado sistemas que brinden información estadística de las operaciones?	1		1		1		
3	¿Existen controles que aseguren que las acciones de la dirección se llevan a cabo correctamente?	1		1		1		
4	¿Se le comunica al personal sobre los riesgos	1		1		1		

CI/ER 21/36

	posibles que pueden afectar al hospital?							
5	¿Están en la capacidad de reaccionar frente a los riesgos del personal?	1		1		1		
6	¿Se controla el cumplimiento de las medidas precautelares tomadas frente a un riesgo?	1		1			1	No existe el debido control. ∞
7	¿Existe algún mecanismo para anticiparse a los cambios que puedan afectar al hospital?	1		1			1	No hay un análisis oportuno. ∞
TOTAL		7	0	7	0	5	2	

∞

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{19}{21} = 90\%$$

Confianza = 90%

Riesgo = 10%

Hallazgo

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *El Manejo del Cambio* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO – EVALUACIÓN DE RIESGOS

CI/ACC 22/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 3: Actividades de Control

ALCANCE: Tipos de Actividades de Control

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Interpretar a los controles preventivos, controles detectivos, controles manuales, controles computarizados y controles administrativos.

3.1. TIPOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se realiza un control de la ejecución /desempeño contra lo presupuestado y con lo acontecido en ejercicios anteriores?	1		1		1		
2	¿Las tareas y responsabilidades relacionadas al tratamiento, autorización, registro y revisión de las transacciones las realizan personas diferentes?	1		1		1		
3	¿En aquellos lugares donde es posible, se impide que el manejo de dinero, valores negociables u otros activos de alta realización sean manejados por una sola persona?	1		1			1	No existe control pues también se maneja dinero en la recepción y lo hace hasta tres personas. ∞

CI/ ACC 23/36

4	¿Las conciliaciones bancarias las realiza personal ajeno al manejo de dinero y de las cuentas bancarias?	1		1		1	
5	¿Cada área opera coordinada e interrelacionadamente con las otras áreas del hospital?	1		1		1	Sólo cuando es necesario, ya que no hay buena relación entre las áreas. ∞
6	¿La documentación de las operaciones/transacciones es completa, oportuna, adecuada y facilita la revisión del proceso desarrollado desde su autorización e iniciación hasta que la misma finalizó?	1		1		1	
7	¿La documentación, tanto en soporte papel como digital, es útil a la alta dirección, u otras con tareas de evaluación?	1		1		1	
8	¿Los controles aseguran que sólo son operaciones válidas aquellas iniciadas y autorizadas por el nivel Gerencial?	1		1		1	
9	¿Las transacciones o hechos se registran en el momento de su ocurrencia y se procesan de manera inmediata?	1		1		1	

10	¿El acceso a los recursos, activos, registros y comprobantes, está protegido por mecanismos de seguridad y limitado a las personas autorizadas?	1		1		1		
11	¿La responsabilidad de rendir cuentas sobre los recursos asignados y la custodia de los registros está asignada a ciertas personas específicamente?	1		1		1		
12	¿Se realizan controles periódicos que permitan comparar los recursos existentes contra los registros?	1		1		1		
13	¿Aquellos activos de alta vulnerabilidad al robo, utilización no autorizada (dinero, valores, equipos y otros de alto valor) tienen medida de seguridad y acceso adecuados?	1		1			1	Se maneja dinero en caja y en la recepción sin las seguridades necesarias. ∞
14	¿Existen alarmas contra incendios?	1		1		1		
15	¿Las medidas de protección incluyen los horarios de receso de actividad laboral?	1		1		1		
16	¿Se han establecido indicadores y criterios para la medición de la gestión?	1		1			1	
17	¿Se analizan periódicamente los resultados alcanzados contra lo planificado y se analizan los desvíos?	1		1			1	
18	¿Se realizan las evaluaciones con la periodicidad	1		1			1	

CI/ ACC 25/36

	adecuada?							
19	¿Cuenta con un Plan de Auditoría y cronograma de actividades aprobados?	1		1		1		
TOTAL		19	0	19	0	12	7	

∞ Hallazgo

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{50}{57} = 88\%$ <p>Confianza = 88%</p> <p>Riesgo = 12%</p>
--

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Los Tipos de Actividades de Control* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.
COMPONENTE 3: Actividades de Control
ALCANCE: Control Sobre los Sistemas de Información
FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar que las políticas y procedimientos se cumplan en el área de sistemas de información tanto a controles generales como de aplicación.

3.2. CONTROL SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿El paquete de Software del hospital posee una estructura para diseño e implementación del sistema, de manera que se controle el desarrollo o mantenimiento del mismo?	1		1		1		Contiene errores. ∞
2	¿El sistema cuenta con medidas de seguridad que alcancen a las entradas, procesos, almacenamiento y salida de datos?	1		1		1		
3	¿El sistema ayuda a registrar acciones y eventos en el momento que ocurren?	1		1		1		
4	¿Monitorea la administración en forma rutinaria los controles en el momento en que se desarrollan las operaciones en proceso?	1		1		1		

ASESORAMIENTO Y AUDITORÍAS

CI/ ACC 27/36

5	¿El paquete permite identificar errores de entrada al sistema, su detección, corrección, donde se encuentren?	1		1		1		
6	¿Son totalmente conocidas por el personal todas las aplicaciones que tiene el sistema?	1		1			1	Solo conocimientos básicos. ∞
7	¿Existen opciones de auditoría en el paquete contable?	1		1			1	
8	¿Se limita el acceso a los módulos de acuerdo a las responsabilidades?	1		1		1		
9	¿Se han establecido controles físicos y lógicos que permiten detectar accesos no autorizados?	1		1		1		
10	¿El sistema refleja la información financiera de manera completa y exacta, colaborando en la toma de decisiones?	1		1		1		
TOTAL		10	0	10	0	8	2	

∞ Hallazgo

CI/ ACC 28/36

CP	=	$\frac{CP}{CT}$	=	$\frac{28}{30}$	=	93%
Confianza	=					93%
Riesgo	=					7%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *El Control Sobre los Sistemas de Información* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

CI/IC 29/36

COMPONENTE 4: Información y Comunicación

ALCANCE: Información

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Capturar información pertinente, financiera y no financiera, relacionada con actividades tanto internas como externas.

4.1. INFORMACIÓN								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿La información interna y externa generada por el hospital es remitida previamente a los niveles correspondientes para su aprobación?	1		1		1		
2	¿Están definidos los informes periódicos que deben remitirse a los distintos niveles internos para la toma de decisiones?	1		1		1		
3	¿El contenido de la información es el apropiado, confiable y oportuna?	1		1		1		
4	¿Se realiza un seguimiento de los avances tecnológicos a efectos de determinar si resulta conveniente su incorporación?	1		1			1	

5	¿El flujo informativo circula en sentido horizontal, transversal, ascendente y descendente?	1		1			1	
6	¿En un proceso se identifica, captura, procesa y comunica información pertinente en la forma y tiempo indicado?	1		1			1	
TOTAL		6	0	6	0	3	3	

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{15}{18} = 83\%$$

Confianza = 83%

Riesgo = 17%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *La Información* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI/IC 31/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 4: Información y Comunicación

ALCANCE: Comunicación

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Apoyar la difusión y sustentación de sus valores éticos, así como los de su misión, políticas, objetivos y resultados de su gestión.

4.2. COMUNICACIÓN								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Los datos que recibe todo el personal son comunicados con claridad y efectividad?		1	1		1		
2	¿Aseguran que los empleados de menor nivel puedan proponer cambios de las rutinas que mejoren el desempeño?	1		1			1	
3	¿La administración mantiene actualizado al directorio del desempeño u ocurrencias del hospital?	1		1		1		
4	¿Se comunican los aspectos relevantes del control interno del hospital?	1		1			1	

5	¿Se mantiene una comunicación abierta con los auditores externos?	1		1			1	
6	¿Para tomar una decisión en la empresa se considera al personal parte de ella?	1		1			1	
7	¿De las entrevistas mantenidas con el personal, se infiere un conocimiento general de la misión, objetivos y metas de la organización?	1		1			1	
8	¿Los comprobantes de egreso son revisados inmediatamente por contabilidad?	1		1		1		
TOTAL		7		8	0	3	5	

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{18}{23} = 78\%$$

Confianza = 78%

Riesgo = 22%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Comunicación* presenta un nivel de confianza alto y un nivel de riesgo bajo

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI/SS 33/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 5: Supervisión

ALCANCE: Actividades de Monitoreo

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Determinar si las actividades de monitoreo sobre la efectividad del control interno son prácticas y seguras las operaciones diarias del hospital.

5.1. ACTIVIDADES DE MONITOREO								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿En las actividades regulares que desempeña el personal se lo supervisa constantemente?	1		1			1	Muy rara vez se les controla. ∞
2	¿Se analiza los informes de auditoría?	1		1			1	
3	¿Se consideran las comunicaciones de terceros para corroborar la información interna (los reclamos de facturas/usuarios, reclamos de proveedores)?	1		1			1	Se considera solo los reclamos de los pacientes, pero no los demás reclamos como de los proveedores. ∞

CI/SS 34/36

4	¿El gerente realiza una evaluación por sus medios para verificar la situación del hospital?	1		1			1	
5	¿Se compara información generada internamente con otra preparada por entidades externas?	1			1		1	
6	¿Se utilizan indicadores para detectar ineficiencias, abusos o despilfarros?	1		1			1	
	TOTAL	6	0	5	1	0	6	

∞ Hallazgo

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{11}{18} = 61\%$ <p>Confianza = 61%</p> <p>Riesgo = 39%</p>
--

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Las Actividades de Monitoreo* presenta un nivel de confianza moderado y un nivel de moderado

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI/SS 35/36

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE 5: Supervisión

ALCANCE: Reporte de Deficiencias

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Comunicar las debilidades y oportunidades de mejoramiento del sistema de control, junto con la magnitud del riesgo y la probabilidad de ocurrencia.

5.2. REPORTE DE DEFICIENCIAS								
Nº	PREGUNTA	DIRECTIVO		EJECUTIVO		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Se considera los informes provenientes de fuentes externas para valorar el sistema de control interno?	1			1		1	
2	¿Se comunica los hallazgos de deficiencias a los superiores inmediatos y a los responsables de la función o actividad implicada?	1		1		1		
3	¿Cuándo los hallazgos cruzan los límites organizacionales, se informa al nivel directivo para que se tome las medidas necesarias?	1		1			1	
TOTAL		3	0	2	1	1	2	

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{6}{9} = 67\%$$

Confianza = 67%

Riesgo = 33%

NIVEL DE CONFIANZA		
BAJO	MODERADO	ALTO
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		
ALTO	MODERADO	BAJO
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%

Luego de la aplicación del cuestionario de control interno se ha determinado que el subcomponente *Reporte de Deficiencias* presenta un nivel de confianza moderado y un nivel de riesgo moderado.

3.1.2.1. Resumen de conclusiones y recomendaciones de cada componente

RCR 1/8

**Hospital de Especialidades San Juan S.A.
Auditoría de Gestión para el año 2010
Resumen de Hallazgos de Control Interno**

Ambiente de control		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS	La entidad cuenta con un reglamento interno, realizado cuando se iniciaban las actividades como Hospiesaj S.A., sin embargo no existe un manual de valores éticos, formalmente establecido y conocido por todo el personal.	Deberá realizarse un manual formalmente establecido en el cual se inculque por ejemplo la integridad que es un requisito previo para el comportamiento ético. La imagen que proyecta una empresa ante los demás debe ser de integridad en todas sus acciones.
COMPROMISO POR LA COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL	La empresa no dispone de una descripción escrita formal de los puestos de trabajo, poseen el Reglamento Interno pero no está actualizado y no es comunicado a toda la organización. Las personas aplican a pruebas al incorporarse al trabajo.	Actualizar el reglamento interno incluyendo las funciones para cada miembro de la entidad. Capacitar a todo el personal, dependiendo del área que ocupen dentro de la misma.

SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>FILOSOFÍA ADMINISTRATIVA Y ESTILO DE OPERACIÓN</p>	<p>La filosofía y el estilo de gestión que mantiene la dirección son adecuados, analizan cuando un negocio produce riesgo, aunque no se rota el personal sino por que fueren despedidos, el personal contable ejecuta sus responsabilidades de manera correcta y tiene conexión directa con el área de sistemas ya que centralizan mediante conexión directa la información garantizando la presentación correcta de la información financiera y la salvaguarda de los activos.</p>	<p>Deberán efectuar rotación de funciones, con la finalidad de que los colaboradores de la entidad sean multidisciplinarios. Aclara todas las dudas que se mantengan en la organización con respecto a la información contable, tratar de hacer entender el proceso financiero y escuchar criterios con el fin de llegar a establecer mejoras en la organización.</p>
<p>ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</p>	<p>La estructura organizativa es apropiada al igual que su capacidad de suministrar información. La definición de las responsabilidades de los principales directivos es adecuada así como el conocimiento que aplican en su desempeño, excepto por la desconfianza en la capacidad de varios colaboradores de poder dirigir y supervisar.</p>	<p>Darle al colaborador de la organización el apoyo necesario para que crea en su trabajo y en su capacidad de opinión en base a sus límites de autoridad, con el fin de que colabore en todo sentido y respete las líneas de responsabilidad.</p>

SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>ASIGNACIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD</p>	<p>La asignación de autoridad y responsabilidad se incluye en las actividades de gestión y se aplique según niveles de antigüedad y experiencia.</p> <p>El gerente está pendiente del desenvolvimiento de sus delegados y por ende de la organización.</p>	<p>Estructurar normas de trabajo y de responsabilidad de control, de modo que se establezcan relaciones de jerarquía y de las políticas de autorización.</p>
<p>POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>En el reclutamiento de personal se procede a realizar la convocatoria, la entrevista previa y se procede con la prueba de conocimientos. La administración se interesa porque los colaboradores cumplan con todos los procedimientos con integridad y ética.</p>	<p>Brindar capacitación a todos los miembros de la organización, no solo en tema de valores sino también en eficiencia de cada una de las áreas del hospital, de manera especial al área de servicios.</p>

Evaluación de riesgos		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
OBJETIVOS	Se tiene presente que cada actividad desempeñada ayuda a la consecución de la meta institucional. Pero no se tiene claros los objetivos de cada nivel de la entidad.	La administración deberá plantear objetivos por área de cada nivel de la entidad, de modo que se plasme también las necesidades y objetivos propios por cada una de ellas.
RIESGOS	En el hospital se identifican y se discuten abiertamente los riesgos en base a factores internos y externos, los cuales se comunican oportunamente. Cuando un riesgo es detectado en el área de servicios no se la hace conocer a toda la entidad.	Los riesgos pueden suscitarse en diversas áreas de la organización, pero cuando se da en área de servicios deben comunicarse a todos los empleados de la entidad para que se puedan tener diversas soluciones frente a dicho riesgo y se colabore con esto, se debe actuar o corregir problemas.

Evaluación de riesgos		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
ANÁLISIS DE RIESGOS Y SU PROCESO	Se analizan los riesgos, su probabilidad de ocurrencia, se tiene ciertas medidas precautelares ante un riesgo, pero no existe un proceso de valoración. Esta listo a actuar cuando un riesgo se presente. Se controla que las actividades y decisiones tomadas por la administración y dirección sean realizadas.	Los riesgos son valorados en base a criterios de los directivos y de la administración de la entidad, pero resultará efectiva la valuación cuando se efectuó análisis de procesos como identificación de áreas clave, modos de control significativos y establecimiento de responsabilidad, a base de indicadores medibles.
MANEJO DEL CAMBIO	No tienen estructurado un proceso de información de cambios ni de anticipación hacia ellos. El personal está listo a actuar cuando un riesgo se presente. Se controla que las actividades y decisiones tomadas por la administración y dirección sean realizadas.	Deberá existir un sistema de información de manera que los cambios sean advertidos a fin de que la entidad pueda reaccionar a tiempo. Implantar mecanismos que se anticipen a los cambios que podrían presentarse, de modo que la empresa sea quien imponga cambios.

ACTIVIDADES DE CONTROL		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
TIPOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL	Existe una adecuada segregación de funciones, una coordinación entre áreas, no existe políticas de manera formal sobre Sistemas de Control Interno pero las transacciones están claramente documentadas. Para todo tipo de transacción se requiere de la autorización del Gerente. Es factible el acceso a las oficinas de administración y contabilidad.	Elaborar un Manual de Control Interno en el que consten políticas y procedimientos para el buen funcionamiento del Sistema. Limitar el acceso a las oficinas de administración y contabilidad para evitar posibles pérdidas de recursos, documentación, registros y activos de la entidad.
CONTROL SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	La entidad cuenta con un paquete de software denominado SID FAC, en el cual la información financiera se ve reflejada de manera exacta y correcta, detecta cualquier error en el momento de su ocurrencia, su acceso es limitado solamente lo manejan en red de Administración, Sistema, Comercialización y Logística. Existen ciertas aplicaciones que el personal desconoce o no las interpreta.	Entrenar al personal que tiene acceso al programa para que pueda manejarlo de manera correcta y evitar posibles errores, tener contacto permanente con el proveedor para que el paquete este ajustado a las necesidades y cambios que se presentan en las entidades tanto internas como externas.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
INFORMACIÓN	La información es procesada de manera oportuna, es recopilada por sistemas de información, pero no está totalmente coordinada con elementos externos. No se utilizan reportes que faciliten la información. La circulación de la información se efectúa a nivel global de la entidad.	Deberá toda la organización conocer la importancia de estar al tanto de lo que sucede fuera de la entidad, ya que podrían ayudar con el sistema de información para detectar ciertas situaciones de interés. y se reportará también por escrito la información que determine que sea indispensable la administración.
COMUNICACIÓN	Por desconocimiento de las actividades que realizan los auditores externos los empleados del área de servicios no informan sobre determinadas situaciones. Entre contabilidad y administración existe una comunicación adecuada, sobretodo en la verificación de la información financiera que puede ser corregida a tiempo. Se comunica al Directorio del desempeño actual de la organización.	Brindar información que requieran los auditores externos para facilitar el entendimiento de las operaciones de la entidad, porque proporcionan a la administración información sobre el control que posee la empresa.

SUPERVISIÓN		
SUBCOMPONENTE	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
ACTIVIDADES DE MONITOREO	Los informes que provienen de fuentes externas son tomados en cuenta para el hallazgo y reporte de deficiencias. Se comunican las deficiencias de control al nivel inmediato superior para que se tomen las medidas necesarias. El área de servicios informa hasta el Gerente la situación encontrada y luego él informa al Directorio.	Garantizar que el máximo nivel de la entidad tenga el conocimiento necesario sobre deficiencias encontradas en la organización, de modo que se actúe rápidamente ante el hallazgo de deficiencias.
REPORTE DE DEFICIENCIAS	Existe supervisión continua por parte de la administración en todo el personal. Se realizan verificaciones de registros con la existencia física de los recursos. El gerente no efectúa un control del desempeño de actividades de la entidad. Se analiza la información externa acerca del hospital.	El Gerente realizará por su cuenta inspecciones esporádicas del desempeño de los trabajadores de la entidad con la finalidad de comprobar las evaluaciones efectuadas por la administración.

3.1.3. Cuestionarios de control interno por cada área del hospital

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

CIA/ML 1/12

ÁREA: Médica – Laboratorio

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿Los materiales que se usan en el área son debidamente limpiados y guardados según normas de seguridad?	1			
4	¿Cuentan con el equipo necesario para la realización de los diferentes exámenes que ofrece el hospital?		1		Si faltan algunos equipos pero no son necesarios de suma urgencia.
5	¿Se capacita periódicamente al personal que se encuentra en esta área?		1		La capacitación no ofrece el hospital, es por cuenta de uno mismo si desea capacitarse.
6	¿Se realizan controles frecuentes de los instrumentos utilizados?	1			
7	¿Existe personal especializado para el tratamiento de los desechos?	1			
8	¿Se cuenta con el personal necesario para el buen funcionamiento del laboratorio?	1			
9	¿El personal cuenta con un uniforme adecuado para laborar en esta área?	1			
10	¿Realizan un control adecuado del material que se usa en el laboratorio?	1			
	TOTAL	8	2		

CIA/ML 2/12

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{8}{10} = 80\%$
Confianza = 80%
Riesgo = 20%

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Médica –Imágenes

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿El acceso a esta área es restringido?	1			
4	¿Cuentan con el equipo necesario para las diferentes funciones del departamento?	1			
5	¿Se capacita periódicamente al personal que se encuentra en esta área?		1		La capacitación no ofrece el hospital, es por cuenta de uno mismo si desea capacitarse.
6	¿Se realiza un mantenimiento periódico a los equipos del área?	1			
7	¿Existe personal debidamente capacitado para el manejo de los equipos?	1			
8	¿Se proporciona al personal la indumentaria necesaria para la realización del trabajo?	1			
9	¿Se cuenta con el personal necesario para el buen funcionamiento del área?		1		La mayoría de veces el trabajo es fuerte, si haría falta por lo menos una persona a medio tiempo
10	¿Realizan un control adecuado de los pacientes que acuden a esta área?	1			
TOTAL		8	2		

CIA/MI 4/12

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{8}{10} = 80\%$
Confianza = 80%
Riesgo = 20%

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Médica-Enfermería

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿Cuentan con el personal necesario para cubrir toda la demanda del hospital?		1		Muchas veces el trabajo es duro, sería de gran ayuda otra persona.
4	¿Las enfermeras se manejan mediante turnos debidamente elaborados?	1			
5	¿Se cuenta con un espacio físico necesario para el área de descanso de las enfermeras?	1			
6	¿Se cuenta con un sistema que les permita llevar un control adecuado de los pacientes?	1			
7	¿Se dota al personal del material necesario para la realización de sus funciones?	1			
8	¿El personal cuenta con un uniforme adecuado para la realización de sus funciones?	1			
9	¿Las enfermeras reciben capacitaciones periódicas?		1		Capacitación referente a nuestra área no lo hay.
10	¿Se respetan los turnos que son asignados para cada enfermera?	1			
TOTAL		8	2		

CP	=	$\frac{CP}{CT}$	=	$\frac{8}{10}$	=	80%
Confianza	=	80%				
Riesgo	=	20%				

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Médica-Servicios Médicos

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿Se realiza juntas médicas en el caso de alguna emergencia con algún paciente?	1			
4	¿Se respeta en todo momento el criterio médico de algún colega?	1			
5	¿El hospital ofrece el espacio necesario para cada área médica?	1			
6	¿Se realiza un proceso adecuado de selección para el personal médico que va a trabajar en las diferentes áreas?	1			
7	¿El hospital ofrece las comodidades necesarias en el caso de alguna emergencia?	1			
8	¿Se mantiene buenas relaciones entre el personal médico del hospital?	1			
9	¿Se ofrece capacitaciones constantes para los médicos del hospital?	1			
10	¿Llevan un control adecuado de los pacientes atendidos?	1			
TOTAL		10	0		

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{10}{10} = 100\%$$

Confianza = 100%

Riesgo = 0%

CI/AAC 7/12

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Administrativa - Contabilidad

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿Se lleva un sistema de registros diarios que sirvan de medio para hacer los pases a las cuentas?	1			
4	¿Se cuenta con un sistema informático adecuado?	1			
5	¿Se cuenta con el personal necesario para esta área?		1		Hay temporadas que sería necesario una persona más, o por lo menos una persona a medio tiempo
6	¿El departamento mantiene buenas relaciones con las demás áreas?		1		Las relaciones son las necesarias, la comunicación es obligatoria pero no efectiva
7	¿Se mantiene al personal en constantes capacitaciones?	1			
8	¿Se preparan oportunamente de los informes financieros que se establecen periódicamente?	1			
9	¿Se prepara oportunamente informes específicos que requieran la presidencia o gerencia general?	1			
10	¿Se prepara oportunamente informes específicos que requieren las entidades gubernamentales?	1			
11	¿Se realizan oportunamente los pagos justos a los trabajadores de las diferentes áreas?	1			
TOTAL		9	2		

CI/AAC 8/12

$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{9}{11} = 82\%$
Confianza = 82%
Riesgo = 18%

CI/AN 9/12

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Nutrición

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existen normativas o algún manual que rija el área?	1			
2	¿El área cuenta con alguna persona responsable de la misma?	1			
3	¿Se cuenta con un presupuesto adecuado para el área?		1		No hay presupuesto .
4	¿Se cuenta con una persona especialista en nutrición hospitalaria?	1			
5	¿La cocina cuenta con un buen espacio físico?	1			
6	¿Se cuenta con el personal adecuado para la cocina?		1		Falta en especial un posillero, un auxiliar de cocina.
7	¿Se mantiene en condiciones óptimas los alimentos adquiridos?	1			
8	¿La cocina cuenta con todo lo necesario para la elaboración de las comidas?	1			
9	¿Se trabaja mediante turnos debidamente elaborados en la cocina?	1			
10	¿Se proporciona al personal la indumentaria necesaria para la preparación de los alimentos?	1			
11	¿Se realizan revisiones periódicas a las condiciones sanitarias de la cocina?	1			
TOTAL		9	2		

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{9}{11} = 82\%$$

Confianza = 82%

Riesgo = 18%

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ÁREA: Servicios de Salud

FECHA: 23/01/2012

MOTIVO DEL EXAMEN: Verificar que los servicios que presta el hospital son de calidad y que además se cumplan con los objetivos de acuerdo a las 5es que son: eficiencia, eficacia, ética, ecología, economía.

SERVICIOS DE SALUD								
Nº	PREGUNTAS	DIREC.		OPERAC.		SERVICIOS		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
CONSULTA EXTERNA								
1	¿Se realizan reservas de turnos en forma personal por las ventanillas de Admisión?	1		1		1		De manera personal y por teléfono.
2	¿Se ha realizado evaluaciones periódicas para determinar si el sistema de reserva de turnos por teléfono es el más adecuado?		1		1		1	
3	¿Existe una planificación de carga horaria para los profesionales de salud?	1		1		1		
4	¿Existe un encargado de realizar la supervisión de los médicos respecto a carga horaria, producción, comités, otros?	1		1		1		

CI/ASS 11/12

GINECO OBSTETRICIA							
5	¿Se han implantado controles necesarios en caso de ausencia de los profesionales a través de medios de telefonía celular, beepers u otros que faciliten la localización?	1		1		1	
6	¿Existe un médico especialista responsable para atender las emergencias quirúrgicas que se producen en el Centro Obstétrico?	1		1		1	
7	¿Para los fines de semana, se ha dispuesto a médicos especialistas como responsables en forma rotativa para cubrir las necesidades emergentes del servicio?	1		1		1	
8	¿Las condiciones de seguridad e higiene del servicio de gineco obstetricia son adecuadas?	1		1		1	
TRAUMATOLOGIA							
9	¿Se ha realizado seguimientos de pacientes que no completan el tratamiento de rehabilitación dispuesto por el médico y se investigan las causas?		1		1		1
CUIDADOS INTENSIVOS							
10	¿Se realizan recorridos diarios por parte de Jefe de la Unidad y el médico de guardia a los pacientes de riesgo?	1		1		1	

CI/ASS 12/12

11	¿La estación de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra vigilante sobre cualquier situación anormal de los pacientes?	1		1		1	
12	¿El espacio físico dotado para este servicio es adecuado y mantiene las condiciones de seguridad e higiene necesarias?	1		1		1	
13	¿Se mantiene este servicio instrumentos e insumos médicos suficientes y adecuados para la atención?	1		1		1	
14	¿Los equipos mantienen tecnología actualizada y se realiza mantenimiento preventivo?	1		1		1	
15	¿Se efectúa una selección de personal para la atención en este servicio tanto de personal médico como de enfermería?	1		1		1	
16	¿Son evaluadas las funciones, actividades y/o tareas de los profesionales?	1			1		1
TOTAL		14	2	13	3	13	3

$$CP = \frac{CP}{CT} = \frac{40}{48} = 83\%$$

Confianza = 83%

Riesgo = 17%

3.1.4. Análisis de cumplimiento de metas y objetivos estratégicos institucionales.

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

PE/AMO 1/1

Auditoría de Gestión para el año 2010

Análisis de cumplimiento de metas y objetivos estratégicos institucionales.

El Hospital San Juan no tiene una planificación estratégica, el documento que se obtuvo apenas detalla la misión, visión y objetivos de manera general, los cuales no se enfocan apropiadamente al cumplimiento de metas ni de corto ni largo plazo.

Toda institución debe poseer una planificación estratégica, misma que le permita ser proactiva en vez de reactiva en la formulación de su futuro, que busque concentrar sólo aquellos objetivos factibles de lograr y en qué negocio o área competir, en correspondencia con las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno.

El desconocimiento de cómo diseñar una planificación estratégica que la administración de Hospiesaj se la realice sin una línea a seguir, pues esta útil herramienta mejoraría la gestión de hospital.

El descuido por parte del Gerente a la hora de diseñar una planificación estratégica para el hospital, no permite fijarse objetivos y metas ni de corto ni de largo plazo que le ayuden a cumplir con su misión y visión institucional.

3.1.4.1. Cuestionarios de conocimiento y aplicabilidad de la misión y visión

AM	1/4
-----------	------------

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.

CUESTIONARIO ANÁLISIS DE LA MISIÓN

OBJETIVO: Evaluar si el personal conoce la misión institucional y tiene claramente definido el objetivo a seguir.

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	¿La misión institucional expresa claramente el objetivo a alcanzar?	33	0
2	¿La misión es clara, concisa y precisa en lo que quiere alcanzar la entidad?	33	0
3	¿Se difunde la misión entre el personal de la entidad?	31	2
4	¿La misión institucional contiene elementos que distinguen a la entidad de su competencia?	29	4
5	¿Las actividades que realiza el personal son tendientes a alcanzar la misión institucional?	29	4
6	¿El nivel directivo ha definido claramente el negocio de la empresa?	32	1
7	¿Se mantiene la consistencia y la claridad del propósito en toda la organización?	28	5
8	¿La misión proporciona un marco de referencia para todas las decisiones de planeación importantes que tomará la alta dirección?	31	2
9	¿El enunciado de la misión identifica la razón de ser de la entidad, cuyo propósito se muestra en la satisfacción del cliente?	28	5
10	¿El personal mantiene latente la idea de tener resultados finales congruentes con la misión de la empresa?	28	5
TOTALES		302	28

FUENTE: Encuestas realizadas al personal

CONFIANZA 302

330

CONFIANZA 92%

RIESGO 8%

Grado de confianza del control interno

ALTO (X) MODERADO () BAJO ()

Comentarios adicionales:

Al evaluar la misión, se ha determinado que su planteamiento, aplicación y aceptación de los receptores, se encuentra en 92% de confianza.

La misión de Hospiesaj permite que el personal sienta una directa orientación hacia el cumplimiento de la misma y mantenga clara la idea de satisfacer y conquistar al cliente.

Figura N° 6
Análisis de la Misión



Elaborado por: Las Autoras

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

AM	3/4
----	-----

Auditoría de Gestión para el año 2010

Misión Propuesta

La misión de Hospiesaj está formulada de una manera incorrecta, la misma no cumple con los parámetros de formulación que le permita al hospital dar a conocer su razón de ser.

La misión de una entidad debe responder a ciertas preguntas esenciales que le permitan su formulación como en el caso de Hospiesaj que vendría a ser.

¿Qué hace la organización?

Ofrecer servicios de salud integral

¿Para que lo hace?

Para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas

¿Con que lo hace?

Con una tecnología y equipos modernos

¿Cómo lo hace?

A través de atención profesional y personalizada,

¿Con cuáles criterio se rige?

Con calidez y eficiencia y contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

Una vez respondidas las preguntas claves para la formulación de la misión, la misma quedaría de la siguiente manera:

Misión Propuesta

Ofrecer servicios de salud integral, para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, con una tecnología y equipos modernos, a través de atención profesional y personalizada, con calidez, eficiencia y contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

La formulación incorrecta de la misión institucional puede confundir a los receptores de la misma, impidiendo que se tenga un lenguaje común acerca de la razón de ser de la institución.

La Gerencia ha descuidado realizar un análisis periódico acerca de los factores claves como la misión institucional que le permita reestructurar la misma en caso de ser necesario.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.

CUESTIONARIO ANÁLISIS DE LA VISIÓN

OBJETIVO: Evaluar si la visión institucional define claramente lo que quiere ser a largo plazo.

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene la empresa una visión que defina claramente lo que quiere ser a largo plazo?	33	0
2	¿La visión expresa el curso estratégico de la empresa en la preparación de su futuro?	33	0
3	¿La visión es difundida en forma permanente entre el personal de la Empresa?	26	7
4	¿La difusión de la Visión en sus diferentes medios y formas es consistente y permanente a través del tiempo?	26	7
5	¿Los programas, acciones, estrategias y demás prácticas gerenciales son congruentes con el contenido de la visión?	30	3
6	¿El enunciado de la visión facilita la creación de una imagen mental?	32	1
7	¿La visión en sí misma es deseable por sus receptores - particularmente personal, porque en ella identifican oportunidades de desarrollo y objetivos personales?	32	1
8	¿El contenido de la visión, su difusión y el desempeño de la alta dirección proyecta la idea de que es factible alcanzarla?	30	3
	TOTALES	242	22

FUENTE: Encuestas realizadas al personal

CONFIANZA 242

264

CONFIANZA 92%

RIESGO 8%

Grado de confianza del control interno

ALTO (X) MODERADO () BAJO ()

Comentarios adicionales:

Al evaluar la visión, se ha determinado que su planteamiento, aplicación y aceptación de los receptores, se encuentra en 8% de riesgo.

La visión se define claramente lo que quiere ser a largo plazo, este enunciado destaca el valor y beneficios que Hospiesaj estará ofreciendo a sus receptores; de manera que no se convierte en deseable por sí misma, particularmente para su personal porque se identifican oportunidades de desarrollo y objetivos personales.

La visión es planteada de tal forma que es capaz de proyectar al lector una imagen de lo que será en el futuro y que su contenido proyecte la idea de que con la contribución de un trabajo en equipo, es factible alcanzarla.

Figura N° 7
Análisis de la Visión



Elaborado por: Las Autoras

3.1.4.2. Análisis del cumplimiento del POA

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

APOA 1/1

Auditoría de Gestión para el año 2010

Análisis del Cumplimiento del POA

El Hospital San Juan no cuenta con un Plan Operativo Anual, el documento que se obtuvo es un presupuesto para el año, al cual se lo confunde con un POA institucional.

Un POA debe ser diseñado como un instrumento de guía administrativa que contenga las actividades de implementación del conjunto de propuestas contenidas en el plan estratégico, definiendo indicadores de medición de cumplimiento, así como las personas responsables, los recursos a utilizar y planteando un cronograma acorde a la duración del POA.

El desconocimiento de cómo diseñar el plan estratégico repercute directamente en la estructuración del POA, pues tiene que tener vinculación y coherencia directa con el mismo.

El descuido por parte del Gerente a la hora de diseñar la planificación estratégica y el plan operativo anual para el hospital no permite tener una guía administrativa que ayude al cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.2. Área de Administración

3.2.1. Indicadores de Gestión para el Área de Administración

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

IGAC 1/3

Auditoría de Gestión para el año 2010

Indicadores de Gestión para el Área Comercial

Índice de liquidez 2010
Activo corriente / pasivo corriente
\$ 445721.05 / \$ 440632.54
1,01
La capacidad del hospital para cubrir su deuda a corto plazo es de 1.01 veces pasivo corriente.
Prueba acida o liquidez Inmediata
Activo corriente - inventario / pasivo corriente
\$ 445721.05 – \$ 77112.07 / \$ 440632.54
83,65%
Indica que tiene una capacidad de pago del 83.65% respecto a sus deudas a corto plazo
Rotación del activo total
Ventas / activo total
\$ 942618.57 / \$ 1751813.70
\$ 0.54
Significa que por cada dólar que el hospital tiene en el activo ha generado 0.54 dólares en ventas en el año 2010
Índice de Endeudamiento
Deuda total / activo total

\$ 35854.40 / \$ 1751813.70
20.26%
Indica que los activos totales están comprometidos en un 20.26%
Recuperación de cartera
Cuentas por cobrar 2010 / Cuentas por cobrar 2009
\$ 274918.44 / 270589.02
101.60 %
Las cuentas por cobrar disminuyeron un 1.60% en referencia al año anterior.
Apalancamiento
Activo total / Patrimonio
\$ 1751813.70 / 712695.56
2.45
Significa que por cada dólar invertido en el patrimonio se ha generado 2.45 veces dólares en activos
Gastos de imprenta
Gastos imprenta 2010 / gastos imprenta 2009
310,00/325,00
95%
Se han economizado los gastos de imprenta en un 5% en relación al 2009
Desperdicio de facturas
Facturas desperdiciadas / total de facturas
603 / 12000
5%
El 5% del total de las facturas se desperdiciaron por anulación de las mismas

3.2.2. Evaluación al Reglamento Interno institucional

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

ERI	1/1
-----	-----

Auditoría de Gestión para el año 2010

Evaluación al Reglamento Interno Institucional

Hospiesaj posee un reglamento interno institucional, el cual detalla aspectos que norman la relación empleador – empleado, pero no todos sus empleados tienen conocimiento del mismo.

Un reglamento interno regula las relaciones de la empresa con trabajadores en aquellos puntos en los cuales se exige una definición más precisa entre lo que indica la ley (código de trabajo y su reglamento) y las condiciones particulares de actividad laboral de cada empresa con el objeto de que tanto patrono como trabajadores conozcan con claridad a que atenerse en caso de discrepancias, y por ende es necesario que todos sus empleados tengan conocimiento del mismo.

La falta de conocimiento de la existencia de un reglamento interno institucional, aumenta los problemas internos laborales dentro del hospital y el personal, impidiendo el normal desenvolvimiento de las actividades laborales.

La Administración y la Gerencia es la encargada de dar a conocer las actualizaciones que se realicen en la normativa interna del hospital para el conocimiento de todos sus empleados.

3.2.3. Cuestionarios de cumplimiento de código de ética

CE **1/2**

CUESTIONARIO DE ÉTICA

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan S.A.

COMPONENTE: Ética

FECHA: 23/01/2012

Nº	CUESTIONARIO	SI	NO
1	¿Al ingreso a la institución, usted recibió un curso de inducción?	29	4
2	¿Recibió algún documento que se relacione con reglas de comportamiento: personal, ético, profesional y cívico?	24	9
3	¿Sabe que debe guardar confidencialidad con la información que maneja?	33	0
4	¿Tiene una cabal comprensión de las acciones de la Institución, en caso de quebramiento de normas disciplinarias?	24	9
5	¿Las normas disciplinarias de la Institución constan en un documento formal?	29	4
6	¿Ha recibido instrucciones precisas de cómo actuar en caso de haber conflicto de intereses en su trabajo?	15	18
7	¿La entidad enfatiza en la importancia de la integridad y comportamiento ético?	29	4
8	¿Brinda usted un trato igualitario al público?	33	0
9	¿Se comunican debidamente dentro de la Institución las acciones disciplinarias que se toman?	22	11
10	¿El personal conoce las sanciones que se van a aplicar en el caso de no tener un buen comportamiento?	17	16
TOTALES		255	75

FUENTE: Encuestas realizadas al personal

CONFIANZA 255
 330
 77%

CONFIANZA

RIESGO 23%

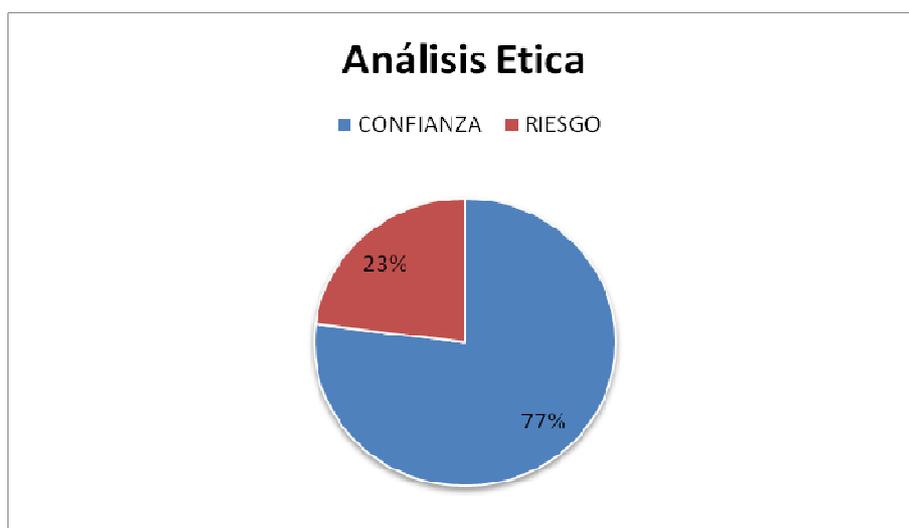
Grado de confianza del control interno

ALTO (X) MODERADO () BAJO ()

Comentarios adicionales:

Luego de la evaluación realizada al personal sobre dicho componente, se ha podido determinar que el riesgo del mismo es del 23%, siendo un porcentaje no considerable pero se debe tomar énfasis en puntos de interés que se puedan mejorar con respecto a la ética profesional de los funcionarios del Hospiesaj y puedan contribuir al desarrollo normal de las actividades.

Figura N° 8
Análisis de la ética



Elaborado por: Las Autoras

3.2.4. Tratamiento de desechos hospitalarios

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

TD	1/2
-----------	------------

Auditoría de Gestión para el año 2010

Análisis del Tratamiento de Desechos Hospitalarios

Para fines del año 2010 se emitió la disposición gubernamental que normaba el tratamiento de los desechos hospitalarios, hasta esa fecha Hospiesaj no tenía manual interno que regule el mismo. Se ha podido identificar que a pesar de contar con una normativa interna se ha descuidado el tratamiento de desechos hospitalarios pues el depósito de dichos desechos no se lo hace en recipientes adecuados y no se han respetado las disposiciones emitidas.

Es necesaria la socialización y aplicación de la normativa interna emitida acerca del tratamiento de los desechos hospitalarios con todo el personal que labora dentro del mismo, con la finalidad que se cumpla lo dispuesto, pues existen residuos contaminantes que pueden resultar peligrosos para la salud de los empleados, como de los pacientes.
--

La aplicación eficiente y eficaz del manual de desechos hospitalarios evitará que el hospital incurra en problemas legales por incumplimiento de las disposiciones emitidas por entes de control, a la vez que velan por la integridad tanto del personal que labora en la entidad como de las personas que utilizan los servicios hospitalarios.

3.3. Área de Talento Humano

3.3.1. Indicadores de Gestión para el Área de Talento Humano

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

IGTH	1/2
------	-----

Auditoría de Gestión para el año 2010

Indicadores de Gestión para el Área de Talento Humano

Honorarios Profesionales
Honorarios Profesionales 2010 / Honorarios Profesionales 2009
313125.74 / 288595.15
108.50%
Los Honorarios profesionales se incrementó en un 8.50% respecto al año anterior 2009
Valor Unitario Promedio mensual por empleado
(Gasto total de nómina / Número de empleados) / 12 meses
(G. Remuneración adm. + G. Remuneración ventas/ Número empleados) /12
(101244.80 + 109848.66 / 33) / 12
6396.77 / 12
533.06 dólares mensuales
El valor unitario promedio por empleado es de 533.06 dólares mensuales
Proporción horas extra vs horas normales Gasto Administración
(horas extra / horas normales) x 100
(7010.80 / 66270.65) x 100
10.57 %
Por cada hora normal, los empleados administrativos en promedio han

3.3.2. Evaluación del Proceso de Contratación de Personal

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

EPCP	1/2
-------------	------------

Auditoría de Gestión para el año 2010

Evaluación del Proceso de Contratación de Personal

Hospiesaj no cuenta con un Manual de Contratación de Personal dentro del Reglamento Interno se hace mención de manera general en un artículo los requisitos que presentará un empleado nuevo para el ingreso al hospital. Para obtener información acerca del proceso de contratación de personal se realizó una entrevista con la Administradora quien es la encargada:

1. Se genera la vacante
2. Comisión de contratación – Define los requisitos en base a lo dispuesto en el Reglamento Interno.
3. Publicación en el periódico de mayor circulación de la ciudad
4. Recepción de carpetas hasta la fecha limite
5. Revisión de carpetas en función de los requisitos predefinidos
6. Las carpetas que no cumplen se archivan y las que cumplen con los requisitos se convocan a las personas para que rindan prueba de conocimientos.
7. La persona que obtenga la más alta calificación es la persona que ocupará la vacante
8. Firma contrato – administración

Es importante que Hospiesaj cuente con un Manual de Contratación de

EPCP 2/2

personal el mismo que contenga el perfil profesional que requiere cada cargo, y facilite el proceso selección de personal.

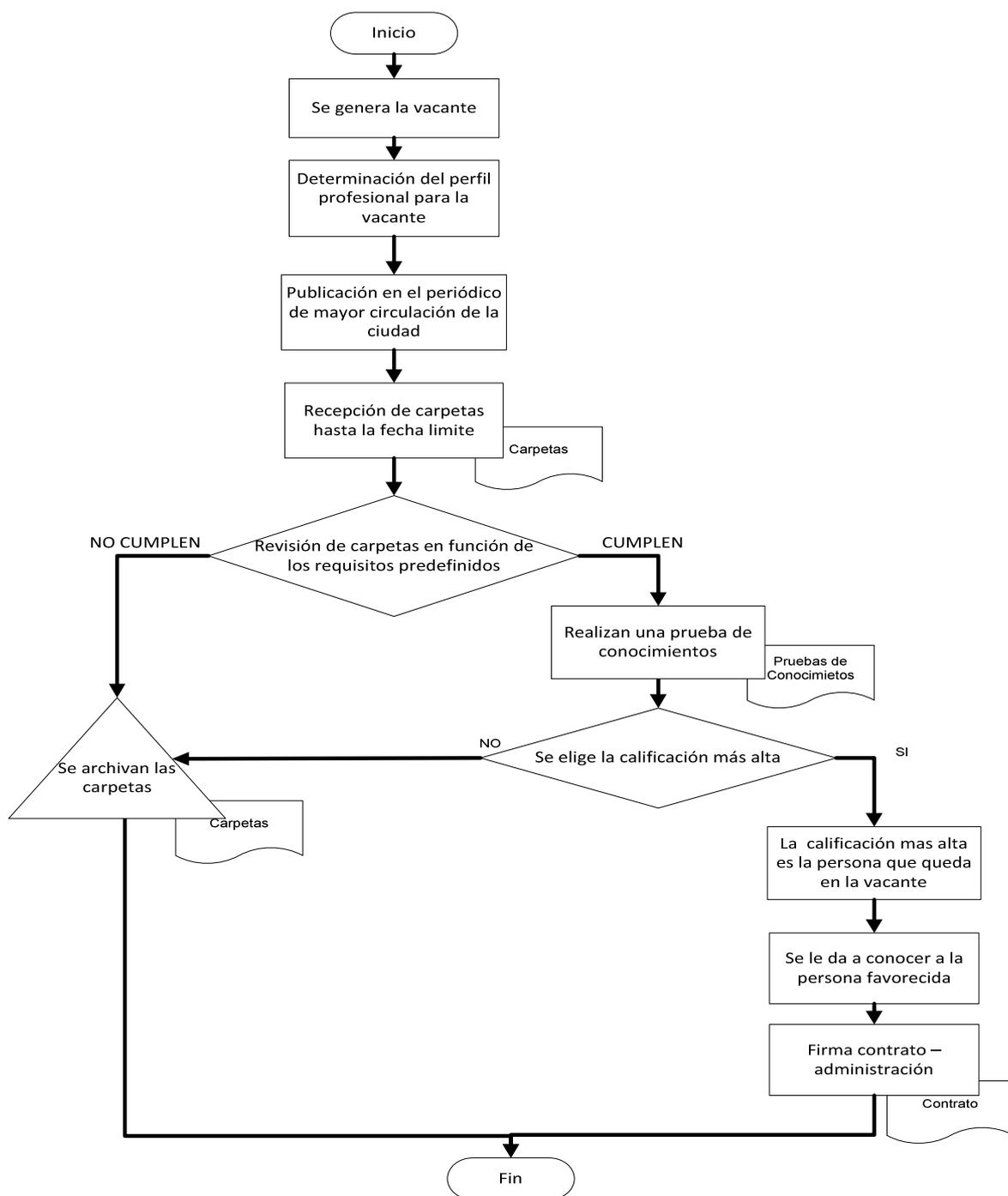
La falta de una normativa que regule la contratación de personal puede ocasionar que se ocupe las vacantes con personal que no cumpla con los requisitos para el cargo, haciendo perder recursos en cuanto a la capacitación del mismo.

El descuido por parte de la Administración en cuanto a políticas sobre el manejo de personal hace que se desperdicie recursos.

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010**

Figura Nº 9

Flujograma de contratación de personal



Elaborado por: Las Autoras

3.4. Área Comercial

3.4.1. Indicadores de Gestión para el Área Comercial

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

IGAC	1/2
-------------	------------

Auditoría de Gestión para el año 2010

Indicadores de Gestión para el Área Comercial

Gasto Promoción
Gastos publicidad 2010/gastos publicidad 2009
164.38 / 120.25
136.70 %
Los gastos de publicidad se han incrementado en un 36.70%, se debería incrementar el presupuesto en lo que se refiere a la promoción del hospital.
Optimización de los medicamentos
Medicamentos desperdiciados / Total de medicamentos
2108/23000
9%
Se desperdiciaron el 9% del total de medicamentos que el hospital tuvo en el año 2010
Tiempo de espera para la atención médica al cliente
Tiempo programado / tiempo promedio real
6 minutos / 6 minutos
100%
Según lo planificado el hospital es eficiente en la atención al cliente, pues en

anteriores periodos la espera era de 8 a 10 minutos.
Tiempo para la entrega de exámenes
Tiempo programado / tiempo promedio real
8 horas / 7 horas
114.28%
Hay una buena gestión en cuanto a la entrega de exámenes.
Eficiencia en el servicio 2010
Cantidad de servicios ofrecidos / Cantidad de servicios ocupados
26/26
100%
Todos los servicios del hospital se ocupan a cabalidad, por lo tanto no tiene servicios subutilizados
Pacientes atendidos en emergencia
Total de pacientes atendidos 2010 / pacientes solicitantes del servicio 2010
19854 / 19854
100%
Se ha atendido al 100% de las personas que requirieron ser atendidos en Emergencias.

3.4.2. Evaluación del Proceso de Adquisición de Medicamentos

Hospital de Especialidades San Juan S.A.

EPAM	1/2
-------------	------------

Auditoría para el año 2010

Evaluación del Proceso de Adquisición de Medicamentos

El Hospital San Juan no posee un documento que refleje el proceso de adquisición de medicamentos, para obtener información del mismo se realizó una entrevista con el empleado a cargo de farmacia quien detalló cómo se adquieren los medicamentos para farmacia:

1. Se genera la orden de compra por el encargado de farmacia
2. Se pasa al Director Médico para que revise la orden y autorice la misma (visto bueno)
3. Pasa a Gerencia para que autorice la compra.
4. Recibe la Administradora para contactar a la casa comercial.
5. Hace el pedido al proveedor
6. Entrega en 8 días el pedido
7. Se recibe la factura en Contabilidad
8. Se cancela en 30 días

Toda entidad debe normar por escrito sus procesos de las actividades continuas que se realizan, pues ello permite que las personas involucradas tengan una guía clara que favorezcan su comprensión, así como faciliten la capacitación a los nuevos empleados y también a los que desarrollan la tarea,

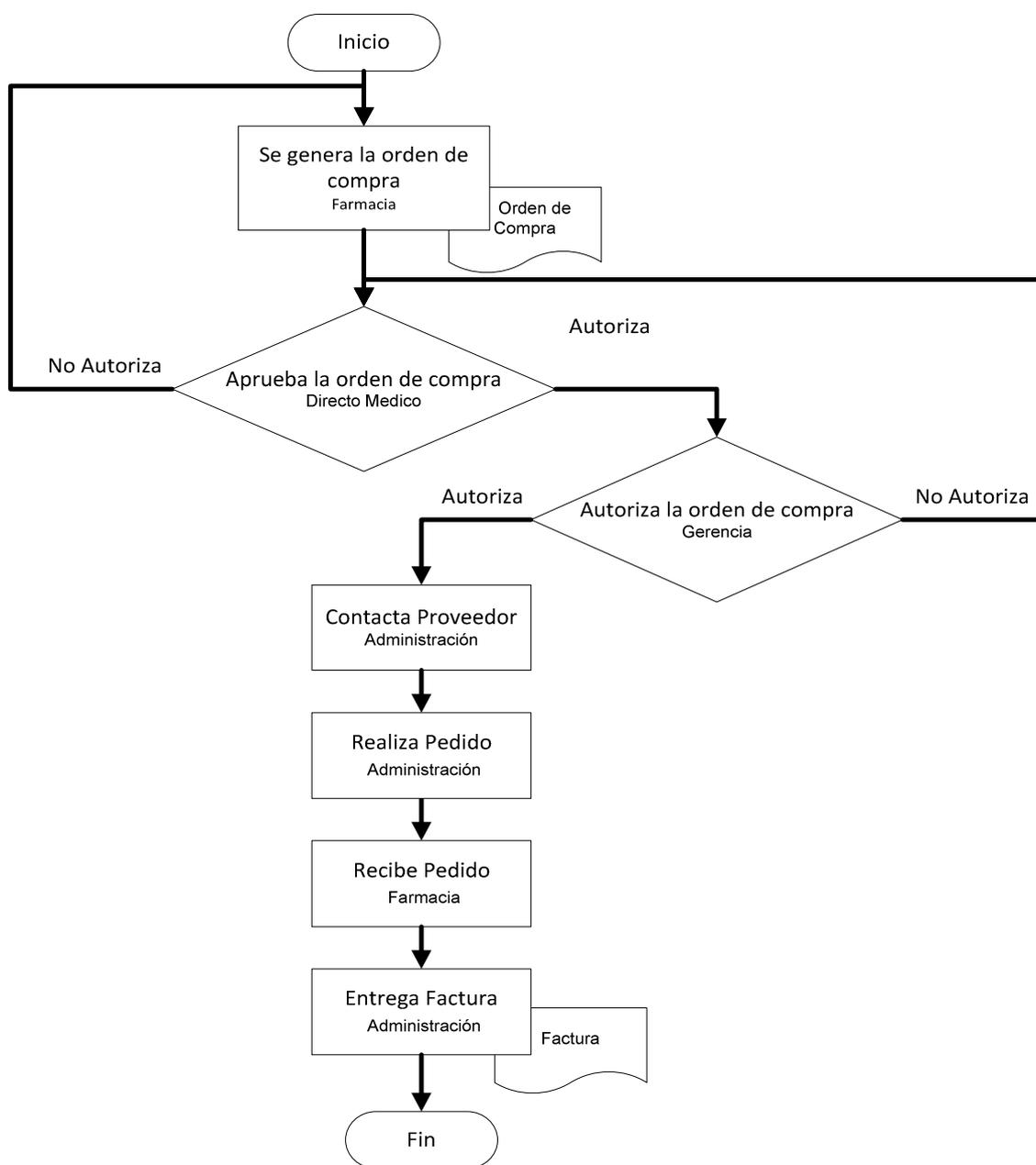
cuando se realizan mejoras en el proceso.

La falta de normativa sobre el proceso de adquisición de medicamentos puede provocar que se omitan disposiciones importantes en el proceso que se realiza, y que posteriormente se encuentren cuellos de botella por no seguir un orden lógico de un proceso.

La Gerencia ha descuidado la emisión de manuales que contengan la descripción de los principales procesos que se realizan en el hospital.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010

Figura Nº 10
Flujograma de adquisición de medicamentos



Elaborado por: Las Autoras

CAPÍTULO IV
COMUNICACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Oficio Circular N° 003-HS

Riobamba, 01 de marzo de 2012

Sección: Auditoría

Asunto: CONVOCATORIA PARA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Señores

FUNCIONARIOS Y EX – FUNCIONARIOS DE HOSPIESAJ S.A.

Presente

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el Plan de Auditoría presentado y de conformidad con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas convoco a ustedes a la conferencia final de comunicación de resultados, de la Auditoría de Gestión de Hospiesaj, por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2010, realizado mediante contrato.

Dicho acto se llevará a cabo en el Salón de Convenciones NEXUS, ubicado en la Veloz y Autachi, el día lunes 05 de marzo de 2012 a las 17h00.

Atentamente,

Srta. Norma Lluay
AUDITORA

Srta. Cristina Moreano
AUDITORA

4.1 Informe de Auditoría de Gestión

Riobamba, 05 de marzo de 2012

Señores

Miembros del Directorio y Gerente General de HOSPIESAJ S.A.

Presente

De nuestra consideración.-

Hemos efectuado una auditoría de gestión al Hospital de Especialidades San Juan S.A. al 31 de diciembre de 2010, con el objeto de evaluar: la eficiencia, eficacia y la economía en que se maneja las operaciones, el cumplimiento de normas ecológicas y la observancia de disposiciones éticas por el personal.

Nuestra auditoría fue realizada de acuerdo con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, en consecuencia incluyó las técnicas y procedimientos de auditoría que consideramos necesarios en las circunstancias.

Para evaluación de la gestión utilizamos parámetros propios del hospital y aquellos que se aplican dentro de una administración eficiente y honesta.

La auditoría se orientó a las siguientes áreas de: Administración, Talento Humano y Comercial.

Nuestro informe contiene comentarios, conclusiones y recomendaciones para mejoras reales y potenciales.

Reiteramos nuestro compromiso de asesorar a la administración para contribuir al desarrollo del hospital. A la vez dejamos constancia de nuestro reconocimiento por la total colaboración que hemos recibido en nuestro trabajo.

Cordialmente,

Srta. Norma Lluay

AUDITORA

Srta. Cristina Moreano

AUDITORA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.

AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010

INFORME FINAL

I. INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

1.1. Antecedentes

En el año de 1984 un grupo de galenos se unen para conformar la Clínica de Especialidades San Juan Cía. Ltda. logrando un crecimiento y desarrollo institucional y un eficiente servicio a la comunidad, siendo su aporte científico un gran impulso a la medicina en la provincia de Chimborazo, en base al profesionalismo, capacidad científica y fundamentalmente un profundo sentido de ética. El hospital posee un capital de \$ 372.118 participaciones, por un valor nominal unitario de \$ 1,00.

1.2. Objetivos del Examen

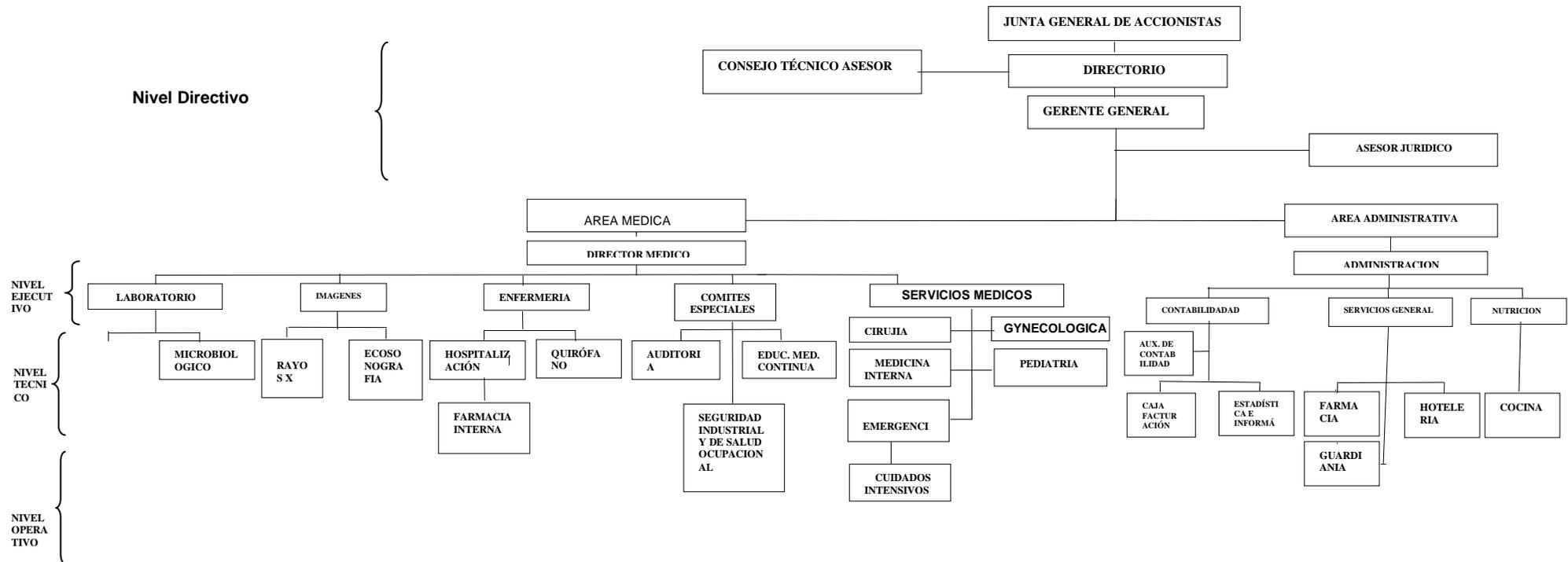
- a) Evaluar el grado de cumplimiento de la misión, metas y objetivos, políticas, planes y procedimientos a través de indicadores.
- b) Determinar el grado de confiabilidad de la estructura de control interno.
- c) Formular comentarios, conclusiones y recomendaciones tendientes a mejorar los procedimientos relativos a la gestión.
- d) Emitir un informe

1.3. Alcance de la Auditoría

El período a examinar comprende de 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 período dentro del cual examinaremos la gestión administrativa y oportunidad de la aplicación de las pruebas de auditoría que están previstas en el programa de trabajo para cada una de las áreas de la Institución.

1.4. Organización

La actual estructura de Hospiesaj S.A. es la siguiente:



Fuente: HOSPIESAJ

1.5. Funcionarios Principales

FUNCIONARIOS	CARGO
Roberto Costales	Gerente General
Liliana Chávez	Contadora General
María Fernanda Hidalgo	Auxiliar de Contabilidad
Ana Lucía Obregón S.	Administradora
Gabriela Betancourt	Cajera
Margarita Anguieta	Recepcionista
María Josefina Hernández Terán	Jefe de Enfermería
Miguel Arellano Ch.	Jefe de Farmacia
José Marcelo Ortiz Jiménez	Jefe de Laboratorio

II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA

SE REQUIERE MEJORAS URGENTES EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA

2.1. EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO REQUIERE ATENCIÓN EN CIERTAS ÁREAS

Por la importancia que tiene un sistema de control interno eficiente para el hospital se ha realizado una evaluación del mismo a través de cuestionarios por Método COSO y se encontraron las siguientes novedades:

Dentro del componente ambiente de control, en lo que se refiere a la integridad y valores éticos se detectó que el hospital no posee un código de conducta, pues

cuenta con un reglamento interno en el cual abarca normas de conducta de manera general.

En cuanto al compromiso por la competencia profesional del personal, dentro del componente ambiente de control se encontró que no existe un Plan de Capacitación en el hospital que favorezca la competencia profesional de cada puesto.

Dentro de la evaluación a la parte filosófica administrativa y estilo de operación, se detectó que el Departamento de Contabilidad por falta de planificación de los pagos a los proveedores, se han presentado quejas por la falta de pago a tiempo, se observa un descuido ante la generación de información, tanto contable/financiera como de gestión.

En cuanto a la evaluación de riesgos, estos se informan a gerencia, pero la misma, no les otorga la importancia, ni los clasifica según su prioridad.

No existe un control adecuado en el manejo del dinero, pues el mismo además de manejarlo en facturación que es el departamento encargado de resguardar estos valores, también se lo maneja en la recepción del hospital, esto es cuando los médicos realizan consultas y la recepcionista es la persona encargada de emitir la factura y receiptar el dinero, y en ausencia de ella lo receipta una auxiliar de enfermería o el personal de seguridad.

En lo que se refiere al software que maneja el hospital tiene algunos errores y las aplicaciones que tiene el sistema no son conocidas por todo el personal, pues apenas tienen conocimientos básicos del mismo.

Respecto a las actividades de monitoreo, luego de la aplicación del cuestionario de control interno, se detecta que los empleados exponen que no existe una supervisión permanente de las actividades regulares que realizan dentro del

hospital.

Conclusión:

La falta de un sistema de control interno eficiente y eficaz, pone en riesgo la utilización de los recursos (humanos, materiales y financieros) disponibles del hospital, pues no asegura su integridad, custodia y registro oportuno, en los sistemas respectivos, es por eso, la importancia de tener una planificación que sea capaz de verificar que los controles se cumplan para darle una mejor visión sobre la gestión.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

1. Diseñar un código de conducta en el cual se detallen estándares de comportamiento tales como: trato profesional, trato social, conducta laboral, relaciones extrainstitucionales; que normen el accionar del personal que labore dentro del hospital.

Se adjunta un proyecto de un Código de Conducta para su análisis, aceptación y aplicación del mismo, ANEXO 1.

2. Elaborar un Plan de Capacitación de acuerdo al tema que requiera cada área del hospital, con el fin de proporcionar a las personas dentro de los diferentes departamentos, las herramientas y habilidades para desarrollar de mejor manera su trabajo y apoyar su crecimiento profesional.

Se adjunta un proyecto de Plan de Capacitación para su revisión y aprobación, ANEXO 2.

3. Diseñar una herramienta que le permita priorizar los riesgos y darles la importancia necesaria, para que los mismos no afecten el desempeño del hospital a largo plazo.
4. Evaluar el software que se está utilizando para identificar errores de aplicación y solicitar la corrección de los mismos a los proveedores del sistema, con la finalidad de adaptarlo a las necesidades del hospital. Así como también se debe capacitar al personal acerca del manejo del sistema para su correcta utilización y así permita generar información contable – financiera de manera oportuna.

A la Contadora:

5. Revisar el Manual Contable del hospital, para que se incluya disposiciones acerca de los pagos de las compras que se realizan, con el fin de mantener una buena relación con los proveedores, manteniendo la credibilidad institucional, y además de conservar una imagen responsable del hospital hacia terceros.
6. Realizar un reglamento para la administración del fondo de caja que se maneja dentro del hospital, el cual asigne a un responsable del mismo, monto máximo, control, prohibiciones, reposiciones, utilización, y disposiciones generales.

Se adjunta un proyecto de Reglamento para el Fondo de Caja para su revisión y posterior aplicación, ANEXO 3.

2.2. UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA ADECUADA PERMITE ALCANZAR LA VISIÓN INSTITUCIONAL.

Luego de la evaluación efectuada a la planificación estratégica de Hospiesaj facilitada por gerencia se identificó lo siguiente:

Hospiesaj no cuenta con una planificación estratégica estructurada, el documento existente apenas detalla la misión, visión y objetivos de manera general, los cuales no se enfocan apropiadamente al cumplimiento de metas, ni de corto, ni largo plazo.

La misión de Hospiesaj está expresada de manera incorrecta, la misma no cumple con los parámetros de enunciación que se requieren para la formulación de una misión empresarial, pues esta debe dar a conocer su razón de ser.

El Hospital San Juan no cuenta con un Plan Operativo Anual, el documento que se obtuvo es un presupuesto para el año, al cual se lo confunde con un POA institucional.

Conclusión

La inexistencia de una Planificación Estratégica, no le permite a Hospiesaj direccionar sus actividades hacia un futuro, integrando el desarrollo de objetivos, metas, estrategias, políticas y funciones a través de todo el hospital.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

7. Rediseñar la planificación estratégica actual, misma que le permita al hospital ser proactivo frente a las variables externas que le puedan afectar en el futuro y esté preparado para afrontarlas, además de la formulación de objetivos a corto y largo plazo, que le permita tener una horizonte de desarrollo sostenible.
8. Luego de tomar en cuenta los parámetros de formulación de la misión se propone lo siguiente, para que sea analizada y se tome en cuenta para su aplicación:

Misión propuesta

Ofrecer servicios de salud integral, para satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares más allá de sus propias expectativas, con una tecnología y equipos modernos, a través de atención profesional y personalizada, con calidez, eficiencia y contribuyendo al desarrollo de la sociedad.

9. Diseñar un Plan Operativo Anual, como un instrumento de guía administrativa que contenga las actividades de implementación del conjunto de propuestas contenidas en el plan estratégico, definiendo indicadores de medición de cumplimiento, así como las personas responsables, los recursos a utilizar y planteando un cronograma acorde a la duración del plan.

Se adjunta un proyecto de POA como propuesta para el análisis y aplicación dentro del hospital, ANEXO 4.

2.3. LA APLICACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN PERMITE EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL.

El Departamento Administrativo, no ha diseñado los instrumentos necesarios, para que las unidades puedan medir su grado de cumplimiento, esto se debe a la inexistencia de una adecuada planificación estratégica; dando lugar a que no se trabaje en base a metas y objetivos que permitan su evaluación mediante la aplicación de instrumentos como indicadores de gestión.

Como parte del examen se ha procedido a diseñar y aplicar indicadores los cuales arrojaron como resultado:

Índice de liquidez

Activo corriente / pasivo corriente

La capacidad del hospital para cubrir su deuda a corto plazo es de 1.01 veces su pasivo corriente.

Prueba acida o liquidez Inmediata

Activo corriente - inventario / pasivo corriente

La capacidad de pago es del 83.65% respecto a sus deudas a corto plazo.

Rotación del activo total

Ventas / activo total

Por cada dólar que el hospital tiene en el activo ha generado 0.54 dólares en ventas en el año 2010.

Índice de Endeudamiento

Deuda total / activo total

Los activos totales están comprometidos en un 20.26%

Recuperación de cartera

Cuentas por cobrar 2010 / Cuentas por cobrar 2009

Las cuentas por cobrar disminuyeron en un 1.60% en referencia al año anterior (2009)

Apalancamiento

Activo total / Patrimonio

Por cada dólar invertido en el patrimonio se ha generado 2.45 veces dólares en activos

Gastos de imprenta

Gastos imprenta 2010 / gastos imprenta 2009

Se han economizado los gastos de imprenta en un 5% en relación al 2009

Desperdicio de facturas

Facturas desperdiciadas / total de facturas

El 5% del total de las facturas se desperdiciaron por anulación de las mismas

Costo de mantenimiento de habitaciones

Costos de mantenimiento habitaciones / # de habitaciones

El costo de mantenimiento promedio para el 2010 fue de \$130,00 en cuanto a habitaciones.

Conclusión

La falta de medios verificadores para evaluar el cumplimiento de las actividades propuestas para alcanzar un objetivo, pone en riesgo el uso de los recursos disponibles, pues no se puede identificar si se están optimizando los mismos en su utilización o no.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

10. Tomar en cuenta la utilización de los presentes índices, para que pueda medir el cumplimiento de metas y objetivos propuestos para el área de administración. Además, se debe formular más índices de acuerdo a las necesidades del hospital para la evaluación de la gestión.

2.4. EL CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO INTERNO EVITA CONFLICTOS LABORALES.

Hospiesaj posee un reglamento interno institucional, el cual detalla aspectos que norman la relación empleador – empleado, pero no todos sus empleados tienen conocimiento del mismo.

Conclusión

El desconocimiento de la normativa interna por parte de los empleados, puede provocar conflictos entre el empleador y los empleados, incluso puede ocasionar el término de la relación laboral.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

11. Socializar el reglamento interno institucional con el personal del hospital, con el fin de que tanto el empleador como los empleados conozcan con claridad a qué atenerse en caso de discrepancias.

2.5. LA CORRECTA APLICACIÓN DEL MANUAL DE MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS EVITARÁ INCURRIR EN PROBLEMAS DE ÍNDOLE LEGAL.

Para un adecuado control de desechos en el Hospital de especialidades San Juan se debe iniciar con la adecuación de los lugares de almacenamiento, su colocación en recipientes adecuados y sobre todo una buena señalización de los mismos. Ante esto se debe hacer algunos cambios en el hospital para tener un apropiado control de desechos hospitalarios en el mismo, entre las observaciones que podemos anotar y sus recomendaciones respectivas a Gerencia se tienen:

PARA DEPÓSITOS DE LOS DESECHOS:

Para desechos corto punzantes (Jeringuillas)



Observación

Como se puede notar los recipientes usados no son de un PVC resistente a objetos corto punzantes.



Recomendación

El recipiente adecuado debe ser de material de PVC rígido, que presente resistencia a objetos corto punzantes, y con tapa para evitar contagios.

Uso de etiquetas adecuadas para los recipientes de desechos:



Observación

Se observa que los recipientes usados además de no ser los adecuados, no contienen etiquetas.



Recomendación

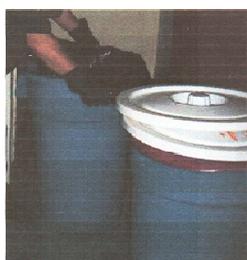
Los recipientes deben estar bien etiquetados, con su respectivo símbolo, colocados en un lugar visible, para que las personas lo identifiquen con facilidad.

Recipientes de almacenamiento intermedio



Observación

Se observa que los recipientes usados en el almacenamiento intermedio no contienen tapa y son de metal.



Recomendación

Los recipientes deben ser de PVC rígido tener tapa, aún más los de almacenamiento intermedio, no de otros materiales como de metal pues pueden presentarse oxidación con los fluidos que se generen.

PARA EL ÁREA DE DEPÓSITOS DE LOS DESECHOS:

Identificación del lugar de almacenamiento



Observación

El lugar de almacenamiento no tiene identificación y señalización adecuada.



Recomendación

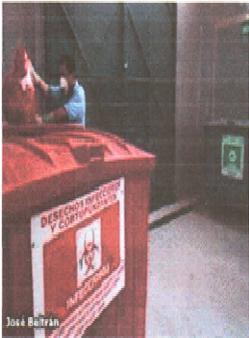
El lugar de almacenamiento debe tener una identificación y señalización. Colocar símbolos de identificación de acuerdo con la naturaleza del residuo, y de fácil visualización.

Dimensiones del área de almacenamiento final



Observación

El área de almacenamiento no cumple con las dimensiones necesarias para la maniobra del vehículo colector.

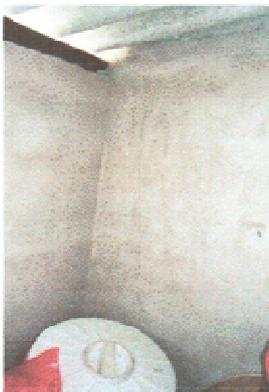


Recomendación

Las dimensiones del almacenamiento final deben estar en función al diagnóstico de las cantidades generadas en el establecimiento de salud, será diseñada para almacenar el equivalente a 2 días de generación de residuos.

La ubicación debe permitir el fácil acceso, maniobra y operación del vehículo colector externo y los coches de recolección interna. Además contiguo al ambiente de tratamiento de residuos.

Requerimientos del material de construcción del área de almacenamiento final



Observación

El material de construcción del área de almacenamiento no es el adecuado, no cumple con los requerimientos.



Recomendación

El área de almacenamiento de ser construido de material noble, protegido de la intemperie y temperaturas elevadas, que no permita el acceso de animales, dotado de ductos de ventilación o de aberturas cubiertas con mallas.

Revestido internamente (piso y paredes) con material liso, resistente, lavable, impermeable y de color claro. El piso con pendiente del 2% dirigida al sumidero y para el lado opuesto de la entrada.

Señalización del área de almacenamiento final



Observación

En el área de almacenamiento no existe señalización en los recipientes.



Recomendación

El área de almacenamiento debe estar delimitada mediante señalización, para cada clase de residuo. La puerta dotada de protección inferior para evitar el acceso de los vectores. Así como, debe estar dotado de punto de agua (fría y caliente) y bajo presión, punto de registro, punto de evacuación de aguas residuales e iluminación artificial interna y externa.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES AL ÁREA DE TALENTO HUMANO

SE REQUIERE MEJORAS URGENTES EN EL ÁREA DE TALENTO HUMANO

3.1. LA APLICACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN PERMITE EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL.

La gerencia no ha diseñado los instrumentos necesarios, para medir el grado de cumplimiento del área de talento humano, esto se debe a la inexistencia de una adecuada planificación estratégica, dando lugar a que no se trabaje en base a metas y objetivos que permitan su evaluación mediante la aplicación de instrumentos como indicadores de gestión.

Como parte del examen se ha procedido a diseñar y aplicar indicadores los cuales arrojaron como resultado:

Honorarios Profesionales:

Honorarios Profesionales 2010 / Honorarios Profesionales 2009

Los honorarios profesionales se incrementaron en un 8.50% respecto al año anterior (2009)

Valor Unitario de Remuneración Promedio Mensual por Empleado

Gasto total de nómina / Número de empleados

El valor unitario de remuneración promedio mensual por empleado es de 533,06 dólares

Proporción horas extra vs horas normales Gastos de Administración

(Horas extras / horas normales) x 100

Por cada hora normal, los empleados administrativos en promedio han trabajado 10.57% más.

Proporción horas extra vs horas normales Gastos de Ventas

(Horas extras / horas normales) x 100

Por cada hora normal, los empleados de ventas en promedio han trabajado 15.57% más, por lo que se debe analizar la necesidad de contratar personal para ventas.

Conclusión

Al no contar con una adecuada planificación estratégica no existen los instrumentos necesarios como indicadores de gestión, que permiten medir el grado de cumplimiento del área de talento humano.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

12. Tomar en cuenta la utilización de los presentes índices, para que pueda medir el cumplimiento de metas y objetivos propuestos para el área de talento humano. Además, se debe formular más índices de acuerdo a las necesidades del hospital para la evaluación de la gestión.

3.2. SE REQUIERE UN MANUAL DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL QUE PERMITA TENER UNA GUÍA PARA DICHO PROCESO.

Hospiesaj no cuenta con un Manual de Contratación de Personal, dentro del Reglamento Interno se hace mención de manera general sobre los requisitos que presentará un empleado nuevo para el ingreso.

Conclusión

Al no existir un documento que norme el proceso de contratación, éste no puede ser adecuado y confiable; provocando la pérdida de recursos capacitando a personal que no cumple con los perfiles profesionales.

Recomendación

A la Administradora de Hospicesaj:

13. Elaborar un Manual de Contratación de Personal, que contenga el perfil profesional que se requiere para los diferentes cargos y facilite el proceso de selección de personal.

Se adjunta un proyecto de Manual de Contratación de Personal como propuesta para el análisis y aplicación dentro del hospital, ANEXO 5.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES AL ÁREA COMERCIAL

SE REQUIERE MEJORAS URGENTES EN EL ÁREA COMERCIAL

4.1. LA APLICACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN PERMITE EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LAS ÁREAS DEL HOSPITAL.

La gerencia no ha diseñado los instrumentos necesarios, para medir el grado de cumplimiento del área comercial, esto se debe a la inexistencia de una adecuada planificación estratégica, dando lugar a que no se trabaje en base a metas y objetivos que permitan su evaluación mediante la aplicación de instrumentos como indicadores de gestión.

Como parte del examen se ha procedido a diseñar y aplicar indicadores los cuales arrojaron como resultado:

Gastos de Promoción

Gastos publicidad 2010/gastos publicidad 2009

Los gastos de publicidad se han incrementado en un 37%, pero se debería incrementar el presupuesto en lo que se refiere a la promoción del hospital.

Optimización de medicamentos

Medicamentos desperdiciados / Total de medicamentos

Se desperdició el 9% del total de medicamentos que el hospital tuvo en el 2010.

Tiempo de espera para la atención médica al cliente

Tiempo programado / tiempo promedio real

El tiempo de espera es de 6 minutos, según lo planificado el hospital es eficiente en la atención al cliente, pues en anteriores períodos la espera era de 8 a 10 minutos.

Tiempo para la entrega de exámenes

Tiempo programado / tiempo promedio real

El tiempo programado para la entrega de exámenes, sobrepasa lo esperado pues se cumple en un 114%.

Eficiencia en el servicio 2010

Cantidad de servicios ofrecidos / Cantidad de servicios ocupados

Todos los servicios del hospital se ocupan a cabalidad, por lo tanto no tiene servicios subutilizados.

Pacientes atendidos en emergencia

Total de pacientes atendidos 2010 / pacientes solicitantes del servicio 2010

Se ha atendido al 100% de las personas que requirieron ser atendidos en emergencia.

Conclusión

Al no contar con una adecuada planificación estratégica no existen los instrumentos necesarios como indicadores de gestión, que permiten medir el grado de cumplimiento del área de talento humano.

Recomendaciones

Al Gerente General de Hospiesaj:

14. Tomar en cuenta la utilización de los presentes índices, para que pueda medir el cumplimiento de metas y objetivos propuestos para el área de talento humano. Además, se debe formular más índices de acuerdo a las necesidades del hospital para la evaluación de la gestión.

4.2. SE DEBE DOCUMENTAR EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS.

La farmacia de Hospiesaj no cuenta con un documento que indique el proceso de adquisición de medicamentos.

Conclusión

Al no existir un documento donde se especifique el proceso de adquisición de medicamentos puede provocar que se omitan disposiciones importantes en el proceso que se realiza, y que posteriormente se encuentren cuellos de botella por no seguir un orden lógico del proceso.

Recomendación

Se anexa un flujograma del proceso de adquisición de medicamentos, pues este permitirá que las personas involucradas tengan un documento en el cual basarse para tomar decisiones en cuanto a la compra de los mismos, ANEXO 6.

ACTA DE CONFERENCIA FINAL DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS, DEL INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN PRACTICADO AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A., POR EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2010.

En la ciudad de Riobamba, parroquia Lizarzaburu, provincia de Chimborazo, a los cinco días del mes de marzo de dos mil doce, siendo a las 20h00 , las suscritas señoritas Norma Lluay y Cristina Moreano, Auditoras Independientes; se constituye en el Salón de Convenciones NEXUS de Hospiesaj con la finalidad de dejar constancia en la presente Acta, la comunicación de los resultados obtenidos en el informe de la Auditoría de Gestión, entre el período comprendido desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2010, los mismos que fueron realizados conforme lo estipulado en el contrato de Auditoría.

Conforme lo señalan las Normas Ecuatorianas de Auditoría NEA, se convocó, a los directivos y funcionarios del hospital, relacionados con el trabajo ejecutado, para que asistan a la conferencia final de comunicación de resultados.

Al efecto en presencia de los directivos y funcionarios del Hospital de Especialidades San Juan S.A. y de la firma de Auditoría, se procedió a la comunicación del informe, diligencia en la cual se dio a conocer los resultados obtenidos a través de los comentarios, conclusiones y recomendaciones.

Se establece un término de cinco días con el fin de que la Administración presente los justificativos de las observaciones comunicadas, de haberlas.

Para constancia de lo actuado, suscriben la presente Acta en duplicado del mismo tenor, las personas asistentes de las dos partes.

Nombre	Cargo	Firma
Roberto Costales	Gerente General	
Liliana Chávez	Contadora General	
María Fernanda Hidalgo	Auxiliar de Contabilidad	
Ana Lucía Obregón S.	Administradora	
Gabriela Betancourt	Cajera	
Margarita Anguieta	Recepcionista	
María Josefina Hernández Terán	Jefe de Enfermería	
Miguel Arellano Ch.	Jefe de Farmacia	
José Marcelo Ortiz Jiménez	Jefe de Laboratorio	

ANEXOS

ANEXO 1

PROYECTO DE CÓDIGO DE CONDUCTA

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	1/17

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN

II. ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO

A. Estándares de trato profesional

B. Estándares de trato social

C. Estándares de conducta laboral

D. Estándares en la formación y Desarrollo de personal e investigación

E. Estándares sobre las relaciones extrainstitucionales

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 2/17

I. PRESENTACIÓN

El Hospital de Especialidades San Juan, ofrece a todos los profesionales de la salud que se desempeñan en la entidad un Código de Conducta que guíe sus actividades y acciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal. De esa forma este documento es una contribución más para aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en el marco de la Calidad de los Servicios de Salud.

El Código de Conducta especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Estas conductas propician también la armonía en el desempeño individual con el del grupo responsable de prestar los servicios.

Del mismo modo, el Código de Conducta del Personal de Salud propicia el logro de los objetivos, funciones y metas que tienen asignadas las instituciones y, tienden a favorecer de manera racional la aplicación y el cumplimiento de la normatividad en la operación de los servicios a su cargo.

El Código de Conducta que se ofrece hace públicos los estándares de conducta profesional de su personal que coadyuven a la prestación de servicios con altos niveles de calidad. Establece una guía de comportamiento esperado del personal, siempre con referencia a las prácticas comúnmente aceptadas en las profesiones

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA

3/17

de la salud y a las obligaciones laborales contraídas y se basa en los principios fundamentales de la bioética, como son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad y justicia y, el respeto a la dignidad humana. Abre la posibilidad de que tanto las conductas como las prácticas, sean ajustadas al nivel de operación de la unidad de servicios de salud de que se trate. Fortalece, asimismo, la identificación del personal con su profesión y con la institución donde labora. Ayuda a prevenir la aparición de conductas profesionales reprochables y la comisión de faltas a la ética establecida. Igualmente favorece el desarrollo profesional y grupal de los equipos de salud dentro de la institución. El Código de Conducta convoca igualmente al desempeño coordinado y corresponsable de las diferentes áreas de las unidades de prestación de servicios de salud y, destaca la integridad profesional como eje en la prestación de los servicios, de igual forma enfatiza el trato cálido y amable a los pacientes, junto a la mejor utilización del tiempo y de los recursos disponibles.

II. ESTÁNDARES DE COMPORTAMIENTO

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes:

a) Estándares de trato profesional

Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	4/17

1. El personal, sus líderes y directivos se desempeñarán con integridad, aprovechando al máximo el tiempo de servicio y la utilización racional de los recursos a su disposición, protegiendo los intereses de los pacientes y de la institución, evitando el dispendio.
2. Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta.
3. Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.
4. Evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución para llevarlos a cabo.
5. Actualizará el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de las destrezas necesarias para empleo de la tecnología accesible, lo cual deberá comprobar por medio de las certificaciones correspondientes a su disciplina.
6. Reconocerá sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes, conforme a las normas institucionales, previniendo la intervención de personas insuficientemente capacitadas.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	5/17

7. Atenderá integralmente a los pacientes minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja.
8. Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.
9. Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.
10. El personal de salud debe de tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.
11. Del mismo modo, deberá facilitar, a solicitud de los pacientes, o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	6/17

12. Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes, la que sólo se divulgará con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley.
13. Cuando el paciente pide a su médico que decida por él lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir, conforme a su leal entender y proceder, conservando así los derechos fundamentales del paciente.
14. Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos, que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos.
15. Asimismo, les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.
16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitatorias para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.
17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuado.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	7/17

18. Si se requiere una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados, y si es el caso los costos del mismo.
19. Solamente cuando no se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico.
20. Proporcionará atención de urgencia a todo paciente, cuando esté en peligro su vida, un órgano o una función, sin distingo de cualquier tipo, con el propósito de estabilizar sus condiciones clínicas para que pueda recibir el tratamiento definitivo donde corresponda.
21. Formulará acuciosamente el expediente clínico de cada paciente en medios escritos. El expediente deberá ser completo, ordenado, legible, veraz, oportuno y lógicamente secuenciado, conforme lo establecen las normas.
22. A petición del paciente, sus representantes legales o de una autoridad judicial entregará un resumen clínico del caso, cuando le sea requerido.
23. A los pacientes hospitalizados deberá informárseles la razón de la necesidad de practicar exámenes de laboratorio o gabinete y comunicárseles los horarios de los estudios y la preparación necesaria.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	8/17

24. Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas.
25. Los alimentos deben ser proporcionados con comedimiento, en los horarios propios de la unidad hospitalaria y que mejor se apeguen a los requerimientos de los pacientes.
26. Utilizará debidamente los cuadros básicos y catálogos de insumos sectoriales, recurriendo a las opciones más indicadas que ofrecen, conforme al nivel de atención donde preste sus servicios.
27. Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes.
28. Se abstendrá de realizar, en el marco normativo de la institución, y en acuerdo con los familiares responsables, todo procedimiento desproporcionado que pueda significar ensañamiento terapéutico, o bien efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente.
29. El personal debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito con el paciente, referentes a sus decisiones anticipadas de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva y elección de su representante para que apoye su decisión cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales, anotando en cada ocasión en el expediente clínico.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	9/17

30. La atención hospitalaria del paciente en fase terminal incluirá cuidados hasta el último momento de su vida. La calidad técnica y moral de los mismos debe asegurar que el enfermo reciba la atención que merece por su condición de persona humana y pueda morir con dignidad en el hospital o en su domicilio.

31. El paciente en trance de muerte debe ser tratado con el mínimo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aun cuando signifiquen dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos, soporte psicológico y social, posiblemente cirugía, radiaciones, antibioticoterapia, etc., si estas medidas mantienen confortable al paciente.

32. Se enfatizará que el médico es un profesional de la ciencia y conciencia, que no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente, ya que al igual que éste, es una persona libre y responsable con un singular acervo de valores que norman su vida.

b) Estándares de trato social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

1. La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.
2. De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 10/17

3. El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
4. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.
5. Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.
6. Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
7. Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.
8. La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 11/17

9. Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despidan de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.

10. El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

c) Estándares de conducta laboral

Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo, a saber:

1. Perfeccionar su vida profesional y cuidar con su conducta la fuente de empleo, así como coadyuvar a la conservación del patrimonio institucional.

2. La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.

3. Colaborar honestamente con los procesos de auditoría interna o externa, como con los correspondientes a la supervisión, asesoría o evaluación.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 12/17

4. Abstenerse de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, inclusive la que considere de índole profesional personal, a menos que cuente con la autorización correspondiente.
5. Velar por la conservación del buen nombre y prestigio de la institución y, en caso de que identifique situaciones que los afecte deberá con lealtad, por los conductos institucionales, hacerlo del conocimiento de sus superiores o de las autoridades competentes.
6. Atender solícitamente las quejas que se presenten con motivo de la atención proporcionada a los pacientes, y colaborar ampliamente con la investigación que realicen las instancias formales que corresponda.
7. Contribuir a la solución de los conflictos que con tal motivo se presenten, actuando con imparcialidad, responsabilidad, equidad, honestidad y respeto a las instituciones, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y familiares, y a las obligaciones que como miembros de la sociedad les corresponde.
8. En el ámbito de sus atribuciones, contribuir y colaborar a la observancia de aquellas medidas tendientes a preservar el medio ambiente.

d) Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación

Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 13/17

investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante.

1. Sólo participarán en actividades educativas de alumnos de escuelas y facultades reconocidas y acreditadas, con las que la institución donde presta sus servicios tenga suscritos convenios.
2. No permitirán, conforme a las normas institucionales y programas académicos, la práctica inexperta o sin supervisión de los alumnos de los diversos grados de los grupos pertenecientes a las diferentes carreras de la salud, bajo su responsabilidad.
3. Podrán compartir su tiempo laboral con el tiempo convenido para actividades docentes o de investigación, para las cuales podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
4. En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de investigación.
5. Inculcarán en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, a los compañeros, a los superiores y, en general al personal que colabora en las actividades asistenciales, cuidando que la formación que reciban los alumnos sea integral.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 14/17

6. Los pacientes que participen en el proceso educativo deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo deberán ser informados del nombre de los alumnos y del grado que cursan.
7. El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.
8. La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.
9. Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.
10. No se debe inducir el uso de tecnologías, material, equipo y medicamentos que apenas están en estudio y no cabalmente confirmada su utilidad.
11. En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN	
	RIOBAMBA – ECUADOR	
AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	15/17

12. Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.
13. La profesión médica es responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos, siendo dicho conocimiento abierto al escrutinio público.
14. Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.
15. El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio.
16. Se deberá dar a conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador de la investigación y los compromisos que se adquieren.
17. En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA 16/17

18. No se podrán llevar a cabo proyectos de investigación de ningún tipo, sin la aprobación correspondiente de los comités de bioética y de investigación de la unidad de servicios de que se trate. Dichos comités podrán dictaminar, dadas sus atribuciones, sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de proyectos, con base en el seguimiento de cada protocolo.

e) Estándares sobre las relaciones extrainstitucionales del personal de salud

Relativos a la relación que mantenga el personal que brinda los servicios con organismos académicos o colegios, o bien de investigación o con fabricantes y distribuidores de insumos para la salud.

1. Las participaciones individuales o grupales relacionadas con experiencias institucionales profesionales, deberán ser del conocimiento de las autoridades responsables y señalada claramente la responsabilidad personal del autor.
2. La participación en sociedades, academias o colegios serán exclusivamente a título personal, debiendo salvaguardar el buen nombre e imagen de la institución donde labora.
3. En ningún momento ni circunstancia dejarán su preponderancia los intereses de la institución donde labora, por los de sociedades, academias o colegios.
4. Con el fin de evitar conflictos de interés, no se podrá recibir de proveedores de material, equipo o medicamentos a su institución, comisiones u obsequio alguno, ni en dinero, ni en especie.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	CÓDIGO DE CONDUCTA	17/17

5. No se deberá reclutar pacientes para probar medicamentos, material o equipo médico, sin la debida autorización institucional y el seguimiento de un protocolo formal.
6. El médico debe tomar sus decisiones sin influencias comerciales, por lo que no debe aceptar regalos personales, viajes, equipos o amenidades de compañías proveedoras para evitar conflictos de intereses.
7. Como tampoco aceptar u ofrecer, si es el caso, participaciones económicas por la atención, interconsultas o transferencia de pacientes. De ningún modo podrá atraer pacientes de otros compañeros médicos, ni cuestionar su profesionalismo, como tampoco, si fuera el caso, ofrecer rebajas en el costo de la atención.
8. No se deberá permitir que se utilice el nombre o imagen del personal institucional para anunciar equipos, medicamentos o publicidad personal, por ser contrario a las prácticas aceptadas de las profesiones de la salud y la imposibilidad de desligarlos de la institución donde presten sus servicios.

ANEXO 2

Proyecto de Plan de Capacitación para el Hospital de Especialidades San Juan

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Plan de Capacitación	1/5

Introducción:

La Capacitación debe ser considerada como una actividad sistemática, planificada y permanente, cuyo propósito general debe encaminarse a preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para mejorar sus competencias orientadas hacia el mejor desempeño de todos los colaboradores en los diversos niveles jerárquicos y posiciones, en sus actuales y futuros cargos, y adaptarlos a las exigencias cambiantes del entorno y del momento.

Objetivos de un Plan de Capacitación

- Promover la comunicación interna.
- Incrementar la productividad de las personas y por ende del Hospital
- Promover la eficiencia de cada colaborador de todos los niveles jerárquicos.
- Ayudar a desarrollar condiciones de trabajo más satisfactorias.
- Reducir las quejas de los colaboradores y a proporcionar una moral de trabajo cada vez más elevada.
- Promover el mejoramiento de los resultados mediante la aplicación de sistemas y procedimientos.
- Proveer al colaborador de una preparación que le permita desempeñar puestos de mayor responsabilidad como parte de un Plan de Carrera

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Plan de Capacitación	2/5

- Promover los ascensos sobre la base del mérito personal con parte de un Plan de Carrera.
- Contribuir a reducir los accidentes de trabajo.
- Reducir los costos operativos.



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN
RIOBAMBA – ECUADOR

AÑO 2012

Plan de Capacitación

3/5

Área	Tema	Objetivos						
		Mejorar la atención al cliente	Correcto manejo de los desechos	Motivar al personal	Correcto manejo del software	Mejorar la gestión del hospital	Actualización de conocimientos	Mantener en buen estado los equipos
Todo el personal	Atención y Servicio al Cliente							
Enfermería	Tratamiento de desechos							
Todo el personal	Charlas Motivacionales							
Contabilidad	Manejo del Software							
Gerencia, Administración	Gerencia de Servicios de Salud							
Gerencia, Administración	Promoción de la Salud							
Gerencia, Administración	Gestión de Recursos Humanos							
Todo el personal	Salud Integral							



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN
RIOBAMBA – ECUADOR

AÑO 2012

Plan de Capacitación

4/5

Área	Tema	Objetivos						
		Mejorar la atención al cliente	Correcto manejo de los desechos	Motivar al personal	Correcto manejo del software	Mejorar la gestión del hospital	Actualización de conocimientos	Mantener en buen estado los equipos
Todo el personal	Ética en salud							
Todo el personal	Actualización en normativas de salud							
Todo el personal	Comunicación, manejo de conflictos y relaciones interpersonales							
Servicios Generales	Actualización en el uso racional de medicamentos							
Todo el personal	Manejo y cuidados de equipos médicos e Informáticos.							

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Plan de Capacitación	5/5

Área	Tema	Objetivos						
		Mejorar la atención al cliente	Correcto manejo de los desechos	Motivar al personal	Correcto manejo del software	Mejorar la gestión del hospital	Actualización de conocimientos	Mantener en buen estado los equipos
Personal Profesional Técnico y Administrativo	Sistema de información hospitalaria							
Área Medica	Capacitación en el correcto manejo de residuos sólidos							
Todo el personal	El buen trato al usuario paciente							

ANEXO 3

Proyecto de Normativa para el Manejo de Dinero en Efectivo para el Hospital de Especialidades San Juan

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Normativa para el Manejo de Dinero en Efectivo

OBJETIVO

El presente reglamento tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad y el buen manejo de los dineros, títulos y valores en general, de conformidad con las normas que rigen la materia.

ALCANCE

Este reglamento es aplicable a todas las actuaciones referidas al manejo, la administración de dineros, títulos y valores en general, pertenecientes al Hospital de Especialidades San Juan.

INSTRUMENTOS

FLUJO DE CAJA. Documento donde se relacionan los movimientos de caja (entradas y salidas de efectivo) durante un periodo de tiempo.

CAJA

DEFINICIÓN

Medio para el manejo y control de fondos en dinero recibidos por concepto de ingresos.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Normativa para el Manejo de Dinero en Efectivo

DOCUMENTOS

Dinero en efectivo, títulos valores, cheques, letras, pagarés, informes de caja y Bancos, Comprobantes de ingresos y egresos, Recibos de caja, Flujo de Caja, etc.

REQUISITOS Y LÍMITES

En la caja del Hospital deberá manejarse provisionalmente un fondo máximo de 500,00 dólares, el excedente será depositado en las cuentas bancarias al final de día laborable.

Todo recaudo ordinario deberá realizarse a través de consignación en cuenta de ahorro o corriente, legalmente autorizada, de acuerdo con su concepto y origen.

Los cheques girados no deben permanecer en Caja por más de tres (3) días hábiles.

Los títulos materializados, valores, pagarés, letras, etc., deberán reposar en Cajas Fuertes cuya seguridad y manejo deberá estar a cargo máximo de dos funcionarios, para la doble custodia.

Los funcionarios de manejo y los recursos financieros deberán estar amparados mediante las pólizas correspondientes.

Los anteriores requisitos serán de obligatoria aplicación para el manejo de las cajas menores.

El manejo de dinero debe ser estrictamente en un departamento, el cual garantice la seguridad necesaria para el resguardo de dicho recurso.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Normativa para el Manejo de Dinero en Efectivo	3/3

Se debe asignar una persona responsable del dinero, la cual debe rendir cuentas de lo recaudado en el día y los conceptos de recaudación, emitiendo los comprobantes correspondientes para pasarlos al Departamento de Contabilidad para su respectivo archivo.

ANEXO 4

Proyecto de un Plan Operativo Anual para el Hospital de Especialidades San Juan

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Plan Operativo Anual	1/5

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESPONSABLES
Análisis y Diagnóstico del sistema de información actual	Análisis, revisión y ajuste de los instrumentos para la captura de información	Información confiable, veraz y oportuna	Documento de diagnóstico	Administración
	Confrontación de la información registrada por las áreas funcionales frente a la información registrada en contabilidad			
	Presentación de informe de diagnóstico			

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Plan Operativo Anual	2/5

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESPONSABLES
Página web que muestre los productos y servicios del hospital de manera amigable al usuario	Identificación de requerimientos	Actualización de la página web.	Funcionalidad de la página	Administración
	Conformación del equipo de diseño con pasantes		Compatibilidad y accesibilidad	
Elaboración y presentación del plan de desarrollo y seguridad informática.	Identificación de capacidad computacional instalada	Elaboración, presentación y socialización del plan de seguridad informática	Porcentaje computacional identificado Documento	Administración equipo de diseño con pasantes



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN
RIOBAMBA – ECUADOR

AÑO 2012

Plan Operativo Anual

3/5

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESPONSABLES
Adecuación, unificación y organización del archivo del hospital	Identificación necesidades del Archivo del hospital	Adecuación del actual modelo de archivo clínico y cumpliendo con los estándares permitidos	Facilidad de acceso a archivo	Administración
Desarrollar planes de capacitación con el apoyo de las universidades locales	Diagnóstico para determinación de las necesidades de capacitación	Capacitación al personal	Documento diagnóstico	Administración
	Diseño del plan anual de capacitación		Plan	
	Gestión ante las diferentes entidades para la ejecución del plan		Respuesta de las empresas	
	Gestión de recursos		Recursos gestionados	
	Ejecución del plan de capacitación		Actividades desarrolladas	



ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESPONSABLES
Realizar una evaluación por competencias al personal	Desarrollo de un diccionario de competencias	Evaluar al personal	Documento de evaluación	Administración
	Análisis de las competencias requeridas para cada puesto			
	Evaluar al personal			
	Socializar los resultados con el personal individualmente			
Diseñar un manual de contratación	Determinar los perfiles para cada puesto	Normar por escrito los procesos de las actividades continuas	Manual de procedimientos de contratación efectivo	Administración
	Determinar los requisitos para cada puesto			
	Detallar los procesos para la contratación de personal			
	Elaborar un documento que compile en forma narrativa y gráfica el proceso de contratación			



ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESPONSABLES
<p>Diseñar un manual de procedimientos para la adquisición de medicamentos</p>	<p>Analizar los procesos que se deben seguir para la adquisición de medicamentos</p>	<p>Normar por escrito los procesos de las actividades continuas</p>	<p>Manual de procedimientos para la adquisición de medicamentos efectivo</p>	<p>Administración Jefe de Farmacia</p>
	<p>Diagramar los procesos en gráficos que permitan visualizar de mejor manera los procesos para la adquisición de medicamentos</p>			
	<p>Elaborar un documento que compile en forma narrativa y gráfica los procesos de adquisición de documentos</p>			

ANEXO 5

Proyecto de Manual de Contratación de Personal del Hospital de Especialidades San Juan.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal	1/9

El presente manual tiene como objetivo general establecer las políticas y procedimientos que se seguirán para el reclutamiento y selección de personal y, su debido proceso de contrato

El proceso de selección de personal para un cargo a contratar, comprende las siguientes etapas:

- 1) Establecer necesidad de proveer cargo vacante y determinación de los requerimientos del cargo, funciones que deberá cumplir y competencias que deben poseer los postulantes.
- 2) Reclutamiento.
- 3) Proceso de Selección.
- 4) Contratación.

1) Definición del cargo vacante:

El primer paso del proceso de reposición de un cargo vacante, consiste en la verificación de la disponibilidad de un cargo, luego la administración se encargará de definir los requerimientos técnicos que debe cumplir la persona que asumirá el cargo, para ello se define un perfil de cargo, se determinan las funciones que la persona deberá realizar, los requisitos que deberá cumplir y las competencias que el postulante debe poseer.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal

2/9

2) Reclutamiento:

Para efectos de proveer un cargo, es necesario contar con un contingente de postulantes lo suficientemente amplio como para que pueda llevarse a cabo un efectivo proceso de selección.

Será facultad de la administración del Hospital, la existencia de un reclutamiento mixto, es decir, que considere el reclutamiento tanto interno como externo.

Reclutamiento Interno: El reclutamiento interno consiste en la posibilidad de llenar un cargo vacante mediante la promoción de los funcionarios, a través de la figura de la transferencia o la transferencia con promoción.

Esta forma de reclutamiento considera al personal que forma parte del personal de planta del hospital. Entre las principales ventajas del *reclutamiento mixto* se cuentan el hecho de que resulta más económico para el Servicio, porque no se utilizan recursos para inducción al cargo, es más rápido, presenta un mayor índice de validez y seguridad (los candidatos ya son conocidos y han sido evaluados dentro de la organización), es una fuente poderosa de motivación para los funcionario y es posible sacarle provecho a las inversiones que la Institución ha hecho en los funcionarios previamente (entrenamiento, perfeccionamiento), entre otros.

Reclutamiento Externo: El reclutamiento externo en abrir las posibilidades de postulación a personas que provienen del mercado laboral externo. Las fuentes de reclutamiento externo más características son:

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal

3/9

- a) Aviso en periódicos.
- b) Recepción de solicitudes de empleo e incorporación de esta información a base de reclutamiento.
- c) Información de alumnos que realizaron práctica profesional en el Establecimiento provenientes de Universidades, Institutos, Centros de Formación Técnica y otras Instituciones formativas, que hayan sido bien evaluados durante su permanencia.
- d) Recepción de postulaciones de postulantes que provienen del mercado laboral externo y que han participado en procesos de selección, publicados en la página web del Hospital.

3) Proceso de Selección:

El objetivo de la Selección de Personal es encontrar en un grupo de postulantes a la persona más idónea para desempeñar un cargo. La selección intenta solucionar dos problemas básicos en el contexto laboral: la adecuación del hombre al cargo y la eficiencia del hombre en el cargo.

La selección debe considerarse como un proceso realista de comparación, lo más objetivo y preciso posible entre dos variables: los requisitos del cargo (requisitos que el cargo exige de los ocupantes) y las características, competencias y conocimientos de los candidatos que se presenten.

Al administración estará encargada de participar, revisar y evaluar los antecedentes y condiciones personal que demuestren los postulantes a los cargos que se encuentren disponibles.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal

4/9

La política establecida señala que en el proceso de selección de recursos humanos, los postulantes deberán cumplir con ciertos patrones de calidad para ingresar al Establecimiento, que están relacionados con la existencia de competencias profesionales e intelectuales, experiencia laboral pertinente, potencial de desarrollo y posibilidades de permanencia en la Institución, teniendo en cuenta que los requerimientos pueden ser muy disímiles, considerando la gran diversidad de cargos existentes en la organización.

4) Contratación:

La contratación se extenderá según las necesidades del cargo y terminarán todos los 31 de diciembre de cada año, renovándose según el desempeño del funcionario.

Condiciones que deben darse para que se produzcan la contratación:

- a) Debe producirse un cargo vacante, ya sea por renuncia, destitución, fallecimiento o creación de nuevos cargos, o cualquier otra causal, que deberá ser difundida.
- b) Contar con el respaldo presupuestario.
- c) El postulante deberá reunir los requisitos exigidos por la Ley para asumir en el cargo que va a ser designado(a), éstos son:
 - Certificado que acredite Título Profesional cuando corresponda.
 - Certificado de Antecedentes.
 - Certificado de Nacimiento.
 - Certificado que acredite Título Técnico profesional en casos de cargos de enfermería y otros similares según corresponda.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal	5/9

- Certificado de Salud compatible con el cargo (exámenes de laboratorio, médico y psicológico).
- Tener cumplido los 18 años de edad.
- Certificado de revalidación de estudios extendido por el Ministerio de Relaciones Exteriores cuando se trate de ciudadano extranjeros.

Procedimientos relativos a la contratación:

La persona seleccionada será recibida en administración, donde se le dará a conocer entre otras cosas, la remuneración asociado a su cargo y grado, beneficios económicos y sociales, entrega información de carácter general relacionada con el hospital y jornada de trabajo que deberá cumplir.

Se le solicitará por escrito los documentos que deberá presentar para que se le dicte contrato.

Teniendo en cuenta que existe una amplia gama de cargos que se pueden ocupar, se utilizará el siguiente formato para establecer requisitos.

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR	
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal

6/9

PERFIL DE CARGOS

Nombre del Cargo: _____

Departamento o Unidad: _____

Descripción General del Cargo: _____

I.- FORMACION ACADÉMICA, CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA EL CARGO.

Preparación Académica:

Profesional.....

Técnico Nivel Medio.....

Técnico Nivel Superior.....

Otros.....

Conocimientos Específicos:

Cursos específicos:

.....

Experiencia Profesional y/o Laboral:

Experiencia Profesional Años.....

Experiencia Laboral Años.....

Observación:

Capacidad Intelectual:

Memoria.....

Raciocinio.....

Numérico.....

Raciocinio.....

Verbal.....

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Manual de Contratación de Personal	8/9

Materiales, Herramientas y Equipos:

Material	Si	No	Tipo Material: _____
Herramientas	Si	No	Tipo Herramientas: _____
Equipos	Si	No	Tipo Equipos: _____

Dinero, Título y Documento:

Manejo directo de Dinero, Títulos y Documentos valorados:

Si No

Supervisión sobre el manejo de Dineros, Títulos y Documentos valorados

Si No

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DEL CARGO:

- Nombre del cargo
- Dependencia directa
- Descripción general del cargo
- Descripción específica de Funciones
- Responsabilidades asignadas al cargo
- Unidades con las que se relaciona

Observaciones

.....

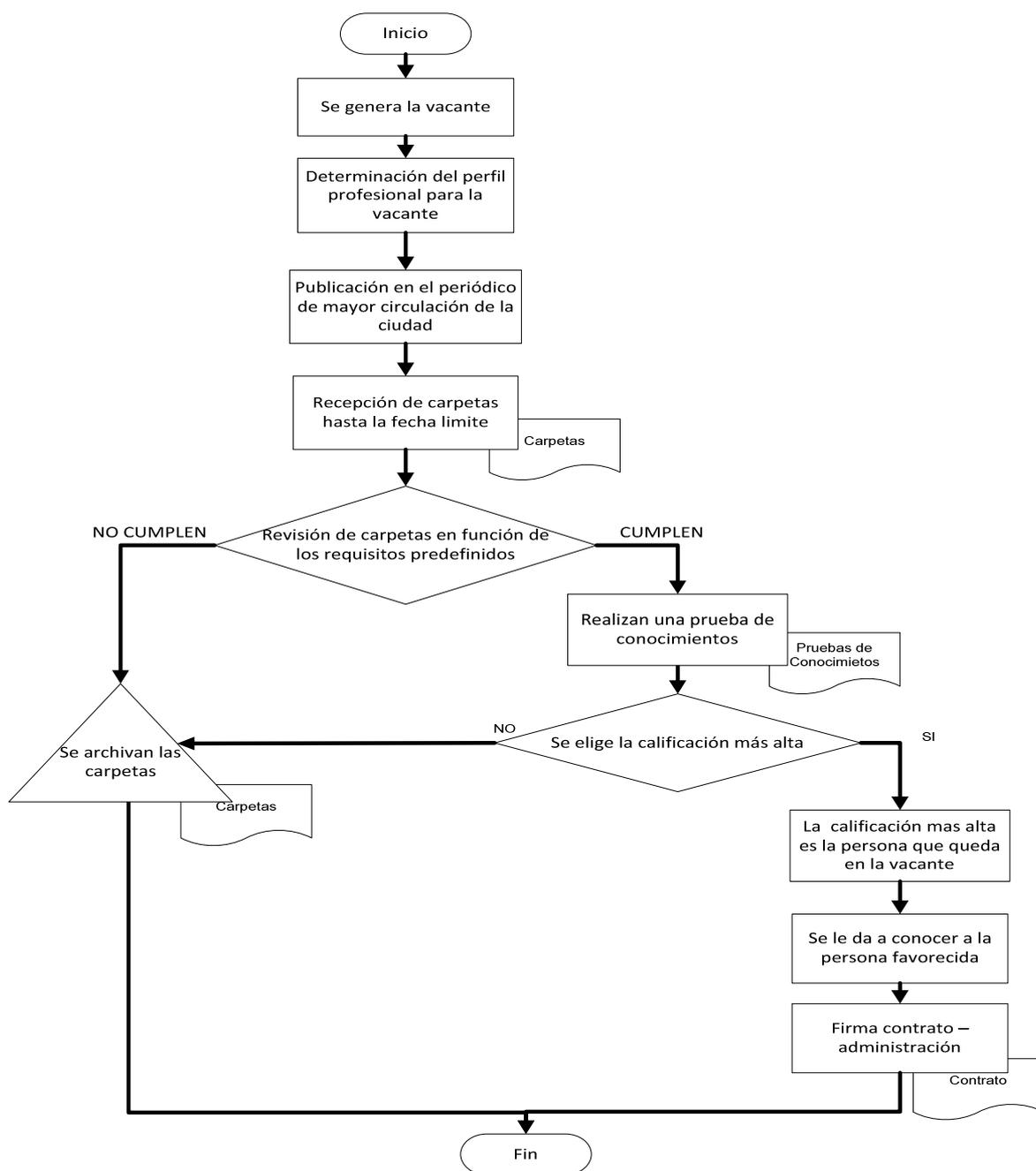
.....

.....

.....



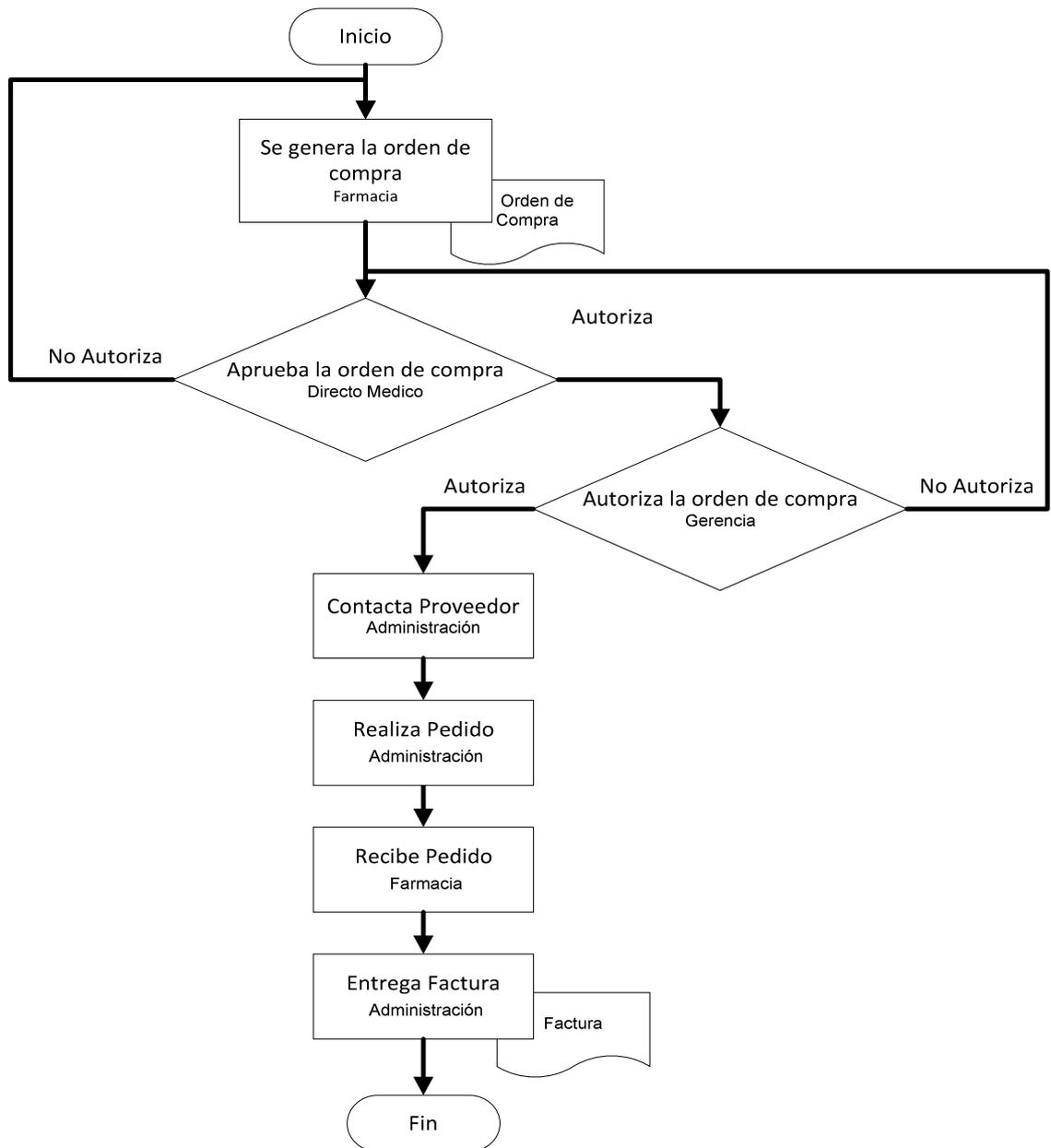
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
FLUJOGRAMA DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL**



ANEXO 6

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
FLUJOGRAMA DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN RIOBAMBA – ECUADOR		
	AÑO 2012	Flujograma de adquisición de medicamentos	1/1



CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La evaluación del Sistema de Control Interno, realizada por separado a las áreas seleccionadas permitió identificar falencias y determinar oportunidades de mejora en base a procesos eficientes, efectivos y económicos.
- Se identificó que la administración de Hospiesaj no aplica indicadores de gestión para evaluar la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones, por lo tanto no se controla la utilización de los recursos.
- El informe emitido mediante la aplicación de las recomendaciones planteadas permitirá superar las debilidades en cuanto a políticas, procedimientos y cumplimiento de normativa de HOSPIESAJ.
- La presente auditoría de gestión ha permitido a las autoras, aplicar y reforzar los conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria.

5.2. Recomendaciones

- Sugerimos a la Gerencia implantar las recomendaciones propuestas tanto de la evaluación de Control Interno como de los procedimientos analizados, para mejorar en forma sustancial los niveles de eficiencia, eficacia y economía determinados en este examen de auditoría.
- La Gerencia debe implementar los indicadores de gestión que han sido planteados para cada una de las áreas, a fin de analizar de manera objetiva, la situación de éstas y como afectan el desempeño económico del hospital.
- A los directivos de Hospiesaj sugerimos tomar en consideración las recomendaciones emitidas en el informe de auditoría, para su mejoramiento continuo.
- Es importante continuar con el requisito de desarrollar un trabajo práctico previo la obtención del título, con la finalidad de lograr que los egresados apliquen sus conocimientos a través de casos reales.

Resumen

La presente tesis es una auditoría de gestión, para el Hospital de Especialidades San Juan de la ciudad de Riobamba, para el período 2010.

En lo referente a la ejecución de la auditoría, se describió información general del hospital, luego el programa de auditoría que describe los procedimientos a realizar dentro del mismo.

En el desarrollo de la auditoría de gestión se inició con una entrevista al gerente, seguida por una evaluación de control interno a través del método COSO, analizando sus componentes, se aplicaron cuestionarios a cada área del hospital, solicitamos además la planificación estratégica, con la cual se efectuó un análisis del cumplimiento de metas y objetivos institucionales, se aplicaron cuestionarios de conocimiento de aplicabilidad de la misión y visión institucional, requerimos el plan operativo anual con el propósito de determinar su cumplimiento.

Se realizó una evaluación del grado de cumplimiento de las metas, a través de indicadores de gestión, en las áreas de: administración, talento humano y comercial. Además se efectuó un análisis acerca de los procedimientos relevantes que se realizan dentro del hospital como fue el proceso de contratación de personal, el proceso de adquisición de medicamentos, así como también el tratamiento que se da a los desechos hospitalarios.

Redactándose el siguiente informe con los resultados y recomendaciones, diseñadas para mejorar la gestión del hospital y contribuir a la correcta toma de decisiones.

Abstract

The present study evaluated the current situation of the hospital and the management, it was possible to determine the efficiency and effectiveness achieved, also analyzed the financial statements, the compliance level with internal policies, to finally issue an audit report with conclusions and recommendations.

This audit began with an interview with the manager, followed by an assessment of the compliance of internal control policies through COSO (Committee of Sponsoring Organizations) method, questionnaires were applied to each hospital area, based on strategic planning analysis was performed compliance with institutional goals and objectives, questionnaires were applied knowledge and applicability of the institutional mission and vision, was complemented with the implementation of the annual operating plan.

An evaluation of achievement degree of targets through management indicators in the areas administration, human talent and commercial, also made an analysis of the relevant procedures that are performed within the hospital as the process of recruitment, the process of procurement of drugs and the treatment given to hospital waste.

Concluded this study was necessary to draft the following audit report containing exam results and recommendations designed to improve hospital management and contribute to make the correct decisions.

Bibliografía

1. BLÁZQUEZ, Juan. Auditoría. La Habana. Editorial Nacional de Cuba. 1965.
2. CEPEDA, Gustavo. Auditoría y Control Interno. Bogotá. McGraw-Hill Interamericana S.A. 1997.
3. CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito. 2002.
4. ESTUPIÑÁN, Gaitán Rodrigo. Control interno y fraudes con base en los ciclos transaccionales. Análisis de informe COSO I y II. 2 ed. Bogotá. Ecoe Ediciones. 2006.
5. FERNÁNDEZ, Eduardo. Concepto de Auditoría. México D.F. Valleta. 2008.
6. FRANKLIN, Enrique. Auditoría Administrativa, Gestión Estratégica del Cambio. 2 ed. México D.F. Pearson Educación. 2007.
7. MALDONADO, E. Milton K. Auditoría de Gestión. 4 ed. Quito. Luz de América. 2011.
8. MANTILLA, B. Samuel Alberto. Control Interno. Informe COSO. 4 ed. Bucaramanga. Ecoe Ediciones. 2005.
9. MARRERO, Blanca. RODRÍGUEZ, Marnie. Las Tunas. Compendio Bibliográfico de Auditoría de Gestión. 2008.
10. O.GRECO. Diccionario Contable. 2 ed. Buenos Aires. Valletta. 2000.
11. TRIGUEROS, J.A. y REIG, J. Técnicas y Procedimientos de Auditoría Operativa. Madrid. 1996.
12. WHITTINGTON Ray, O. & Pany, Kurt. Principios de Auditoría, México D.F., Mc Graw Hill. 2005.

INTERNET

1. http://es.wikipedia.org/wiki/auditor%C3%ADa_contable
2. <http://definicion.de/gestion/>
3. <http://www.monografias.com/auditoría%20de%20gesti%c3%b3n/auditoría2.shtml>

4. <http://www.monografias.com/trabajos11/maud/maud.shtml>
5. <http://www.monografias.com/trabajos14/fuentes de medicion/.shtml>
6. <http://www.monografias.com/trabajos55/indicadores-degestion/indicadores-de-gestion2.shtml#indicad>
7. <http://www.mercadotendencias.com/informe-coso-definicion-de-control-interno/>
8. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin/ctinmegp.htm>
9. <http://www.monografias.com/trabajos37/control-interno/control-interno2.shtml>

Anexos

Anexo 1

Reglamento Interno Hospital Especialidades San Juan S.A.

CONSIDERANDO:

QUE, mediante resolución N° 37013. del 29 de Diciembre de 1999 emitida por la SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS se constituyó la compañía HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN HOSPIESAJ S.A.

QUE, Para el normal desenvolvimiento de sus actividades, debe establecerse una normatividad que determine los derechos, deberes y obligaciones de sus empleados y trabajadores;

EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES.

ACUERDA:

Expedir el siguiente Reglamento Interno: como instrumento básico de trabajo para el funcionamiento de sus actividades administrativas de conformidad con el Art. 64 del Código de Trabajo.

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1. - El presente reglamento regula las relaciones obrero patronal de los trabajadores y empleados del Hospital de Especialidades San Juan HOSPIESAJ S.A. sujetos al Código de Trabajo.

Art. 2- - Para efectos de la aplicación del presente reglamento, se entiende como "EMPLEADOR" al Hospital de Especialidades San Juan

Hospiesaj S.A. bajo su representante legal al Gerente de la entidad, como TRABAJADORES Y EMPLEADOS "al personal que bajo la modalidad del Código de Trabajo presenten sus servicios en este Hospital.

Art. 3. - La revisión y modificación de este reglamento Interno, estará sujeto a lo dispuesto en el Código de Trabajo.

Art.4. - Tanto el "EMPLEADOR" como sus TRABAJADORES y EMPLEADOS" quedan sujetos al estricto cumplimiento de las disposiciones de este Reglamento, el mismo que deberá ser conocido obligatoriamente por las partes.

Art. 5. - Los ejecutores de este Reglamento Interno serán cada uno de los Jefes Departamentales de sus diferentes áreas.

Art. 6. - En caso de emergencia declarada legalmente por el "EMPLEADOR" o Jefes de Área Médica y Administrativa, los TRABAJADORES y EMPLEADOS" de la salud están obligados a prestar sus servicios, previa comunicación por parte del Jefe de la Unidad al "EMPLEADOR" en las 24 horas subsiguientes.

Art. 7. - Por riesgos que conlleva el trabajar en el área de salud queda prohibido terminantemente la contratación de menores de edad.

Art. 8. El "EMPLEADOR" se reserva la potestad exclusiva de seleccionar a los nuevos TRABAJADORES y EMPLEADOS" que vayan a prestar sus servicios en Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A.

Art. 9. - El aspirante a prestar sus servicios tanto para la parte Administrativa como Operativa, en el Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A. deberá sujetarse previamente a los exámenes de capacidad, médicos y psicológicos, así como presentar los siguientes documentos:

Solicitud escrita, dirigida al "EMPLEADOR"

Cédulas de Ciudadanía, y certificado de Votación.

Certificado de antecedentes policiales.

Certificados de educación y/o experiencia que se consideren exigibles.

Certificados de solvencia moral y buena conducta.

Art. 10. - Todo TRABAJADOR y EMPLEADO" que ingrese al Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A. por primera vez, deberá suscribir un contrato de trabajo a prueba por el plazo máximo de 90 días, durante el cual el "EMPLEADOR" de acuerdo con la ley podía o no dar por terminada la relación laboral sin que el TRABAJADOR y EMPLEADO" tenga derecho a indemnización alguna.

CAPITULO II

JORNADA DE TRABAJO

Art. 11. - El Horario de Trabajo que regirá para empleados y trabajadores tanto en la parte Administrativa como Operativa será reglamentado por el Gerente de la empresa según las conveniencias de la misma; conforme se detalla en los anexos adjuntos.

Art. 12. - Los trabajadores darán estricto cumplimiento al respectivo horario de trabajo y dadas las características del servicio que presta el Hospital, se respetarán los turnos de trabajo establecidos y previamente conocidos por el personal que están sujetos a ellos, en tal forma que las actividades de atención a los pacientes se mantengan durante las veinticuatro horas. Estos turnos implican básicamente al Médico Residente Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Guardias de Seguridad

Art., 13. Los trabajadores que se atrasen a sus labores podrán justificar dicho atraso mediante una prueba satisfactoria presentada al Gerente o a

su vez a la Administrador o jefe Inmediato de la Empresa demostrando que ha sido ocasionada por fuerza mayor.

Art. 14.- El trabajador que en el transcurso de una misma semana tuviere tres atrasos no justificados se le considerará como si hubiere faltado un día y por consiguiente al menos que el empleador por dichos atrasos prefiera solicitar el Visto Bueno para dar por terminado el contrato de Trabajo, acogiéndose a la causa, primera del Art. 172 del Código de Trabajo.

Art. 15. - Las horas fijadas en el horario de trabajo, son aquellas que marcan el inicio y el término de labor efectiva. En consecuencia a la hora de inicio el "TRABAJADOR y EMPLEADO" deberá encontrarse en su puesto de trabajo laborando, lo mismo que para la hora fijada en la finalización de la jornada de trabajo.

HORAS SUPLEMENTARIAS Y EXTRAORDINARIAS

Art. 16.- Por convenio escrito entre las partes, la jornada de trabajo podrá exceder del límite de 8 horas diarias, siempre que se proceda con la autorización del Inspector de Trabajo y se observen las siguientes prescripciones:

- 1."Las horas suplementarias no podrán exceder de cuatro en un día, ni de doce en la semana, si tuviere lugar durante el día o hasta las doce de la noche, el empleador pagará la remuneración correspondiente a cada uno de las horas suplementarias con más un cincuenta por ciento de recargo. Si dichas horas estuvieren comprendidas entre las doce de la noche y las seis de la mañana, el trabajador tendrá derecho un ciento por ciento de recargo. Para calcularlo se tomará como base la remuneración que corresponda a la hora de trabajo diurno. El trabajo que se ejecutará el Sábado o el Domingo deberá ser pagado con el 100% de recargo".

2. Las horas extras deberán ser aprobadas y verificadas por el Jefe Inmediato Superior.
3. Para poder efectuar trabajos extras el TRABAJADOR EMPLEADO" deberá presentar previamente el número de hora a laborar en el formato establecido por la compañía, el cual deberá ser aprobado por su inmediato superior. Único documento para que el Departamento de Contabilidad a incluir su valor en el Rol de Pagos correspondiente.

CAPITULO III

OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

Art. 17. - Son obligaciones del "EMPLEADOR" a más de las contempladas en el Art. 42 del Código de Trabajo, las siguientes:

1. Garantizar la estabilidad de los TRABAJADORES y EMPLEADOS" mientras dure el Contrato de Trabajo.
2. Pagar los sueldos a los TRABAJADORES y EMPLEADOS" una vez culminado el mes de servicios.
3. Abonar las bonificaciones a las que tienen derecho los TRABAJADORES y EMPLEADOS" de acuerdo a lo establecido en el Código de Trabajo y Contratos vigentes.

Art. 18. - Indemnizar a los trabajadores por los accidentes que sufrieren en el trabajo y por las enfermedades profesionales, siempre que tal beneficio no le sea concedido por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Art. 19. - Llevar un registro de los trabajadores en el que conste el nombre, edad, procedencia, estado civil, clase de trabajo, remuneraciones, fecha de ingreso y de salida; el mismo que se lo actualizará con los cambios que se produzcan.

Art. 20. -Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución de trabajo, en condiciones adecuadas para que éste sea realizado,

Art. 21. - Sujetarse al reglamento interno legalmente aprobado.

Art. 22. - Tratar a los trabajadores con la debida consideración no infiriéndole maltratos de palabra u de obra.

Art. 23. - Conferir Gratuitamente al trabajador, cuantas veces los solicite certificados relativos a su trabajo. Cuando el trabajador se separe definitivamente, el empleador estará obligado a conferir un certificado que acredite:

- a) El tiempo de servicio
- b) La clase o clases de trabajo; y,
- c) Los salarios o sueldos percibidos.

Art. 24. - Pagar al trabajador, cuando no tenga derecho a la prestación por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en cincuenta por ciento de su remuneración en caso de enfermedad no profesional» hasta por dos meses en cada año, previo certificado médico que acredite la imposibilidad para el trabajo o la necesidad de descanso.

Art. 25. - Pagar al trabajador reemplazante una remuneración no inferior a la básica que corresponda al reemplazado.

Art. 26. - Conceder tres días de licencia con remuneración completa al trabajador, en caso de fallecimiento de su cónyuge o de sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad.

Art. 27. - Inscribir a los trabajadores en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, desde el primer día de labores, dando aviso de entrada dentro de los primeros quince días, y dar aviso de salida, de las modificaciones de sueldos y salarios, de los accidentes de trabajo y de las

enfermedades profesionales, y cumplir con las demás obligaciones previstas en las leyes sobre seguridad social

Art. 28.- Exhibir en lugar visible y al alcance de todos los trabajadores y empleados las planillas de los aportes individuales, patronales y de descuentos y los correspondientes al pago de fondo de reserva, debidamente selladas por el respectivo Departamento del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

CAPITULO IV

PROHIBICIONES AL EMPLEADOR

Art. 29. - Imponer multas que no se hallaren previstas en el respectivo reglamento interno, legalmente aprobado.

Art. 30.-Retener más del 10% de la remuneración por multas.

Art. 31. - Exigir o aceptar del trabajador dinero o especies como gratificación para que se le admita en el trabajo, o por cualquier otro motivo.

Art. 32. - Cobrar al trabajador interés, sea cual fuere, por las cantidades que le anticipe por cuenta de remuneración.

Art. 33. - Sancionar al trabajador con la suspensión del trabajo.

Art. 34. - Obstaculizar por cualquier medio, las visitas o inspecciones de las autoridades del trabajo a los establecimientos o centros de trabajo, y la revisión de la documentación referente a los trabajadores que dichas autoridades practicaren.

CAPITULO V

OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR

Art. 35. - Además de las obligaciones constantes en el Art. 45 del Código de Trabajo y por este Reglamento, los TRABAJADORES y EMPLEADOS" deben cumplir y observar irrestrictamente lo siguiente:

1. Presentarse en su puesto de trabajo utilizando el uniforme respectivo y la tarjeta de identificación y permanecer con la misma hasta la culminación de sus labores.
2. Iniciar sus labores con puntualidad.
3. Permanecer en sus sitios de trabajo y desempeñar sus labores con responsabilidad y eficiencia, observando procedimientos de respeto y cordialidad con sus superiores, compañeros, pacientes y clientes en general.
4. El empleado debe cumplir las órdenes que verbalmente y por escrito sean emitidas por sus superiores que están relacionados con las labores que desempeñan.
5. Cuidar los materiales, instrumentos y útiles de trabajo poniendo cada cosa en su lugar y listo para su uso inmediato, luego de terminada la labor.
6. Comunicar en forma inmediata al Jefe respectivo o su representante sobre cualquier daño o novedad que se produjere u observare en los materiales» instrumentos y útiles de trabajo.
7. Cumplir con los turnos de trabajo dentro de los horarios establecidos.
8. Responder por la pérdida, daño o destrucción de materiales, instrumentos o útiles de oficina que se encontraren a su cargo, sin perjuicio de que se solicite el visto bueno o se persiga la acción penal en caso de infracción.
9. Al separarse del servicio, salir de vacaciones o con permiso, el "TRABAJADOR y EMPLEADO" debe entregar todos los materiales, instrumentos, útiles de trabajo, llaves, documentos y similares que le

hayan sido entregados para el cumplimiento de sus funciones y que tuviere en su poder. Al no hacerlo constituirá falta disciplinaria.

Art.36. - Toda ausencia por enfermedad deberá justificarse con la presentación de un Certificado Médico, otorgado por un Facultativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o por cualquier Médico Particular.

CAPITULO VI

PROHIBICIONES DEL TRABAJADOR

Art. 37. - A más de las prohibiciones establecidas en el Art. 46 del Código de Trabajo, a los "TRABAJADORES" del Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A., les está prohibido:

1. Realizar transacciones comerciales o actos de comercio ajenos a la naturaleza de su trabajo durante las horas de labor y en las instalaciones de la Institución.
2. Realizar sorteos, rifas, juegos y actividades sociales, mientras dure la jornada de trabajo.
3. Hacer propaganda política, religiosa o de cualquier otra índole durante el tiempo de trabajo y dentro de los locales de la Institución.
4. Ofender de palabra u obra a las autoridades de la Institución, a los compañeros, pacientes y clientes en general.
5. Atrasarse al trabajo o salir antes de la hora debida.
6. Faltar al trabajo injustificadamente.
7. Fomentar de cualquier modo entre los compañeros de trabajo a indisciplina, el desorden e incumplimiento del deber.

8. Ausentarse del sitio de trabajo, sin previo permiso escrito del jefe respectivo.

9. Dejar de marcar las tarjetas de control o de firmar los registros de asistencia al ingresar a las labores o al salir luego de concluidas las mismas.

10. Marcar las tarjetas de control o firmar los registros de asistencia de otros TRABAJADORES y EMPLEADOS" o encomendar que se lo haga.

11. Introducir al lugar de trabajo bebidas alcohólicas o sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

12. Acusar falsamente a compañeros o superiores jerárquicos de cualquier hecho, acción u omisión.

13. Abandonar el trabajo sin que se encuentre presente el relevo.

14. Variar las instrucciones recibidas o consignar datos falsos.

Utilizar para asuntos personales los bienes de la Institución durante las horas de trabajo, y fuera de ellas por ningún concepto. Entendiéndose como bienes de la institución para efecto de este numeral equipos médicos, de información, de oficina y similares.

16. Hurtar, robar dinero, objetos o bienes pertenecientes a sus compañeros, a la Institución o terceras personas.

17. Encubrir al autor del robo, hurto o de cualquier otra infracción cometidos en la Institución.

18. Adulterar los datos o documentación exigida para el ingreso al trabajo.

19. Impedir a la persona encargada de la vigilancia de la Institución que revise o examine los paquetes, bolsos u otros objetos de tipo sospechoso.

20. Realizar actos referidos con la moral y buenas costumbres.

21. Vender los uniformes, zapatos o implementos de trabajo que la Institución entregue a sus "TRABAJADORES y EMPLEADOS" para utilizar en sus labores.

22. Encargar, subcontratar o enviar sustitutos con el objeto de que realicen sus labores.

23. Recibir visitas de tipo personal dentro horas laborables.

CAPITULO VII

DE LAS VACACIONES

Art. 38. - Las vacaciones anuales a las que tiene derecho el "TRABAJADOR y EMPLEADO" serán de 15 días de descanso, incluidos los días no laborables las cuales serán solicitadas por escrito al "EMPLEADOR" o su delegado, previo visto bueno de sus Jefes Inmediatos.

Los TRABAJADORES y EMPLEADOS que presten servicios por más de cinco años en el Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A., tendrán derecho a gozar adicionalmente de un día de vacaciones por cada uno de los años excedentes o recibirán en dinero la remuneración correspondiente a los días excedentes.

Art. 39. - Las vacaciones a que tiene derecho los "TRABAJADORES y EMPLEADOS" se las otorgará de acuerdo a los calendados elaborados por la Jefatura Administrativa, los mismos que no podrán ser modificados salvo el caso de fuerza mayor o por necesidades de servicios.

Art. 40.- Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A conocerá compensaciones de dinero por vacaciones no gozadas por el

"TRABAJADOR y EMPLEADO"» siempre y cuando éstas hayan sido suspendidas por la autoridad competente

Art. 41. - Los "TRABAJADORES y EMPLEADOS" no podrán abandonar su trabajo mientras no se encuentre aprobada su solicitud de vacaciones, y si lo hiciera se lo calificará como abandono de trabajo sometiéndose a las sanciones pertinentes.

Art. 42. - El "EMPLEADOR" notificaré al "TRABAJADOR y EMPLEADO" con 15 días de anticipación su periodo de vacaciones.

CAPITULO VIII

DE LOS PERMISOS

Art. 43. - Los permisos solicitados por el "TRABAJADOR y EMPLEADO" y concedidos por causas no contempladas en el Código de Trabajo, serán imputables de las vacaciones anuales, los mismos que no excederán de ocho días por cada año.

Art. 44. - Las solicitudes de los "TRABAJADORES y EMPLEADOS" para obtener permisos con el objeto de realizar estudios superiores, deberán ser probadas por el Gerente, previo visto bueno de los Jefes Departamentales.

Art. 45. - Los permisos para realizar estudios superiores se los concederá hasta por un máximo de 2 horas diarias.

Art. 46. – Previa la obtención del permiso para realizar estudios superiores, los TRABAJADORES y EMPLEADOS deberán presentar la siguiente documentación:

1. Alternativas de horarios de clase concedidos por la institución educativa correspondiente.

2. Matrícula correspondiente para el año lectivo del establecimiento que realiza sus estudios.
3. Certificado de asistencia normal a clases concedido por la secretaria(o) de la Facultad o Escuela donde realiza sus estudios.

Art. 47. - Se renovará el permiso para realizar estudios superiores previos la presentación del certificado de promoción.

Art. 48. - El trabajador que hubiere sido reprobado en sus estudios sin causa justificada perderá el derecho a este permiso por el periodo de un año.

Art. 49. - Las normas contempladas en este título regirán para los "TRABAJADORES y EMPLEADOS" que realicen cursos de capacitación, en todo lo que fuere aplicable.

Art. 50. - Las solicitudes de permiso hasta por un día, contemplados en el Art. 1 de este reglamento deberán ser presentados por escrito ante el jefe inmediato quien autorizará o negará, remitiendo luego a la Jefatura Administrativa.

Art. 51. - Las solicitudes de permiso de hasta por tres días consecutivos, contemplados en el Art. 44 de este reglamento, deben ser presentadas por escrito a través del jefe inmediato, quien luego de autorizar o negar lo remitirá a la Jefatura Administrativa.

Art. 52. - Las solicitudes de permiso hasta por ocho días consecutivos contemplados en Art. 43 de este reglamento deberán ser presentadas por escrito al jefe inmediato y este lo remitirá a la Jefatura Administrativa y este a su vez luego de conocerlo y con su visto bueno lo emitirá a la Gerencia General.

CAPITULO IX

LAS SANCIONES

Art. 53. - Además de las faltas y sanciones en capítulos anteriores se determinan tres tipos de faltas generales que serán sancionadas por el Empleador de la siguiente manera:

- a) Faltas leves con amonestación interna de la Empresa.
- b) Faltas semi-graves con amonestación del Señor Inspector del Trabajo y multa según lo estipulado en el Código de Trabajo.
- c) Faltas graves con la terminación de las relaciones laborales, previo el trámite legal con visto bueno por las causales tipificadas en el Art. 172 del Código de Trabajo en vigencia.

Art. 54. - Serán consideradas como faltas leves las que se enumeran a continuación:

- a) No timbrar personalmente las tarjetas de entrada y salida: o no registrar personalmente la hora de entrada o salida en el registro de control de asistencia.
- b) Efectuar horas extraordinarias sin la aprobación previa del Jefe Inmediato superior.
- c) Descuido en la conservación de los materiales y equipos.
- d) Falta de aseo personal.
- e) Falta de colaboración con los compañeros y superiores.
- f) Dañar intencionalmente los uniformes de trabajo u otros implementos.

g) No usar los uniformes de trabajo como determine la administración de la empresa.

h) No asistir a los eventos programados por la empresa.

Art. 55. - Serán consideradas como faltas semi-graves las que se enumeran a continuación:

a) Timbrar tarjetas ajenas o registrar la asistencia de otro compañero.

b) Faltas de puntualidad y asistencia al trabajo en los turnos normales y fines de semana siempre que no constituyan causal de Visto Bueno.

c) La repetición de faltas leves

d) Solicitar la timbrada de tarjetas o registrar la asistencia por medio de compañeros

e) Las pérdidas ocasionales en concepto de bienes y materiales producto de mal manejo, negligencia, descuido o extravío les serán descontados de su remuneración en el rol de pagos a las personas responsables de cada una de las áreas.

Art. 56. - Serán consideradas como faltas graves las que se enumeran a continuación:

a) Las que constan en el Art. 172 del Código de Trabajo.

b) Repetición de faltas semi-graves que han dado origen a sanciones.

c) Profesar y divulgar ideas negativas o disolutivas que atentan contra la buena marcha e intereses del Hospital.

CAPITULO X

DEL RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Art, 57. - Los trabajadores estarán sujetos a las siguientes sanciones de acuerdo con la gravedad de la falta:

- a) Multa por atrasos por fracción de hora.
- b) Amonestación escrita
- c), Multa del 10% del sueldo diario
- d) Solicitud del visto bueno

Art. 58 - Son causales para multa por hora a fracción de hora

1. En caso de tener atrasos de más de 10 minutos en cada uno de ellos no mayor a una hora.
2. En caso de no encontrar la tarjeta de control marcar la hora de entrada o salida del EMPLEADO O EL TRABAJADOR.
3. En caso de utilizar esfero para corregir la tarjeta de control de entrada y salida.
4. El exceso de tiempo de las 2 horas de permiso por asuntos de estudio o capacitación concedida según el Art. 46.

Art. 59. - Son causales para amonestación escrita:

1. No presentarse en su puesto de trabajo utilizando el uniforme respectivo hasta la culminación de sus labores.
2. No iniciar sus labores con puntualidad.
3. no permanecer en su sitio de trabajo y desempeñar sus labores con responsabilidad y eficiencia, observando procedimientos de buena

conducta con sus superiores, compañeros, pacientes y público en general.

4. Salir antes de la hora debida.

5. Ausentarse del sitio de trabajo, sin previo permiso escrito del jefe inmediato.

6. Dejar de marcar las tarjetas de control o firmar los registros de asistencia al ingresar y salir de sus labores.

7. Variar las instrucciones recibidas o consignar datos falsos.

8. Ocupar el tiempo de trabajo en asuntos personales.

9. No limpiar los utensilios e instrumentos de trabajo poniendo cada cosa en su lugar respectivo.

10. Utilizar para asuntos personales los bienes del Hospital durante las horas de trabajo y fuera de ellas por ningún concepto.

11. Encargar, subcontratar o enviar sustitutos con el objeto de que realicen sus labores con un periodo mínimo de ocho horas.

Art. 60. - Son causales de multa de hasta el 10% de su remuneración diaria las siguientes:

1. La reincidencia en el cometimiento de las faltas contempladas en el Art. 59 de este reglamento.
2. Marcar las tarjetas de control o firmar los registros de asistencia de otros trabajadores o encomendar que se lo haga.
3. No cumplir con los turnos de trabajo dentro de los horarios establecidos.

4. Faltar al trabajo injustificadamente, cuando la falta no exceda de un día, en cuyo caso se aplicará la sanción de acuerdo al Código de Trabajo.
5. Vender los uniformes o implementos de trabajo que el Hospital proporcione a sus trabajadores para utilizar durante sus labores.
6. No cumplir las órdenes que verbalmente o por escrito les fueren impartidas por sus superiores jerárquicos y relacionados con las labores que desempeñan.
7. No comunicar en forma inmediata al jefe superior, sobre cualquier daño o novedad que se produjere u observare en los utensilios de trabajo.
8. Abandonar el trabajo sin que se encuentre presente el relevo.
9. Fomentar de cualquier modo entre los compañeros de trabajo la indisciplina y el desorden.
10. Realizar transacciones comerciales, durante las horas de labor.
11. Realizar sorteos, rifas Juegos y actividades sociales durante la jornada de trabajo.
12. Realizar actos ceñidos con la moral y buenas costumbres siempre que estos no constituyan delito.
13. Acusar falsamente a compañeros o superiores jerárquicos de cualquier hecho, acción u omisión.
14. No entregar los implementos y útiles de trabajo, llaves, documentos y similares que le hayan sido entregados para el cumplimiento de sus funciones que tuvieren en su poder a separarse del servicio, salir de vacaciones o con permiso.

Art. 61. Son causales de Visto Bueno

1. Por faltas repetidas e injustificadas de puntualidad e inasistencia al trabajo o por abandono de éste por un tiempo mayor de tres días consecutivos, sin causa justa y siempre que dichas causales se hayan producido dentro de un período mensual de labor.

2. Por indisciplina o desobediencia graves a los reglamentos internos legalmente aprobados.
3. Por falta de probidad o por conducta inmoral del TRABAJADOR O EMPLEADO.
4. Por injurias graves irrogadas al empleador, su cónyuge ascendente o descendente, o su representante.
5. Por ineptitud manifiesta del TRABAJADOR O EMPLEADO respecto a la ocupación o labor para la cual se comprometió.
6. Por denuncia injustificada contra el empleador respecto de sus obligaciones en el Seguro Social. Más si fuere justificada la denuncia quedará asegurada la estabilidad el TRABAJADOR O EMPLEADO, por dos años en trabajos permanentes.
7. Por no acatar las medidas de seguridad, prevención e higiene exigidas por la ley. Por sus reglamentos o por la autoridad pertinente o por contrariar sin debida justificación las prescripciones y dictámenes médicos.

CAPITULO XI

DISPOSICIONES LEGALES

Art. 62. - El Gerente de la empresa podrá dar por terminado cualquier contrato de trabajo previo visto bueno concedido por el Inspector de Trabajo, en los casos establecidos en el Art 172 del Código de Trabajo.

Art. 63. -Todo el personal del Hospital de Especialidades San Juan Hospiesaj S.A de la ciudad de Riobamba, está obligado a consignar el valor detallado en la Ley para aportes al IESS

Art. 64. - El empleador o sus representantes se encuentran en la obligación de hacer conocer a los empleados y obreros el presente reglamento interno actualizado, en el momento de admitir un Contrato así como exponerlo en uno de los lugares más visibles de la empresa.

Art. 65. -Cuando las condiciones de trabajo varíen o por ciertas circunstancias sea indispensable introducir reformas al presente reglamento, estas serán sometidas a consideración de la DIRECCIÓN GENERAL DEL TRABAJO, a fin que sean estudiadas y aprobadas

Art. 66. - Las infracciones al presente Reglamento Interno de Trabajo, darán lugar a que el empleador pueda solicitar el visto bueno de la autoridad de trabajo.

Anexo 2

Cuestionario Análisis de la Misión

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.

ANÁLISIS DE LA MISIÓN

MOTIVO DEL EXAMEN: Conocer si la Misión de la empresa contribuye a que el personal tenga claramente definida la orientación que debe seguir.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tiene la empresa un concepto de misión que claramente exprese su razón de ser?		
2	¿El enunciado de la misión identifica el que hacer esencial de la empresa, cuyo propósito se cumple en el cliente?		
3	¿El enunciado de la misión se ha formulado en términos claros, particularmente del personal?		
4	¿La misión es difundida y se mantiene presente entre el personal de la empresa?		
5	¿Contiene el enunciado de misión elementos que distinguen a la empresa de sus competidores?		
6	¿Se mantiene entre el personal una directa orientación hacia el cliente, con la idea de satisfacerlo y conquistarlo?		
7	¿El personal mantiene latente la idea de tener resultados finales congruentes con la misión de la empresa?		
8	¿La alta dirección ha definido claramente el negocio de la empresa?		
9	¿Existe congruencia entre el concepto de negocio y los demás factores estratégicos -cliente -competencia- servicio?		
10	¿La alta dirección replantea el concepto de empresa en función a los cambios que surgen y afectan al servicio que presta, a los clientes y a la competencia?		
TOTALES			

Anexo 3

Cuestionario Análisis de la Visión

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN S.A.
ANÁLISIS DE LA VISIÓN**

MOTIVO DEL EXAMEN: Conocer si la Visión que tiene la empresa define claramente lo que quiere ser a largo plazo.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tiene la empresa una visión que defina claramente lo que quiere ser a largo plazo?		
2	¿La visión se ha formalizado mediante un enunciado explícito?		
3	¿El enunciado de visión contiene conceptos que denotan el valor que estará creando para sus diferentes partes interesadas?		
4	¿La visión es difundida en forma permanente entre el personal de la Empresa?		
5	¿La difusión de la Visión en sus diferentes medios y formas es consistente y permanente a través del tiempo?		
6	¿Los programas, acciones, estrategias y demás prácticas gerenciales son congruentes con el contenido de la visión?		
7	¿El enunciado de la visión facilita la creación de una imagen mental?		
8	¿La visión en sí misma es deseable por sus receptores - particularmente personal, porque en ella identifican oportunidades de desarrollo y objetivos personales?		
9	¿El contenido de la visión, su difusión y el desempeño de la alta dirección proyecta la idea de que es factible alcanzarla?		
TOTALES			

Anexo 4

Cuestionario Ética

ENTIDAD: Hospital de Especialidades San Juan

No	PREGUNTA	SI	NO
1	Al ingreso a la Institución, usted recibió un curso de inducción		
2	Recibió algún documento que se relacione con reglas de comportamiento: personal, ético, profesional y cívico.		
3	Sabe que debe guardar confidencialidad con la información que maneja		
4	Cree usted que se filtra fraudulentamente información de la Institución a terceras personas		
5	Tiene una cabal comprensión de las acciones de la Entidad, en caso de quebramiento de normas disciplinarias		
6	Las normas disciplinarias de la Entidad constan en un documentos formal		
7	Ha recibido instrucciones precisas de cómo actuar en caso de haber conflicto de intereses en su trabajo		
8	La institución enfatiza en la importancia de la integridad y comportamiento ético en el caso de que no exista un código de conducta escrito		
9	Debería la Entidad contar con un Código de ética propio.		
10	Brinda usted un trato igualitario al público		
11	Se comunican debidamente dentro de la Entidad las acciones disciplinarias que se toman.		
12	El personal conoce que se le sorprende violando normas de comportamiento sufrirá las consecuencias		

Anexo 5

Fotos

