



**ESPE**  
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ADMINISTRATIVAS Y DEL COMERCIO**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE INGENIERO EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**TEMA: “AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO AL CENTRO  
DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO, PROVINCIA DE  
COTOPAXI, APLICANDO EL MÉTODO COSO II, PARA LA  
VALORACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS”**

**AUTORA: ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**

**DIRECTOR: DRA. SILVIA ALTAMIRANO**

**CODIRECTOR: ING. IRALDA BENAVIDES**

**LATACUNGA**

**2017**



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**CARRERA INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que el trabajo de titulación, **“AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO AL CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO, PROVINCIA DE COTOPAXI, APLICANDO EL MÉTODO COSO II PARA REDUCIR LOS RIESGOS”**, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el software anti-plagio, el mismo cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar la señora **ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN** para que lo sustente públicamente.

**Latacunga, 08 de Enero 2017**

**Silvia Hortensia Altamirano**  
**DIRECTORA**



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**CARRERA INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**, con cédula de identidad N°050318886-4 declaro que este trabajo de titulación **“AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO AL CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO, PROVINCIA DE COTOPAXI, APLICANDO EL METODO COSO II PARA REDUCIR LOS RIESGOS”** ha sido desarrollado considerando los métodos de investigación existentes, así como también se ha respetado los derechos intelectuales de terceros considerándose en las citas bibliográficas.

Consecuentemente declaro que este trabajo es de mi autoría, en virtud de ello me declaro responsable del contenido, veracidad y alcance de la investigación mencionada.

**Latacunga, 08 de Enero 2017**

**ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**  
**C.C: 050318886-4**



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**CARRERA INGENIERIA EN FINANZAS Y AUDITORÍA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar en la biblioteca Virtual de la institución el presente trabajo de titulación **“AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO AL CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO, PROVINCIA DE COTOPAXI, APLICANDO EL METODO COSO II PARA REDUCIR LOS RIESGOS”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad.

**Latacunga, 08 de Enero 2017**

**ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**

**C.C: 050318886-4**

## DEDICATORIA

*Dedico este proyecto de grado en primer lugar a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

*A mis amados padres **Blas y Adela** por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

*A mis queridos hermanos **Vicente y Narcisa** por su ejemplo de hermanos mayores y su apoyo incondicional en las buenas y en las malas; a ti mi querida **Diana** que siempre estás ahí cuando más te necesito.*

*Y a las personas más importantes en mi vida aquellas que hacen que mi despertar cada día sea lleno de felicidad, gracias a ustedes tengo la fuerza necesaria para enfrentar la vida siempre pensando en ustedes **CAMILITA** y **MI GRILLITO**.  
Por ultimo al amor de mi vida al dueño de mi corazón y amigo incondicional **JOSÉ**.*

***Adela Fernanda Salguero Garzón***

## AGRADECIMIENTO

*Una meta más alcanzada en la vida hace que me sienta más segura de mí misma, los tropiezos fueron superados con gran sacrificio pero siempre pensando que todo será para bien.*

*Debo agradecer de manera especial y sincera a mi Hermana **Narcisa** por todo su apoyo incondicional en toda mi vida estudiantil, gracias a ti estoy aquí y te aseguro que tu esfuerzo y sacrificio serán bien recompensados, por ti ahora soy toda una profesional gracias ñañita de todo corazón Dios te pague.*

*Adela Fernanda Salguero Garzón*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PORTADA .....</b>	<b>i</b>
<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>ii</b>
<b>DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....</b>	<b>iii</b>
<b>AUTORIZACIÓN .....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>xiv</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>xv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xvi</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>xvii</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>1</b>
<b>GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Área de influencia .....	1
1.3. Planteamiento del problema .....	2
1.4. Justificación e importancia .....	2
1.4.1. Justificación: .....	2
1.4.2. Importancia: .....	3
1.5. Objetivos.....	3
1.5.1. Objetivo General.....	3
1.5.2. Objetivos específicos.....	4
1.6. Metas .....	4

1.7.	Hipótesis .....	5
1.8.	Variables .....	5
<b>CAPÍTULO II.....</b>		<b>6</b>
<b>GENERALIDADES.....</b>		<b>6</b>
2.1.	Antecedentes .....	6
2.2.	Descripción del objeto de estudio .....	7
2.2.1.	Aspectos generales del cantón .....	7
2.2.2.	Historia .....	9
2.2.3.	Características Demográficas .....	9
2.3.	Centro de salud del cantón salcedo .....	10
2.3.1.	Datos institucionales .....	11
2.3.2.	Estructura Orgánica.....	12
2.4.	Movimiento económico.....	13
2.5.	Misión del Centro de Salud del Cantón Salcedo .....	20
2.6.	Visión del Centro de Salud del Cantón Salcedo .....	20
2.7.	Objetivos institucionales .....	20
2.8.	Programación anual de la política pública.....	22
2.9.	Planificación estratégica del Centro de Salud del cantón Salcedo.....	25
2.10.	Funciones.....	28
2.11.	Competencia .....	46
2.12.	Objetivos del Centro de Salud del Cantón Salcedo .....	48
2.12.1.	Objetivos Programa Anual de la Política Pública (PAPP) .....	49
2.13.	Políticas Institucionales .....	50
2.13.1.	Manual de Auditoría Gubernamental-Acuuerdo .....	50
2.14.	Valores.....	52
2.15.	Estrategias.....	52



2.16.	Procedimientos.....	54
2.16.1.	General de la ley orgánica del sistema nacional de contratación pública	55
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>67</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>		<b>67</b>
3.1.	Auditoria de control interno.....	67
3.1.1.	Objetivos.....	67
3.1.2.	Principios .....	69
3.1.3.	Tipos.....	70
3.2.	COSO II.....	71
3.2.1.	Ambiente interno.....	72
3.2.2.	Establecimiento de objetivos .....	74
3.2.3.	Identificación de acontecimientos.....	75
3.2.4.	Evaluación de riesgos .....	75
3.2.5.	Respuesta a los riesgos .....	77
3.2.6.	Actividades de control.....	78
3.2.7.	Información y comunicación .....	80
3.2.8.	Supervisión .....	81
3.3.	Sistemas de apoyo .....	82
3.3.1.	Administración financiera .....	82
3.3.2.	Administración de recursos humanos .....	83
3.3.3.	Administración de bienes. ....	83
3.3.4.	Sistemas de información.....	84
3.4.	Sistema misional .....	85
3.4.1.	Producción y generación de bienes y servicios .....	85
3.4.2.	Comercialización de bienes y prestación de servicios .....	85
3.5.	Control interno en el sector público .....	86

3.5.1.	Manuales de Contraloría General del Estado .....	86
3.6.	Responsables del control .....	88
3.7.	Riesgos .....	88
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>90</b>
<b>APLICACIÓN PRÁCTICA: CICLOS, COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO Y PRUEBAS DE CONTROL .....</b>		<b>90</b>
4.1.	Planeación preliminar de la auditoría .....	91
4.2.	Ejecución de la auditoría .....	108
4.2.1.	Departamento administrativo .....	108
4.2.1.1.	Cuestionario .....	114
4.2.1.2.	Evaluación de los componentes .....	120
4.2.1.3.	Matriz de Ponderación.....	136
4.2.1.4.	Matriz de hallazgos .....	137
4.2.2.	Departamento financiero .....	138
4.2.2.1.	Cuestionario .....	141
4.2.2.2.	Evaluación de los componentes .....	147
4.2.2.3.	Matriz de Ponderación.....	162
4.2.2.4.	Matriz de hallazgo .....	163
4.2.3.	Departamento de talento humano .....	164
4.2.3.1.	Cuestionario .....	167
4.2.3.2.	Evaluación de los componentes .....	173
4.2.3.3.	Matriz de Ponderación.....	188
4.2.3.4.	Matriz de hallazgos .....	189
4.2.4.	Departamento de consulta externa .....	190
4.2.4.1.	Cuestionario .....	193
4.2.4.2.	Evaluación de los componentes .....	201

4.2.4.3.	Matriz de Ponderación.....	216
4.2.4.4.	Matriz de Hallazgos .....	217
4.2.5.	Departamento de emergencia y hospitalización .....	218
4.2.5.1.	Cuestionario .....	221
4.2.5.2.	Evaluación de los componentes .....	227
4.2.5.3.	Matriz de Ponderación.....	242
4.2.5.4.	Matriz de hallazgos .....	243
4.3.	Resultados de la auditoría.....	244
4.3.1.	Carta de Control Interno .....	244
4.3.2.	Carta de Presentación del Informe .....	246
4.3.3.	Carta de Discusión del Informe .....	247
4.4.	Informe de auditoría .....	248
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>262</b>
5.1.	Propuesta realizada por la auditoría .....	262
5.1.1.	Presentación .....	262
5.1.2.	Objetivo .....	262
5.1.3.	Justificación .....	263
5.2.	Hallazgos Departamento Administrativo .....	263
5.2.1.	Hallazgo 1 .....	263
5.2.2.	Hallazgo 2.....	266
5.2.3.	Hallazgo 3.....	267
5.2.4.	Hallazgo 4.....	269
5.2.5.	Hallazgo 5.....	272
5.2.6.	Hallazgo 6.....	273
5.2.7.	Hallazgo 7.....	277
5.2.8.	Hallazgo 8.....	279

5.2.9.	Hallazgo 9.....	280
5.2.10.	Hallazgo 10.....	282
5.2.11.	Hallazgo 11.....	283
5.2.12.	Hallazgo 12.....	284
5.2.13.	Hallazgo 13.....	285
5.2.14.	Hallazgo 14.....	287
5.2.15.	Hallazgo 15.....	290
<b>CAPITULO VI.....</b>		<b>292</b>
6.1.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	292
6.1.1.	Conclusiones .....	292
6.1.2.	Recomendaciones.....	293
6.2.	BIBLIOGRAFÍA .....	294
6.3.	LINKOGRAFÍA .....	295

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Movimiento económico.....	13
Tabla 2	Cuadro del presupuesto anual del centro de salud del cantón Salcedo ...	22
Tabla 3	Competencias Conductuales .....	46
Tabla 4	Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas del Centro de Salud del Cantón Salcedo .....	54
Tabla 5	Cronograma de acciones de control - Departamento Administrativo ...	265
Tabla 6	Costos Estimados – Modificación del sistema - Departamento Administrativo .....	268
Tabla 7	Cronograma de acciones de control – Departamento Financiero .....	271
Tabla 8	Cronograma de actividades de capacitación - Departamento de Talento Humano .....	278
Tabla 9	Cronograma de actividades de Hospitalización y Emergencia.....	289
Tabla 10	Proceso de Seguimiento .....	291

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ubicación del Cantón Salcedo en la provincia de Cotopaxi .....	8
Figura 2 Pirámide Poblacional Cantón Salcedo .....	10
Figura 3 Logo del Ministerio de Salud Pública.....	11
Figura 4 Estructura de Hospitales Básicos y otros de menos de 70 camas.....	12
Figura 5 Adquisición de Bienes y/o Servicios Centro de salud del Cantón Salcedo .	29
Figura 6 Comunicación interna de la información Centro de salud del Cantón Salcedo .....	31
Figura 7 Evaluación del desempeño Centro de salud del Cantón Salcedo .....	35
Figura 8 Contratación de personal Centro de salud del Cantón Salcedo .....	37
Figura 9 Pago Impuesto a la Renta Centro de salud del Cantón Salcedo .....	40
Figura 10 Capacitación Centro de salud del Cantón Salcedo. ....	41
Figura 11 Atención de Emergencias Centro de salud del Cantón Salcedo .....	43
Figura 12 Atención de Emergencias Centro de salud del Cantón Salcedo .....	44
Figura 13 Consulta a Pacientes Centro de salud del Cantón Salcedo.....	45
Figura 14 Elementos del COSO .....	71
Figura 15 Simbología de elaboración de Diagramas de Flujo de uso generalizado .	267
Figura 16 Retroalimentación de resultados .....	280
Figura 17 Estructura de la Matriz de Accesos.....	281
Figura 18 Estructura de la Lista Control de Acceso .....	282
Figura 19 Escala de Probabilidad de ocurrencia de los Riesgos .....	285
Figura 20 Proceso de Dirección de los recursos Humanos .....	287

## **RESUMEN**

El sistema de control interno es un proceso de control integrado a las actividades operativas de los entes, diseñado para asegurar en forma razonable la fiabilidad de la información contable, por ende este proyecto está centrado en las distintas actividades que realiza el Centro de Salud de Cantón Salcedo para comprobar su confiabilidad y asegurarnos que todos los procesos sean ejecutados de la manera más correcta, gracias a este estudio se podrá tomar decisiones oportunas y de esta manera contribuirá con la noble tarea de ayuda social que presta el Centro de salud del cantón Salcedo. El control Interno es indiscutible necesario para la adecuada planificación y programación de actividades que deberán establecerse para la demanda existente de los servicios, así como para una organización eficaz y eficiente. El centro de Salud del Cantón Salcedo se encuentra ubicado en el corazón del país al sur oriente de la provincia de Cotopaxi, que se extiende desde la cima de la Cordillera de los Andes, cabecera cantonal San Miguel de Salcedo tiene una superficie de 255 Km<sup>2</sup>

### **PALABRAS CLAVE:**

- CONTROL INTERNO
- COSO II
- CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO

## **ABSTRACT**

The system of internal control is a process integrated control operational activities of the entities designed to provide reasonable assurance reliability of accounting information, therefore this project is focused on the various activities of the Health Center of Canton Salcedo to check their reliability and to ensure that all processes are conducted in the most proper way, through this study may make timely decisions and thus contribute to the noble task of social assistance provided by the Health Center of Canton Salcedo. Internal control is undisputed need for proper planning and programming of activities to be established to the existing demand for services and for an effective and efficient organization. Health center Salcedo Canton is located in the heart of the country south east of the province of Cotopaxi, which extends from the top of the Andes, cantonal head San Miguel de Salcedo has an area of 255 km<sup>2</sup>.

### **PALABRAS CLAVE:**

- **INTERNAL CONTROL**
- **COSO II**
- **HEALTH CENTER OF CANTON SALCEDO**



## INTRODUCCIÓN

### TEMA

Auditoría de control interno al centro de salud del cantón salcedo, provincia de Cotopaxi, aplicando el método coso ii, para reducir los riesgo.

### ANTECEDENTES

Los Centros de salud son organismos del sector público, el ente rector de las Finanzas Públicas es el Ministerio de Finanzas que es el encargado de emitir lineamientos a todas las entidades del Sector Público, el organismo de control es Auditoría Interna y la Contraloría General del Estado.

El control interno constituye una responsabilidad directa de la alta dirección de las organizaciones, en el sector público la Contraloría General del Estado se ha encargado de enmarcar las políticas básicas sobre las cuales se debe llevar a cabo el mismo; lo cual permite tener la línea base sobre la cual se desarrollará el estudio.

La importancia de evaluar el Control Interno en los Centros de Salud del cantón Salcedo permite tomar decisiones con respecto a salvaguarda de recursos, cumplimiento de leyes y medición de eficiencia y efectividad, lo cual contribuirá a la noble tarea de ayuda social que prestan los centros de salud a nivel de la provincia de Cotopaxi.

### OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Evaluar los procedimientos de control interno mediante el método COSO II y su incidencia en los riesgos, en el Centro de Salud del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el perfil organizacional del Centro de Salud del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi, considerando: ambiente organizacional, filosofía empresarial, servicios que presta.

- Establecer los parámetros teóricos del método COSO II- Enterprise Risk Management, su incidencia en los riesgos (fundamentos teóricos - metodología en correspondencia al tipo de auditoría).
- Desarrollar la aplicación de la Auditoría de Control Interno aplicando el método COSO II- Enterprise Risk Management en el Centro de Salud del cantón Salcedo Provincia de Cotopaxi.
- Determinar en función de los resultados de la evaluación, el informe pertinente.

## **IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN**

La cultura del control favorece el desarrollo de las actividades y mejora el rendimiento, proporciona seguridad en las operaciones; por tal razón, en toda organización es necesario la presencia de normas de control que ayuden a crear acciones que permitan generar mecanismos de prevención y de detección con la finalidad de buscar la mejora continua en cada una de las áreas, para que la información sea veraz y confiable, es de suma importancia el contar con un sistema de control interno en la entidad ya que los beneficios que este conlleva pueden generar la diferencia entre el éxito o el fracaso de la misma.

El control interno está diseñado para identificar eventos potenciales que pueden afectar al cumplimiento de los objetivos institucionales, es un instrumento que permite medir la eficacia de los procesos para la consecución de los objetivos, y un buen control interno ayuda a la relación empresa-cliente y trabajador-empresa, sin causar daño a la interrelación de cada uno de ellos.

El control interno es un proceso aplicado en la ejecución de las operaciones, es una herramienta y un medio utilizado para apoyar la consecución de los objetivos institucionales. El Control Interno definido como un proceso integrado a las actividades operativas de la organización y es necesario debido a las condiciones que las grandes organizaciones enfrentan. Su identificación e incorporación en el funcionamiento de la organización es importante al formar parte de las actividades sustantivas de la entidad.

Las razones para la elección del presente tema se enmarcan en los procesos de transformación que se dan en todo el mundo conociendo que el control interno es un

tema que adquiere más relevancia a nivel de responsabilidad, por lo que considero realizar una auditoría de control interno al centro de salud del cantón salcedo, de esta manera dar guías, directrices y herramientas a las administración para alcanzar el mejoramiento continuo de acuerdo a los estándares existentes.

Existe una gran probabilidad de deficiencias en el control interno manejado en la organización por lo tanto afectará de una u otra manera a las distintas actividades realizadas dentro de la misma.

## **ALCANCE DEL PROYECTO**

El control interno, es indiscutiblemente necesario para la adecuada planificación y programación de las actividades que deberán establecerse para la demanda existente de los servicios, así como para organización eficaz y efectiva de la oferta de servicios ofrecidos.

Esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia que tiene el realizar un diagnóstico situacional del área en la cual ejecutamos nuestras actividades profesionales que nos permita relacionar los factores naturales, sociales, económicos y culturales con el proceso salud-enfermedad, campo en el que estamos inmersos permitiéndonos de ésta manera actuar de acuerdo a la realidad existente .

El Cantón Salcedo se encuentra ubicado en el corazón del país al sur oriente de la Provincia de Cotopaxi, tiene la forma más o menos rectangular que se extiende desde la cima de la Cordillera Central hasta la cima de la Cordillera Occidental de los Andes. Cabecera Cantonal: San Miguel de Salcedo tiene una superficie de 255 Km<sup>2</sup>.

El Área de Salud N°3 Salcedo, cuenta con un Hospital Cantonal “Yerovi MacKuart”, que posee una capacidad de internación de 15 camas; además, 8 Sub-centros de Salud y 2 Puestos de Salud. El total de la población de influencia del área es de 61.083 habitantes, según datos proporcionados por la Coordinación del Área de Salud N°3.

## **CAPÍTULO I**

### **GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Antecedentes**

Los Centros de salud son organismos del sector público, el ente rector de las Finanzas Públicas es el Ministerio de Finanzas que es el encargado de emitir lineamientos a todas las entidades del Sector Público, el organismo de control es Auditoría Interna y la Contraloría General del Estado.

El control interno constituye una responsabilidad directa de la alta dirección de las organizaciones, en el sector público la Contraloría General del Estado se ha encargado de enmarcar las políticas básicas sobre las cuales se debe llevar a cabo el mismo; lo cual permite tener la línea base sobre la cual se desarrollará el estudio.

La importancia de evaluar el Control Interno en los Centros de Salud del cantón Salcedo permite tomar decisiones con respecto a salvaguarda de recursos, cumplimiento de leyes y medición de eficiencia y efectividad, lo cual contribuirá a la noble tarea de ayuda social que prestan los centros de salud a nivel de la provincia de Cotopaxi.

#### **1.2. Área de influencia**

El control interno, es indiscutiblemente necesario para la adecuada planificación y programación de las actividades que deberán establecerse para la demanda existente de los servicios, así como para organización eficaz y efectiva de la oferta de servicios ofrecidos. Esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia que tiene el realizar un diagnóstico situacional del área en la cual ejecutamos nuestras actividades profesionales que nos permita relacionar los factores naturales, sociales, económicos y culturales con el proceso salud-enfermedad, campo en el que estamos inmersos permitiéndonos de ésta manera actuar de acuerdo a la realidad existente .

El Cantón Salcedo se encuentra ubicado en el corazón del país al sur oriente de la Provincia de Cotopaxi, tiene la forma más o menos rectangular que se extiende desde

la cima de la Cordillera Central hasta la cima de la Cordillera Occidental de los Andes. Cabecera Cantonal: San Miguel de Salcedo tiene una superficie de 255 Km<sup>2</sup>.

El Área de Salud N°3 Salcedo, cuenta con un Hospital Cantonal “Yerovi MacKuart”, que posee una capacidad de internación de 15 camas; además, 8 Sub-centros de Salud y 2 Puestos de Salud. El total de la población de influencia del área es de 61.083 habitantes, según datos proporcionados por la Coordinación del Área de Salud N°3.

### **1.3. Planteamiento del problema**

Aún no existen los lineamientos base sobre los cuales se debe desarrollar el Control Interno en las instituciones del estado, se requiere de un trabajo minucioso y planificado para evaluar los riesgos que se pueden presentar al interior de los Centros de Salud de la provincia de Cotopaxi.

La Contraloría General del Estado no ha realizado en si una Auditoría de Control Interno por lo tanto existe un gran porcentaje de debilidades en el control interno manejado en el Centro de Salud del cantón Salcedo.

Por lo tanto la investigación va a servir como material de consulta y apoyo para otras tesis por el aporte de los conocimientos, ayudará a la obtención de los objetivos organizacionales de la empresa, así como obtener eficiencia, eficacia, veracidad en las actividades, cumplimiento de leyes y regulaciones aplicables, procedimientos coordinados de manera vinculada a las necesidades de la institución.

### **1.4. Justificación e importancia**

#### **1.4.1. Justificación:**

Las razones para la elección del presente tema se enmarcan en los procesos de transformación que se dan en todo el mundo conociendo que el control interno es un tema que adquiere más relevancia a nivel de responsabilidad, por lo que considero realizar una auditoría de control interno al centro de salud del cantón salcedo, de esta manera dar guías, directrices y herramientas a las administración para alcanzar el mejoramiento continuo de acuerdo a los estándares existentes.

Existe una gran probabilidad de deficiencias en el control interno manejado en la organización por lo tanto afectará de una u otra manera a las distintas actividades realizadas dentro de la misma.

#### **1.4.2. Importancia:**

La cultura del control favorece el desarrollo de las actividades y mejora el rendimiento, proporciona seguridad en las operaciones; por tal razón, en toda organización es necesario la presencia de normas de control que ayuden a crear acciones que permitan generar mecanismos de prevención y de detección con la finalidad de buscar la mejora continua en cada una de las áreas, para que la información sea veraz y confiable, es de suma importancia el contar con un sistema de control interno en la entidad ya que los beneficios que este conlleva pueden generar la diferencia entre el éxito o el fracaso de la misma.

El control interno está diseñado para identificar eventos potenciales que pueden afectar al cumplimiento de los objetivos institucionales, es un instrumento que permite medir la eficacia de los procesos para la consecución de los objetivos, y un buen control interno ayuda a la relación empresa-cliente y trabajador - empresa, sin causar daño a la interrelación de cada uno de ellos.

El control interno es un proceso aplicado en la ejecución de las operaciones, es una herramienta y un medio utilizado para apoyar la consecución de los objetivos institucionales. El Control Interno definido como un proceso integrado a las actividades operativas de la organización y es necesario debido a las condiciones que las grandes organizaciones enfrentan. Su identificación e incorporación en el funcionamiento de la organización es importante al formar parte de las actividades sustantivas de la entidad.

### **1.5. Objetivos**

#### **1.5.1. Objetivo General**

Realizar una Auditoria de Control Interno al Centro de Salud del Cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi, aplicando el método COSO II, para la valoración y control, de los riesgos.

### 1.5.2. Objetivos específicos

- Analizar el perfil organizacional del Centro de Salud del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi, considerando: ambiente organizacional, filosofía empresarial, servicios que presta.
- Establecer los parámetros teóricos del método COSO II- Enterprise Risk Management, su incidencia en los riesgos (fundamentos teóricos - metodología en correspondencia al tipo de auditoría).
- Desarrollar la aplicación de la Auditoría de Control Interno aplicando el método COSO II- Enterprise Risk Management en el Centro de Salud del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi.
- Determinar en función de los resultados de la evaluación, el informe pertinente.

### 1.6. Metas

- Reporte del perfil organizacional del Centro de Salud del cantón Salcedo, Provincia de Cotopaxi, considerando: ambiente organizacional, filosofía empresarial, servicios que presta. Durante el primer mes de elaborada la investigación (1 al 15 de enero de 2014).
- Síntesis del marco teórico bajo el cual se guiará la investigación, durante el segundo mes de elaborada la investigación (1 al 15 de febrero de 2014).
- Legajo de papeles de trabajo de la aplicación de la Auditoría de control Interno aplicando el método COSO II en el tercer mes de elaborada la investigación (1 al 15 marzo de 2014).
- Informe de Auditoría de Control Interno en el cuarto mes de elaborada la investigación (1 al 15 de abril de 2014).
- Propuesta de Mejoras a implementarse. (1 al 15 de mayo)

## **1.7. Hipótesis**

La aplicación de un Auditoría Control Interno contribuirá a la reducción de riesgos en el Centro de Salud del cantón Salcedo.

## **1.8. Variables**

### **Variable Independiente:**

Auditoría de Control Interno mediante el método COSO II.

### **Variable Dependiente:**

Reducción de los riesgos en el Centro de Salud del cantón Salcedo.



## CAPÍTULO II

### GENERALIDADES

#### 2.1. Antecedentes

El Hospital Cantonal “Yerovi MacKuart” Salcedo, constituye la principal unidad con que cuenta el Área de Salud No. 3 Salcedo, su población de influencia a nivel de la parroquia San Miguel de Salcedo es de 20.636 habitantes, sin embargo constituye una unidad médica que atiende a la totalidad del cantón, es decir la real población beneficiaria constituyen los 62.136 habitantes de Salcedo.

Al ubicarse el Hospital Salcedo a nivel de la carretera panamericana, constituye en un sitio de referencia para pacientes de Latacunga, como de la vecina provincia de Tungurahua.

El Hospital Salcedo, fue creado mediante Decreto No. 232 del 14 de abril de 1972, publicado en el Registro Oficial No. 048 del mismo mes y año, constituye el centro de referencia donde funciona administrativa, financiera y técnicamente la Jefatura del Área.

El Hospital actualmente cuenta con una capacidad de internación de 15 camas, un quirófano, un área de imagenología, laboratorio clínico, una clínica odontológica y un área de Consulta Externa.

Lamentablemente la oferta médica que dispone esta casa de salud no logra cubrir la demanda de la población, no se dispone ni siquiera de los especialistas en las cuatro áreas básicas que debería contar un hospital cantonal.

Existe apenas 3 médicos de planta y con nombramiento, un pediatra, un médico general y un salubrista, oferta médica que limita una atención de calidad y que cubra las demandas de la población.

En lo que respecta a médicos residentes, el hospital posee 3 plazas, que ni siquiera logra cubrir los turnos de 24 horas de estos profesionales, por lo cual en desmedro de los programas ambulatorios, se ha vuelto necesario y obligatorio el traslado de médicos rurales desde los centros de salud del área rural hacia la cabecera del área.

El déficit de personal es más evidente aún en lo que respecta a enfermeras, existiendo apenas 2 partidas de enfermeras para la unidad.

## **2.2. Descripción del objeto de estudio**

El presente proyecto está encaminado a realizar una Auditoría de control interno al Centro de Salud del cantón Salcedo, aplicando el método COSO II, basado en técnicas documentales y empíricas de investigación orientadas al levantamiento de información en las unidades de observación.

Aún no existen los lineamientos base sobre los cuales se debe desarrollar el Control Interno en las instituciones del estado, se requiere de un trabajo minucioso y planificado para evaluar los riesgos que se pueden presentar al interior de los Centros de Salud de la provincia de Cotopaxi.

La Contraloría General del Estado no ha realizado en si una Auditoría de Control Interno por lo tanto existe un gran porcentaje de debilidades en el control interno manejado en el Centro de Salud del cantón Salcedo.

Por lo tanto la investigación va a servir como material de consulta y apoyo para otras tesis por el aporte de los conocimientos, ayudará a la obtención de los objetivos organizacionales de la empresa, así como obtener eficiencia, eficacia, veracidad en las actividades, cumplimiento de leyes y regulaciones aplicables, procedimientos coordinados de manera vinculada a las necesidades de la institución.

### **2.2.1. Aspectos generales del cantón**

El Cantón Salcedo se encuentra ubicado en el corazón del país al sur oriente de la Provincia de Cotopaxi, tiene la forma más o menos rectangular que se extiende desde la cima de la Cordillera Central hasta la cima de la Cordillera Occidental de los Andes. San Miguel de Salcedo tiene una superficie de 255 Km<sup>2</sup>, y cuenta con los siguientes límites:

- Al Norte: Los cantones de Pujilí y Latacunga, con su parroquia Belisario Quevedo (Provincia de Cotopaxi).
- Al Sur: Los cantones de Ambato y Píllaro (Provincia del Tungurahua).

- Al Este: La Cordillera Central de los Andes (Provincia de Napo).
- Al Oeste: el cantón Pujilí con su parroquia de Angamarca (Provincia de Cotopaxi).

**Altitud:** Está a 2.683 m. sobre el nivel del mar.

**Superficie:** Tiene un área de 533 Km<sup>2</sup>.

**División Política:** Se divide en 6 Parroquias

- San Miguel de Salcedo (Cabecera Parroquial)
- Antonio José Holguin
- Cusubanba
- Mulalillo
- Mulliquindil
- Panzaleo



**Figura 1 Ubicación del Cantón Salcedo en la provincia de Cotopaxi**

**Fuente:** [http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia\\_de\\_Cotopaxi](http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Cotopaxi)

**Clima:** Podemos clasificar en dos zonas Templada y Fría.

**Zona templada:** Es notable en la parte baja y plana, tiene un clima delicioso que oscila entre los 13 a 20 grados; como la encontrada en la Cabecera Parroquial y Mulliquindil.

**Zona Fría:** A partir de los 3.000 metros de altura en el páramo, se presenta el clima frío con vientos helados propios de estas regiones; de las parroquias de Cusubamba y Mulalillo. En todo el cantón hay una temporada un tanto fría y ventosa entre los meses de Junio y Agosto, pero entre los meses de febrero y Marzo son días muy calurosos. Temperatura promedio varía de 12 a 18 °C.

### 2.2.2. Historia

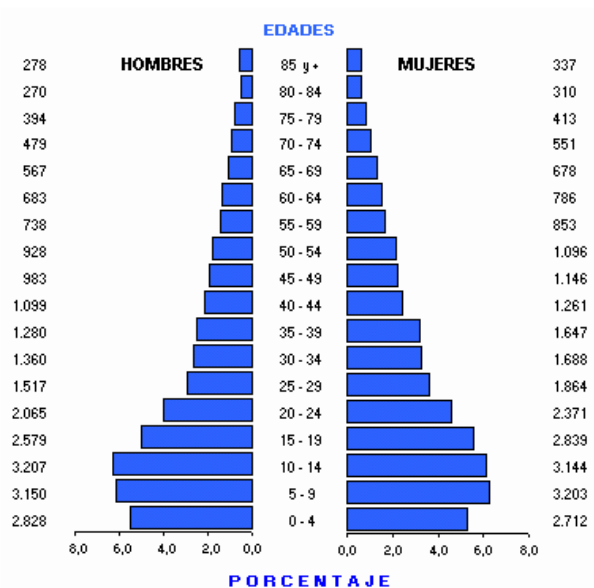
Tierra de Panzaleos, pueblo indomable que por muchos años detuvo la invasión de Túpac-Yupanqui hacia el Reino de Quito, dirigidos por Pillahuasu; a la vejez de este los incas lograron su objetivo dirigidos por Huina-Capac, que lo consolidan con una serie de matrimonios entre ellos el de Hati un familiar cercano del inca Huina-Capac con Shuasanguil hija del jefe Pillahuasu.

El 29 de septiembre de 1574 fue fundada como San Miguel de Molleambato, en honor al Arcángel San Miguel, patrono de ese día; tuvieron que transcurrir 343 años para que se expida el Decreto de creación del Cantón el 19 de Septiembre de 1919 en la administración del Dr. Alfredo Baquerizo Moreno, con el nombre de San Miguel de Salcedo.

### 2.2.3. Características Demográficas

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), obtenidos del último Censo de Población y Vivienda realizado en el país, la población del catón salcedo es de 51.304 habitantes, que representan el 14,7 por ciento de total de la Provincia de Cotopaxi, con una tasa media de crecimiento anual de la población de 1,1 (periodo 1990-2001).

En el área rural del cantón, se encuentra concentrado el 80,7% de su población. La población femenina alcanza el 53%, mientras que la masculina, el 47%. El analfabetismo en mujeres se presenta en 21,02%, mientras que en varones, 9,98%.



**Figura 2 Pirámide Poblacional Cantón Salcedo**

**Fuente:** Dirección Distrital de Salud N° 05D06

Respecto a la pirámide poblacional del Cantón Salcedo, podemos señalar que mantiene la característica de los países en vías de desarrollo con la base amplia y el vértice angosto.

El primer grupo poblacional (0. 4 años), presenta una clara disminución respecto a los dos grupos siguientes, probablemente debido al aumento de parejas y especialmente de mujeres que se encuentran en tratamientos de planificación familiar, como lo demuestra el alto índice alcanzado en la cobertura de planificación familiar en el cantón Salcedo, que en el año de 2009 llegó a un 110% de cobertura.

Además, la disminución del tamaño de este primer grupo puede estar influenciado por la constante migración de la población tanto masculina como femenina del cantón y que por lo general corresponden al grupo económicamente activo y mujeres en edad fértil; y, que a su vez se refleja en el estrechamiento de la pirámide en los grupos desde los 30 años hasta los 49 años.

### 2.3. Centro de salud del cantón salcedo

En el Cantón Salcedo Provincia de Cotopaxi, se inicia la atención en salud aproximadamente en el año 1940 con el señor Telmo Ortiz que conjuntamente con su señora realizan actividades primarias en forma empírica pero sin embargo solventaban algunas necesidades curativas en aquella época. Transcurridos algunos años viene un

periodo de mucha importancia, con la que se promueve la creación de un Dispensario Médico Municipal a cargo del Dr. Max Filoteo Saltos, el mismo que empieza a laborar dando la máxima atención médica a medida de sus posibilidades, tanto en el área urbana como en el área rural. En el año de 1972 se construye en SUBCENTRO DE SALUD con personal Médico (Dr. Arturo Ortiz), Obstétrico (Obst. Virginia Albán de Navas), Odontológico (Dr. Enrique ortega), auxiliares de Enfermería.

### 2.3.1. Datos institucionales



**Figura 3 Logo del Ministerio de Salud Pública**

**Fuente:** Dirección Distrital de Salud N° 05D06

**Dirección:** Panamericana Norte, Av. Velasco Ibarra.

**Dependencia:** M.S.P.- Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi

**Categoría:** Nivel 2 de Atención

**Cantón:** San Miguel de Salcedo

**Provincia:** Cotopaxi

**Numero RUC:** 0560006900001

**Razón Social:** Dirección Distrital de Salud N° 05D06

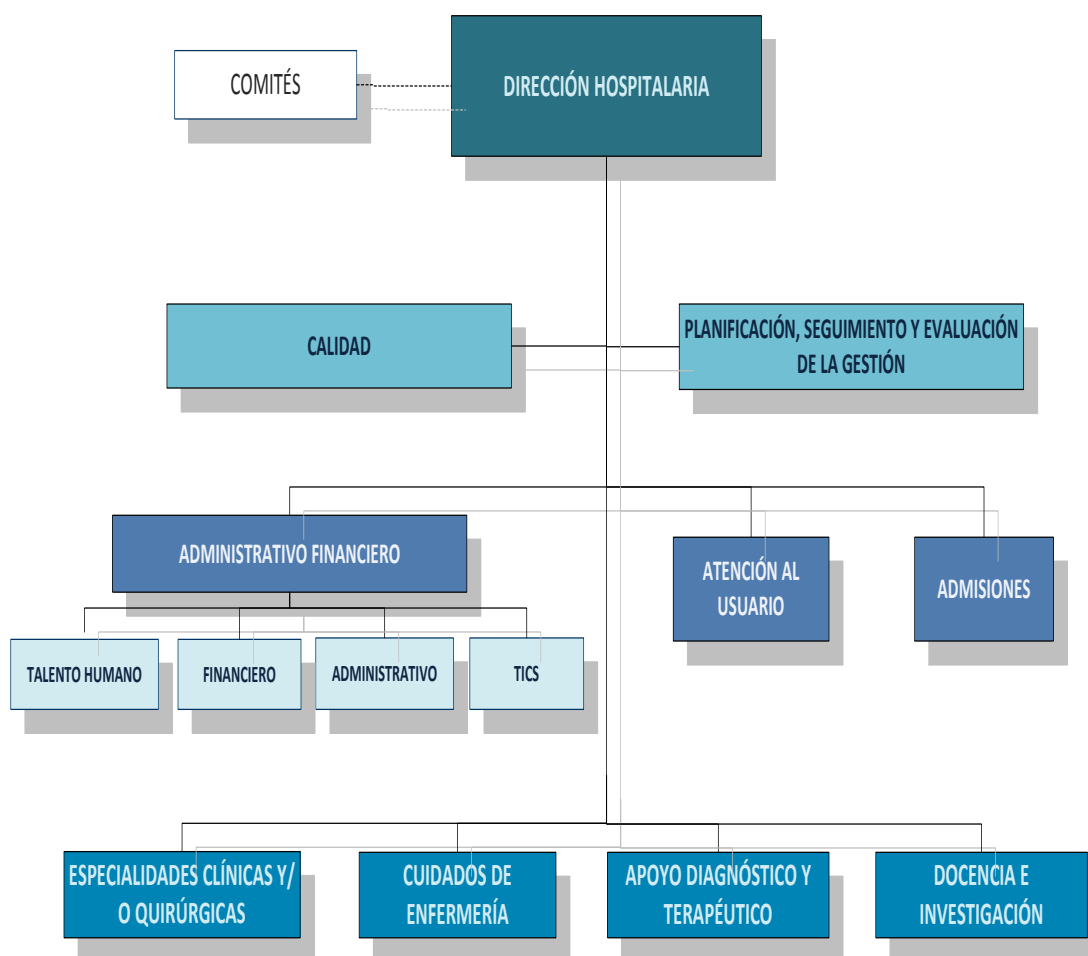
**Representante Legal:** Robles Tejada Charles Ramón

**Actividad Económica Principal:** Actividades de administración de programas de atención y protección de la salud.

**Teléfono:** 032726144 Fax: 032728542

**Email:** charles.robles@dpsx.ec

### 2.3.2. Estructura Orgánica



**Figura 4 Estructura de Hospitales Básicos y otros de menos de 70 camas**

**Fuente:** Ministerio de salud. (12 de 12 de 2014). Obtenido de [http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia\\_de\\_Cotopaxi](http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Cotopaxi).

## 2.4. Movimiento económico

**Tabla 1**  
**Movimiento económico**

DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
<b>510105 0000 Remuneraciones Unificadas</b>	25.612,00	374.675,90	400.287,90	397.906,51	397.906,51	397.906,51
<b>510106 0000 Salarios Unificados</b>	291.550,00	-32.320,44	259.229,56	259.179,24	259.179,24	259.179,24
<b>510203 0000 Decimotercer Sueldo</b>	51.910,00	25.957,39	77.867,39	77.867,39	77.867,39	77.867,39
<b>510204 0000 Decimocuarto Sueldo</b>	18.495,00	6.950,30	25.445,30	25.445,30	25.445,30	25.445,30
<b>510304 0000 Compensación por Transp.</b>	0,00	2.965,00	2.965,00	2.965,00	2.965,00	2.965,00
<b>510306 0000 ALIMENTACIÓN</b>	36.480,00	-15.996,11	20.483,89	20.483,89	20.483,89	20.483,89
<b>510401 0000 Por Cargas Familiares</b>	950,00	350,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00	1.300,00
<b>510408 0000 SUBSIDIO DE ANTIGÜEDAD</b>	4.539,00	113,04	4.652,04	4.652,04	4.652,04	4.652,04
<b>510509 0000 Horas Extraordinarias y Supl.</b>	8.300,00	6.733,00	15.033,00	15.032,38	15.032,38	15.032,38
<b>510510 0000 Servicios Personales por Cont.</b>	48.178,00	236.959,50	285.137,50	280.635,78	280.635,78	280.468,10
<b>510513 0000 ENCARGOS</b>	0,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00	1.740,00

Continua 



DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
<b>510601 0000 Aporte Patronal</b>	65.190,00	32.943,17	98.133,17	98.082,72	98.082,72	98.082,72
<b>510602 0000 Fondo de Reserva</b>	44.637,00	29.296,84	73.933,84	73.925,78	73.925,78	73.925,78
<b>510704 0000 Compensación por Desahucio</b>	0,00	2.325,00	2.325,00	2.325,00	2.325,00	2.325,00
<b>530101 0000 Agua Potable</b>	0,00	132,95	132,95	132,95	132,95	132,95
<b>530101 0503 Agua Potable</b>	80,00	55,68	135,68	135,68	135,68	135,68
<b>530104 0000 Energía Eléctrica</b>	0,00	1.582,47	1.582,47	1.582,47	1.582,47	1.582,47
<b>530104 0503 Energía Eléctrica</b>	1.590,02	651,00	2.241,02	2.241,02	2.241,01	2.241,01
<b>530105 0000 Telecomunicaciones</b>	0,00	1.303,15	1.303,15	1.303,12	1.303,12	1.303,12
<b>530105 0503 Telecomunicaciones</b>	2.760,00	-350,92	2.409,08	2.409,08	1.901,76	1.901,76
<b>530106 0000 Servicio de Correo</b>	0,00	361,30	361,30	361,30	361,30	361,30
<b>530106 0503 Servicio de Correo</b>	400,00	104,53	504,53	504,53	504,53	504,53
<b>530203 0503 Almacenamiento Embalaje Enva.</b>	0,00	403,20	403,20	403,20	403,20	403,20
<b>530204 0000 Edición Impresión</b>	0,00	3.843,50	3.843,50	3.843,50	3.843,50	3.843,50
<b>530204 0503 Edición Impresión Reprod. P.</b>	2.200,00	61,60	2.261,60	2.261,60	2.261,60	2.261,60
<b>530209 0000 Servicio de Aseo Vesti. de Trabajo</b>	0,00	3.569,00	3.569,00	3.569,00	3.569,00	3.569,00

Continua 

DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
<b>530218 0503 Publicidad y Propaganda en Med.</b>	0,00	122,56	122,56	122,56	122,56	122,56
<b>530226 0000 Servicios Médicos Hospitalarios</b>	0,00	852,80	852,80	821,80	795,80	795,80
<b>530301 0000 Pasajes al Interior</b>	0,00	200,00	200,00	199,55	199,55	199,55
<b>530301 0503 Pasajes al Interior</b>	240,00	60,00	300,00	299,93	299,93	299,93
<b>530303 0000 Viáticos y Subsistencias en el Int.</b>	0,00	8.969,72	8.969,72	8.969,72	8.952,24	8.952,24
<b>530303 0503 Viáticos y Subsistencias en el In.</b>	3.600,00	2.667,48	6.267,48	6.262,56	6.112,36	6.112,36
<b>530402 0000 Edificios Locales Residencias</b>	0,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
<b>530402 0503 Edificios Locales y Cableado</b>	5.000,00	4.496,08	9.496,08	9.496,02	9.496,02	9.496,02
<b>530404 0000 Maquinarias y Equipos</b>	0,00	2.251,33	2.251,33	2.251,33	2.251,33	2.251,33
<b>530404 0503 Maquinarias y Equipos</b>	7.500,00	-2.401,00	5.099,00	5.099,00	5.099,00	5.099,00
<b>530405 0000 Vehículos</b>	0,00	11.500,00	11.500,00	11.500,00	11.495,80	11.495,80
<b>530405 0503 Vehículos</b>	5.000,00	8.412,82	13.412,82	13.412,82	13.412,82	13.412,82
<b>530505 0503 Vehículos</b>	0,00	3.338,01	3.338,01	3.327,80	3.319,80	3.319,80
<b>530603 0000 Servicio de Capacitación</b>	0,00	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00
<b>530606 0503 HONORARIOS POR CONTR.</b>	0,00	5.041,00	5.041,00	5.041,00	5.041,00	5.041,00



DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
530704 0503 Mantenimiento y Rep. de Eq.	1.000,00	-820,00	180,00	173,20	173,20	173,20
530801 0000 Alimentos y Bebidas	0,00	5.090,78	5.090,78	5.090,78	5.090,78	5.090,78
530801 0503 Alimentos y Bebidas	10.422,86	1.057,40	11.480,26	11.479,71	11.479,71	11.479,71
530802 0000 Vestuario Lencería	0,00	9.081,36	9.081,36	9.018,15	9.018,15	9.018,15
530802 0503 Vestuario Prendas Protección	9.577,14	-3.623,31	5.953,83	5.953,83	5.953,83	5.953,83
530803 0000 Combustibles y Lubricantes	0,00	3.829,21	3.829,21	3.829,21	3.829,20	3.829,20
530803 0503 Combustib. y Lubricantes	4.400,00	-28,46	4.371,54	4.367,65	4.367,64	4.367,64
530804 0000 Materiales de Oficina	0,00	1.506,28	1.506,28	1.506,28	1.506,28	1.506,28
530804 0500 Materiales de Oficina	0,00	238,33	238,33	238,33	238,33	238,33
530804 0503 Materiales de Oficina	3.124,00	-1.330,21	1.793,79	1.793,79	1.793,79	1.793,79
530805 0000 Material de Aseo	0,00	3.164,07	3.164,07	3.092,00	3.092,00	3.092,00
530805 0500 Materiales de Aseo	0,00	741,29	741,29	741,29	741,29	741,29
530805 0503 Materiales de Aseo	4.400,00	2.726,60	7.126,60	7.126,60	7.126,60	7.126,60
530807 0000 Materiales de Impresión Foto.	0,00	533,68	533,68	533,68	533,68	533,68
530807 0503 Materiales de Impresión Rep.	0,00	5.840,20	5.840,20	5.840,00	5.840,00	5.840,00

Continúa



DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
530808 0000 Instrumental Médico Menor	0,00	964,54	964,54	964,54	964,54	964,54
530808 0503 Instrumental Médico Menor	572,00	4.568,02	5.140,02	5.138,17	5.138,17	5.138,17
530809 0000 Medicinas y Prod. Farmac.	0,00	8.075,66	8.075,66	8.026,87	8.026,87	8.026,87
530809 0503 Medicinas y Prod. Farmac.	62.100,28	78.323,36	140.423,64	138.993,88	138.993,88	138.993,88
530810 0000 Materiales para Lab. y Uso Med.	0,00	27.134,32	27.134,32	27.092,95	27.092,95	27.092,95
530810 0503 Materiales para Lab. y Uso Med.	19.588,21	27.176,12	46.764,33	46.456,54	46.456,54	46.456,54
530811 0000 Materiales e Ins. de Const. Elec.	0,00	2.434,71	2.434,71	2.428,55	2.428,55	2.428,55
530811 0500 Materiales Ins. Construcción Elec.	0,00	1.006,22	1.006,22	1.006,22	1.006,22	1.006,22
530811 0503 Mat. Ins. de Construcción Elec.	2.772,00	515,33	3.287,33	3.282,84	3.282,81	3.282,81
530813 0000 Repuestos y Accesorios	0,00	178,48	178,48	178,48	178,48	178,48
530813 0503 Repuestos y Accesorios	3.044,00	7.023,38	10.067,38	10.066,78	10.066,78	10.066,78
530820 0503 Menaje de Cocina de Hogar y Ac.	0,00	1.964,32	1.964,32	1.964,32	1.964,32	1.964,32
570102 0503 Tasas Generales Impuestos	0,00	1.672,19	1.672,19	1.672,19	1.672,19	1.672,19
570201 0503 Seguros	7.340,04	3.927,60	11.267,64	11.267,64	11.267,64	11.267,64
570206 0503 Costas Judiciales Trámites Nota.	0,00	1.102,71	1.102,71	1.102,71	1.102,71	1.102,71

Continúa



DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
570218 0503 INTERESES POR MORA IESS	0,00	19,17	19,17	19,17	19,17	19,17
570218 0503 INTERESES POR MORA IESS	0,00	1,26	1,26	1,26	1,26	1,26
580209 0000 A JUBILADOS PATRONALES	0,00	5.762,26	5.762,26	5.762,26	5.762,26	5.762,26
580209 0503 JUBILADOS PATRONALES	24.585,00	19.904,01	44.489,01	44.489,01	44.489,01	44.489,01
710203 0503 Decimotercer Sueldo	0,00	2.808,50	2.808,50	2.657,67	2.657,67	2.657,67
710204 0000 Decimocuarto Sueldo	0,00	79,50	79,50	79,50	79,50	79,50
710204 0500 Decimocuarto Sueldo	0,00	26,50	26,50	26,50	26,50	26,50
710204 0503 Decimocuarto Sueldo	0,00	1.485,50	1.485,50	1.404,50	1.404,50	1.404,50
710510 0000 Servicios Personales por Contrat.	0,00	6.335,35	6.335,35	6.335,35	6.335,35	6.335,35
710510 0503 Servicios Personales por Contrat.	0,00	36.492,11	36.492,11	32.517,94	32.517,94	32.517,94
710601 0000 Aporte Patronal	0,00	497,23	497,23	497,23	497,23	497,23
710601 0503 Aporte Patronal	0,00	3.776,74	3.776,74	3.607,80	3.607,80	3.607,80
710602 0500 Fondo de Reserva	0,00	439,38	439,38	439,38	439,38	439,38
730301 0500 Pasajes al Interior	0,00	300,00	300,00	225,95	225,95	225,95
730303 0000 Viáticos y Sub. en el Interior	0,00	106,26	106,26	106,26	106,26	106,26

Continua



DESCRIPCIÓN	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO
730303 0500 Viáticos y Sub. en el Interior	0,00	392,87	392,87	307,12	307,12	307,12
730303 0503 Viáticos y Sub. en el Interior	0,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
730505 0500 Vehículos (Arrendamientos)	0,00	806,00	806,00	806,00	806,00	806,00
730802 0500 Vestuario	0,00	300,00	300,00	295,68	295,68	295,68
730803 0500 Combustibles y Lubricantes	0,00	82,88	82,88	82,88	82,88	82,88
730803 0503 Combustibles y Lubricantes	0,00	616,02	616,02	616,02	616,02	616,02
730804 0500 Materiales de Oficina	0,00	200,00	200,00	194,67	194,67	194,67
730809 0500 Medicinas y Productos Farm.	0,00	12.281,10	12.281,10	12.230,00	12.230,00	12.230,00
730810 0500 Materiales para Lab. y Uso M.	0,00	3.979,10	3.979,10	3.778,02	3.778,02	3.778,02
840104 0503 Maquinarias y Equipos (BLD)	2.000,00	-907,20	1.092,80	1.000,54	1.000,54	1.000,54
840107 0503 Equipos Sistemas y P I	0,00	907,20	907,20	879,20	879,20	879,20
990101 0000 OBL. DE EJ. ANTERIORES	0,00	5.095,86	5.095,86	5.095,86	5.095,86	5.095,86
<b>TOTAL :</b>	<b>790.486,55</b>	<b>1.027.073,05</b>	<b>1.817.559,60</b>	<b>1.798.167,4</b>	<b>1.797.454,1</b>	<b>1.797.286,49</b>

**Fuente:** Dirección Distrital de Salud N° 05D06

## **2.5. Misión del Centro de Salud del Cantón Salcedo**

“El Área de Salud N° 3 Salcedo es una Institución Pública, que brinda atención médica basada en atención primaria en salud: promoción, prevención, curación, rehabilitación, empoderamiento ciudadano, descentralización y gratuidad de los servicios; dirigido, a usuarios externos e internos del área de influencia. Servicio que ofrecemos en forma oportuna con personal capacitado, motivado, con criterios de calidad y calidez que garanticen la atención integral, eficacia, eficiencia, equidad, universalidad y accesibilidad; para, mejorar la calidad de vida de la población, enmarcado en el Plan Nacional Para el Buen Vivir.”

**Fuente:** Departamento de Gestión de Planificación, seguimiento y Evaluación de la Gestión

## **2.6. Visión del Centro de Salud del Cantón Salcedo**

“El Distrito de Salud No.3 Salcedo, para el año 2016 se constituye como una institución líder de Salud en la Provincia de Cotopaxi, el Centro de Salud Hospital “Yerovi-Mackuart” como cabecera del distrito, cuenta con las cuatro especialidades básicas, con talento humano capacitado y de planta, con servicios de diagnóstico complementarios con tecnología de punta, una infraestructura moderna, adecuada y suficiente que cumple con las exigencias y estándares internacionales, en una ubicación libre de riesgo de fenómenos naturales (riesgo volcánico), contando con el número de personal adecuado a la población de influencia, ejecutándose la atención primaria en salud a nivel rural, con unidades de salud ambulatorias, fortalecidas con un equipo de salud que exige el licenciamiento y la demanda de servicios, cumpliendo con los principios básicos de accesibilidad, equidad, calidad y calidez.”

Fuente: Departamento de Gestión de Planificación, seguimiento y Evaluación de la Gestión.

## **2.7. Objetivos institucionales**

- Asegurar el acceso oportuno a servicios de salud integrales, integrados a toda la población ecuatoriana, priorizando aquella población más vulnerable en todos los niveles de atención.
- Fortalecer el modelo de atención de salud integral e integrado con enfoque familiar, comunitario e intercultural basado en promoción de la salud,

educación, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en el nivel ambulatorio y hospitalario.

- Fortalecer los servicios con recurso humano, medicamentos e insumos mediante la gestión técnica, administrativa y financiera direccionada a la aplicación de procesos basados en calidad.
- Controlar y vigilar la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles, VIH/SIDA, tuberculosis, metaxénicas (transmitidas por vectores) y eventos.
- Mejorar la infraestructura y equipamiento de la red de servicios del ministerio de salud.



## 2.8. Programación anual de la política pública

**Tabla 2**

**Cuadro del presupuesto anual del centro de salud del cantón Salcedo**

**REPÚBLICA DEL ECUADOR  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
SALDOS CONTABLES PARA UNIDADES EJECUTORAS  
Al 31 de Diciembre del 2012  
Ejercicio Fiscal: 2012  
Expresado en Dólares**

CTA.	DESCRIPCION	SALDOS INICIALES		FLUJOS		SUMAS		SALDOS FINALES		
		DEUDOR	ACREEDOR	DEBITOS	CREDITOS	DEBITOS	CREDITOS	DEUDOR	ACREEDOR	
1	ACTIVOS	2362663.12	0,00	4611499,74	4324639,80	6974162,86	4324639,80	2649523,06		0,00
11	OPERACIONALES	40255.18	0,00	2947814,49	2897718,49	2988069,67	2897718,85	90350,82		0,00
111	Disponibilidades	0,00	0,00	2754745,49	2754745,49	2754745,49	2754745,49	0,00		0,00
112	Anticipos de Fondos	40255.18	0,00	2754745,49	2754745,49	2754745,49	2754745,49	0,00		0,00
113	Cuentas por Cobrar	0,00	0,00	56770,48	29650,80	56770,48	29650,80	27119,68		0,00
12	INVERSIONES FINANCIERAS	76342.50	0,00	12945,85	0,00	89288,35	0,00	89288.35		0,00
124	Deudores Financiero	73588.92	0,00	0,00	0,00	73588.92	0,00	73588.92		0,00
125	Inversiones Diferidas	2753.58	0,00	12945.85	0,00	15699,43	0,00	15699,43		0,00
13	INVERSIONES PARA CONSUMO	309838.51	0,00	412613,60	412107,01	722452,11	412107,01	310345,10		0,00
	PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN									
131	Existencias para Consumo Corriente	234214.30	0,00	329825,50	350416,32	564039,80	350416,32	213623.48		0,00

Continua 

CTA.	DESCRIPCION	SALDOS INICIALES		FLUJOS		SUMAS		SALDOS FINALES			
		DEUDOR	ACREEDOR	DEBITOS	CREDITOS	DEBITOS	CREDITOS	DEUDOR	ACREEDOR		
14	INV. EN BIENES DE LARGA DURACIÓN	1931827.19	0,00	677346.33	1014813,94	2609173,52	1014813,94	1594359,58		0,00	
141	Bienes de Administración	1931827.19	0,00	677346.33	1014813,94	2609173,52	1014813,94	1594359,58		0,00	
15	INV. EN PROYECTOS Y PROGRAMAS	4399.74	0,00	560779.47	0,00	565179,21	0,00	565179.21		0,00	
151	Inversiones en Obras en Proceso	4.399.74	0,00	453370,33	0,00	457770,07	0,0	457770,07		0,00	
152	Inversiones en Programas en Ejecución	0.00	175479,65	0,00	0,00	0,00	175479,65	0,00	0,00	175479,65	
21	DEUDA FLOTANTE	0,00	14531,73	350821,36	3514936,15	3502821,36	3529467,88	0,00	0,00	26646.52	0,00
212	Depósitos y Fondos de Terceros	0,00	14531,73	775822,63	774019,90	775822,63	788551,63	0,00	0,00	12729,00	0,00
213	Cuentas por Pagar	0,00	0,00	2726998.73	2740916,25	2726998.73	2740916,25	0,00	0,00	13917,52	0,00
22	DEUDA PUBLICA	0,00	58137,15	75811,86	18186,14	75811,86	76323,29	0,00	0,00	511,43	0,00
224	Financieros	0,00	58137,15	75811,86	18186,14	75811,86	76323,29	0,00	0,00	511,43	0,00
6	PATRIMONIO	3.727159,12	0,00	4432192,47	4341904,32	8159351,59	4341904,32	3817447,27	0,00	0,00	0,00
61	PATRIMONIO ACUMULADO	3.727159,12	0,00	1517197,19	3881732,80	5244356,31	3881732,80	1362623,51	0,00	0,00	0,00
611	Patrimonio Publico	2.299467,60	0,00	1510110,69	2452495,70	3809578,29	2452495,70	1357082,59	0,00	0,00	0,00
618	Resultados de Ejercicios	1.424437,10	0,00	0,00	1424437,10	1424437,10	1424437,10	0,00	0,00	0,00	0,00
62	INGRESOS DE GESTION	0,00	0,00	0,00	460171,52	0,00	460171,52	0,00	0,00	460171,52	0,00
625	Rentas de Inversiones y Otros	0,00	0,00	0,00	8386,95	0,00	8386,95	0,00	0,00	8386,95	0,00
629	Actualizaciones y Ajuste	0,00	0,00	0,00	2839,89	0,00	2839,89	0,00	0,00	2839,89	
63	GASTOS DE GESTION	0,00	0,00	2914995,28	0,00	2914995,28	0,00	2914995,28	0,00	0,00	0,00
633	Remuneraciones	0,00	0,00	1463242,10	0,00	1463242,10	0,00	1463242,10	0,00	0,00	0,00
634	Bienes y Servicios de Consumo	0,00	0,00	468260.18	0,00	468260.18	0,00	468260.18	0,00	0,00	0,00
635	Gastos Financieros y Otros	0,00	0,00	1342,68	0,00	1342,68	0,00	1342,68	0,00	0,00	0,00

Continua 

636	Transferencias Entregadas	0,00	0,00	63579,67	0,00	63579,67	0,00	63579,67	0,00	0,00	0,00
CTA.	<b>DESCRIPCION</b>	<b>SALDOS INICIALES</b>		<b>FLUJOS</b>		<b>SUMAS</b>		<b>SALDOS FINALES</b>			
		<b>DEUDOR</b>	<b>ACREEDOR</b>	<b>DEBITOS</b>	<b>CREDITOS</b>	<b>DEBITOS</b>	<b>CREDITOS</b>	<b>DEUDOR</b>	<b>ACREEDOR</b>		
637	Obligaciones no Reconocidas de Ejercicios	0,00	0,00	94196,91	0,00	94196,91	0,00	94196,91	0,00	0,00	0,00
638	Costo de Ventas y Otros	0,00	0,00	538648,32	0,00	538648,32	0,00	538648,32	0,00	0,00	0,00
639	Actualizaciones y Ajustes	0,00	0,00	533848,32	0,00	533848,32	0,00	533848,32	0,00	0,00	0,00
9	CUENTAS DE ORDEN	0,00	0,00	95347,34	95347,34	95347,34	95347,34	0,00	0,00	0,00	0,00
91	CUENTAS DE ORDEN DEUDORA	40666,00	0,00	94401,84	945,50	135067,84	945,50	134122,34	0,00	0,00	0,00
911	Cuentas de Orden Deudoras	40666,00	0,00	94401,84	945,50	135067,84	945,50	134122,34	0,00	0,00	0,00
92	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	0,00	40666,00	945,50	94401,84	945,50	135067,84	0,00	0,00	134122,34	0,00
921	Cuentas de Orden Acreedoras	0,00	40666,00	945,50	94401,84	945,50	135067,84	0,00	0,00	134122,34	0,00
	<b>TOTAL:</b>	<b>5.994733,88</b>	<b>977580,52</b>	<b>12717672,77</b>	<b>12.295013,75</b>	<b>19712406,65</b>	<b>13272594,27</b>	<b>8392552,21</b>	<b>0,00</b>	<b>1952739,83</b>	<b>0,00</b>

Fuente: Dirección Distrital de Salud N° 05D06

## **2.9. Planificación estratégica del Centro de Salud del cantón Salcedo**

### **Marco legal.**

Ante la necesidad de enfrentar los retos de la modernidad en el sector público del país, los Lineamientos y Objetivos Estratégicos del Plan de Acción del Ministerio de Salud Pública para los años 2005-2007, en especial los relativos al fortalecimiento de la rectoría del MSP, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, el mejoramiento al acceso a los servicios de salud, el control de enfermedades de alto impacto y contribuir al desarrollo del aseguramiento universal en salud; la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi ha impulsado en forma decidida la formulación de un Plan Estratégico y de Fortalecimiento Institucional.

El presente documento es el resultado de una primera etapa en este afán de que los sistemas provinciales y locales de salud en Cotopaxi cuenten con herramientas de planificación estratégicas e inicien un proceso de modernización y mejoramiento de los servicios de salud.

El documento identifica en principio el contexto legal y metodológico que impulsan y abalizan la planificación estratégica como una opción de cambio y de fortalecimiento de los espacios de gestión de la salud en Cotopaxi.

Luego se describe la estructura de funcionamiento de los servicios locales de salud del Área en base a la formulación del POA 2006 y en base a la información de los talleres de diagnóstico, en los que se analizan los problemas y soluciones que tienen los distintos procesos y subprocesos. Posteriormente y con el apoyo de diversas herramientas se definen las líneas estratégicas que darán dirección a la planificación anual de las distintas Unidades de salud del Área en los próximos 5 años.

Son los primeros pasos de un proceso de democratización y participación de los usuarios internos y externos en la gestión social de los servicios públicos. Su aplicación y continuidad es un reto que deberá ser asumido por todos quienes quieren la transformación de los servicios de la salud en Cotopaxi.

### **Objetivo estratégico.-**

Mejorar en forma equitativa el acceso a los servicios de salud en el Área 3 especialmente de la población más pobre, en forma equitativa, oportuna y eficiente, en

base a la prevención de las enfermedades de alto impacto, la ejecución de los programas del MSP., impulsando el desarrollo del Consejo Cantonal de Salud y la rectoría del MSP en el Sistema Local de Salud.

La planificación estratégica que a continuación se describe fue realizada en el año 2006. La Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, impulsa una visión de funcionamiento de los sistemas de salud tanto a nivel nacional como a nivel provincial y local: en los tres casos el sistema tiene la misma estructura de funcionamiento y se basa en 2 puntos ejes equidistantes y de retorno o inicio de flujos de información o recursos: Los gobernantes y los usuarios, todos los niveles tienen a su vez espacios secuenciales para el manejo de recursos y la producción de servicios, la calificación de demanda – oferta, la implantación de norma, salud pública, gestión de servicios, vigilancia sanitaria y aseguramiento de la calidad.

El flujo de la información hacia el aseguramiento de la calidad en cada nivel es necesario para que el sistema correspondiente pueda hacer una lectura de la gestión realizada. Así, aseguramiento de la calidad es el proceso responsable de recopilar y generar la información del sistema y trasladarla al gobernante y a los niveles superiores del sistema global.

Podemos decir que la estructura del sistema es similar en todos sus niveles y la relación que entre ellas se genera son iguales para todo el sistema en cualquier nivel.

La geografía y el desarrollo de Salcedo y de sus distintas regiones y localidades se caracterizan por lo siguiente:





































- El apareamiento de zonas excluidas y marginadas de los servicios básicos incluidos los de transporte, comunicación, educación y otros,
- Zonas heterogenias en cuanto a sus características climáticas, ambientales y sociales, incluidas las diversidades de modos de asentamiento en lo urbano y rural, como en lo étnico y cultural.

El cantón tiene 5 parroquias rurales y la división y cobertura de las unidades operativas de salud del MSP, guardan relación con esa división política cantonal, ya que la totalidad de estas parroquias son atendidas desde esta área.

La cobertura de las 5 parroquias se las hace desde 10 sub-centros de salud detallados a continuación:

- Papaurco
- Mulliquindil
- Panzaleo
- Pataín
- Antonio José Holguín
- Mulalillo
- Cusubamba
- Cobos
- Anchiliví
- Yanayacu

## 2.10. Funciones

NOMBRE DEL PROCESO: Adquisición de Bienes y/o Servicio 1/2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							DA	Solicitud de los diferentes servicios	50 min	
2							DA	Revisar la disponibilidad de respuesta	45 min	
3							DA	Cotización de los bienes y servicios	60 min	
4							DA	Se realiza una petición de aprobación y se envía a la máxima autoridad	60 min	
5							DA	Ejecución de la contratación	40 min	
6							DA	Elaboración de la solicitud de pago	50 min	
								<b>Subtotal</b>	305min	

Continua







































NOMBRE DEL PROCESO: Adquisición de Bienes y/o Servicio 2/2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							DA	Legalización de la solicitud de pago	30 min	
8							DA	Envió a dirección financiera para realizar el pago	30 min	
9							DA	Entrega de materiales a bodega	30 min	
10							DA	Se dispone registro de proveedores	30 min	
11							DA	Elaboración de resoluciones	40 min	
12							DA	Elaboración de pliegos para la contratación de bienes y servicios	50 min	
								<b>TOTAL</b>	<b>515min</b>	

**Figura 5 Adquisición de Bienes y/o Servicios Centro de salud del Cantón Salcedo**

**Fuente:** Centro de Salud del Cantón Salcedo







































NOMBRE DEL PROCESO: Comunicación de Información 1/2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							DA	Ingreso a Internet	1 min	
2							DA	Página de correo QUIPUX	1 min	
3							DA	Ingresar usuario y contraseña	1 min	
4							DA	Opción de nuevo correo	1 min	
5							DA	Selección de los destinatarios	2 min	
6							DA	Asunto del correo	1 min	
								<b>Subtotal</b>	<b>7 min</b>	

Continua 

NOMBRE DEL PROCESO: Comunicación de Información 2/2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							DA	Se adjunta archivos si es necesario	2 min	
8							DA	Selección de documento a adjuntar	2 min	
9							DA	Comprobar si se adjuntó o no el documento	1 min	
10							DA		10 min	
11							DA	Escribir el mensaje	1 min	
12							DA	Enviar correo	1 min	
								Se archiva en el sistema QUIPUX	24min	
								<b>TOTAL</b>		





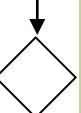
















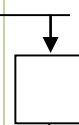














**Figura 6 Comunicación interna de la información Centro de salud del Cantón Salcedo**

**Fuente:** Centro de Salud del Cantón Salcedo






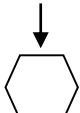






























NOMBRE DEL PROCESO: Evaluación del Desempeño 1/4										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							TH	Surgimiento de la necesidad de Evaluar	1 min	
2							TH	Decisión de evaluar	3 min	
3							TH	Verifico perfil ocupacional	10 min	
4							TH	Examinar si se cumplen las metas propuestas	15 min	
5							TH	Verificar que metas se cumplieron	15 min	
6							TH	Se informa al jefe del departamento	5 min	
								<b>Subtotal</b>	<b>49min</b>	

Continua








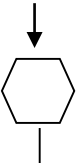






NOMBRE DEL PROCESO: Evaluación del Desempeño 2/4										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							TH	Se decide realizar una evaluación (A-D y T-D)	10 min	
8							TH	Se elabora la evaluación	45 min	
9							TH	Se envía la evaluación al personal	10 min	
10							TH	Se cerciora que todos hayan realizado la evaluación	30 min	
11							TH	Se recolecta las evaluaciones	15 min	
12							TH	Se almacena las evaluaciones	5 min	
								<b>Subtotal</b>	<b>115min</b>	

Continua 

NOMBRE DEL PROCESO: Evaluación del Desempeño 3/ 4										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
13							TH	Se registra los resultados obtenidos de la evaluación	20 min	
14							TH	Valoración de los resultados	25 min	
15							TH	Estimación de resultados (si suficientes o deficientes )	10 min	
16							TH	Si son suficientes se finaliza la evaluación	15 min	
17							TH	Si son deficientes se evalúa nuevamente	15 min	
18							TH	Se verifica el resultado	5 min	
								<b>Subtotal</b>	<b>90 min</b>	































Continua









NOMBRE DEL PROCESO: Evaluación del Desempeño 4/4										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
13							TH	Registro de resultado deficiente	20 min	
14							TH	Se da por terminada la relación laboral	45 min	
								<b>TOTAL</b>	<b>319 min</b>	

**Figura 7 Evaluación del desempeño Centro de salud del Cantón Salcedo**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo

NOMBRE DEL PROCESO: Contratación de Personal ½										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							DTH	Surge la necesidad.	1 min	
2							DTH	Comienza con el proceso de circulación de la información en los diferentes medios de la localidad.	2400 min	
3							DTH	Recepción de las carpetas de los interesados.	2400 min	
5							DTH	El comité de selección analiza las carpetas.	480 min	
6							DTH	Las autoridades de Talento Humano Y Gestión Financiera analizan el perfil del puesto, experiencia, test de destrezas, test psicológico.	960 min	
								<b>Subtotal</b>	<b>6241 min</b>	











































Continua 

NOMBRE DEL PROCESO: Contratación de Personal 2/2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							DTH	Decisión del mejor puntuado o en caso de no existirá más que un postulante se realiza la designación directa.	60 min	
								<b>TOTAL</b>	<b>6301 min</b>	

**Figura 8 Contratación de personal Centro de salud del Cantón Salcedo**



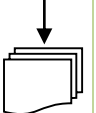

































Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo



NOMBRE DEL PROCESO: Pago del Impuesto a la Renta 1/3										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							DF	Recepción de la documentación del Dep. Administrativo	5 min	
2							DF	Verificación de Documentación	15 min	
3							DF	Ingreso al Sistema	10 min	
4							DF		10 min	
5							DF	Se verifica el tipo de servicio	5 min	
6							DF	Se genera o no comprobante de retención	5 min	
							DF	Ingreso de la factura al sistema SITAC	<b>50 min</b>	
								<b>Subtotal</b>		

Continua



NOMBRE DEL PROCESO: Pago del Impuesto a la Renta 2/3										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							DF	Se imprime el comprobante de retención	3 min	
8							DF	Se imprime el comprobante de ingreso de la factura al SITAC	3 min	
9							DF		5 min	
10							DF	El SRI confirma el ingreso de la factura	5 min	
11							DF	Se archiva el comprobante del SRI	5 min	
12							DF	El sistema ESIGEF Y SITAC cotejan la información	5 min	
							DF	SITAC reconoce el ingreso de la información	<b>26 min</b>	
								<b>Subtotal</b>		





































Continua



NOMBRE DEL PROCESO: Pago del Impuesto a la Renta 3/3										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							DF	El sistema SITAC genera los comprobantes de ingreso	5 min	
8							DF	Se realiza un anexo transaccional	15 min	
9							DF	El SRI coteja la información	10 min	
10							DF	Se guarda en el sistema el ingreso de la información	10 min	
11							DF	El SRI confirma el ingreso de la información	5 min	
								<b>TOTAL</b>	<b>121min</b>	





































**Figura 9 Pago Impuesto a la Renta Centro de salud del Cantón Salcedo**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo


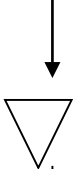










NOMBRE DEL PROCESO: Capacitación								1/1		
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							DTH	Se percibe la necesidad de la capacitación	1 min	
2							DTH	El departamento de talento Humano es informado de la necesidad.	60 min	
3							DTH	Se comunica a la dirección.	60 min	
4							DR.	Se asigna al personal dentro de la institución más idóneo para capacitar al personal.	80 min	
5							DTH	Comunicado al personal asignado.	70 min	
6							DTH	Se realiza la capacitación	480 min	
<b>TOTAL</b>									<b>751</b>	

**Figura 10 Capacitación Centro de salud del Cantón Salcedo.**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo











































NOMBRE DEL PROCESO: Atención de Emergencia 1 / 2									
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo
1				 ↓			HE	Reciben la llamada al ECU 911	1 min
2				 ↓			HE	Recepción de la llamada al distrito.	1 min
3				 ↓			HE	Se realiza un breve análisis de la magnitud del accidente (para llevar el equipo adecuado).	1 min
4									
5				 ↓			HE	Acudir al lugar del accidente o desastre.	30 min
6				 ↓			HE	Se brinda primeros auxilios	15 min
				 ↓			HE	Transporta al hospital básico del cantón.	30 min
								<b>Subtotal</b>	<b>78 min</b>

Continua 

NOMBRE DEL PROCESO: Atención de Emergencias 2/ 2										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
7							HE	Se estabiliza al paciente	90 min	
8							HE	Se llena el Formulario 008 (hoja de emergencia ).	2 min	
<b>TOTAL</b>									<b>170 min</b>	

**Figura 11 Atención de Emergencias Centro de salud del Cantón Salcedo**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo

NOMBRE DEL PROCESO: Prescripción de la receta 1/1										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							HE	Surgimiento de la necesidad.	1 min	
2							HE	Revisión del formulario 008 hoja de emergencia ( no es necesario que existe)	5 min	
3							HE	Revisión del historial clínico ( no es necesario que existe)	5 min	
4							HE	Archivo del formulario 008 hoja de emergencia ( no es necesario que existe)	5 min	
5							HE	Se prescribe el medicamento y su uso en el recetario que contiene el CIE 10.	6 min	
6							HE	Se explica al paciente o bien a un familiar el uso de la medicación (12h. máximo).	10 min	
							HE	<b>TOTAL</b>	<b>32 min</b>	

**Figura 12 Atención de Emergencias Centro de salud del Cantón Salcedo**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo

NOMBRE DEL PROCESO: Consulta A Pacientes										
N°	Transporte	Almacenamiento	Documentos	Verificación	Decisión	Registro	Responsable	Descripción del Proceso	Tiempo	Observaciones
1							CE	Demanda de la consulta.	1 min	
2							CE	Se verifica el grado de urgencia de la consulta.	6 min	
3							CE	Se procede a guiarlo de la liste de espera.	3 min	
4							CE	Se revisa si tiene ficha bibliográfica caso contrario se crea una.	10 min	
5							CE	Se realiza la consulta con el medico de turno.	70 min	
6							CE	Se cargan los datos en el libro diario de consultas.	15 min	
								<b>TOTAL</b>	<b>105 min</b>	

**Figura 13 Consulta a Pacientes Centro de salud del Cantón Salcedo**

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo



## 2.11. Competencia

**Tabla 3**

### Competencias Conductuales

<b>Destreza Habilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Nivel</b>	<b>Comportamientos observables</b>
<b>Trabajo en equipo</b>	Es el interés de cooperar y trabajar de manera coordinada con los demás.	Alto	Crea un buen clima de trabajo y espíritu de cooperación. Resuelve los conflictos que se puedan producir dentro del equipo. Se considera que es un referente en el manejo de equipos de trabajo.
		Medio	Promueve la colaboración de los distintos integrantes del equipo. Valora sinceramente las ideas y experiencias de los demás; mantiene una actitud abierta para aprender de los demás.
		Bajo	Coopera. Participa activamente en el equipo, apoya las decisiones. Realiza la parte del trabajo que le corresponde. Como miembro de un equipo, mantiene informados a los demás. Comparte información.
<b>Orientación de servicio</b>	Implica un deseo de ayudar o de servir a los demás satisfaciendo sus necesidades.	Alto	Demuestra interés en atender a los clientes internos o externos con rapidez, diagnóstica correctamente la necesidad y plantea soluciones adecuadas.
		Medio	Identifica las necesidades del cliente interno o externo; en ocasiones se anticipa a ellas aportando soluciones a la medida de sus requerimientos.
		Bajo	Actúa a partir de los requerimientos de los clientes ofreciendo respuestas estandarizadas a sus demandas.
<b>Orientación a los resultados</b>	Es el esfuerzo por trabajar adecuadamente tendiendo al logro de estándares de excelencia.	Alto	Realiza las acciones necesarias para cumplir con las metas propuestas. Desarrolla o modifica procesos organizacionales que contribuyan a mejorar la eficiencia.
		Medio	Modifica los métodos de trabajo para conseguir mejoras. Actúa para lograr y superar niveles de desempeño y plazos establecidos.

		Bajo	Realiza bien o correctamente su trabajo.
<b>Destreza Habilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Nivel</b>	<b>Comportamientos observables</b>
<b>Flexibilidad</b>	Es la capacidad para adaptarse y trabajar en distintas y variadas situaciones y con personas o grupos diversos.	Alto	Modifica las acciones para responder a los cambios organizacionales o de prioridad. Propone mejoras para la organización.
		Medio	Modifica su comportamiento para adaptarse a la situación o a las personas. Decide qué hacer en función de la situación.
		Bajo	Aplica normas que dependen de cada situación o procedimientos para cumplir con sus responsabilidades.
<b>Construcción de relaciones</b>	Es la habilidad de construir y mantener relaciones cordiales con aquellas personas internas o externas a la organización que son o pueden ser algún día valiosos para conseguir los objetivos organizacionales.	Alto	Construye relaciones beneficiosas para el cliente y la institución, que le permiten alcanzar los objetivos organizacionales. Identifica y crea nuevas oportunidades en beneficio de la institución.
		Medio	Construye relaciones, tanto dentro como fuera de la institución que le proveen información. Establece un ambiente cordial con personas desconocidas, desde el primer encuentro.
		Bajo	Entabla relaciones a nivel laboral. Inicia y mantiene relaciones sociales con compañeros, clientes y proveedores.
<b>Conocimiento del entorno organizacional</b>	Incluye la capacidad de prever la forma en que los nuevos acontecimientos o situaciones afectarán a las personas y grupos de la institución.	Alto	Identifica las razones que motivan determinados comportamientos en los grupos, instituciones o los problemas de fondo, oportunidades o fuerzas de poder que los afectan.
		Medio	Identifica, describe y utiliza las relaciones de poder e influencia existentes dentro de la institución con un sentido claro de lo que es influir en la institución.
		Bajo	Utiliza las normas, la cadena de mando y los procedimientos establecidos para cumplir con sus responsabilidades.



<b>Destreza Habilidad</b>	<b>Definición</b>	<b>Nivel</b>	<b>Comportamientos observables</b>
<b>Iniciativa</b>	Es la predisposición para actuar proactivamente. Los niveles de actuación van desde concretar decisiones tomadas en el pasado hasta la búsqueda de nuevas oportunidades o soluciones a problemas.	Alto	Se anticipa a las situaciones con una visión de largo plazo; actúa para crear oportunidades o evitar problemas que no son evidentes para los demás. Elabora planes de contingencia. Es promotor de ideas innovadoras.
		Medio	Se adelanta y se prepara para los acontecimientos que pueden ocurrir en el corto plazo. Crea oportunidades o minimiza problemas potenciales. Aplica distintas formas de trabajo con una visión de mediano plazo.
		Bajo	Reconoce las oportunidades o problemas del momento. Cuestiona las formas convencionales de trabajar.
<b>Aprendizaje continuo</b>	Es la habilidad para buscar y compartir información útil, comprometiéndose con el aprendizaje. Incluye la capacidad de aprovechar la experiencia de otros y la propia.	Alto	Realiza trabajos de investigación que comparte con sus compañeros. Comparte sus conocimientos y experiencias actuando como agente de cambio y propagador de nuevas ideas y tecnologías.
		Medio	Mantiene su formación técnica. Realiza un gran esfuerzo por adquirir nuevas habilidades y conocimientos.
		Bajo	Busca información sólo cuando la necesita, lee manuales, libros y otros, para aumentar sus conocimientos básicos.

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo

## 2.12. Objetivos del Centro de Salud del Cantón Salcedo

- Garantizar la atención médica en el Distrito No. 3 Salcedo en base a la demanda poblacional del área de influencia, procurando el mayor grado de eficiencia, eficacia, efectividad y accesibilidad.
- Fortalecer el nuevo modelo de atención y gestión en salud, que actualmente propone el Ministerio de Salud Pública.

- Controlar y vigilar la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas, inmunoprevenibles, VIH/sida, tuberculosis, metaxenicas (transmitidas por vectores) y eventos catastróficos que producen mayor impacto social y económico en la población del área de influencia del Distrito No. 3 Salcedo.
- Fortalecer los servicios de salud con recursos humanos calificados, insumos y medicamentos, a través de la gestión técnica, administrativa y financiera direccionada por la aplicación de procesos basados en la calidad y la eficiencia.
- Establecer una adecuada infraestructura sanitaria que permita conformar la Red Pública de Salud, para garantizar el acceso total a los servicios de salud, en base a normas de licenciamiento establecidas.

Fuente: Centro de Salud del Cantón Salcedo

#### **2.12.1. Objetivos Programa Anual de la Política Pública (PAPP)**

- Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud del distrito.
- Gerencia el cumplimiento de las acciones de salud pública en la área de salud.
- Asesorar técnicamente al nivel gobernante y coordinadores de procesos para la toma de decisiones.
- Contribuir al manejo y direccionamiento técnico y estratégico del sistema cantonal de salud mediante la sistematización y análisis de la información integrada que se genera en el área.
- Coadyuvar a que los servicios que oferta para que funcionen en forma eficiente y oportuna, mediante la atención permanente de los requerimientos institucionales.
- Contribuir a que la entidad opere con un personal capacitado y preparado para cumplir con sus funciones, motivado y comprometido con los intereses institucionales.

- Organizar la gestión financiera del, mediante el cumplimiento de la normativa vigente para satisfacción de usuarios internos y externos.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención a las personas según los ciclos de vida a través de la implementación de los instrumentos normativos.
- Fortalecer la implementación del modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural.
- Fortalecer y articular el sistema de medicinas ancestrales, alternativas y complementarias.
- Mejorar la vigilancia epidemiológica.
- Disminuir la incidencia de infecciones de transmisión sexual, y vih/sida.
- Mejorar la vigilancia sanitaria.
- Fortalecer el programa de tuberculosis.
- Fortalecer el programa de salud mental
- Garantizar las atenciones de detección de discapacidades a toda la población.
- Prevenir y mitigar los impactos por desastres naturales y antrópicos.
- Licenciar las unidades operativas.
- Garantizar la atención hospitalaria y de rehabilitación a la población en el segundo nivel de atención.

## **2.13. Políticas Institucionales**

### **2.13.1. Manual de Auditoría Gubernamental-Acuerdo**

La Contraloría General del Estado cuenta con los Manuales de Auditoria, tanto de manera física, como de manera virtual, pero por motivo de que son muy extensos, hemos decidido optar por la segunda opción, en la cual podemos de manera muy fácil por medio del link que tenemos a continuación para visitarlos en su totalidad.

## **Constitución de la República del Ecuador**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 33.-** El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

**Art. 40.-** Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

El Estado, a través de las entidades correspondientes, desarrollará entre otras las siguientes acciones para el ejercicio de los derechos de las personas ecuatorianas en el exterior, cualquiera sea su condición migratoria:

Ofrecerá asistencia a ellas y a sus familias, ya sea que éstas residan en el exterior o en el país.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento. **Recuperado:** 14 de febrero del 2014. <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>.

## Ley Orgánica de la Salud

**Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

**Art. 196.-** La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover, reformas en los planes y programas de formación y capacitación. **Recuperado:** 14 de febrero del 2014. <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>.

### 2.14. Valores

- **Respeto:** Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión:** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio:** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- **Compromiso:** Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad:** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.
- **Justicia:** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad:** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

### 2.15. Estrategias

- Capacitación y aplicación por parte del personal.
- Mejorar la calidad de atención y de servicios.

- Mejorar la infraestructura del Hospital y Unidades operativas.
- Señalética, promoción de servicios.
- Mantener la gratuidad de los servicios a la mayoría de la población.
- Sociabilización y capacitación al personal
- Seguimiento y monitoreo de los protocolos.
- Remodelación, ampliación y mantenimiento de la infraestructura
- Clima laboral propicio, cumplimiento de los derechos.
- Elaboración de nuevos proyectos y envío a los entes competentes.
- Participación activa del delegado.
- Elaboración de nuevos proyectos y envío a los entes competentes.
- Capacitación continua y aplicación permanente por parte del personal, socialización a un mayor número del personal.
- Elaboración de nuevos proyectos y envío a los entes competentes.
- Establecer convenios en base a necesidades del Arrea de Salud.
- Adecuación del plan estratégico y operativo al Plan Nacional Para el Buen Vivir.

Fuente: Departamento de Gestión de Planificación, seguimiento y Evaluación de la Gestión.



## 2.16. Procedimientos

**Tabla 4**

### **Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas del Centro de Salud del Cantón Salcedo**

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
Sistemas Financieros integrados a nivel Nacional.	Apoyo extra presupuestario por programas.
Incremento de la demanda de usuarios.	Consejo de la Niñez y de la Adolescencia conformado.
Ubicación geográfica de fácil acceso para los usuarios.	Apoyo extra presupuestario inter institucional.
Accesibilidad a los servicios de salud.	Políticas Nacionales de Compras Públicas y Sistemas Financieros Integrados.
Gratuidad de los servicios.	Programas de apoyo a la Salud por instituciones no gubernamentales.
Capacidad resolutive asignada por nivel de atención.	Convenios con Universidades para personal paramédicos.
Procesos se ejecutan con normas y reglamentos.	Plan Nacional Para el Buen Vivir.
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
Presupuesto insuficiente.	Deficiente educación y cuidado de la salud.
No se cuenta con autogestión.	Políticas administrativas centralizadas.
Oferta medica insuficiente.	Ubicación geográfica en área de riesgo.
Aumento de la demanda rechazada.	No conformación del Comité de Salud Cantonal.
Prolongados tiempos de espera para la atención.	Clínicas privadas ofertan servicios similares.
La ciudadanía en salud no está ejercida.	Política restrictiva para creación de partidas para recursos humanos.
El usuario manifiesta insatisfacción con la calidad de atención.	Inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.
Prestación de servicios de las cuatro especialidades básicas.	Deficiente educación y cuidado de la salud.

Fuente: Centro de Salud del cantón Salcedo

### 2.16.1. General de la ley orgánica del sistema nacional de contratación pública

#### Compras por catálogo.

**Artículo 54.-** Convenios Marco.- Para la inclusión en el catálogo electrónico de los bienes y servicios normalizados el INCP realizará procesos de licitación que permitan celebrar convenios marcos. Para cuyo efecto, el INCP, observará el siguiente procedimiento:

- a) Consolidará la demanda potencial de las instituciones contratantes;
- b) Elaborará los pliegos requeridos para realizar los procesos licitatorios;
- c) Publicará la convocatoria a licitación a través del portal de compras públicas; determinando el cronograma del proceso;
- d) Seleccionará a los proveedores, cuyos bienes o servicios normalizados serán publicados en el catálogo electrónico;
- e) Los procesos licitatorios podrán realizarse por ítems de bienes y servicios normalizados, individuales o agrupados, siguiendo para el efecto lo previsto en los Pliegos; y,
- f) Celebrará con los proveedores seleccionados los correspondientes convenios marco en los que se incluyan, entre otros aspectos, las condiciones económicas, técnicas y financieras que se hayan acordado.

El proceso licitatorio previsto en este artículo observará las normas de procedimiento previstas en el Capítulo III de este reglamento.

**Artículo 55.-** Contratación por catálogo electrónico.- Las contrataciones por catálogo electrónico de bienes y servicios normalizados deberán constar en el Plan Anual de Contrataciones y para su inicio el área requirente elaborará los pliegos en los que se determinen los requerimientos y especificaciones técnicas de dichos bienes y servicios, los mismos que serán aprobados por la máxima autoridad de la entidad contratante o su delegado y deberán contar con la correspondiente certificación presupuestaria.

El área administrativa de la entidad contratante verificará en el catálogo electrónico si dichos bienes o servicios se encuentran incluidos, en cuyo caso informará a la máxima autoridad de la entidad contratante con la recomendación de adjudicación del

contrato, para que ésta o su delegado disponga al área administrativa la contratación de los bienes o servicios requeridos.

La orden de adquisición que se emita en virtud del proceso indicado en el inciso anterior se sujetará a las condiciones contractuales previstas en el convenio marco que el INCP (Índice Nacional de Precios al Consumidor) haya celebrado para los bienes o servicios adquiridos.

Una vez recibidos los bienes o servicios contratados, se suscribirá el acta de entrega recepción correspondiente con la verificación de correspondencia con las especificaciones previstas en el catálogo.

#### **De la subasta inversa electrónica.**

**Artículo 56.-** Procedencia.- La subasta inversa electrónica se realizará cuando las entidades contratantes requieran adquirir bienes y servicios normalizados que no consten en el catálogo electrónico, a través de subastas inversas en las cuales los proveedores de bienes y servicios equivalentes, pujan hacia la baja el precio ofertado por medios electrónicos a través del Portal de compras públicas.

**Artículo 57.-** Requerimiento de Subasta Inversa.- El área requirente solicitará a la máxima autoridad de la entidad contratante, o a quién ésta haya delegado, que autorice el inicio del proceso de contratación correspondiente. Para el efecto adjuntará el proyecto de pliegos en el que conste las especificaciones y requerimientos técnicos de los bienes a adquirirse o de los servicios a prestarse; y, el monto del presupuesto referencial de la contratación.

**Artículo 58.-** Inicio del Proceso.- La máxima autoridad de la entidad contratante o su delegado, analizará la solicitud y de considerarlo pertinente autorizará el inicio del proceso, aprobará los pliegos y dispondrá al área correspondiente que emita la certificación de disponibilidad presupuestaria.

**Artículo 59.-** Convocatoria.- La entidad contratante publicará el inicio del proceso y la convocatoria en el portal compras públicas. En la convocatoria se deberá establecer al menos lo siguiente:

**Artículo 60.-** Comisión técnica.- Para los procesos de subasta inversa, la máxima autoridad de la entidad contratante, de considerarlo pertinente, conformará una

comisión encargada de apoyarle en las fases previstas en los artículos 61 y 62 de este Reglamento.

**Artículo 61.-** Aclaraciones. - La máxima autoridad de la Entidad Contratante o su delegado, dentro del término previsto para el efecto, por propia iniciativa o a pedido de los participantes podrá emitir aclaraciones o modificar los pliegos, a través del portal compras públicas, sin que estas modificaciones alteren el objeto del contrato.

**Artículo 62.-** Calificación de participantes.- En el día señalado para el efecto, la máxima autoridad de la entidad contratante o su delegado procederá a calificar a los participantes que hubieren cumplido con las condiciones definidas en los pliegos. El resultado de dicha calificación deberá constar en un Acta de Calificación de Participantes; y, se publicará en el portal compras públicas.

**Artículo 63.-** Presentación de oferta económica.- Los oferentes calificados subirán su oferta económica inicial al portal compras públicas, conforme a las instrucciones previstas. El término entre la convocatoria y la presentación de la oferta económica no será menor a cinco (5) días.

**Artículo 64.-** Puja (Acto de la Subasta Inversa Electrónica).- En el día y hora señalados en la convocatoria, se realizará la puja dentro del proceso de subasta inversa electrónica a través del portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec)

El período de puja será máximo de sesenta (60) minutos contados a partir de la hora establecida en la convocatoria.

Todos los participantes podrán realizar, durante el período de puja, las ofertas sucesivas a la baja que consideren necesarias.

**Artículo 65.-** Adjudicación.- La máxima autoridad de la Entidad Contratante, o su delegado, una vez concluido el período de puja, adjudicará el contrato a la oferta de menor precio.

**Artículo 66.-** Acta.- De la subasta se dejará constancia en un Acta suscrita por la máxima autoridad de la entidad contratante, o su delegado y el adjudicatario.

**Artículo 67.-** Publicación de resultados.- La entidad contratante publicará en el portal compras públicas los resultados del proceso, incluida el Acta de adjudicación, informando el nombre del oferente adjudicado, el objeto y el monto respectivo.

### **Subasta inversa presencial.**

**Artículo 68.-** Procedencia.- Si por causas técnicas debidamente justificadas y acreditadas por el Instituto Nacional de Contratación Pública no fuere posible realizar la adquisición de bienes y servicios normalizados a través de catálogo electrónico o de subasta inversa electrónica, se realizará un proceso de adquisición a través de una oferta pública presencial y directa, sin utilizar el portal compras públicas.

**Artículo 69.-** Procedimiento.- En lo que sea aplicable, se observará lo dispuesto en el artículo 54 y siguientes de este Reglamento que regulan la Subasta Inversa Electrónica.

**Artículo 70.-** Presentación de la oferta económica inicial.- Los oferentes calificados presentarán su propuesta económica inicial por escrito en el lugar establecido en la convocatoria, en un sobre debidamente cerrado, y hasta las 15h00 del día fijado en la convocatoria. El término entre la convocatoria y la presentación de la oferta económica inicial no será menor a cinco días. Una hora más tarde de la fijada para la presentación de la propuesta económica inicial, se realizará de forma pública la subasta inversa presencial.

**Artículo 71.-** Acreditación.- En la puja podrán intervenir exclusivamente los oferentes previamente acreditados. No se admitirá la intervención en la puja de oferentes no acreditados.

Si los oferentes fueren personas naturales deberán intervenir directamente o a través de un apoderado especial. En el primer caso el oferente presentará su cédula de ciudadanía, papeleta de votación y copias certificadas de los mismos; y, en el caso del apoderado especial presentará copia certificada del poder otorgado junto con su cédula de ciudadanía, papeleta de votación y copias certificadas de estos documentos personales.

**Artículo 72.-** Puja (Acto de la Subasta Inversa Electrónica).- El período durante el cual se efectúe la puja será de un máximo de sesenta (60) minutos contados a partir de la hora establecida en la convocatoria.

Todos los oferentes acreditados pueden realizar durante el período de puja, las ofertas sucesivas a la baja que consideren necesarias, las mismas que se presentarán por escrito en las hojas entregadas por la entidad contratante para el efecto, las mismas

que serán leídas en alta voz por la máxima autoridad de la Entidad, o su delegado, al momento de recibirlas.

### **Licitación**

**Artículo 73.-** Comisión Técnica.- La Comisión Técnica, responsable de llevar adelante el proceso licitatorio, estará integrada de la siguiente manera:

- a) La máxima autoridad de la entidad contratante o su delegado, quien la presidirá;
- b) El responsable de la dependencia que requiere la obra, el bien o servicio a ser licitado;
- c) Un profesional designado por la máxima autoridad institucional, según la obra, bien o servicio de que se trate.

Intervendrán con voz pero sin voto, el Director Financiero y el Director Jurídico institucional, o quienes hagan sus veces.

Actuará como Secretario de la Comisión un abogado de la entidad que será designado por la máxima autoridad de la entidad contratante.

**Artículo 74.-** Responsable de la elaboración de los pliegos.- La entidad contratante es la responsable de la elaboración de los pliegos licitatorios. Para su elaboración deberá observar en forma obligatoria los modelos elaborados por el INCP, aplicables, según la obra, bien o servicio de que se trate.

**Artículo 75.-** Aprobación de los Pliegos.- Los Pliegos de cada licitación serán aprobados por la máxima autoridad de la entidad contratante.

**Artículo 76.-** Determinación de las condiciones de los Pliegos.- Los Pliegos establecerá las condiciones que permitan alcanzar la combinación más ventajosa entre todos los beneficios de la obra a ejecutar, el bien por adquirir o el servicio por contratar y todos sus costos asociados, presentes y futuros.

Dichas condiciones no atenderán sólo al posible precio de la obra, bien o servicio, sino a todas las condiciones que impacten en los beneficios o costos que se espera recibir de la obra, bien o servicio, todo esto bajo los parámetros que establece el numeral 18 del artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. En la determinación de las condiciones de los Pliegos, la Entidad contratante

deberá propender a la eficacia, eficiencia, calidad de la obra, bienes y servicios que se pretende contratar y ahorro en sus contrataciones.

Los Pliegos no podrán afectar el trato igualitario que las entidades deben dar a todos los oferentes ni establecer diferencias arbitrarias entre éstos y cuidarán de incentivar la participación nacional y local, especialmente de micro, pequeñas, medianas empresas.

**Artículo 77.-** Formulario de Pliegos. - siguiendo las pautas establecidas en la Ley Orgánica del Sistema de Contratación Pública y el Reglamento, elaborará los modelos obligatorios de Pliegos, que estarán disponibles para las entidades contratantes en el Portal.

Cada entidad contratante deberá completar los modelos obligatorios. La entidad contratante, bajo su responsabilidad, podrá modificar y ajustarlos a las necesidades particulares de cada proceso de contratación, siempre que se cumpla con la Ley y el presente Reglamento.

**Artículo 78.-** Contenido mínimo de los Pliegos.- Los Pliegos deberán contener, en lenguaje preciso y directo, al menos las siguientes materias:

- a) Los requisitos y condiciones que deben cumplir los oferentes para que sus ofertas sean aceptadas;
- b) Las especificaciones de las obras, bienes o servicios que se requieren contratar, las cuales deberán ser genéricas, sin hacer referencia a marcas específicas;
- c) Las etapas y plazos de la licitación, los plazos y modalidades de aclaración de los pliegos, la entrega y la apertura de las ofertas, la evaluación de las ofertas, la adjudicación y la firma del Contrato respectivo y el plazo de duración de dicho contrato. No se aceptarán ofertas alternativas que no se hayan previsto en los pliegos;

**Artículo 79.-** Convocatoria.- La convocatoria a presentar ofertas deberá publicarse en el Portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec) y contendrá al menos la siguiente información:

- a) Descripción de la obra, bien o servicio a licitar;
- b) Nombre de la entidad contratante;
- c) Modalidades y fechas para las aclaraciones a los Pliegos;

A la publicación de la convocatoria se adjuntará los pliegos en el formato magnético.

**Artículo 80.-** Plazos entre convocatoria y apertura de ofertas.- El plazo entre la convocatoria y cierre de recepción de ofertas los fijará la entidad contratante atendiendo al monto y complejidad de la contratación, en consideración al tiempo requerido para que los proveedores preparen sus ofertas. En ningún caso el término será menor a cinco días ni mayor a treinta días.

Solo en casos excepcionales, considerada la magnitud de la obra, bien o servicio a contratar se especificarán términos mayores.

**Artículo 81.-** Aclaraciones.- Los Pliegos establecerán la posibilidad de efectuar aclaraciones, los proveedores podrán formular preguntas, dentro del período establecido en ellos, hasta dentro de la mitad del tiempo previsto para la presentación de ofertas.

Las preguntas formuladas por los proveedores deberán efectuarse únicamente a través del Portal.

**Artículo 82.-** Respuestas.- La entidad contratante responderá las aclaraciones formuladas por los proveedores a través del Portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec) hasta dentro de 24 horas de formuladas. En las aclaraciones que realice las entidades contratantes no se podrá cambiar el precio referencial ni el objeto del contrato.

**Artículo 83.-** Publicidad y gratuidad de los documentos de la licitación.- Los Pliegos, sus modificaciones y aclaraciones, la Adjudicación y el Contrato deberán estar disponibles al público en el Portal.

**Artículo 84.-** Idoneidad técnica y financiera.- La idoneidad técnica y financiera será acreditada en cada caso, de acuerdo a los antecedentes disponibles en el Registro Único de Proveedores. Además, el oferente deberá presentar los documentos que acrediten la calidad de las obras, los bienes o servicios ofrecidos, su idoneidad y solvencia financiera, la garantía otorgada sobre los mismos a favor de la entidad contratante, la forma de ejecutar tal garantía, la calidad de distribuidor oficial del fabricante o proveedor de los materiales, bien o servicio si lo fuese; y, las certificaciones de los bienes y servicios que correspondan.



**Artículo 85.-** Recepción de las ofertas.- Las ofertas serán entregadas en el lugar, fecha y hora señalada en la convocatoria de manera física.

De manera opcional, si es que el nivel de complejidad y magnitud de información a presentar fuere menor, las ofertas podrán ser ingresadas por los oferentes, hasta el día y hora señalados en la convocatoria, a través del Portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec). La entidad contratante, mediante el mismo medio electrónico, notificará la recepción de las ofertas. En todo caso esta situación deberá ser claramente establecida en los pliegos.

**Artículo 86.-** Contenido de las ofertas. - La entidad contratante sobre la base de los formatos establecerá el formulario de oferta en el que recibirá la información que solicita a los oferentes.

Las ofertas deberán cumplir todos los requerimientos exigidos en los Pliegos y se adjuntará todos y cada uno de los documentos solicitados.

**Artículo 87.-** Apertura de las ofertas.- El acto de apertura de sobres será público, por lo tanto podrá asistir cualquier persona.

En el caso excepcional previsto en el segundo inciso del artículo 85 de este reglamento, el acto de la apertura se efectuará a través del Portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec), liberándose automáticamente las ofertas en el día y hora establecido en los Pliegos. El Portal [www.compraspublicas.gov.ec](http://www.compraspublicas.gov.ec) deberá asegurar certeza en la hora y fecha de la apertura y permitir a los Oferentes conocer al menos las siguientes condiciones del resto de las ofertas:

- a) Individualización del oferente;
- b) Descripción básica de la obra, bien o servicio ofrecido; y,
- c) Precio unitario y total de la oferta.

**Artículo 88.-** Método de evaluación de las ofertas.- La entidad contratante evaluará los antecedentes que constituyen la oferta de los proveedores y rechazará aquellas que no cumplan con los requisitos mínimos establecidos en los Pliegos. La evaluación de las ofertas se efectuará aplicando los parámetros de calificación previstos en los pliegos según la contratación de que se trate y sobre la base de los establecido.

La evaluación integral de una oferta comprende tanto la referida a la propuesta técnica como a la propuesta económica. Las propuestas técnicas y económicas se

evalúan asignándoles puntajes de acuerdo a los parámetros de calificación que se establezcan en los pliegos del proceso. La asignación de puntajes deberá estar expresada en los pliegos.

**Artículo 89.-** Plazo para evaluación.- La evaluación la realizará la Comisión Técnica inmediatamente después del cierre de la apertura de ofertas. Si la complejidad de la contratación lo exige, la entidad contratante podrá establecer en los pliegos un plazo especial que no podrá ser mayor al término de diez días.

**Artículo 90.-** Aclaraciones a las ofertas técnicas.- Durante el período de evaluación, los Oferentes no podrán mantener contacto alguno con la Entidad contratante con excepción de la solicitud de aclaraciones y pruebas que pudiere requerir la entidad contratante.

**Artículo 91.-** Adjudicación de la oferta y notificación.- La entidad contratante aceptará la propuesta que tenga el mejor costo establecido en el numeral 18 del artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, considerando los parámetros de calificación, establecidos en los Pliegos.

**Artículo 92.-** Declaración de licitación desierta.- La licitación se declarará desierta, en los casos y condiciones previstas en el Artículo 33 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, mediante resolución motivada de la máxima autoridad de la entidad contratante.

**Artículo 93.-** Cancelación de la licitación.- En caso de cancelación de la licitación por las causas previstas en la Ley se archivará el proceso. 20

### **Cotización.**

**Artículo 94.-** Las contrataciones previstas en el artículo 50 de la Ley se realizarán mediante convocatoria pública a través del Portal, señalando día y hora en que fenece el período para recepción de las ofertas. Con la solicitud del área requirente, la máxima autoridad aprobará los pliegos y el cronograma del proceso, y dispondrá el inicio del procedimiento.

En los pliegos, la entidad contratante establecerá un sistema de calificación que dé preferencia a los proveedores locales, bajo los parámetros establecidos en el Art. 52 de la Ley. Una vez publicada la convocatoria, el sistema cursará, en forma automática, invitaciones a los proveedores habilitados.

**Artículo 95.-** Manifestación de interés.- Los proveedores interesados en participar en el proceso deberán manifestar su interés en el plazo establecido en la convocatoria, que en ningún caso podrá exceder de 10 días.

De entre los proveedores locales que manifestaren interés, el sistema seleccionará de manera aleatoria y automática a cinco proveedores que reúnan las condiciones establecidas en el segundo inciso del Art. 52 de la Ley.

**Artículo 96.-** Aclaraciones.- Los proveedores interesados en participar en el proceso podrán solicitar aclaraciones o formular preguntas dentro de un plazo no mayor a cinco días de recibida la invitación. Las respuestas las dará la entidad contratante, hasta dentro de las 24 horas después de vencido el previsto para solicitar aclaraciones.

**Artículo 97.-** Evaluación.- Realizada la apertura de ofertas, en la fecha prevista en la convocatoria, la comisión designada por la máxima autoridad de la entidad contratante evaluará las ofertas presentadas. Con el informe de evaluación recomendará su adjudicación o cualquier otra eventualidad presentada durante el procedimiento. El informe de la comisión es referencial, no vinculante para la decisión de la máxima autoridad.

**Artículo 98.-** Adjudicación.- Con el informe de la comisión de evaluación o sin él, la máxima autoridad, mediante resolución motivada adjudicará la oferta o declarará desierto el proceso.

#### **Menor cuantía.**

**Artículo 99.-** Bienes y servicios. - Los procesos de menor cuantía para la contratación de obras y servicios previstos en el artículo 51 de la Ley se realizarán de manera directa, con un proveedor habilitado en el registro único del propietario. Quienes no estuvieren habilitados deberán hacerlo previamente a formalizar la contratación.

La máxima autoridad de la entidad contratante o su delegado será responsable de la selección del proveedor. En cualquier caso para las contrataciones de bienes y servicios se preferirá a artesanos, micro y pequeños empresarios locales. 21Artículo 100.- Obras.- En los procesos de contratación de obras de menor cuantía, los proveedores invitados manifestarán su interés en participar, en el plazo de 5 días, contados a partir de la fecha de la invitación. De entre los proveedores que manifiesten

su interés, se adjudicará el contrato al proveedor escogido por selección automática aleatoria del sistema compras públicas.

### **Contrataciones de ínfima cuantía**

**Artículo 102.-** Contrataciones de ínfima cuantía.- Las contrataciones para la ejecución de obras, adquisición de bienes o prestación de servicios, cuya cuantía sea igual o menor a multiplicar el coeficiente 0,0000005 del Presupuesto Inicial del Estado se las realizará de forma directa con un proveedor seleccionado por la entidad contratante sin que sea necesario que éste conste inscrito en el RUP. Dichas contrataciones se formalizarán con la entrega de la correspondiente factura y serán autorizadas por el responsable del área administrativa de la entidad contratante, quien bajo su responsabilidad verificará que el proveedor no se encuentre incurso en ninguna inhabilidad o prohibición para celebrar contratos con el Estado.

### **Adquisición de bienes inmuebles.**

**Artículo 103.-** Transferencia de dominio entre entidades del sector público.- Para transferencia de dominio entre entidades del sector público que lleguen a un acuerdo para el efecto, se requerirá resolución motivada de las máximas autoridades. Se aplicará lo referente al régimen de traspaso de activos.

De no llegarse a un acuerdo, procederá la expropiación, en los términos que señalen las leyes pertinentes y con arreglo a las normas del presente Reglamento.

**Artículo 104.-** Declaratoria de utilidad pública.- Salvo disposición legal en contrario, la declaratoria de utilidad pública o de interés social, será resuelta por la máxima autoridad de la entidad contratante, con facultad legal para hacerlo, mediante acto motivado en el que constará en forma obligatoria la individualización del bien o bienes requeridos y los fines a los que se destinará. Se acompañará a la declaratoria el correspondiente certificado del registrador de la propiedad. 22La resolución será inscrita en el Registro de la Propiedad del cantón en el que se encuentre ubicado el bien y se notificará al propietario. La inscripción de la declaratoria traerá como consecuencia que el registrador de la propiedad se abstenga de inscribir cualquier acto traslativo de dominio o gravamen, salvo el que sea a favor de la entidad que declare la utilidad pública.

**Artículo 105.-** Avalúo.- La entidad contratante, una vez inscrita y notificada la declaratoria de utilidad pública, solicitará a la Dirección de Avalúos y Catastros del

Municipio en el que se encuentre ubicado el inmueble, el avalúo del mismo, a efectos de determinar el valor a pagar y que servirá de base para buscar un acuerdo en los términos previstos en la ley.

En las municipalidades que no se cuente con la Dirección de Avalúos y Catastros o a petición de esa entidad, el avalúo lo podrá efectuar la Dirección Nacional de Avalúos y Catastros, para el efecto se podrá suscribir un convenio de cooperación interinstitucional.

### **Del arrendamiento de bienes inmuebles.**

**Artículo 106.-** Estado o sus instituciones como arrendatario.- Para el arrendamiento de bienes inmuebles, las entidades contratantes publicarán en el Portal, los pliegos en los que constarán las condiciones mínimas del inmueble requerido, con la referencia al sector y lugar de ubicación del mismo.

**Artículo 107.-** Adjudicación.- La entidad contratante adjudicará el contrato de arrendamiento a la mejor oferta, de entre los ofertantes inscritos, tomando en consideración el cumplimiento de las condiciones previstas en los pliegos y el valor del canon arrendaticio.

Si el adjudicatario no estuviere inscrito en el RUP, deberá hacerlo antes de suscribir el contrato.

**Artículo 108.-** Canon de arrendamiento.- El valor del canon de arrendamiento será determinado en base a los valores de mercado vigentes en el lugar en el que se encuentre el inmueble.

**Artículo 109.-** Plazo.- El contrato de arrendamiento se celebrará por el plazo necesario, de acuerdo al uso y destinación que se le dará, vencido el cual podrá renovarse por igual periodo.

**Artículo 110.-** El Estado o sus instituciones como arrendador.- para lo cual, publicará en el Portal, los pliegos en los que se establecerá las condiciones en las que se dará el arrendamiento, con la indicación de la ubicación y características del bien.

**Artículo 112.-** Normas supletorias.- En todo lo no previsto en esta Sección, se aplicarán de manera supletoria, y en lo que sean aplicables, las normas de la Ley de Inquilinato y del Código Civil. Recuperado: 16 de febrero de 2014. <http://portal.compraspublicas.gob.ec/incop/biblioteca/>.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Auditoría de control interno

La auditoría de control interno se desarrolla con el objeto de determinar si existen o son adecuadas las medidas de control interno, de conservación y custodia de los bienes del ente económico o de terceros que estén en su poder.

El control interno es un proceso efectuado por la junta directiva de una entidad, gerencia y otro personal, diseñado para proveer seguridad razonable respecto del logro de los objetivos en las siguientes categorías:

- Efectividad y eficiencia de operaciones
- Confiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

El control interno es el mecanismo para el logro de los objetivos de una o más categorías separadas o interrelacionadas. Esta definición es amplia por dos razones fundamentales: primero, es el camino para tener un acercamiento a la visión del control interno de los negocios de los dirigentes con los ejecutivos principales, ellos a menudo hablan de un término de control y existir o vivir en control; segundo, acomodarse a los subgrupos del control interno. Aquellos que necesitan poder concentrarse en algo separadamente, por ejemplo controles sobre información financiera o controles relativos a cumplimiento de regulaciones legales. Similarmente, direccionar la atención sobre unidades de control, en particular o actividades que pueden adaptarse a una entidad. (Gonzales S.; 2009.)

##### 3.1.1. Objetivos

El Control Interno descansa sobre tres objetivos fundamentales. Si se logra identificar perfectamente cada uno de estos objetivos, se puede afirmar que se conoce

el significado de Control Interno. En otras palabras toda acción, medida, plan o sistema que emprenda la empresa y que tienda a cumplir cualquiera de estos objetivos, es una fortaleza de Control Interno.

Así mismo, toda acción, medida, plan o sistema que no tenga en cuenta estos objetivos o los descuide, es una debilidad de Control Interno. Los objetivos de Control Interno son los siguientes:

### **Suficiencia y confiabilidad de la información financiera**

La contabilidad capta las operaciones, las procesa y produce información financiera necesaria para que los usuarios tomen decisiones.

Esta información tendrá utilidad si su contenido es confiable y si es presentada a los usuarios con la debida oportunidad. Será confiable si la organización cuenta con un sistema que permita su estabilidad, objetividad y verificabilidad.

Si se cuenta con un apropiado sistema de información financiera se ofrecerá mayor protección a los recursos de la empresa a fin de evitar sustracciones y demás peligros que puedan amenazarlos.

### **Efectividad y eficiencia de las operaciones**

Se debe tener la seguridad de que las actividades se cumplan cabalmente con un mínimo de esfuerzo y utilización de recursos y un máximo de utilidad de acuerdo con las autorizaciones generales especificadas por la administración.

### **Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables**

Toda acción que se emprenda por parte de la dirección de la organización, debe estar enmarcada dentro las disposiciones legales del país y debe obedecer al cumplimiento de toda la normatividad que le sea aplicable al ente. Este objetivo incluye las políticas que emita la alta administración, las cuales deben ser suficientemente conocidas por todos los integrantes de la organización para que puedan adherirse a ellas como propias y así lograr el éxito de la misión que ésta se propone".

Recuperado: 13 Abril del 2014  
[www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html](http://www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html)

### 3.1.2. Principios

El control interno es un medio no un fin en sí mismo, es un proceso desarrollado por el personal de la organización y no puede ser considerado infalible, ofreciendo solamente una seguridad razonable. Por lo tanto, no es posible establecer una receta universal de control interno que sea aplicable a todas las organizaciones existentes. Sin embargo, es posible establecer algunos principios de control interno generales así:

- Deben fijarse claramente las responsabilidades. Si no existe delimitación el control será ineficiente.
- La contabilidad y las operaciones deben estar separados. No se puede ocupar un punto control de contabilidad y un punto control de operaciones.
- Deben utilizarse todas las pruebas existentes, para comprobar la exactitud, tener la seguridad de que las operaciones se llevan correctamente.
- Ninguna persona individual debe tener a su cargo completamente una transacción comercial. Una persona puede cometer errores, es posible detectarlos si el manejo de una transacción está dividido en dos o más personas.
- Debe seleccionarse y entrenarse cuidadosamente el personal de empleados. Un buen entrenamiento da como resultado más rendimiento, reduce costos y los empleados son más activos.
- Si es posible se deben rotar los empleados asignados a cada trabajo, debe imponerse la obligación de disfrutar vacaciones entre las personas de confianza. La rotación evita la oportunidad de fraude.
- Las instrucciones de cada cargo deben estar por escrito. Los manuales de funciones cuidan errores.
- Los empleados deben tener póliza de fianza. La fianza evita posibles pérdidas a la empresa por robo.



- No deben exagerarse las ventajas de protección que presta el sistema de contabilidad de partida doble. También se cometen errores.

Deben hacerse uso de las cuentas de control con la mayor amplitud posible ya que prueban la exactitud entre los saldos de las cuentas. Recuperado: 13 de Abril del 2014 [www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html](http://www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html)

### 3.1.3. Tipos

Dada la amplitud de los ámbitos a los que afecta el control interno, así como de los objetivos a controlar, en la estructuración de un sistema de control interno existen diferentes tipos de control tales como:

**Controles directivos:** son todos aquellos procedimientos, estructuras funcionales, directivas políticas y normas estratégicas, emanados desde la gerencia general de la empresa a efectos de delimitar la gestión estratégica de la organización y que dicha gestión este en sintonía con los objetivos de la empresa.

**Controles preventivos:** son todos aquellos procedimientos administrativos y/o automatizados destinados a prevenir antes de que ocurra o se materialicen riesgos que puedan afectar la seguridad física y lógica de las áreas y que impacten negativamente en la continuidad de las operaciones de negocio.

**Controles detectivos:** son todos aquellos procedimientos administrativos y/o automatizados orientados a detectar la ocurrencia o materialización, de los riesgos o acciones indeseadas que puedan afectar la seguridad física o lógica de las áreas que impacten negativamente en la continuidad de las operaciones de negocio.

**Controles correctivos:** son todos aquellos procedimientos administrativos y/o automatizados orientados a corregir o restaurar un objeto que haya sufrido la ocurrencia o materialización, de los riesgos o acciones indeseadas que afectaron la seguridad física y lógica de las áreas que impactan negativamente en la continuidad de las operaciones de negocio.

**Controles de recuperación:** son todos aquellos procedimientos administrativos y/o automatizados orientados a recuperar la capacidad de operación, servicio y gestión de negocio frente a la materialización, de los riesgos o acciones indeseadas que

afectaron la seguridad física y lógica de las áreas que impactan negativamente en la continuidad de las operaciones de negocio.”(Carrión, G, 2010)

### 3.2. COSO II

“Debido a la preocupación y al aumento del interés en la gestión de riesgo durante la segunda mitad de los años 90, el comité de las organizaciones que patrocinaban la Comisión de Treadway (COSO) determino que había una necesidad de una marco común de Gestión Integral de Riesgos.

En el 2001 la Comisión contrato a Price Waterhouse Coopers para desarrollar un marco para evaluar y mejorar la gestión de riesgo en las organizaciones COSO-ERM se crea aplicando el COSO I para la gestión integral de riesgo pero no para sustituir el marco del Control Interno.

En septiembre del 2004 se publicó el estudio ERM (Enterprise Risk Management) Integrated Framework.

El origen del estudio del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), es un proceso realizado por la junta directiva, la gerencia y demás personal de la entidad basado en el establecimiento de estrategias para todo la empresa, diseñada para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad, y gerenciar los riesgos para proporcionar una seguridad razonable referente al logro de los objetivos del negocio.”(Cano, D. – Lugo, D. 2009)



**Figura 14 Elementos del COSO**

Fuente: Departamento Administrativo Centro de Salud Salcedo

### 3.2.1. Ambiente interno

“El ambiente de control, establece el tono de una organización, influyendo en la conciencia que la gente tiene sobre el control. Es el fundamento para el control interno efectivo, y provee disciplina y estructura.

El ambiente de control comprende los siguientes elementos:

Comunicación y cumplimiento forzoso de la integridad de los valores éticos. La efectividad de los controles no puede estar por encima de la integridad y los valores éticos de la gente que los crea, administra y supervisa. La integridad y los valores éticos son elementos esenciales del ambiente de control e influye en el diseño, administración, y supervisión y seguimiento de los otros componentes. La integridad y el comportamiento ético son producto de los estándares éticos y de comportamiento de la entidad, de la manera como se comunican, y de la manera como se hace obligatorio su cumplimiento en la práctica. Incluyen las acciones que realiza la administración para eliminar o reducir incentivos y tentaciones que pueden hacer que el personal se vincule a actos deshonestos, ilegales, o no éticos. También incluye la comunicación, al personal, de los valores de la entidad y de los estándares de comportamiento mediante declaraciones de política y códigos de conducta y mediante el ejemplo.

Compromiso por la competencia. La competencia son el conocimiento y las habilidades necesarios para realizar las tareas que definen el trabajo del individuo. El compromiso por la competencia incluye la consideración que hace la administración sobre los niveles de competencia requeridos por los trabajos particulares y la manera como esos niveles se convierten en las habilidades y el conocimiento requerido.

Participación de quienes están a cargo del gobierno. La conciencia de control que tiene una entidad está influenciada de manera importante por quienes están a cargo del gobierno. Los atributos de quienes están a cargo del gobierno incluyen independencia de la administración, su experiencia y posición, la extensión de su participación y escrutinio de las actividades, lo apropiado de sus acciones, la información que reciben, el grado en el cual se originan preguntas complejas y son resueltas junto con la administración, y su interacción con los auditores internos y externos.

Filosofía y estilo de operación de la administración. La filosofía y el estilo de operación de la administración comprenden un rango amplio de características. Tales características pueden incluir lo siguiente: actitudes y acciones de la administración hacia la presentación de informes financieros (selección conservadora o agresiva entre los principios de contabilidad alternativos disponibles, conciencia y conservadurismo con los cuales se desarrollan los estimados contables); y actitudes de la administración frente al procesamiento de información, frente a las funciones y el personal de contabilidad.

Estructura organizacional. La estructura organizacional de una entidad provee la estructura conceptual dentro de la cual se planean, ejecutan, controlan, y revisan sus actividades por el logro de los objetivos amplios de la entidad. El establecimiento de una estructura organizacional importante incluye considerar las áreas claves de autoridad y responsabilidad y las líneas apropiadas de presentación de informes. Una entidad desarrolla una estructura organizacional de acuerdo con sus necesidades. Lo apropiado de la estructura organizacional de una entidad depende, en parte, del tamaño y naturaleza de sus actividades.

Asignación de autoridad y responsabilidad. Este factor incluye la manera como se asignan la autoridad y la responsabilidad por las actividades de operación y la manera como se establecen las jerarquías de relación y autorización. También incluye las políticas relacionadas con las prácticas de negocio apropiadas, el conocimiento y la experiencia del personal clave, y los recursos provistos para llevar a cabo las obligaciones. Además, incluye las políticas y las comunicaciones dirigidas para asegurar que todo el personal entiende los objetivos de la entidad, conoce cómo sus acciones individuales se interrelacionan y contribuyen a esos objetivos, y reconoce cómo y por qué será responsable.

Políticas y prácticas de recursos humanos. Las políticas y prácticas de recursos humanos se relacionan con contratación, orientación, entrenamiento, evaluación, consejería, promoción, compensación, y acciones remediales. Por ejemplo, los estándares para contratar los individuos más calificados con énfasis en trasfondo educativo, experiencia de trabajo anterior, logros pasados, y evidencia de integridad y comportamiento ético demuestran el compromiso de una entidad para con gente competente y meritoria. Las políticas de entrenamiento que comunican los roles y las responsabilidades prospectivos e incluyen prácticas tales como escuelas de

entrenamiento y seminarios ilustran los niveles esperados de desempeño y comportamiento. Las promociones diseccionadas por evaluaciones periódicas del desempeño demuestran el compromiso de la entidad por el avance del personal calificado hacia los niveles más altos de responsabilidad.” (De La Peña, A., 2011).

### **3.2.2. Establecimiento de objetivos**

“Los objetivos deben existir antes de que la dirección pueda identificar potenciales eventos que afecten a su consecución. La gestión de riesgos corporativos asegura que la dirección ha establecido un proceso para fijar objetivos y que los objetivos seleccionados apoyan la misión de la entidad y están en línea con ella, además de ser consecuentes con el riesgo aceptado”. Recuperado: 13 de Abril del 2014. <http://ayhconsultores.com/img/COSO.pdf>

Toda organización debe tener una innovación continua para que de esta manera exista una prosperidad segura ya que innovar es ganar Según el Teorema de Schumpeter podríamos enunciar:

- Promover la eficiencia del capital humano y de los recursos.
- Detectar desperdicios innecesarios. Localizar errores.
- Obtener información confiable, segura y oportuna.
- Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.
- Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.
- Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.
- Velar porque la organización disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características. (Granda, R, 2010).

### **3.2.3. Identificación de acontecimientos**

“Los acontecimientos internos y externos que afectan a los objetivos de la entidad deben ser identificados, diferenciando entre riesgos y oportunidades. Estas últimas revierten hacia la estrategia de la dirección o los procesos para fijar objetivos.” Recuperado: 13 de Abril de 2014. <http://ayhconsultores.com/img/COSO.pdf>.

La identificación del riesgo es un proceso iterativo, y generalmente integrado a la estrategia y planificación. En este proceso es conveniente "partir de cero", esto es, no basarse en el esquema de riesgos identificados en estudios anteriores.

Su desarrollo debe comprender la realización de un "mapeo" del riesgo, que incluya la especificación de los dominios o puntos claves del organismo, la identificación de los objetivos generales y particulares, y las amenazas y riesgos que se pueden tener que afrontar.

Al determinar estas actividades o procesos claves, fuertemente ligados a los objetivos del organismo, debe tenerse en cuenta que pueden existir algunos de éstos que no están formalmente expresados, lo cual no debe ser impedimento para su consideración. El análisis se relaciona con la criticidad del proceso o actividad y con la importancia del objetivo, más allá que éste sea explícito o implícito.

Una vez identificados los riesgos a nivel del organismo, deberá practicarse similar proceso al nivel de programa y actividad. Se considerará, en consecuencia, un campo más limitado, enfocado a los componentes de las áreas y objetivos claves identificadas en el análisis global del organismo. Recuperado: 13 de Abril de 2014. <http://www.sigen.gov.ar/documentacion/ngci19.asp>.

### **3.2.4. Evaluación de riesgos**

“El proceso de valoración de riesgos de la entidad es su proceso para identificar y responder a los riesgos de negocio y los resultados que de ello se derivan. Para propósitos de la presentación de informes financieros, el proceso de valoración de riesgos de la entidad incluye la manera como la administración identifica los riesgos importantes para la preparación de estados financieros que da origen a una presentación razonable, en todos los aspectos importantes de acuerdo con las políticas y procedimientos utilizados para la contabilidad y presentación de informes

financieros, estima su importancia, valora la probabilidad de su ocurrencia, y decide las acciones consiguientes para administrarlos. Por ejemplo, el proceso de valoración de riesgos de la entidad puede direccionar la manera como la entidad considera la posibilidad de existencia de transacciones no registradas o identifica y analiza las estimaciones importantes registradas en los estados financieros. Los riesgos importantes para la presentación confiable de informes financieros también se relacionan con eventos o transacciones específicos.

Los riesgos importantes para la presentación de informes financieros incluyen eventos y circunstancias externas e internas que pueden ocurrir y afectar de manera adversa la habilidad de una entidad para iniciar, registrar, procesar, e informar datos financieros consistentes con las aseveraciones de la administración contenidas en los estados financieros. Una vez identificados los riesgos, la administración considera su importancia, la probabilidad de su ocurrencia, y la manera como deben ser administrados. La administración puede iniciar planes, programas, o acciones para direccionar riesgos específicos o puede decidir aceptar un riesgo a causa del costo o por otra consideración. Los riesgos pueden surgir o cambiar a causa de circunstancias tales como las siguientes:

Cambios en el entorno de operación. Los cambios en el entorno regulador o de operación pueden derivar en cambios en presiones importantes y en riesgos importantemente diferentes.

Personal nuevo. El personal nuevo puede tener un centro de atención o un entendimiento diferentes con relación al control interno.

Sistemas de información nuevos o modernizados. Los cambios significativos y rápidos en los sistemas de información pueden cambiar el riesgo relacionado con el control interno.

Crecimiento rápido. La expansión importante y rápida de las operaciones puede forzar los controles e incrementar el riesgo de una ruptura de los controles.

Nueva tecnología. La incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de producción o en los sistemas de información puede cambiar el riesgo asociado con el control interno.

Modelos de negocio, productos, o actividades nuevas. El ingresar en áreas de negocio o en transacciones en las cuales una entidad tiene poca experiencia puede introducir nuevos riesgos asociados con el control interno.

Reestructuración corporativa. Las reestructuraciones pueden estar acompañadas por reducciones en el personal y por cambios en la supervisión y en la segregación de obligaciones lo cual puede cambiar el riesgo asociado con el control interno.

Operaciones extranjeras expandidas. La expansión o adquisición de operaciones extranjeras conlleva riesgos nuevos y únicos que pueden afectar el control interno, por ejemplo, riesgos adicionales o modificados que surgen de las transacciones en moneda extranjera.

Nuevos pronunciamientos de contabilidad. La adopción de nuevos principios de contabilidad o el cambio en los principios de contabilidad puede afectar los riesgos que existen en la preparación de estados financieros.” (De La Peña, A., 2011)

### 3.2.5. Respuesta a los riesgos

“La dirección selecciona las posibles respuestas -evitar, aceptar, reducir o compartir los riesgos - desarrollando una serie de acciones para alinearlos con el riesgo aceptado y las tolerancias al riesgo de la entidad.” Recuperado: 13 de Abril del 2014. <http://ayhconsultores.com/img/COSO.pdf>

- **Evitarlo:** Tomar acciones a fin de discontinuar las actividades que generan riesgo. Evitar riesgos también se define como una técnica de planificación de la respuesta a los riesgos ante una amenaza que genera cambios en el plan de gestión del proyecto con la intención de eliminar el riesgo o proteger los objetivos del proyecto de su impacto. Por lo general, la evitar el riesgo implica relajar los objetivos de plazos, costes, alcance o calidad. También conocido como: Eliminación del Riesgo; Evadir el Riesgo; o Prevención del Riesgo.
- **Reducirlo:** Tomar acciones para reducir el impacto, la probabilidad de ocurrencia del riesgo o ambos. Mitigar el riesgo implica reducir a un umbral aceptable la probabilidad y/o el impacto de un evento adverso. Adoptar acciones tempranas para reducir la probabilidad de ocurrencia de un riesgo y/o su impacto sobre la organización, a menudo es más efectivo que tratar de reparar el daño después de ocurrido el riesgo.



- **Compartirlo:** Tomar acciones para reducir el impacto o la probabilidad de ocurrencia al transferir o compartir una porción el riesgo. Transferir el riesgo requiere trasladar a un tercero todo o parte del impacto negativo de una amenaza, junto con la propiedad de la respuesta. La transferencia de un riesgo simplemente confiere a una tercera persona la responsabilidad de su gestión; no lo elimina. La transferencia de la responsabilidad de un riesgo es más efectiva cuando se trata de la exposición a riesgos financieros. Transferir el riesgo casi siempre implica el pago de una prima de riesgo a la parte que asume el riesgo. Las herramientas de transferencia pueden ser bastante diversas e incluyen, entre otras, el uso de seguros, fianzas, certificados de garantía, etc. Recuperado: 13 de Abril del 2014. [http://www.academia.edu/7354141/COSO\\_II\\_RESPUESTA\\_AL\\_RIESGO](http://www.academia.edu/7354141/COSO_II_RESPUESTA_AL_RIESGO).

### 3.2.6. Actividades de control

“Los procedimientos de control son las políticas y los procedimientos que ayudan a asegurar que se llevan a cabo las directivas de la administración, por ejemplo, que se toman las acciones necesarias para direccionar los riesgos hacia el logro de los objetivos de la entidad. Los procedimientos de control tienen diversos objetivos y se aplican en distintos niveles organizacionales y funcionales.

Generalmente, los procedimientos de control que pueden ser importantes para una auditoría, se pueden categorizar como políticas y procedimientos que se relacionan con lo siguiente:

Revisiones del desempeño. Estos procedimientos de control incluyen revisiones del desempeño actual versus presupuestos, pronósticos, y desempeño del período anterior; relacionan diferentes conjuntos de datos -de operación o financieros- unos con otros, junto con análisis de las relaciones y acciones de investigación y correctivas; y revisión del desempeño funcional o de actividad, tal como los préstamos de consumo de un banco, la revisión de informes que hace la administración por sucursal, región, y tipo de préstamo, para aprobaciones y obtenciones de préstamos.

Procesamiento de información. Se desarrolla una variedad de controles para verificar la exactitud, integridad, y autorización de las transacciones. Los dos agrupamientos más amplios de los procedimientos de control de los sistemas de

información son controles de aplicación y controles generales. Los controles de aplicación se refieren al procesamiento de las aplicaciones individuales. Estos controles ayudan a asegurar que las transacciones ocurrieron, están autorizadas, completas registradas y procesadas. Los controles generales comúnmente incluyen controles sobre los centros de datos y las operaciones de las redes; adquisición y mantenimiento del software del sistema; seguridad de acceso; y adquisición, desarrollo, y mantenimiento del sistema de aplicación. Esos controles aplican a ambientes de mainframe, y usuario final. Ejemplos de tales controles son los efectuados a los cambios de los programas, que restringen el acceso a los programas o a los datos, controles sobre la implementación de nuevas ediciones de aplicaciones de software empaquetado, y controles sobre software de sistemas que restringen el acceso a o monitorean el uso de las utilidades del sistema que podrían cambiar los datos o los registros financieros sin dejar un rastro de auditoría.

Controles físicos. Estas actividades comprenden la seguridad física de los activos, incluyendo salvaguardas adecuadas, tales como instalaciones aseguradas, acceso seguro a activos y registros; autorización para el acceso a programas de computación y archivos de datos; y conteo y comparaciones periódicos con las cantidades que se muestran en los registros de control. La extensión en la cual se intenta que los controles físicos prevengan el hurto de activos que son importantes para la confiabilidad de la preparación de los estados financieros, y por consiguiente de la auditoría, depende de circunstancias tales como cuando un activo es altamente susceptible a uso equivocado. Por ejemplo, esos controles ordinariamente no serían importantes cuando cualquier pérdida de inventario sería detectada mediante la inspección física periódica y registrada en los estados financieros. Sin embargo, si para propósitos de la presentación de informes financieros, la administración confía solamente en los registros de inventario perpetuo, los controles de seguridad física son importantes para la auditoría.

Segregación de funciones. La asignación de gente diferente para las responsabilidades de autorizar transacciones, registrar transacciones y mantener la custodia de los activos, tiene la intención de reducir las oportunidades de permitirle a cualquier persona que se encuentre en posición de perpetrar y ocultar errores o fraude en el curso normal de las obligaciones del auditor.”(De La Peña, A., 2011)

### 3.2.7. Información y comunicación

“Un sistema de información consta de infraestructura, software, personal, procedimientos y datos. La infraestructura y el software estarán ausentes, o tendrán menor significado en los sistemas que son exclusiva o principalmente manuales. Muchos sistemas de información hacen uso extensivo de la tecnología de la información (IT).

El sistema de información es importante para los objetivos de presentación de informes financieros, consta de los procedimientos y de los registros establecidos para iniciar, registrar, procesar e informar las transacciones de la entidad y para mantener la obligación de responder por los activos, pasivos, y patrimonio neto relacionados. Las transacciones pueden ser iniciadas manual o automáticamente mediante procedimientos programados. Los registros incluyen la identificación y captura de información importante para las transacciones o eventos. El procesamiento incluye funciones tales como edición y validación, cálculo, medición, valuación, resumen, y conciliación, ya sean desarrolladas por procedimientos automatizados o manuales. La presentación de informes se relaciona con la preparación de informes financieros así como otra información, en formato electrónico o impreso, que la entidad usa para medir y revisar el desempeño financiero de la entidad y que también emplea en otras funciones. La calidad de la información generada por el sistema afecta la habilidad de la administración para tomar decisiones apropiadas en la administración y control de las actividades de la entidad y para preparar informes financieros confiables. De acuerdo con ello, un sistema de información comprende métodos y registros que:

- Identifican y registran todas las transacciones válidas, con suficiente detalle para permitir la clasificación apropiada de las transacciones para efecto de la presentación de informes financieros.
- Mide el valor de las transacciones de una manera que permite registrar su propio valor monetario en los estados financieros.
- Determina el período en el cual ocurrieron las transacciones, para permitir el registro de las mismas en el período contable apropiado.
- Presenta adecuadamente, en los estados financieros las transacciones y las revelaciones relacionadas.

La comunicación implica proveer un entendimiento de los papeles y responsabilidades individuales que se relacionan con el control interno, sobre la presentación de informes financieros. Incluye la extensión en la cual el personal entiende cómo sus actividades en el sistema de información para la presentación de informes financieros se relacionan con el trabajo de otros, y los medios que se utilizan para informar excepciones a un nivel más alto apropiado al interior de la entidad. Los canales de comunicación abiertos ayudan a asegurar que las excepciones se reportan y se actúa sobre ellas.

La comunicación toma formas tales como manuales de políticas, manuales de contabilidad y de presentación de informes financieros, y memorandos. La comunicación también se puede hacer electrónicamente, oralmente, y mediante acciones de la administración.” (De La Peña, A., 2011).

### **3.2.8. Supervisión**

“La supervisión y el seguimiento de los controles es un proceso para valorar la calidad del desempeño del control interno en el tiempo. Implica valorar el diseño y la operación de los controles sobre una base oportuna y tomar las acciones correctivas necesarias. La supervisión y el seguimiento se realizan para asegurar que los controles continúan operando efectivamente.

La supervisión y el seguimiento de los controles se logran mediante actividades de supervisión y seguimiento en tiempo real, evaluaciones separadas, o una combinación de las dos.

Las actividades de supervisión y seguimiento en tiempo real se construyen en las actividades recurrentes normales de una entidad e incluyen la administración regular y las actividades de supervisión. Los administradores de ventas, compras, y producción a niveles de división y corporativo se encuentran frente a las operaciones y pueden cuestionar los informes que difieren importantemente de su conocimiento sobre las operaciones.

En muchas entidades, los auditores internos o el personal que desempeña funciones similares contribuyen a la supervisión y seguimiento de los controles de una entidad mediante evaluaciones separadas. Regularmente proveen información sobre el funcionamiento del control interno, prestando considerable atención a la evaluación

del diseño y a la operación del control interno. Comunican información sobre fortalezas y debilidades y ofrecen recomendaciones para mejorar el control interno.

Las actividades de supervisión y seguimiento pueden incluir el uso de información proveniente de comunicaciones recibidas de partes externas. Los clientes implícitamente corroboran los datos de facturación mediante el pago de sus facturas o asumiendo sus cargos. Además, los reguladores pueden comunicar a la entidad las preocupaciones sobre asuntos que afectan el funcionamiento del control interno, por ejemplo, comunicaciones relacionadas con exámenes realizados por agencias reguladoras de bancos.

En el desarrollo de sus actividades de supervisión y seguimiento, la administración también puede considerar comunicaciones relacionadas con el control interno provenientes de los auditores externos”. (De La Peña, A., 2011)

### **3.3. Sistemas de apoyo**

“Los sistemas de apoyo permiten el cumplimiento de objetivos y metas institucionales a través de la provisión de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos a los sistemas misionales o agregadores de valor; y, generan información para la toma de decisiones. Entre estas están: la administración financiera, administración de recursos humanos, administración de bienes y sistemas”. Recuperado: 13 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>.

#### **3.3.1. Administración financiera**

“La Administración financiera es el área de la Administración que cuida de los recursos financieros de la empresa. Se centra en dos aspectos importantes de los recursos financieros como lo son la rentabilidad y la liquidez. Esto significa que la Administración Financiera busca hacer que los recursos financieros sean lucrativos y líquidos al mismo tiempo.

Se encarga de ciertos aspectos específicos de una organización que varían de acuerdo con la naturaleza de cada una de las funciones, las funciones más básicas que desarrolla son: la Inversión, el financiamiento y las decisiones sobre los dividendos de una organización, la administración financiera es la que se encarga.”

“La administración Financiera es el área de las finanzas que aplica un conjunto de principios y procedimientos que permite que la información de la contabilidad, de la economía y de otras operaciones comerciales sea más útil para propósitos de la toma de decisiones, sin que exista dificultades.” Recuperado: 13 de Abril del 2014 <http://www.slideshare.net/videoconferencias/administracion-financiera-1038583>.

### **3.3.2. Administración de recursos humanos**

“Cuando se habla de la administración de recursos humanos se toma como referencia la administración de personas que participan en las organizaciones, en las cuales desempeñan determinados roles. Las personas pasan la mayoría de su tiempo trabajando en organizaciones, la producción de bienes y servicios no pueden llevarla a cabo personas que trabajan aisladas, cuanto más industrializada sea la sociedad más numerosas y complejas se vuelven las organizaciones que crean un impacto fuerte en la vida y calidad de vida en los individuos.

Las organizaciones están conformadas por personas de las cuales dependen para conseguir sus objetivos y cumplir sus misiones, a su vez las organizaciones son un medio para que las personas alcancen sus objetivos individuales en el menor tiempo posible, con el menor esfuerzo y mínimo conflicto, muchos de los cuales jamás serían logrados con el esfuerzo de personas aisladas. Las organizaciones surgen para aprovechar la sinergia de los esfuerzos de varios individuos que trabajan en conjunto.

Los orígenes de la administración de recursos humanos, especialidad surgida del crecimiento y la complejidad de las tareas organizacionales, siendo también considerada como actividad mediadora entre personas y organizaciones para moderar o disminuir el conflicto empresarial entre los objetivos organizacionales y los objetivos individuales de las personas”. (Chiavetano, I., 2009).

### **3.3.3. Administración de bienes.**

“Sistema que apoya y soluciona las demandas logísticas del ámbito técnico y administrativo de una empresa. Soporta la toma de decisiones de la gerencia y los mandos medios, para lograr los objetivos, mediante subsistemas de: Planificación, Compra (Contratación-Adquisición de bienes e insumos);

Distribución, Aseguramiento, Uso, Custodia y Mantenimiento de bienes, necesarios para el cumplimiento de las actividades empresariales.” Recuperado: 15 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>

#### **3.3.4. Sistemas de información**

“Los sistemas de apoyo y los misionales, generan diferentes tipos de datos que, una vez clasificados y resumidos, se transforman en información destinada a la gerencia para que conozca el estado y avance de los procesos y la situación operativa y financiera de la organización. Además, el análisis de los datos permite generar estadísticas, medir tendencias y generar proyecciones sobre producción, compras, ventas, ingresos, costos, gastos, condición de los bienes y necesidades logísticas.

Lo expuesto exige que la información operativa y financiera sea presentada oportunamente y con niveles de calidad básicos que la hagan confiable para fines de análisis y por lo tanto que los resultados organizacionales sean favorables.” Recuperado: 15 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>

### **3.4. Sistema misional**

“Los sistemas misionales se conocen también como operativos, técnicos o agregadores de valor. Es un conjunto integrado de procesos técnicos que permiten el cumplimiento de la misión de la empresa a través de la ejecución de procesos de producción que transforman insumos y generan productos; y, la comercialización de bienes y servicios que se entregan a los clientes.” Recuperado: 15 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>

#### **3.4.1. Producción y generación de bienes y servicios**

“La producción, es la aplicación de los procesos de transformación de insumos en bienes terminados, de conformidad con los planes existentes. Este subsistema se aplica más en empresas industriales y de servicios. Los elementos que la integran, se denominan productos, bienes, servicios y/o resultados, cuya definición es la siguiente:

- Productos
- Bienes
- Servicios
- Resultados

Son los elementos tangibles o intangibles obtenidos del proceso de transformación de insumos. Varían según las empresas e incluyen: Unidades físicas, Servicios, Utilidades, Satisfacción de los usuarios, Integración de metas, cumplimiento de objetivos, etc.

Según corresponde al tipo de empresa, el volumen de unidades pueden ser: productos, servicios elaborados, unidades construidas, informes elaborados.” Recuperado: 15 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>

#### **3.4.2. Comercialización de bienes y prestación de servicios**

“La Comercialización es el intercambio de bienes y servicios entre la empresa y sus clientes. La empresa entrega los bienes y recibe de los clientes recursos que constituyen los ingresos sea en efectivo o transitoriamente, derechos de cobro.



La comercialización de bienes y servicios pasa por actividades empresariales como la tramitación de pedidos, concesión de créditos, despacho, gestiones de cobro, políticas de garantías, cálculo del costo de producción o de ventas, desde el origen de un hecho económico hasta su transformación en el efectivo recibido por la empresa.” Recuperado: 15 de Abril del 2014. <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>.

### **3.5. Control interno en el sector público**

“El control interno ha sido reconocido como una herramienta para que la dirección de todo tipo de organización, obtenga una seguridad razonable para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y esté en capacidad de informar sobre su gestión a las personas interesadas en ella. En la Administración Pública esa gestión debe regirse por los principios constitucionales y legales vigentes; además, la rendición de cuentas correspondientes tiene como destinatario último a la sociedad civil considerada de manera integral, pues las instituciones públicas se crean para satisfacer necesidades generales de la sociedad, la cual tiene el poder supremo en una sociedad democrática.

En ese ámbito, el concepto de control interno y su utilidad para guiar las operaciones ha ido integrándose progresivamente en los procesos y en la cultura de las entidades públicas, teniendo en cuenta los cambios institucionales y los avances recientes en las ciencias de la economía y la administración; estableciendo la aplicación de prácticas administrativas modernas, incorporando elementos innovadores para la gestión y la gerencia pública y así tener excelentes resultados.”. Recuperado: 16 de Abril del 2014. [www.monografias.com/trabajos84/importancia-del-control-interno-sector-shtml](http://www.monografias.com/trabajos84/importancia-del-control-interno-sector-shtml).

#### **3.5.1. Manuales de Contraloría General del Estado**

##### **Constitución de la República del Ecuador**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión

a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 33.-** El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

**Art. 40.-** Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

El Estado, a través de las entidades correspondientes, desarrollará entre otras las siguientes acciones para el ejercicio de los derechos de las personas ecuatorianas en el exterior, cualquiera sea su condición migratoria:

- Ofrecerá asistencia a ellas y a sus familias, ya sea que éstas residan en el exterior o en el país.
- Ofrecerá atención, servicios de asesoría y protección integral para que puedan ejercer libremente sus derechos. (...)
- Promoverá sus vínculos con el Ecuador, facilitará la reunificación familiar y estimulará el retorno voluntario. (...)

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

### **Ley Orgánica de la Salud**

**Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

**Art. 196.-** La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación. Recuperado: 17 de Abril del 2014 <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>.

### **3.6. Responsables del control**

“El representante legal. Corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, mantener y perfeccionar el sistema de control interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la entidad.

Funcionarios de la organización. La responsabilidad de cada uno de los jefes es innegable, pero también cada uno de los empleados desde el gerente hasta el más elemental integrante de la entidad, debe ejercer un control en cada una de sus funciones y actuaciones.

En la oficina de control interno o auditoría interna, recae la verificación, evaluación, examen y análisis crítico de todo el sistema integral de control interno; así mismo tiene la responsabilidad de proponer al representante legal las recomendaciones, correctivos, ajustes y mejoramientos pertinentes.” Recuperado: 17 de Abril del 2014. [www.corinto-cauca.gov.co/apc-aa-files/61393734666562663836653565613530/controlinterno.pdf](http://www.corinto-cauca.gov.co/apc-aa-files/61393734666562663836653565613530/controlinterno.pdf).

### **3.7. Riesgos**

Se debe evaluar el riesgo en la auditoría y diseñar los procedimientos de auditoría para asegurar que el riesgo se reduzca a un nivel aceptablemente bajo.

De acuerdo con las normas internacionales de auditoría, riesgo en la auditoría significa el riesgo de que el auditor dé una opinión de auditoría inapropiada cuando existan errores importantes en la temática. El riesgo en la auditoría tiene tres componentes: riesgo inherente, riesgo de control y riesgo de detección.

**Riesgo inherente:** en una auditoría financiera es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones o una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente o cuando se agrega con manifestaciones

erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados.

**Riesgo de control:** en una auditoría financiera es el riesgo de que una representación errónea que pueda ocurrir en el saldo de cuenta o clase de transacciones y resulte ser de importancia relativa individualmente o cuando se agrega con manifestaciones erróneas en otros saldos o clases, no sea prevenido o detectado y corregido con oportunidad por los sistemas de contabilidad y de control interno.

**Riesgo de detección:** en una auditoría financiera es el riesgo de que los procedimientos sustantivos de un auditor no detecten una representación errónea que existe en un saldo de una cuenta o clase de transacciones que podría ser de importancia relativa, individualmente o cuando se agrega con manifestaciones erróneas en otros saldos o clases. (Granda, 2010).

## **CAPÍTULO IV**

**CASO PRÁCTICO: AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO AL CENTRO  
DE SALUD DEL CANTÓN SALCEDO PROVINCIA DE COTOPAXI  
APLICANDO EL MÉTODO COSO II PARA LA VALORACION Y  
CONTROL DEL RIESGO PARA EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE  
EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2012.**


**SALGUERO ADELA CÍA. LTDA.**



**PLANIFICACIÓN PRELIMINAR**

**APLICACIÓN PRÁCTICA: CICLOS, COMPONENTES DEL  
CONTROL INTERNO Y PRUEBAS DE CONTROL**

#### 4.1. Planeación preliminar de la auditoría

	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>	<b>PT N° ACIN 1/82</b>
	<b>Orden de Trabajo</b>	
	<b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	
Salcedo, abril 28 de 2014		
<p>Ing. Iralda Benavides</p> <p><b>JEFE DE EQUIPO DE AUDITORÍA</b></p> <p>Presente.-</p> <p>Sirva la presente para comunicarle a usted su designación como Jefe de Equipo de Auditoría, para realizar una Auditoría de Control Interno a los departamentos Administrativo, Financiero, de Talento Humano, Consulta Externa y Emergencia y Hospitalización del Centro de Salud Salcedo, siendo el período a auditar del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2012.</p> <p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA</b></p> <p>El principal objetivo del trabajo será emitir una opinión y evaluación profesional sobre el Sistema de Control Interno que se ejerce actualmente en el Centro de Salud de Salcedo, tomando como muestra para su revisión los departamentos enunciados con anterioridad, para verificar fundamentalmente el cumplimiento del plan estratégico de la organización, los objetivos trazados, métodos y procedimientos implantados y el cumplimiento de la normativa legal establecida. Determinándose si la información que ofrece el centro es correcta y segura, propicia la salvaguarda de sus activos y si existe eficiencia y eficacia en las operaciones.</p> <p style="text-align: center;"><b>ALCANCE DE LA AUDITORÍA</b></p> <p>La realización de la auditoría abarcará el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2012.</p>		

La naturaleza, extensión y oportunidad de la aplicación de las pruebas de control y cumplimiento están previstas en el programa de trabajo para la verificación y evaluación del control interno que se ejerce en la entidad.

#### **PERSONAL QUE INTEGRA EL EQUIPO**

Para la realización de la auditoría el personal asignado es el siguiente:

Supervisora: Dra. Silvia Altamirano

Jefe de grupo: Ing. Iralda Benavides

Auditor Junior: Srta. Adela Fernanda Salguero Garzón

#### **TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN**

La fecha planificada para el inicio del examen es el 28 de abril del 2014. La fecha de entrega del informe de auditoría se ha planificado para el 27 de junio del año 2014.

Atentamente,

Dra. Silvia Altamirano


Supervisora

**Elaborado Por:** AFSG

**Fecha:** 28-04-2014

**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 28-04-2014

	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>	<b>PT N° ACIN 2/82</b>
	<b>Carta de Presentación</b>	
	<b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	
Salcedo, abril 28 de 2014		
<p>Dr. Charles Robles  <b>Director del Centro de Salud de Salcedo</b></p> <p>Cordial saludo:</p> <p>A solicitud del Director General del Centro de Salud, sometemos a su especial y atenta consideración la siguiente propuesta:</p> <p>Nuestra firma de contadores titulados (Consulexter – Consultores y Auditores Independientes S.A.), ofrece examinar la efectividad del Sistema de Control Interno en la instalación al cierre del mes de diciembre del año 2012, con el fin de expresar nuestra opinión y evaluación profesional sobre si se cumple con la normativa legal y vigente establecida y si el mismo ha sido diseñado para lograr objetivos de control.</p> <p>La opinión a emitir se basará en la revisión y evaluación que se realizará a los departamentos Administrativo, Financiero, de Talento Humano, Consulta Externa y Emergencia y Hospitalización, así como el examen de sus libros y registros y las correspondientes pruebas selectivas aplicables, sirviendo de respaldo para la presentación del correspondiente Informe de Auditoría. El alcance de estas pruebas dependerá en gran medida de la evaluación que hagamos de su Sistema de Control Interno. El trabajo tendrá como objetivo principal según lo manifestado anteriormente, emitir una opinión profesional sobre el estado del control interno, a través del Informe de Auditoría sobre la base del Informe de COSO II para la valoración y control de los riesgos, partiendo de los hallazgos detectados durante el proceso de la auditoría.</p> <p>El examen se realizará de acuerdo con las normas profesionales de auditoría vigentes en la República del Ecuador. La aplicación de estas normas permitirá llevar a cabo adecuadamente en el proceso de la auditoria las distintas fases existentes en la misma, obteniéndose una aseveración razonable del funcionamiento del Sistema de Control Interno en la instalación. Para el cumplimiento de los objetivos y los</p>		



términos de referencia establecidos en nuestra programación, solicitamos la oportuna colaboración del personal de su organización, mediante el diligente suministro de la información que soliciten los auditores y demás requerimientos relacionados con el trabajo.

Así mismo, le agradezco impartir las instrucciones pertinentes a quien corresponda, para efectos de que los miembros del equipo de auditoría tengan acceso a las instalaciones de la entidad, se le asigne el espacio físico necesario para el desarrollo de sus labores, y se les brinde las facilidades necesarias para la realización de la auditoría.

La responsabilidad por mantener registros contables adecuados, un sistema efectivo de control interno, y la correcta preparación de los Estados Financieros es netamente del Centro de Salud y los empleados que allí laboran.

El proceso auditor o trabajo de campo se deberá extender por un término no mayor a los 45 días hábiles, llevándose a cabo desde el 28 de abril del año 2012 hasta el 27 de junio de igual fecha.

Cordialmente.

Ing. Iralda Benavides

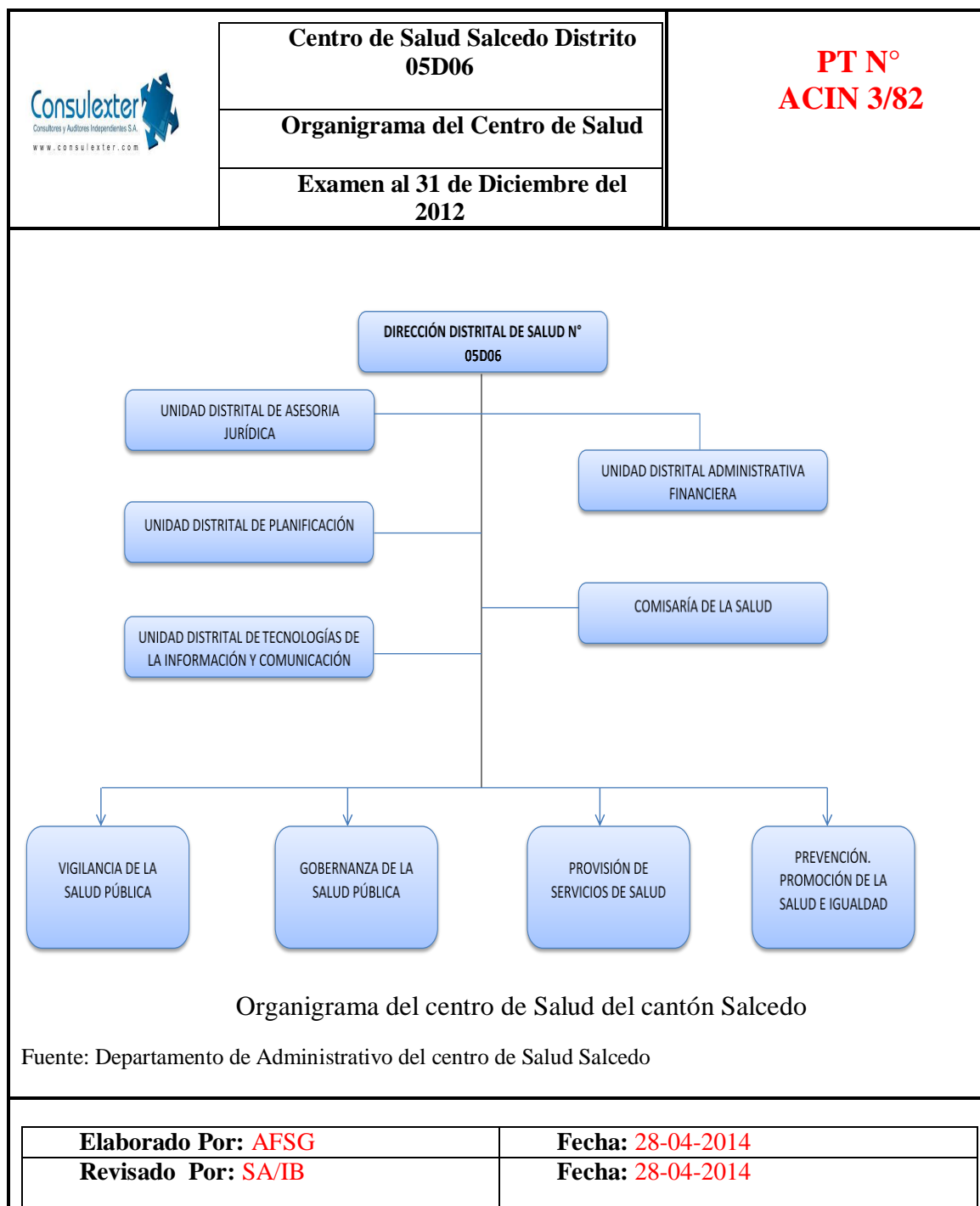
Jefe de grupo

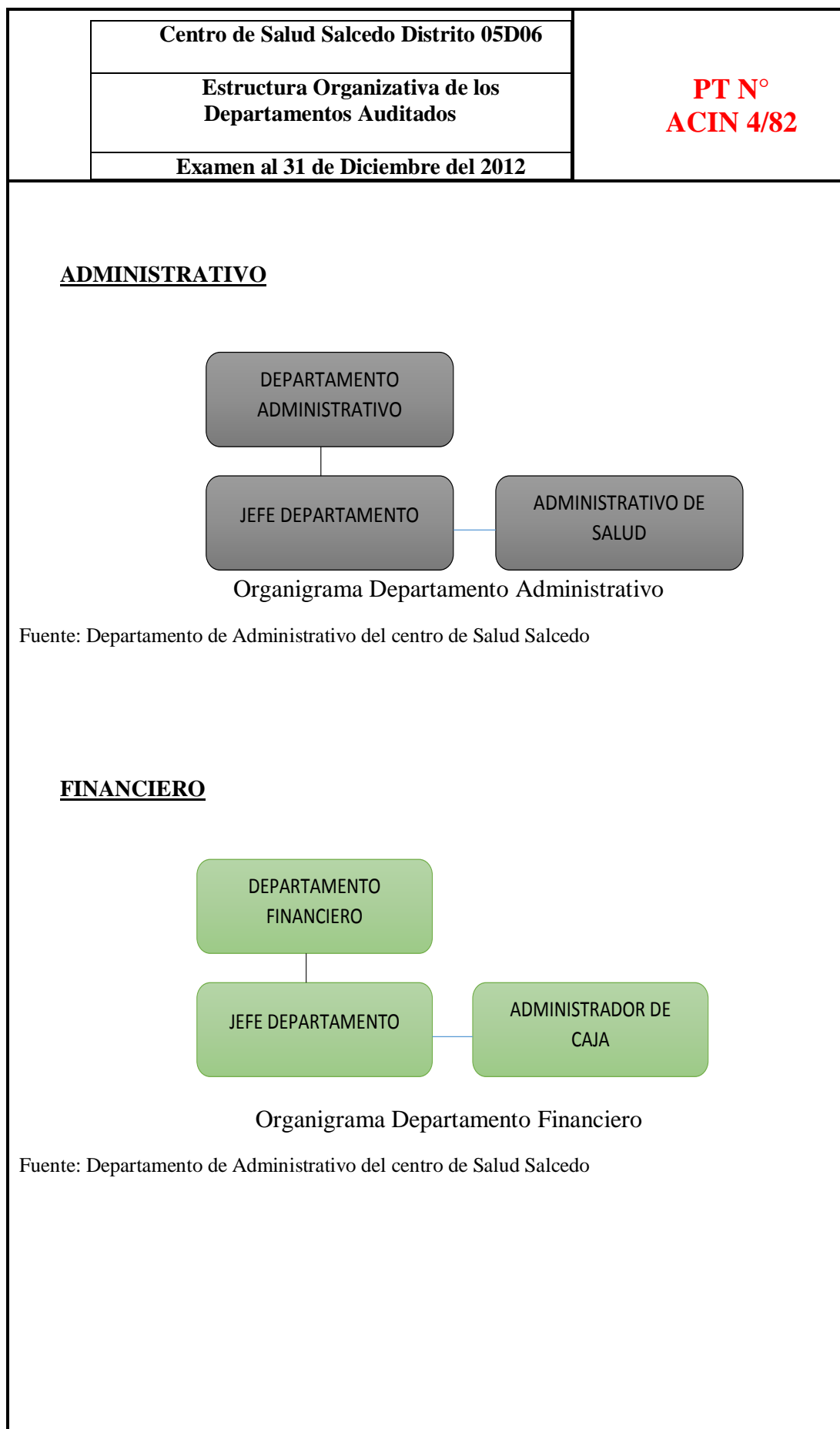
**Elaborado Por: AFSG**

**Fecha: 28-04-2014**

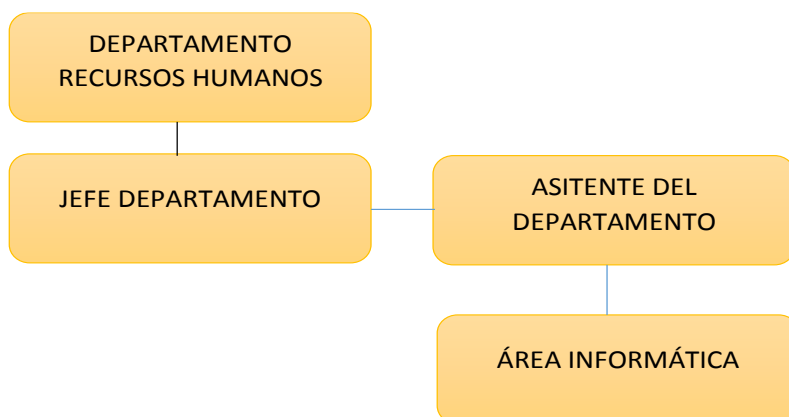
**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 28-04-2014**





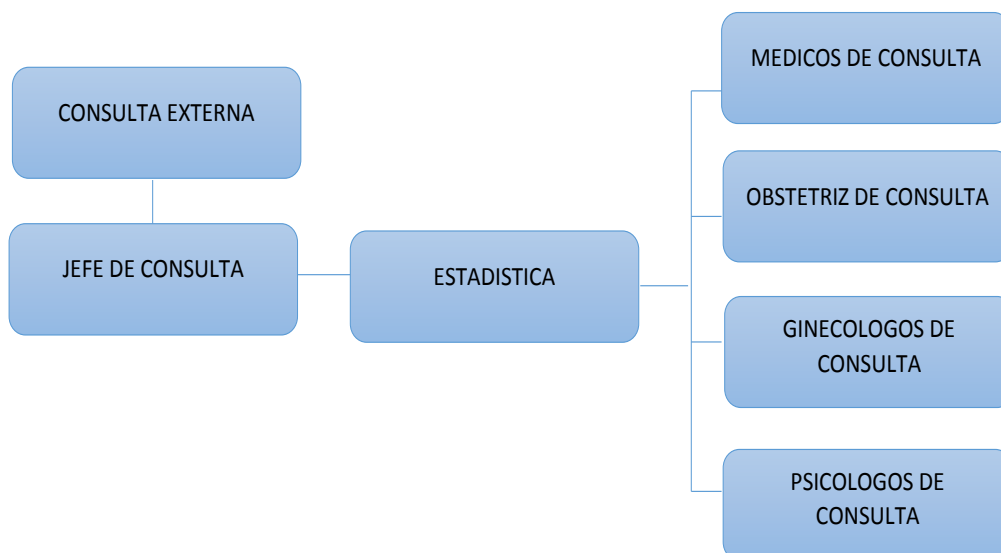
## TALENTO HUMANO



Organigrama Departamento Talento Humano

Fuente: Departamento de Administrativo del centro de Salud Salcedo

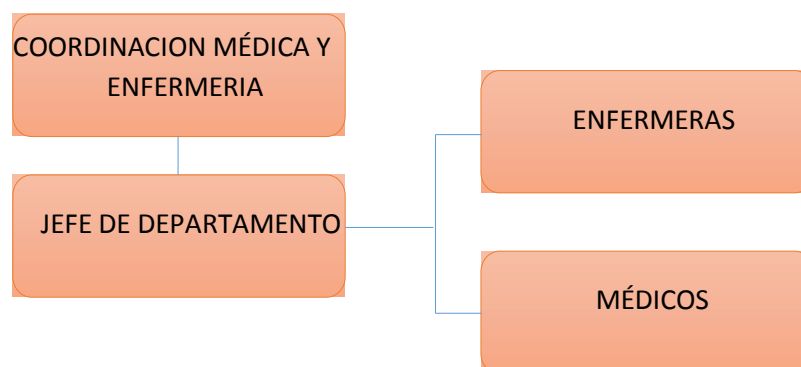
## CONSULTA EXTERNA



Organigrama Departamento Consulta Externa

Fuente: Departamento de Administrativo del centro de Salud Salcedo


## HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA





Organigrama departamento Hospitalización y Emergencia

Fuente: Departamento de Administrativo del centro de Salud Salcedo


<b>Elaborado Por:</b> AFSG	<b>Fecha:</b> 28-04-2014
<b>Revisado Por:</b> SA/IB	<b>Fecha:</b> 28-04-2014

	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>	<b>PT N° ACIN 5/82</b>
	<b>Misión y Visión</b>	
	<b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	
<b>Misión</b>		
<p>El Área de Salud N° 3 Salcedo es una Institución Pública, que brinda atención médica basada en atención primaria en salud: promoción, prevención, curación, rehabilitación, empoderamiento ciudadano, descentralización y gratuidad de los servicios; dirigido, a usuarios externos e internos del área de influencia. Servicio que ofrecemos en forma oportuna con personal capacitado, motivado, con criterios de calidad y calidez que garanticen la atención integral, eficacia, eficiencia, equidad, universalidad y accesibilidad; para, mejorar la calidad de vida de la población, enmarcado en el Plan Nacional Para el Buen Vivir.</p>		
<b>Visión</b>		
<p>El Distrito de Salud No.3 Salcedo, para el año 2016 se constituye como una institución líder de Salud en la Provincia de Cotopaxi, el Centro de Salud Hospital “Yerovi-Mackuart” como cabecera del distrito, cuenta con las cuatro especialidades básicas, con talento humano capacitado y de planta, con servicios de diagnóstico complementarios con tecnología de punta, una infraestructura moderna, adecuada y suficiente que cumple con las exigencias y estándares internacionales, en una ubicación libre de riesgo de fenómenos naturales (riesgo volcánico), contando con el número de personal adecuado a la población de influencia, ejecutándose la atención primaria en salud a nivel rural, con unidades de salud ambulatorias, fortalecidas con un equipo de salud que exige el licenciamiento y la demanda de servicios, cumpliendo con los principios básicos de accesibilidad, equidad, calidad y calidez.</p>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 28-04-2014</b>
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 28-04-2014</b>

	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>	<b>PT N° ACIN 6/82</b>
	<b>Objetivos del Centro de Salud</b>	
	<b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la atención médica en el Distrito No. 3 Salcedo en base a la demanda poblacional del área de influencia, procurando el mayor grado de eficiencia, eficacia, efectividad y accesibilidad.</li> <li>• Fortalecer el nuevo modelo de atención y gestión en salud, que actualmente propone el Ministerio de Salud Pública.</li> <li>• Controlar y vigilar la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas, inmune prevenibles, VIH/sida, tuberculosis, metaxenicas (transmitidas por vectores) y eventos catastróficos que producen mayor impacto social y económico en la población del área de influencia del Distrito No. 3 Salcedo.</li> <li>• Fortalecer los servicios de salud con recursos humanos calificados, insumos y medicamentos, a través de la gestión técnica, administrativa y financiera direccionada por la aplicación de procesos basados en la calidad y la eficiencia.</li> <li>• Establecer una adecuada infraestructura sanitaria que permita conformar la Red Pública de Salud, para garantizar el acceso total a los servicios de salud, en base a normas de licenciamiento establecidas.</li> </ul>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 28-04-2014</b>
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 28-04-2014</b>

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Valores del Centro de Salud</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>PT N° ACIN 7/82</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Respeto:</b> Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.</li> <li>• <b>Inclusión:</b> Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.</li> <li>• <b>Vocación de servicio:</b> Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.</li> <li>• <b>Compromiso:</b> Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.</li> <li>• <b>Integridad:</b> Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.</li> <li>• <b>Justicia:</b> Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.</li> <li>• <b>Lealtad:</b> Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.</li> </ul>	
<p><b>Elaborado Por:</b> AFSG <b>Revisado Por:</b> SA/IB</p>	<p><b>Fecha:</b> 28-04-2014 <b>Fecha:</b> 28-04-2014</p>



 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Informe de Planificación Preliminar Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>PT N° ACIN 8/82</b></p>
<p><b>1.- Diagnóstico</b></p> <p>La auditoría de control interno realizada al Centro de Salud de Salcedo, permitió comprobar las actividades operativas que se ejecutan en la organización, si el Sistema de Control Interno ha sido diseñado para asegurar en forma razonable la fiabilidad de la información contable y si este funciona adecuadamente, pudiendo realizarse además una valoración de los riesgos existentes en las áreas seleccionadas, delimitando aquellos que afectan el cumplimiento de los objetivos de la organización, verificar los controles para consolidar las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de las operaciones, lo que generó una actualización de los procedimientos en los diferentes procesos. A partir de los resultados alcanzados actualizar en Mapa de Riesgos de la entidad, para promover los procesos internos y que estos se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de acciones correctivas y la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo.</p> <p><b>2.- Objetivo</b></p> <p>Evaluar de manera independiente y objetiva el funcionamiento del Sistema de Control Interno en la entidad, en los departamentos seleccionados por el equipo de auditoría para su revisión y análisis.</p> <p><b>3.- Alcance</b></p> <p>El desarrollo y alcance del presente trabajo comprenderá las operaciones efectuadas en la entidad en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012, se procederá de acuerdo con las normas profesionales de auditoría vigentes en el país para la práctica de la profesión.</p>	

#### **4.- Plan y Programa**

##### **Planificación**

- Se compone por las siguientes pautas:
- Determinación de las normas, procedimientos y programas de auditoría que deberán ser aplicados.
- Delimitación del alcance de las pruebas realizadas.
- Repartición del fondo de tiempo para la realización de las actividades previstas.
- Distribución de las actividades a realizar para cada uno de los integrantes que conforman el equipo de auditoría.

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


El equipo de trabajo constituido para la realización de la auditoría procedió a evaluar el Sistema de Control Interno a partir de las pruebas y programas aplicados, para contribuir al desarrollo efectivo del mismo, lo que permite en términos específicos determinar si el control interno provea una seguridad razonable de la eficacia y eficiencia de las operaciones, la confianza que brindan de los reportes financieros y el cumplimiento de las leyes y regulaciones, evaluándose los controles que se ejercen en cada uno de los cinco componentes que lo integran. Estos componentes incluyen control ambiental, evaluación de riesgo, control de actividades, información y comunicación, y monitoreo. El control ambiental refleja el tono establecido en la parte superior de la organización.

Los empleados del centro deben implementar y salvaguardar el Sistema de Control interno siguiendo las políticas y procedimientos establecidos, estos necesitan respetar el sistema y reportar cualquier preocupación que pudieran tener al comité de control de la entidad para su inmediata y pronta solución, encaminando el trabajo del centro fundamentalmente al accionar de prevención y control.

**Programa de Trabajo**

Los programas de trabajos se definieron con el objetivo esencial de examinar y evaluar los sistemas de control que se acometen en el centro, verificándose en las áreas tomadas como muestra para su revisión, lo que permitió determinar el cumplimiento de la normativa, políticas y procedimientos instituidos.

**Elaborado Por: AFSG****Fecha: 28-04-2014****Revisado Por: SA/IB****Fecha: 28-04-2014**

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Programa de Auditoría</b>			<b>PT N° ACIN 9/82</b>		
<b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>					
N°	PROCEDIMIENTOS	REF. PT.	REALIZADO POR	FECHA DE TÉRMINO	HORAS TOTALES
1	Aplicar cuestionarios a los trabajadores de los departamentos seleccionados.	ACIN-13/82	AFSG	05/05/15	6
		ACIN-27/82	AFSG	12/05/15	6
		ACIN-41/82	AFSG	19/05/15	6
		ACIN-55/82	AFSG	26/05/15	6
		ACIN-69/82	AFSG	29/05/15	6
2	Realizar una evaluación del componente de ambiente de control de los 5 departamentos.	ACIN-14/82	AFSG	05/05/15	7
		ACIN -28/82	AFSG	12/05/15	7
		ACIN -42/82	AFSG	19/05/15	7
		ACIN -56/82	AFSG	26/05/15	7
		ACIN -70/82	AFSG	29/05/15	7
3	Realizar una evaluación del componente de establecimiento de objetivos de los cinco departamentos y comprobar sus indicadores y su forma de verificación.	ACIN-15/82	AFSG	05/05/15	5
		ACIN-29/82	AFSG	12/05/15	5
		ACIN-43/82	AFSG	19/05/15	5
		ACIN-57/82	AFSG	26/05/15	5
		ACIN-71/82	AFSG	29/05/15	5
4	Realizar una evaluación del componente de identificación de riesgos de los cinco departamentos y realizar las matrices correspondientes.	ACIN -16/82	AFSG	05/05/15	6
		ACIN -30/82	AFSG	12/05/15	6
		ACIN -44/82	AFSG	19/05/15	6
		ACIN -58/82	AFSG	26/05/15	6
		ACIN -72/82	AFSG	29/05/15	6
5	Realizar una evaluación del componente de evaluación de riesgos de los cinco departamentos.	ACIN-17/82	AFSG	05/05/15	6
		ACIN-31/82	AFSG	12/05/15	6
			AFSG	19/05/15	6
			AFSG	26/05/15	6
			AFSG	29/05/15	6


		ACIN- 45/82 ACIN- 59/82 ACIN- 73/82			
6	Realizar una evaluación del componente de respuestas a los riesgos de los cinco departamentos y comprobar los recursos necesarios para erradicarlos.	ACIN 18/82 ACIN - 32/82 ACIN - 46/82 ACIN - 60/82 ACIN - 74/82	AFSG AFSG AFSG AFSG AFSG	05/05/15 12/05/15 19/05/15 26/05/15 29/05/15	5 5 5 5 5 5
7	Realizar una evaluación del componente de actividades de control de los cinco departamentos.	ACIN - 19/82 ACIN - 33/82 ACIN - 47/82 ACIN - 61/82 ACIN - 75/82	AFSG AFSG AFSG AFSG	05/05/15 12/05/15 19/05/15 26/05/15 29/05/15	8 8 8 8 8
8	Realizar una evaluación del componente de información y comunicación de los cinco departamentos	ACIN - 20/82 ACIN - 34/82 ACIN - 48/82 ACIN - 62/82 ACIN - 76/82	AFSG AFSG AFSG AFSG	05/05/15 12/05/15 19/05/15 26/05/15 29/05/15	6 6 6 6 6
9	Realizar una evaluación del componente de supervisión y Monitoreo de los cinco	ACIN - 21/82	AFSG AFSG AFSG	05/05/15 12/05/15 19/05/15	7 7 7

	departamentos y confeccionar el respectivo cuadro.	ACIN - 35/82 ACIN - 49/82 ACIN - 63/82 ACIN - 77/82	AFSG AFSG	26/05/15 29/05/15	7 7
10	Realizar la Matriz de Hallazgos de los cinco departamentos.	ACIN - 23/82 ACIN - 37/82 ACIN - 51/82 ACIN - 65/82 ACIN - 79/82	AFSG AFSG AFSG AFSG AFSG	05/05/15 12/05/15 19/05/15 26/05/15 29/05/15	9 9 9 9 9
OBSERVACIONES					
Elaborado Por: AFSG Revisado Por: SA/IB			Fecha: 28-04-2014 Fecha: 28-04-2014		

## 4.2. Ejecución de la auditoría

### 4.2.1. Departamento administrativo

#### FUNCIONES, OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO, RIESGOS

	<p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Administrativo – Funciones Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>PT N° ACIN 10/82</b></p>
<p><b>Adquisiciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos precontractuales y de contratación (incluso de seguros) contemplados en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación;</li> <li>• Informes de la atención de requerimientos de las diferentes unidades del hospital;</li> <li>• Comprobante de órdenes de pago por las adquisiciones realizadas;</li> <li>• Informes de compras generales;</li> <li>• Informes de compras de medicamentos e insumos;</li> <li>• Informe de ejecución del plan anual de adquisiciones y contrataciones de acuerdo a la ley Orgánica de Contratación Pública y su reglamento;</li> <li>• Asesoría en la elaboración de términos de referencia para realizar los procesos de contratación;</li> <li>• Análisis de costos y cotizaciones de bienes, servicios u obras;</li> <li>• Solicitudes de certificaciones presupuestarias de los subprocesos pertenecientes a la Coordinación Administrativa Financiera;</li> </ul> <p><b>Activos Fijos y Bodega</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe consolidado de custodia y uso de bienes del hospital;</li> </ul>		

- Reportes de ingresos, egresos y consumos de suministros, materiales y bienes de larga duración del Hospital;
- Inventario actualizado de los bienes muebles e inmuebles del hospital;
- Sistema de inventario de activos fijos y bodega del hospital;
- Plan anual de adquisición de bienes de larga duración para el Hospital, en coordinación con la Dirección Asistencial, unidades asistenciales y los comités respectivos;
- Actas de entrega-recepción de bienes;
- Reportes de gestión de Prótesis e Implantes;
- Informe de donaciones ejecutadas;
- Informe de administración de bodegas;

#### **Mantenimiento**

- Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes muebles, inmuebles, equipos de electro medicina y vehículos a cargo del hospital;
- Proyecto de infraestructura y bienes de larga duración del hospital, de acuerdo con las directrices del MSP;
- Informes sobre la repartición y adecuaciones que se realicen en los espacios verdes, oficinas y bodegas del hospital;
- Informe de ejecución del mantenimiento de bienes muebles e inmuebles del hospital;
- Gestión energética y medio-ambiental
- Sistema de control de transportes;
- Informe mensual de la adquisición de pasajes aéreos, reembolsos y pasajes premio;
- Salvoconductos y documentos que soporten la legalidad y cumplimiento del servicio de transporte prestado;



- Matriculas, revisión de vehículos y seguros de los vehículos del hospital;
- Solicitud de pago por utilización de combustible, lubricantes y compra de piezas o accesorios de vehículos;
- Informe consolidado de pagos de servicios básicos.

### **Servicios Generales**


- Plan de gestión, incluida la asignación económica, de los servicios generales basados en la planificación previa y órdenes de trabajo requeridas por las unidades del Hospital;
- Plan de gestión de residuos hospitalarios
- Términos de referencia en los que se define los requerimientos técnicos, procedimientos y estándares de calidad de la prestación de los servicios generales;
- Proyectos de pliegos de licitación, contratación de los servicios que cumplan los requerimientos y estándares de calidad y disponibilidad prefijados;
- Informes de evaluación de la prestación de los servicios prestados por proveedores externos,

Para ejecutar su respectiva penalización económica en caso de incumplimiento de los estándares y disponibilidad prefijados.

- Informes periódicos sobre el cumplimiento de los contratos mantenidos;
- Solicitud de Pago referentes a los servicios contratados para la institución;
- Sistema de información de servicios hoteleros y generales, limpieza, carpintería, electricidad, conserjería, entre otras;

**Elaborado Por: AFSG**  
**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 05-05-2014**  
**Fecha: 05-05-2014**

	<p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Administrativo - Objetivos de Control Interno</b></p> <p><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>PT N° ACIN 11/82</b></p>
<p><b>Objetivo estratégicos sección Administrativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfeccionar el Plan Estratégico que permita alcanzar la misión y visión del Centro de Salud.</li> <li>• Desarrollo y perfeccionamiento periódico de los procesos que se desarrollan en el Centro</li> <li>• Proporcionar servicios de salud integrales para toda la población.</li> <li>• Seleccionar y mejorar los recursos humanos, medicamentos e insumos mediante la gestión administrativa que permitan elevar y mantener la calidad de los servicios prestados.</li> <li>• Mantener y elevar la disciplina del centro y la excelencia en los servicios prestados.</li> <li>• Desarrollar la infraestructura y equipamiento del centro.</li> </ul> <p><b>Objetivo relacionados sección Administrativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar y perfeccionar el control interno del Centro.</li> <li>• Combatir el despilfarro, abuso, mala gestión, errores, fraude e irregularidades de los recursos del centro.</li> <li>• Cumplir con los reglamentos y directivas del centro de manera eficiente y eficaz que permita cumplir con la misión.</li> <li>• Vigilar que se presenten y confeccionen datos de gestión y financieros fiables e informarlos correctamente en los informes pertinentes.</li> <li>• Facilitar los medios y mecanismos necesarios para que los trabajadores del centro cumplan con sus tareas asignadas.</li> </ul>		


- Supervisar que los recursos del centro se empleen en las actividades y objetivos establecidos para la entidad.

**Objetivos de cumplimiento sección Administrativa**


- Cumplir con lo establecido para la elaboración y entrega de informes
- Efectuar las acciones pertinentes que garanticen la eficiencia de las operaciones del centro
- Archivar la documentación correspondiente y por el tiempo establecido
- Ejecutar los conteos a los Activos Fijos e Inventarios en el tiempo previsto
- Cumplimiento de Normas y Leyes que manda y rige el Estado ecuatoriano

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 05-05-2014  
**Fecha:** 05-05-2014

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Riesgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>PT N°</b> <b>ACIN 12/82</b></p>
<p>Se refiere a las eventualidades relacionadas con las estructuras y actividades del organismo y las personas que actúan en el que pueden suscitarse, y por las cuales el auditor no pueda detectar error o falsedad en la información que examina o irregularidades en el proceder de los operadores, teniendo en cuenta los riesgos de control e inherente de la empresa y el de detección de los auditores ejecutantes en la revisión del área administrativa.</p>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b></p>

## 4.2.1.1. Cuestionario

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p><b>Administrativo – Cuestionario C.I</b></p> <p><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>		<p><b>PT N° ACIN 13/82</b></p>			
<p><b>CENTRO DE SALUD</b></p> <p><b>AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO</b></p> <p>Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2012</p> <p>Cuestionario de Control Interno</p> <p>Departamento Administrativo</p>					<p><b>D 1</b></p>
<p><b>FUNCIONARIO: CARLOS NAVAS</b></p> <p><b>FECHA: 10 DE JULIO</b></p> <p><b>PROCEDIMIENTO:</b></p>		<p><b>CARGO: JEFE DEL DEP. ADM.</b></p> <p><b>HORA INICIO: 9:30</b></p> <p><b>HORA FINALIZACIÓN: 10:00</b></p>			
N°	PREGUNTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
	<b>1. Ambiente de Control</b>				
	<b>1.1. Integridad y Valores Éticos</b>				
1	¿En la inducción del personal a su puesto de trabajo se hace énfasis a la debida sociabilización de las normas de conducta, gestión del desempeño, estrategias administrativas?	X			
2	¿Cuál es la actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución y como se evidencia en el día a día?	X			Mediante informes entregados
3	¿Se ha observado la práctica del principio de trabajo en equipo entre los funcionarios del departamento?	x			
4	¿Los funcionarios del departamento actúan con dignidad, seriedad y nobleza?	x			
	<b>1.2. Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</b>				
5	¿La dirección de la institución ejerce motivación para el cumplimiento de leyes y reglamentos internos como externos dentro del área administrativa?	x			
6	¿La dirección enfatiza a los funcionarios la práctica de valores, principios y políticas operativas que constituyen la base del sistema de Control Interno?	x			
7	¿La dirección ayuda a los funcionarios a diferenciar lo que está bien de lo que está mal y los orienta como deben actuar ante un comportamiento indeseable?	x			
8	¿Se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada?	x			
	<b>1.3. Consejo de Administración y Comités</b>				
9	¿Cuenta la institución con algún tipo de Consejo de Administración o comité con fines administrativos?	x			
10	¿Los miembros del Comité son profesionales con experiencia que toman decisiones importantes bajo un análisis profesional?	x			
11	¿Los miembros son funcionarios con experiencia y tienen conocimiento del sector salud?	x			
	<b>1.4. Estructura Organizativa</b>				
12	¿Existe una estructura orgánica y funcional que indique claramente la distribución del área y del personal del departamento?	x			
13	¿Existe un manual para identificar los procesos dentro del departamento?	x			

14	¿Existe una clara segregación de los niveles de autoridad dentro del área?	x			
15	¿La institución cuenta con personal adecuado, para llevar a cabo la misión?	x			
-	<b>1.5. Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	-	-	-	-
16	¿Existe un manual de funciones que señale las responsabilidades y autoridad de cada puesto en el departamento administrativo?	x			
17	¿Considera que el personal que labora en el área es el idóneo para desempeñar sus actividades?	x			
18	¿El número de personas que trabaja en el área es el adecuado para la carga de labores y funciones?	x			
19	¿Existe confianza de la dirección para asignar responsabilidades a sus subordinados del área administrativa?	x			
	<b>1.6. Gestión del Capital Humano</b>				
20	¿Para la contratación del personal se analiza el conocimiento y la experiencia del postulante?	x			
21	¿Existen políticas administrativas de uso exclusivo para esta área?	x			
22	¿Se fomenta el desarrollo del personal, promoviendo su participación en eventos de capacitación y adiestramiento, orientados a elevar su formación intelectual?	x			
23	¿Se muestra interés de los funcionarios ante las ofertas que hace la entidad de programas integrales de desarrollo humano, a fin de incrementar su desempeño laboral?	x			
	<b>1.7. Responsabilidad y Transparencia</b>				
24	¿Existe una cultura organizacional dirigida a la responsabilidad por parte de directivos y colaboradores?	x			
25	¿Se establecen objetivos que el área deba alcanzar y permitan medir su cumplimiento?	x			
26	¿Se realizan reportes frecuentes de control de asistencia y el desempeño en el trabajo planificado?	x			
27	¿Los informes que se presentan a la Dirección, son razonables, medibles y se encuentran debidamente respaldados con documentos reales?	x			
	<b>2. Establecimiento de Objetivos</b>				
	<b>2.1. Objetivo Estratégico</b>				
28	¿La institución cuenta con un plan estratégico?	x			
29	¿Existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento?	x			
30	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento?	x			
31	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento para las tareas asignadas?	x			
32	¿Se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual?	x			
33	¿Los funcionarios conocen cuáles son los objetivos propuestos para alcanzar la misión?	x			
34	¿Los funcionarios dan cumplimiento de los objetivos estratégicos y leyes de contratación pública?	x			
	<b>2.2. Objetivos Específicos</b>				
35	¿Existe una conexión entre los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?	x			
36	¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?	x			
37	¿Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos específicos?	x			

38	¿El funcionario está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe, y su remuneración se encuentra establecida por la ley del sector público?	x			
39	¿Se mantiene actualizado el sistema eSIPREN (sistema de nóminas procesadas) y de control interno?	x			
<b>2.3. Consecución de Objetivos</b>					
40	¿Los directivos del área presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos?	x			
41	¿Se ha evidenciado el incumplimiento a los procedimientos que impidan llegar a la consecución de objetivos?		x		
42	¿El departamento suministra la información necesaria para medir el nivel de cumplimiento de objetivos?	x			
43	¿Con la implementación del sistema SPRYN (subsistema presupuestario de remuneración y nóminas) actual, se ha conseguido presentar los informes administrativos en el tiempo solicitado?	x			
<b>2.4. Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>					
44	¿La gerencia supervisa y evalúa la razonabilidad del riesgo que puede aceptar el área?	x			
45	¿Existe algún tipo de sistema informático que maneje el área para medir la forma en que se alcanzan los estándares y relación con cumplimiento de objetivos institucionales?	x			
46	¿Ud. Cree que el sistema de control interno asegura la Confiabilidad, Calidad, Suficiencia, Pertinencia y Oportunidad de la Información?	x			
47	¿Existen riesgos relativos al negocio que el centro de salud haya decidido admitir?		x		
48	¿En qué situación se encuentran los riesgos que hayan sido aceptados por el centro de salud?			x	
<b>3. Identificación de Eventos</b>					
<b>3.1. Factores internos y externos</b>					
49	¿Se cuenta con un análisis FODA del departamento?	x			
50	¿Los factores internos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		x		
51	¿Los factores externos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		x		
52	¿Los planes, programas, proyectos y presupuestos en el departamento se elaboran de acuerdo a los requerimientos del Centro de Salud?	x			
53	¿Se han determinado y categorizado los riesgos?	x			
<b>3.2. identificación de eventos</b>					
54	¿Existe un adecuado sistema computarizado para agilizar el registro de transacciones y proporcionar información confiable y oportuna?	x			
55	¿Se realizan modificaciones a las partidas presupuestarias aprobadas?	x			
56	¿Se verifica la existencia de las partidas presupuestarias y que las mismas tengan fondos suficientes antes de autorizar la ejecución de un gasto?	x			
<b>3.3. Categoría de Eventos</b>					
57	¿Las acciones tomadas para prevenir sucesos riesgosos son eficientes y efectivas?	x			
58	¿Se establecen políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos?	x			
59	¿Se han determinado las causas y efectos de los eventos identificados?	x			


	<b>4. Evaluación de Riesgos</b>				
	<b>4.1. Estimación de Probabilidad de riesgo</b>				
62	¿Proporciona el Control Interno mecanismos para asegurar la calidad, oportunidad, uso y comprensión de la información base para la toma de decisiones?	x			
63	¿Cuándo se van a tomar decisiones, se analiza rigurosamente los efectos positivos y negativos que se puedan presentar?	x			
64	¿El control interno de la entidad está diseñado para reducir los riesgos al máximo?	x			
	<b>4.2. Evaluación de Riesgos</b>				
65	¿Cuenta la entidad con una metodología para la evaluación de los riesgos implícitos en esta área?	x			
66	¿Se aplican indicadores que permitan analizar el desempeño del funcionario y la consecución de objetivos del departamento?	x			
67	¿Se evalúa que las metas programadas se cumplan de acuerdo al presupuesto aprobado?	x			
	<b>4.3. Riesgos Originados por los cambios</b>				
68	¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante cambios perjudiciales que puedan generarse en la empresa?	x			
69	¿Cuál fue la última medición de riesgos originados por los cambios?	x			anterior ejercicio fiscal
70	¿Ha existido disminución en el desempeño de las actividades?		x		
	<b>5. Respuesta a los Riesgos</b>				
	<b>5.1. Categoría de Respuestas</b>				
71	¿Cuenta el departamento con un proceso para realizar la categorización de riesgos?	x			
72	¿Cuenta el departamento con un proceso de evaluación de riesgos?	x			
73	¿Se elaboran matrices que permitan visualizar el riesgo y la causa efecto de los mismos?	x			
74	¿Se elaboran planes de contingencia ante la presencia de estos eventos?	x			
-	<b>5.2. Decisión de Respuestas</b>	-	-	-	-
75	¿Cree usted que las decisiones que se toman en el área tienen respaldo en evidencia confiable?	x			
76	El seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados tienen un responsable por departamento?	x			
77	¿Se realizan seguimientos de parte del área de control interno para verificar su cumplimiento?		x		
	<b>6. Actividades de Control</b>				
	<b>6.1. Integración con las decisiones sobre Riesgos</b>				
78	¿Existen en el área actividades de control importantes que se alineen con el cumplimiento de normas que permitan una adecuada segregación de funciones?	x			
79	¿Se proponen políticas, normas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros en base al presupuesto?	x			
80	¿Se ha diseñado un flujograma de proceso atendiendo a las actividades de control?	x			
81	¿Existen políticas administrativas?	x			
	¿El acceso a los registros es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados?		x		
	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	x			
	<b>6.2. Principales Actividades de Control</b>				



82	¿Existen controles periódicos de revisión de políticas y normas internas del manejo de información?	x			
83	¿Se coordinan las actividades Administrativas, Financieras, de Talento Humano y los Servicios Generales contratados con las diferentes unidades del hospital?	x			
84	¿Se asesora en materia de Administrativa Financiera y de Talento Humano a las diferentes actividades del Hospital?	x			
85	¿Se aplican indicadores de rendimiento para medir el desempeño de las actividades?	x			
86	¿Existen claves de accesos lógicos por ejemplo password para el ingreso en los programas computarizados?	x			
<b>6.3. Controles sobre los sistemas de Información</b>					
87	¿Existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado?	x			
88	¿Cree usted que el uso de la informática ayudará a identificar los riesgos?	x			
89	¿Existe políticas del manejo de programas y acceso a internet para los colaboradores?	x			
90	¿El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas?	x			
<b>7. Información y Comunicación</b>					
<b>7.1. Cultura de la Información en todos los niveles</b>					
91	¿Existen políticas relativas al manejo de la información dentro del área y su difusión?	x			
92	¿Se realizan reuniones periódicas del departamento administrativo con el personal que la integra?	x			
93	¿En la entidad existe circulación de información formal e informalmente?	x			
<b>7.2. Sistemas Estratégicos e Integrados</b>					
94	¿Se han diseñado sistema de integración con las demás unidades para el cumplimiento de objetivos conjuntamente?	x			
95	¿Se utiliza la información integrada de todas las áreas para conocer los recursos que deben destinarse a cada una de ellas?	x			
96	¿Se identifica, captura y utiliza información pertinente en todos los niveles de la empresa con el fin de lograr los objetivos de reporte de la información administrativa?	x			
97	¿Los sistemas de información se respaldan en una plataforma tecnológica?	x			
<b>7.3. Confiabilidad de la información</b>					
98	¿Todas las áreas envían oportunamente la información de sus actividades a fin de que sean registradas financieramente?	x			
99	¿Los informes administrativos se encuentran debidamente respaldados?	x			
100	¿El sistema de información se lo actualiza diariamente, lo que permite obtener información oportuna?	x			
<b>7.4. Comunicación Interna</b>					
101	¿Se toman en consideración las propuestas del personal para el mejoramiento de los procesos y procedimientos?	x			
102	¿La comunicación que hay en el departamento permite y ayuda a la comprensión y ejecución de objetivos, procesos y responsabilidades?	x			
103	¿Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) son periódicamente reportadas y revisadas?	x			
<b>7.5. Comunicación Externa</b>					

104	¿Conoce el personal y la dirección del área el tipo de información y plazos en los que debe ser entregada determinada información a entidades reguladoras?	x			
105	¿Se comunica a partes externas los asuntos que afectan la consecución de los objetivos de reporte de la información administrativa?	x			
106	¿Se cumple con los requerimientos de las entidades de control?	x			
107	¿Existen mecanismos que faciliten canales de comunicación al exterior de la organización?	x			
108	¿Se actualiza periódicamente la página web del centro de salud?	x			
	<b>8. Supervisión y Monitoreo</b>				
	<b>8.1. Supervisión Permanente</b>				
109	¿Se realizan revisiones periódicas de la información con respecto a lo existente?	x			
110	¿Existe una rutina permanente de seguimiento y evaluación del desempeño del control interno para determinar mejoras?	x			
111	¿Se realizan evaluaciones y pruebas de cumplimiento de control interno?	x			
112	¿Se evalúan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y se comunica a la Dirección de la institución pública?	x			
	<b>8.2. Evaluación Interna</b>				
113	¿Cuenta el área con la supervisión y evaluación del área de Auditoría Interna de los procesos administrativos?	x			
114	¿Existen mecanismos para que el personal realice autoevaluaciones periódicas a sus áreas de responsabilidad?	x			
	<b>8.3. Evaluación Externa</b>				
115	¿La institución fue sujeta a una revisión por parte de una auditora externa?	x			
116	¿Se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría?	x			
	<b>TOTAL</b>				
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b>			
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b>			

#### 4.2.1.2. Evaluación de los componentes

 <p>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Evaluación – Componente Ambiente de Control Examen al 31 de Diciembre del 2012</p>		<p><b>PT N° ACIN 14/82</b></p>																
<p><b>A. Ambiente de Control</b></p>																		
<p>ACTIVIDAD DE CONTROL</p>	<p><b>Nivel de Confianza:</b> Total de Respuestas Afirmativas (Si) <math>NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Si)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%</math> No. De Respuestas Realizadas Nivel de Riesgo: <b>NR = 100% - NC</b></p>	<p><b>Nivel de Riesgo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th>RANGO</th> <th>CONFIANZA</th> <th>RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 50%</td> <td>Baja</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>51% - 75%</td> <td>Moderada</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>76% - 100%</td> <td>Alta</td> <td>Bajo</td> </tr> </tbody> </table>	MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo	<p><b>Interpretación</b></p>
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO																
0% - 50%	Baja	Alto																
51% - 75%	Moderada	Moderado																
76% - 100%	Alta	Bajo																
<p>1.-Integridad y valores éticos</p>	<p><math>NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100</math>  <math>NR = 100 - 100 = 0</math></p>	<p>Nivel de confianza: 100%  Nivel de riesgos: 0.00%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área administrativa se realiza adecuadamente el proceso de inducción, así como cuentan con los valores necesarios.</p>															
<p>2.-Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</p>	<p><math>NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100</math>  <math>NR = 100 - 100 = 0</math></p>	<p>Nivel de confianza: 100%  Nivel de riesgos: 0%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área administrativa se enfatiza en el cumplimiento de las leyes y reglamentos internos.</p>															



3.-Consejo de Administración y Comités	$NC = \frac{3}{3} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área administrativa cuenta con el comité de dirección correspondiente, que tienen la experiencia suficiente para la toma de decisiones.
4.- Estructura Organizativa	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área administrativa cuenta con el personal necesario para cumplir la misión y sus objetivos.
5.- Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área administrativa cuenta con la confianza de la dirección para la asignación de funciones.
6.- Gestión del Capital Humano	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, ya que existen políticas específicas para el área, así como se verifica a los nuevos trabajadores antes de entrar al centro.
7.- Responsabilidad y Transparencia	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área administrativa realiza y entrega los informes correspondientes y con la documentación de respaldo, evaluando además el cumplimiento de los objetivos y metas.

**Elaborado Por:** AFSG

**Fecha:** 05-05-2014

**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 05-05-2014

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Perfeccionar el Plan Estratégico que permita alcanzar la misión y visión del Centro de Salud.	Plan Estratégico.	Análisis de la ejecución del Plan Estratégico.
Desarrollo y perfeccionamiento periódico de los procesos que se desarrollan en el Centro.	Evaluación periódica de los procesos.	Resultado obtenido de la evaluación de los procesos de la sección administrativa.
Proporcionar servicios de salud integrales para toda la población.	Erradicación de quejas y reclamaciones.	Encuestas de satisfacción de cada uno de los usuarios.
Seleccionar y mejorar los recursos humanos, medicamentos e insumos mediante la gestión administrativa que permitan elevar y mantener la calidad de los servicios prestados.	Disminución de déficit de insumos, medicamentos y recursos humanos, necesarios para la operación.	Partes diarios de problemas del centro.
Mantener y elevar la disciplina del centro y la excelencia en los servicios prestados.	Erradicación de hechos de indisciplinas y aumento de la satisfacción de los usuarios.	Registro de asistencia y evaluación de desempeño
Desarrollar la infraestructura y equipamiento del centro.	Presupuesto de Inversión	Ejecución de los presupuestos hasta la fecha

**A. Cuadro de Evaluación de Objetivos Estratégicos Sección Administrativa**

**B. Cuadro de Evaluación de Objetivos Relacionados Sección Administrativa**

<b>OBJETIVO RELACIONADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Implementar y perfeccionar el control interno del Centro.	Disminución de los riesgos y amenazas existentes en el centro.	Parte diario de problemas
Combatir el despilfarro, abuso, mala gestión, errores, fraude e irregularidades de los recursos del centro.	Aumento de la productividad, eficiencia y eficacia del servicio.	Calculo de los indicadores.
Cumplir con los reglamentos y directivas del centro de manera eficiente y eficaz que permita cumplir con la misión.	Erradicación de incumplimientos de los reglamentos del centro.	Inobservancia de señalamientos, multas o sanciones de los órganos superiores de dirección tanto del centro como del Estado.
Vigilar que se presenten y confeccionen datos de gestión y financieros fiables e informarlos correctamente en los informes pertinentes.	Inobservancia de errores en el centro.	Supervisión del cumplimiento de los procedimientos establecidos.
Facilitar los medios y mecanismos necesarios para que los trabajadores del centro cumplan con sus tareas asignadas.	Ejecución racional de los presupuestos de gastos.	Cumplimiento de los presupuestos de gastos.
Supervisar que los recursos del centro se empleen en las actividades y objetivos establecidos para la entidad.	Inobservancia de mal uso de los recursos del centro.	Chequeo sistemático de las actividades que se desarrollan en el centro.

**C. Cuadro de Evaluación de Objetivos de Cumplimiento Sección Administrativa**

<b>OBJETIVO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Cumplir con lo establecido para la elaboración y entrega de informes.	Inobservancia de errores en la confección de informes.	Inobservancia de señalamientos negativos
Efectuar las acciones pertinentes que garanticen la eficiencia de las operaciones del centro.	Inobservancia de hechos que afecten las operaciones del centro.	Revisión sistemática de la ejecución de las distintas tareas del centro.
Archivar la documentación correspondiente y por el tiempo establecido.	Documentación archivada por el tiempo establecido.	Revisión sistemática de la documentación archivada.
Ejecutar los conteos a los Activos Fijos e Inventarios en el tiempo previsto.	Inobservancia de faltantes o sobrantes.	Conteo periódico a los Activos e Inventarios.
Cumplimiento de Normas y Leyes que manda y rige el Estado ecuatoriano.	Legislación existente en el país	Aplicación correcta de Legislación existente

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{21}{21} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0$$

**D. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo


**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente establecimiento de objetivos en el área administrativa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, teniendo en cuenta estos resultados se puede determinar que la sección administrativa tiene definido correctamente los objetivos, apreciándose la aplicación efectiva de los controles y supervisión de estos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 05-05-2014  
**Fecha:** 05-05-2014



<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>  <b>Identificación de Eventos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>PT N °</b> <b>ACIN 16/82</b>
<b>A. Cuadro de identificación de riesgos internos de la Sección Administrativa del Centro de Salud.</b>		
RIESGOS POSITIVOS	RIESGOS NEGATIVOS	
Conocimientos bastos para la toma de decisiones.	Aumento de la legislación y procedimientos a ejecutar y supervisar.	
Elementos y recursos necesarios para la toma efectiva de decisiones.	Baja estabilidad en el personal debido a los bajos salarios.	
Disponibilidad de una infraestructura y equipamiento necesario para la ejecución de las funciones.	Descuido del control interno debido al aumento de las operaciones del centro	
Entrega de datos e informaciones requeridas a la sección en el tiempo y forma establecida.	Fallas en el aprovisionamiento de recursos, insumos y activos.	
Están definidos acertadamente los objetivos para la sección.	Estancamiento de las metas propuestas para la sección.	
Existencia de transparencia y responsabilidad marcada en las acciones ejecutadas por los trabajadores de la sección.	Utilización de los recursos del centro con fines políticos ajenos al servicio de salud pública.	

**MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.**

RIESGOS INTERNOS	OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO				
	Cumplir con lo establecido para la elaboración y entrega de informes.	Efectuar las acciones pertinentes que garanticen la eficiencia de las operaciones del centro.	Archivar la documentación correspondiente y por el tiempo establecido.	Ejecutar los conteos a los Activos Fijos e Inventarios en el tiempo previsto.	Cumplimiento de Normas y Leyes que manda y rige el Estado ecuatoriano.
Aumento de la legislación y procedimientos a ejecutar y supervisar.	X	X		X	X
Baja estabilidad en el personal debido a los bajos salarios.		X		X	X
Descuido del control interno debido al aumento de las operaciones del centro.	X	X	X	X	X
Fallas en el aprovisionamiento de recursos, insumos y activos.		X			X
Estancamiento de las metas propuestas para la sección.		X			X
Utilización de los recursos del centro con fines políticos ajenos al servicio de salud pública.		X			X

**Elaborado por: AFSG**

**FECHA: 05-05-2014**

**Revisado por: SA/IB**

**FECHA: 05-05-2014**

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{11}{11} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente identificación de riesgos en el área administrativa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que la Sección Administrativa del Centro de Salud, cuenta con las políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos.

**Elaborado Por:** AFSG

**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 05-05-2014

**Fecha:** 05-05-2014

**MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE RIESGO**

Factores de riesgos	Origen del riesgo	Potencial consecuencia	Impacto	Probabilidad de ocurrencia	Nivel de riesgo inherente	Tipo de riesgo	Control de riesgo	Efectividad	Promedio	Riesgo neto o residual
Aumento de la legislación y procedimientos a ejecutar y supervisar.	Factor Interno	Errores en la ejecución de sus funciones.	5	1	5	Operación	Supervisión del nivel superior de dirección.	5	5	1
Baja estabilidad en el personal debido a los bajos salarios.	Factor Interno	Existencia de fallas en la prestación de servicios del centro.	5	5	1	Operación	Perfeccionamiento de la política de recursos humanos.	5	5	1
Descuido del control interno debido al aumento de las operaciones.	Factor Interno	Fallas del control interno del centro.	3	3	3	Operación	Distribución eficiente y eficaz de las tareas a ejecutar.	5	5	1
Fallas en la provisión de recursos, insumos y activos.	Factor Interno	Interrupción de algunos servicios por falta de aseguramiento.	5	3	1	Operación	Perfeccionamiento de la selección de proveedores.	5	5	1
Estancamiento de las metas propuestas para la sección.	Factor Interno	Disminución en el rendimiento.	3	5	1	Operación	Medición sistemática de las metas propuestas	5	5	1
Utilización de los recursos del centro con fines políticos ajenos.	Factor Interno	Descuido de un % de los usuarios por preferencias políticas	5	1	1	Operación	Supervisión periódica de las tareas que se ejecutan y los recursos que se emplean.	5	5	1

Elaborado Por: **AFSG**  
Revisado Por: **SA/IB**

Fecha: **05-05-2014**  
Fecha: **05-05-2014**

**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

FRECUENCIA O PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				
IMPACTO	Alto	4	5	5
	Medio	3	3	5
	Bajo	1	2	4
		Baja	Media	Alta

**B. Cuadro de calificación de riesgos:**

CONTROL	EFFECTIVIDAD
Ninguno	1
Bajo	2
Medio	3
Alto	4
Destacado	5

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (SÍ)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{9}{9} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**C. Matriz de nivel de riesgo y confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente evaluación de riesgos en el área administrativa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, tomando en cuenta, que la Sección Administrativa ha establecido procedimientos y mecanismos para la detección y control de los riesgos, en busca de solucionarlos y disminuirlos a su mínima potencia.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 05-05-2014  
**Fecha:** 05-05-2014



Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06  
 Respuesta a los Riesgos  
 Examen al 31 de Diciembre del 2012

**PT N°  
 ACIN 18/82**

**MATRIZ DE RESPUESTA AL RIESGO**

RIESGOS	RESPUESTA AL RIESGO	INDICADOR	VERIFICADOR	RECURSOS	PRESUPUESTO	PERIODO DE EVALUACION
<b>Aumento de la legislación y procedimientos a ejecutar y supervisar</b>	Supervisión del nivel superior de dirección de los procedimientos a ejecutar por la sección administrativa	Incremento de las tareas a ejecutar	Disminución de la eficiencia y eficacia de las tareas ejecutadas por la sección administrativa.	Asistente de administración	\$500.00	Cada Mes
<b>Baja estabilidad en el personal debido a los bajos salarios</b>	Perfeccionamiento de la política de recursos humanos	Disminución en el tiempo promedio de trabajo por cada trabajador	Indicador de productividad y pago de salario(antigüedad)	Asistente de recursos humanos Computadora Impresora Útiles de oficina	500.00 190.00 54.50 6.00	Cada Año
<b>Descuido del control interno debido al aumento de las operaciones del centro</b>	Distribución eficiente y eficaz de las tareas a ejecutar	Errores y fallas del personal del centro de salud	Supervisión sistemática de la áreas y personal del centro de salud	Asistente de administración Computadora Impresora Útiles de oficina	500.00 190.00 54.50 6.00	Cada Año
<b>Fallas en el aprovisionamiento de recursos, insumos y activos</b>	Perfeccionamiento de la selección de proveedores y políticas de contratación	Insuficiencia de recursos para la ejecución de las tareas asignadas	Verificación periódica de las existencias disponibles y las solicitudes de compras	Administrador Computadora Impresora Útiles de oficina	1500.00 190.00 54.50 6.00	Cada Año
<b>Estancamiento de las metas propuestas para la sección</b>	Medición sistemática de las metas propuestas	Guía para la elaboración de políticas Administrativas	Disminución en el rendimiento de la sección administrativa	Administrador Computadora Impresora Útiles de oficina	1500.00 190.00 54.50 6.00	Cada Año
<b>Utilización de los recursos del centro con fines políticos ajenos al servicio de salud pública</b>	Supervisión periódica de las tareas que se ejecutan y los recursos que se emplean.	Quejas y reclamaciones de los usuarios	Encuestas sistemática a los usuarios	Administrador Computadora Impresora Útiles de oficina	1500.00 190.00 54.50 6.00	Cada Año

Elaborado Por: **AFSG**

Fecha: **05-05-2014**

Revisado Por: **SA/IB**

Fecha: **05-05-2014**

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{14}{15} * 100\% = 93.33\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 93.33 = 6.67\%$$

**A. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo


**Interpretación:**


Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente actividades de control en el área administrativa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 93.33% y un nivel bajo de riesgo del 6.67%, bajo estos resultados se determina que en la Sección Administrativa suele colapsarse el sistema reiteradas veces y no existe una determinada autorización por cada funcionario para acceder a los registros según su nivel de responsabilidad.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB


**Fecha:** 05-05-2014  
**Fecha:** 05-05-2014




<p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p> <b>Evaluación - Componente Información y Comunicación</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>P/T No. ACIN-20/82</b></p>
<p>En vista de que se trata de una Auditoría de Control Interno al Centro de Salud, menciono solo los hallazgos del Departamento Administrativo, con el fin de realizar un informe general al término de la Auditoría anteriormente mencionada. Los hallazgos encontrados en el departamento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento.</li><li>• El acceso a los registros no es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados.</li><li>• El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas.</li></ul>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b></p>

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación - Componente Supervisión y Monitoreo</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-21/82</b>	
<b>A. CUADRO DE SUPERVISIÓN Y MONITOREO</b>			
N°	Componente COSO II – E.R.M.	Situación Actual	Situación Requerida
Ambiente de control			
Establecimiento de objetivo			
Identificación de riesgos			
Evaluación de riesgos			
Respuesta a los riesgos			
1	Decisión de Respuestas	No se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento.	Realizar las acciones de control pertinentes que permita elevar la percepción de control en el área.
Actividades de control			
2	Integración con las decisiones sobre Riesgos	El acceso a los registros no es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados.	Delimitar según el nivel de autoridad el acceso de los funcionarios y por las actividades que realicen.
3	Controles sobre los sistemas de Información	El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas.	Realizar las adquisiciones pertinentes de tecnología que permita un adecuado desempeño del sistema.
Información y comunicación			
Supervisión y monitoreo			
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b>	

4.2.1.3. *Matriz de Ponderación*


 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Ponderación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>						<b>P/T No.</b> <b>ACIN-22/82</b>
<b>A. Matriz de Ponderación</b>						<b>MP</b>
<b>N°</b>	<b>PLANEACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PND</b>	<b>CÁLCULO</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
1	Ambiente de control	27	0	10	$27 \times 10/27$	10
2	Establecimiento de objetivos	21	0	10	$21 \times 10/21$	10
3	Identificación de eventos	11	0	10	$11 \times 10/11$	10
4	Evaluación del riesgo	9	0	10	$9 \times 10/9$	10
5	Respuesta al riesgo	6	1	10	$6 \times 10/7$	8.57
6	Actividades de control	14	1	10	$14 \times 10/15$	9.33
7	Información y comunicación	18	0	10	$18 \times 10/18$	10
8	Supervisión y monitoreo	8	0	10	$8 \times 10/8$	10
<b>TOTAL</b>				<b>80</b>		<b>77.90</b>
<p><b>Determinación de riesgo y confianza:</b></p> $CP = \frac{CT}{PT} \times 100 \qquad CP = \frac{77.90}{80} \times 100 \qquad CP = 97.37\%$ <p>Después de haber aplicado el cuestionario de control interno al área administrativa se determina un nivel de confianza alto de 97.37% y un nivel bajo de riesgo de control de 2.67%.</p>						
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>				<b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b>		

#### 4.2.1.4. Matriz de hallazgos

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Hallazgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>					<b>P/T No.</b> <b>ACIN-23/82</b>
<b>A. Matriz de Hallazgos</b>					
<b>COMPONENTE</b>	<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFECTO</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Ambiente de control	No se detectaron hallazgos.				
Establecimiento de Objetivos	No se detectaron hallazgos.				
Identificación de eventos	No se detectaron hallazgos.				
Evaluación del riesgo	No se detectaron hallazgos.				
Respuesta al riesgo	No se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Inobservancia de fallas en la implementación del control interno.	Observancia de errores con gran trascendencia para el centro.	Diseñar el proceso que permita ejecutar las acciones de control que minimicen los riesgos en el departamento.
Actividades de control	El acceso a los registros no es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados. El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Falta de sistematicidad en la supervisión del control interno. Falta de aseguramiento técnico que permita una adecuada ejecución del sistema.	Desorganización en la ejecución de acciones de control, velando los posibles errores y fraudes.	Diseñar el flujograma de procesos que permita darle coherencia y un orden a los accesos a las acciones a ejecutar. Crear o contratar los servicios para subsanar la vulnerabilidad del sistema.
Información y comunicación	No se detectaron hallazgos.				
Supervisión y monitoreo	No se detectaron hallazgos.				
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b>			

#### 4.2.2. Departamento financiero

### FUNCIONES, OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO, RIESGOS

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Financiero - Funciones</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-24/82</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación de disponibilidad presupuestaria.</li> <li>• Proformas presupuestarias.</li> <li>• Informe de ejecución presupuestaria de ingresos y gastos.</li> <li>• Informe de seguimiento y evaluación de la ejecución presupuestaria.</li> <li>• Informe de reformas presupuestaria.</li> <li>• Fondo de caja chica.</li> <li>• Informe de arqueos de caja.</li> <li>• Informe de reportes y estados financieros.</li> <li>• Inventario de arqueo de recaudaciones por la venta de especies valoradas.</li> <li>• Informe de situación contable.</li> <li>• Comprobantes de pagos.</li> <li>• Informe de recaudaciones.</li> <li>• Solicitud de pago de obligaciones.</li> </ul>					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Elaborado Por:</b> ASFG</td> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Fecha:</b> 12-05-2014</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Revisado Por:</b> SA/IB</td> <td style="border: none;"><b>Fecha:</b> 12-05-2014</td> </tr> </table>		<b>Elaborado Por:</b> ASFG	<b>Fecha:</b> 12-05-2014	<b>Revisado Por:</b> SA/IB	<b>Fecha:</b> 12-05-2014
<b>Elaborado Por:</b> ASFG	<b>Fecha:</b> 12-05-2014				
<b>Revisado Por:</b> SA/IB	<b>Fecha:</b> 12-05-2014				



**Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06  
Financiero - Objetivos de Control Interno  
Examen al 31 de Diciembre del 2012**

**P/T No.  
ACIN-25/82**

**Objetivos estratégicos Sección Financiera**

- Perfeccionar la elaboración de los presupuestos que debe ejecutar el Centro de Salud.
- Maximizar la información paulatinamente en los trabajadores del centro de los resultados financieros de este.
- Crear una ambiente de control en las áreas del centro siendo el departamento financiero pilar en esto.

**Objetivos relacionados Sección Financiera**

- Implementar y perfeccionar las contabilizaciones del Centro de Salud.
- Perfeccionar y velar porque se cumplan los procedimientos aprobados por la dirección del centro.
- Realizar los informes requeridos en tiempo y forma y entregar al debido solicitante.
- Aplicar las Normas de Información Financieras y Contables pertinentes y realizar los cambios correspondientes de haber algún cambio en estas.

**Objetivos de cumplimiento Sección Financiera**


- Realizar las acciones de control suficientes que permita asegurar un adecuado funcionamiento del centro.
- Crear los procedimientos que permitan compilar la información oportuna para la elaboración de los registros financieros en tiempo y forma.
- Realizar la documentación correspondiente a los Organismos Rectores del país para el centro.

**Elaborado Por: ASFG**

**Fecha: 12-05-2014**

**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 12-05-2014**

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito</b> <b>05D06</b> <b>Riesgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-26/82</b></p>
<p>Se refiere a las eventualidades relacionadas con las estructuras y actividades del organismo y las personas que actúan en el que pueden suscitarse, y por las cuales el auditor no pueda detectar error o falsedad en la información que examina o irregularidades en el proceder de los operadores, teniendo en cuenta los riesgos de control e inherente de la empresa y el de detección de los auditores ejecutantes en la revisión del área Financiera.</p>	
<p><b>Elaborado Por:</b> AFSG <b>Revisado Por:</b> SA/IB</p>	<p><b>Fecha:</b> 12-05-2014 <b>Fecha:</b> 12-05-2014</p>

## 4.2.2.1. Cuestionario

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Financiero – Cuestionario C.I</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-27/82</b>			
<b>CENTRO DE SALUD</b> <b>AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO</b> Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2012 Cuestionario de Control Interno Departamento Financiero					<b>D 1</b>
<b>FUNCIONARIO: JEFERSON VIVAS</b>		<b>CARGO: ASISTENTE FINANCIERO</b>			
<b>FECHA: 10 JULIO 2014</b>		<b>HORA INICIO: 9:40</b>			
<b>PROCEDIMIENTO:</b>		<b>HORA FINALIZACIÓN: 10:00</b>			
N°	PREGUNTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
	<b>1. Ambiente de Control</b>				
	<b><u>1.1. Integridad y Valores Éticos</u></b>				
1	¿En la inducción del personal a su puesto de trabajo se hace énfasis a la debida sociabilización de las normas de conducta, contables y tributarias utilizadas?	X			
2	¿Cuál es la actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución y como se evidencia en el día a día?		X		MOLESTA
3	¿Se ha observado la práctica del principio de trabajo en equipo entre los funcionarios del departamento?	X			
4	¿Los funcionarios del departamento actúan con dignidad, seriedad y nobleza?	X			
	<b><u>1.2. Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</u></b>				
5	¿La dirección de la institución ejerce motivación para el cumplimiento de leyes y reglamentos internos como externos dentro del área contable?	X			
6	¿La dirección enfatiza a los funcionarios la práctica de valores, principios y políticas operativas que constituyen la base del sistema de Control Interno?	X			
7	¿La dirección ayuda a los funcionarios a diferenciar lo que está bien de lo que está mal y los orienta como deben actuar ante un comportamiento indeseable?	X			
8	¿Se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada?	X			
	<b><u>1.3. Consejo de Administración y Comités</u></b>				
9	¿Cuenta la institución con algún tipo de Consejo de Administración o comité que involucre la participación de los miembros del área para decisiones financieras?	X			
10	¿Los miembros del Comité son profesionales con experiencia que toman decisiones importantes bajo un análisis profesional?	X			
11	¿Los miembros son funcionarios con experiencia y tienen conocimiento del sector salud?	X			
	<b><u>1.4. Estructura Organizativa</u></b>				
12	¿Existe una estructura orgánica y funcional que indique claramente la distribución del área y del personal del departamento?	X			
13	¿Existe un manual de procesos, registro, pagos, cobros, etc. realizados en el área?	X			
14	¿Existe una clara segregación de los niveles de autoridad dentro del área?	X			



15	¿La institución cuenta con personal adecuado para llevar acabo la misión?	X			
-	<b>1.5. Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	-	-	-	-
16	¿Existe un manual de funciones que señale las responsabilidades y autoridad de cada puesto en el área contable?	X			
17	¿Considera que el personal que labora en el área es el idóneo para desempeñar sus actividades?	X			
18	¿El número de personas que trabaja en el área es el adecuado para la carga de labores y funciones?	X			
19	¿Existe confianza de la dirección para asignar responsabilidades a sus subordinados del área contable?	X			
	<b>1.6. Gestión del Capital Humano</b>				
20	¿Para la contratación del personal se analiza el conocimiento y la experiencia del postulante?	X			
21	¿Existen políticas administrativas de uso exclusivo para esta área?	X			
22	¿Se Fomenta el desarrollo del personal, promoviendo su participación en eventos de capacitación y adiestramiento, orientados a elevar su formación intelectual?	X			
23	¿Se muestra interés de los funcionarios ante las ofertas que hace la Entidad de programas integrales de desarrollo humano, a fin de incrementar su desempeño laboral?	X			
	<b>1.7. Responsabilidad y Transparencia</b>				
24	¿Existe una cultura organizacional dirigida a la responsabilidad en el manejo de información financiera?	X			
25	¿Se establecen objetivos que el área deba alcanzar y permitan medir su cumplimiento?	X			
26	¿Se realizan reportes económicos frecuentes de los avances y el progreso en el trabajo planificado?	X			
27	¿La información financiera que se presenta a organismos de control, se encuentra debidamente respaldada con documentos reales, la misma que reposa en el archivo de la entidad?	X			
	<b>2. Establecimiento de Objetivos</b>				
	<b>2.1. Objetivo Estratégico</b>				
28	¿La institución cuenta con un plan estratégico?	X			
29	¿Existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento?		X		
30	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento?	X			
31	¿Se fija con periodicidad los recursos financieros y tiempo para la presentación de informes o reportes?	X			
32	¿Se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual?	X			
33	¿Los funcionarios conocen cuales son los objetivos propuestos para alcanzar la misión?	X			
34	¿Los funcionarios dan cumplimiento de los objetivos estratégicos y leyes de contratación pública?	X			
	<b>2.2. Objetivos Específicos</b>				
35	¿Existe una conexión entre los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?	X			
36	¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?	X			
37	¿Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos específicos?	X			
38	¿El funcionario está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe, y su remuneración se encuentra establecida por la ley del sector público?		X		
39	¿Se mantiene actualizado el sistema contable y de control interno?	X			


	<b>2.3. Consecución de Objetivos</b>				
40	¿Los directivos del área presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos?	X			
41	¿Se ha evidenciado el incumplimiento a los procedimientos que impidan llegar a la consecución de objetivos?		X		
42	¿El departamento suministra la información necesaria para medir el nivel de cumplimiento de objetivos?	X			
43	¿Con la implementación del sistema contable actual, se ha conseguido presentar los informes contables en el tiempo solicitado?	X			
	<b>2.4. Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>				
44	¿La gerencia supervisa y evalúa la razonabilidad del riesgo que puede aceptar el área?	X			
45	¿Existe algún tipo de sistema informático que maneje el área para medir la forma en que se alcanzan los estándares y relación con cumplimiento de objetivos institucionales?	X			
46	¿Ud. Cree que el sistema de control interno asegura la Confiabilidad, Calidad, Suficiencia, Pertinencia y Oportunidad de la Información?	X			
47	¿Existen riesgos relativos al negocio que el centro de salud haya decidido admitir? Cuales son:		X		
48	¿En qué situación se encuentran los riesgos que hayan sido aceptados por el centro de salud?		X		<b>REGULARES</b>
	<b>3. Identificación de Eventos</b>				
	<b>3.1. Factores internos y externos</b>				
49	¿Se cuenta con un análisis FODA del departamento?		X		
50	¿Los factores internos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		X		
51	¿Los factores externos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		X		
52	¿Los planes, programas, proyectos y presupuestos en el departamento se elaboran de acuerdo a los requerimientos del Centro de Salud?	X			
53	¿Se han determinado y categorizado los riesgos?	X			
	<b>3.2. identificación de eventos</b>				
54	¿Existe un adecuado sistema computarizado para agilizar el registro de transacciones y proporcionar información contable confiable y oportuna?	X			
55	¿Se realizan modificaciones a las partidas presupuestarias aprobadas?		X		
56	¿Se verifica la existencia de las partidas presupuestarias y que las mismas tengan fondos suficientes antes de autorizar la ejecución de un gasto?	X			
	<b>3.3. Categoría de Eventos</b>				
57	¿Las acciones tomadas para prevenir sucesos riesgosos son eficientes y efectivas?	X			
58	¿Se establecen políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos?	X			
59	¿Se han determinado las causas y efectos de los eventos identificados?	X			
	<b>4. Evaluación de Riesgos</b>				
	<b>4.1. Estimación de Probabilidad de riesgo</b>				
60	¿Proporciona el Control Interno mecanismos para asegurar la calidad, oportunidad, uso y comprensión de la información base para la toma de decisiones?	X			

61	¿Cuándo se van a tomar decisiones, se analiza rigurosamente los efectos positivos y negativos que se puedan presentar?	X			
62	¿El control interno de la entidad está diseñado para reducir los riesgos al máximo?	X			
	<b>4.2. Evaluación de Riesgos</b>				
63	¿Cuenta la entidad con una metodología para la evaluación de los riesgos implícitos en esta área?	X			
64	¿Se aplican indicadores que permitan analizar el desempeño del funcionario y la consecución de objetivos del departamento?	X			
65	¿Se evalúa que las metas programadas se cumplan de acuerdo al presupuesto aprobado?	X			
	<b>4.3. Riesgos Originados por los cambios</b>				
66	¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante cambios (contables o tributarios) que puedan generarse en el área?	X			
67	¿Cuál fue la última medición de riesgos originados por los cambios?	X			
68	¿Ha existido disminución en el desempeño de las actividades?		X		
	<b>5. Respuesta a los Riesgos</b>				
	<b>5.1. Categoría de Respuestas</b>				
69	¿Cuenta el departamento con un proceso para realizar la categorización de riesgos?	X			
70	¿Cuenta el departamento con un proceso de evaluación de riesgos?	X			
71	¿Se elaboran matrices que permitan visualizar el riesgo y la causa efecto de los mismos?	X			
72	¿Se elaboran planes de contingencia ante la presencia de estos eventos?	X			
-	<b>5.2. Decisión de Respuestas</b>	-	-	-	-
73	¿Cree usted que las decisiones que se toman en el área tienen respaldo en evidencia confiable?	X			
74	¿El seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados tienen un responsable por departamento?	X			
75	Se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento?	X			
76	¿Se realizan seguimientos de parte del área de control interno para verificar su cumplimiento?	X			
	<b>6. Actividades de Control</b>				
	<b>6.1. Integración con las decisiones sobre Riesgos</b>				
77	¿Existen en el área actividades de control importantes que se alineen con el cumplimiento de normas que permitan una adecuada segregación de funciones?	X			
78	¿Se proponen políticas, normas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros en base al presupuesto?	X			
79	Se ha diseñado e Flujoograma de proceso atendiendo a las actividades de control?	X			
80	¿Existen políticas contables?	X			
81	¿El acceso a los registros es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados?	X			
82	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	X			
	<b>6.2. Principales Actividades de Control</b>				
83	¿Se mantienen registros y documentos de los bienes, en los que conste su historia, su destinación, su uso y custodia?	X			
84	¿La institución realiza las compras y prestación de servicios a través del Sistema Nacional de Contratación Pública?	X			
85	¿Se trata de dar cumplimiento en lo posible a las partidas estipuladas dentro del presupuesto?	X			

86	¿Se aplican indicadores de rendimiento para medir el desempeño de las actividades?	X			
87	¿Existen claves de accesos lógicos por ejemplo password para el ingreso en los programas computarizados?	X			
88	¿Se verifica la legalidad, documentación sustentaría y debida autorización antes de ejecutar los desembolsos?	X			
<b>6.3. Controles sobre los sistemas de Información</b>					
89	¿Existen seguridades especiales en TIC's (tecnología, información y comunicación) que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado?	X			
90	¿Cree usted que el uso de la informática ayudará a identificar los riesgos?	X			
91	¿El sistema contable es apropiado para las actividades que realiza la institución?	X			
92	¿El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas?		X		
<b>7. Información y Comunicación</b>					
<b>7.1. Cultura de la Información en todos los niveles</b>					
93	¿Existen políticas relativas al manejo de la información dentro del área y su difusión?	X			
94	¿Se realizan reuniones periódicas del departamento de finanzas con el personal que la integra?	X			
95	¿En la entidad existe circulación de la información formal e informalmente?	X			
<b>7.2. Sistemas Estratégicos e Integrados</b>					
96	¿Se han diseñado sistema de integración con las demás unidades para el cumplimiento de objetivos conjuntamente?	X			
97	¿Se utiliza la información integrada de todas las áreas para conocer los recursos que deben destinarse a cada una de ellas?	X			
98	¿Se identifica, captura y utiliza información pertinente en todos los niveles de la empresa con el fin de lograr los objetivos de reporte de la información financiera?	X			
99	¿Los sistemas de información se respaldan en una plataforma tecnológica?	X			
<b>7.3. Confiabilidad de la información</b>					
100	¿Todas las áreas envían oportunamente la información de sus actividades a fin de que sean registradas financieramente?	X			
101	¿Los informes financieros se encuentran debidamente respaldados?	X			
102	¿El sistema de información se lo actualiza diariamente, lo que permite obtener información oportuna?	X			
<b>7.4. Comunicación Interna</b>					
103	¿Se toman en consideración las propuestas del personal para el mejoramiento de los procesos y procedimientos?	X			
104	¿La comunicación que hay en el departamento permite y ayuda a la comprensión y ejecución de objetivos, procesos y responsabilidades?	X			
105	¿Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) son periódicamente reportadas y revisadas?	X			
<b>7.5. Comunicación Externa</b>					
106	¿Conoce el personal y la dirección del área el tipo de información y plazos en los que debe ser entregada determinada información a entidades reguladoras?	X			
107	Se comunica a partes externas los asuntos que afectan la consecución de los objetivos de reporte de la información financiera?	X			
108	¿Se cumple con los requerimientos de las entidades de control?	X			

109	¿Existen mecanismos que faciliten canales de comunicación al exterior de la organización?	X			
110	¿Se actualiza periódicamente la página web del centro de salud?	X			
	<b>8. Supervisión y Monitoreo</b>				
	<b>8.1. Supervisión Permanente</b>				
111	¿Se realizan revisiones periódicas de la información contenida en libros contables con respecto a lo existente físicamente?	X			
112	¿Existe una rutina permanente de seguimiento y evaluación del desempeño del control interno para determinar mejoras?	X			
113	¿Se realizan comparaciones periódicas sobre lo presupuestado y lo ejecutado y se evalúan las causas de los desvíos?	X			
114	¿Se evalúan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y se comunica a la Dirección de la institución pública?	X			
	<b>8.2. Evaluación Interna</b>				
115	¿Se verifica el comportamiento del presupuesto, se revisan las cuentas y los hechos económicos que afectan los estados financieros, principalmente los de mayor incidencia?	X			
116	¿Existen mecanismos para que el personal realice autoevaluaciones periódicas a sus áreas de responsabilidad?	X			
	<b>8.3. Evaluación Externa</b>				
117	¿La institución fue sujeta a una revisión por parte de una auditora externa que emita un informe sobre la razonabilidad de sus estados financieros?	X			
118	¿Se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría?	X			
	<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>11</b>		
<b>Elaborado por: ASFG</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b>			
<b>Revisado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b>			

4.2.2.2. Evaluación de los componentes

 <p>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Evaluación – Componente Ambiente de Control Examen al 31 de Diciembre del 2012</p>		<p><b>PT N° ACIN 28/82</b></p>																
<p><b>A. Ambiente de Control</b></p>																		
<p><b>ACTIVIDAD DE CONTROL</b></p>	<p><b>NIVEL DE CONFIANZA:</b> Total de Respuestas Afirmativas (Si) NC = _____ *100% No. De Respuestas Realizadas <b>NIVEL DE RIESGO:</b> <b>NR = 100% - NC</b></p>	<p><b>NIVEL DE RIESGO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th>RANGO</th> <th>CONFIANZA</th> <th>RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 50%</td> <td>Baja</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>51% - 75%</td> <td>Moderada</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>76% - 100%</td> <td>Alta</td> <td>Bajo</td> </tr> </tbody> </table>	MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo	<p><b>INTERPRETACIÓN</b></p>
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO																
0% - 50%	Baja	Alto																
51% - 75%	Moderada	Moderado																
76% - 100%	Alta	Bajo																
<p>1.-Integridad y valores éticos</p>	<p><math>NC = \frac{3}{4} * 100\% = 75</math></p> <p><math>NR = 100 - 75 = 25</math></p>	<p>Nivel de confianza: 75%</p> <p>Nivel de riesgos: 25%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario de control interno se obtuvo un nivel de confianza Moderado del 75% y un nivel bajo de riesgo del 25%, encontrando que el área financiera se realiza adecuadamente el proceso de inducción, así como cuentan con los valores necesarios para ocupar y desempeñar las funciones que realizan a diario, existiendo descontento de los funcionarios ante el control interno y como se evidencia día a día.</p>															
<p>2.-Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</p>	<p><math>NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100</math></p> <p><math>NR = 100 - 100 = 0</math></p>	<p>Nivel de confianza: 100%</p> <p>Nivel de riesgos: 0%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario de control interno se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, en el área financiera se enfatiza en el cumplimiento de las leyes y reglamentos internos.</p>															

3.-Consejo de Administración y Comités	$NC = \frac{3}{3} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario de control interno se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área financiera cuenta con el comité de dirección correspondiente, que tienen la experiencia suficiente para la toma de decisiones.
4.- Estructura Organizativa	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área financiera cuenta con el personal necesario para cumplir la misión y sus objetivos.
5.- Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área financiera cuenta con la confianza de la dirección para la asignación de funciones y personal idóneo para el logro de las metas de la sección y del centro.
6.- Gestión del Capital Humano	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, existen políticas específicas para el área, así como se verifica a los nuevos trabajadores antes de entrar al centro y de ser aprobados por la dirección.
7.- Responsabilidad y Transparencia	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área financiera realiza y entrega los informes correspondientes y con la documentación de respaldo, evaluando además el cumplimiento de los objetivos y metas.
<b>Elaborado por: AFSG</b> <b>Revisado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b> <b>Fecha: 05-05-2014</b>	

**A. Cuadro de Evaluación de Objetivos Estratégicos Sección Financiera**

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Perfeccionar la elaboración de los presupuestos que debe ejecutar el Centro de Salud.	Presupuestos elaborados	Aprobación de los presupuestos elaborados por la dirección.
Maximizar la información paulatinamente en los trabajadores del centro de los resultados financieros de este.	Aumento de la información financiera entre los trabajadores del centro.	Aplicación de indicadores que permita conocer el nivel de información.
Optimizar los procesos y procedimientos del centro atendiendo a las necesidades de control y mecanismos del área financiera.	Mejoramiento del desarrollo de las funciones del centro.	Inobservancia de incumplimientos y quejas de los usuarios del centro.
Crear una ambiente de control en las áreas del centro siendo el departamento financiero pilar en esto.	Aumento de la percepción de control entre las áreas y usuarios del centro.	Disminución de errores, fraudes e indisciplinas en el centro.

**B. Cuadro de Evaluación de Objetivos Relacionados Sección Financiera**

<b>OBJETIVO RELACIONADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Perfeccionar y velar porque se cumplan los procedimientos aprobados por la dirección del centro.	Realización de actividades de control de manera eficiente y eficaz.	Resultado de estas actividades de control ejecutadas.
Realizar los informes requeridos en tiempo y forma y entregar al debido solicitante.	Entrega en tiempo y forma de los informes.	Ausencia de señalamiento por incumplimientos en la entrega de los informes correspondientes.



### C. Cuadro de Evaluación de Objetivos de Cumplimiento Sección Financiera

OBJETIVO DE CUMPLIMIENTO	INDICADOR	VERIFICADOR
Realizar las acciones de control suficientes que permita asegurar un adecuado funcionamiento del centro	Mejoramiento del orden en la ejecución de las funciones diarias del centro.	Aumento de la eficiencia y eficacia del centro
Crear los procedimientos que permitan compilar la información oportuna para la elaboración de los registros financieros en tiempo y forma	Recepción en el área de la información solicitada en el tiempo y forma requerida para registrar adecuadamente.	Aplicación de los procedimientos elaborados.
Realizar la documentación correspondiente a los Organismos Rectores del país para el centro	Entrega de la documentación en el tiempo establecido.	Ausencia de señalamientos o multas al centro por indisciplinas en la entrega de la información.
Optimizar los procesos del área que permitan minimizar los riesgos lo más posibles	Disminución de los riesgos tanto implícitos como característicos de la actividad en el área.	Evaluación periódica de los riesgos detectados en el área.

#### Nivel de Confianza:

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{19}{21} * 100 = 90.48\%$$

#### Nivel de Riesgo:

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 90.48 = 9.52\%$$

#### D. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

#### Interpretación:


Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente establecimiento de objetivos en el área financiera, se obtuvo un nivel de confianza alto de 90.48% y un nivel bajo de riesgo del 9.52%, teniendo en cuenta estos resultados se puede determinar que la sección financiera tiene definido correctamente los objetivos, apreciándose la aplicación efectiva de los controles y supervisión de estos, aunque se evidencia que no existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento y que el funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.

**Elaborado por:** ASFG

**Revisado por:** SA/IB

**Fecha:** 12-05-2014

**Fecha:** 12-05-2014

 <p><b>Centro de Salud Salcedo</b>  <b>Identificación de Eventos</b>  <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b>  <b>ACIN-30/82</b></p>								
<p><b>A. Cuadro de identificación de riesgos internos de la Sección Financiera del Centro de Salud.</b></p>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">RIESGOS POSITIVOS</th> <th style="text-align: center;">RIESGOS NEGATIVOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Se cuenta con el personal necesario para la ejecución de las funciones.</td> <td style="text-align: center;">La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución en molesta.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">El personal está capacitado y la dirección del centro ejerce motivación para el desarrollo de este.</td> <td style="text-align: center;">No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Existencia de un aseguramiento tecnológico, material y humano para el desarrollo de las funciones.</td> <td style="text-align: center;">El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.</td> </tr> </tbody> </table>	RIESGOS POSITIVOS	RIESGOS NEGATIVOS	Se cuenta con el personal necesario para la ejecución de las funciones.	La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución en molesta.	El personal está capacitado y la dirección del centro ejerce motivación para el desarrollo de este.	No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.	Existencia de un aseguramiento tecnológico, material y humano para el desarrollo de las funciones.	El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.	
RIESGOS POSITIVOS	RIESGOS NEGATIVOS								
Se cuenta con el personal necesario para la ejecución de las funciones.	La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución en molesta.								
El personal está capacitado y la dirección del centro ejerce motivación para el desarrollo de este.	No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.								
Existencia de un aseguramiento tecnológico, material y humano para el desarrollo de las funciones.	El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.								
<p><b>Elaborado por:</b> AFSG  <b>Revisado por:</b> SA/IB</p>	<p><b>Fecha:</b> 12-05-2014  <b>Fecha:</b> 12-05-2014</p>								

<b>MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.</b>					
		<b>OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO</b>			
<b>Riesgos Internos</b>		Realizar las acciones de control suficientes que permita asegurar un adecuado funcionamiento del centro	Crear los procedimientos que permitan compilar la información oportuna para la elaboración de los registros financieros en tiempo y forma.	Realizar la documentación correspondiente a los Organismos Rectores del país para el centro	Optimizar los procesos del área que permitan minimizar los riesgos lo más posibles
	La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta.	X	X	X	X
	No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.		X	X	X
	El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.	X	X	X	X
<b>Elaborado por: AFSG</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b>			
<b>Revisado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b>			

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{11}{11} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

<b>MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</b>		
<b>RANGO</b>	<b>CONFIANZA</b>	<b>RIESGO</b>
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente identificación de riesgos en el área financiera, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que la Sección Financiera del Centro de Salud, cuenta con las políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 12-05-2014  
**Fecha:** 12-05-2014



Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06  
Evaluación – Componente Evaluación de Riesgos  
Examen al 31 de Diciembre del 2012

**P/T No.  
ACIN-31/82**

**MATRIZ DE IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE RIESGO**

FACTORES DE RIESGOS	ORIGEN DEL RIESGO	POTENCIAL CONSECUENCIA	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	TIPO DE RIESGO	CONTROL DE RIESGO	EFECTIVIDAD	PROMEDIO	RIESGO NETO O RESIDUAL
La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta	Factor Interno	Indisciplinas e inejecución de las tareas asignadas	5	1	3	Operación	Supervisión constante y evaluación de las tareas a ejecutar	5	5	1
No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento	Factor Interno	Disminución de la eficiencia y eficacia del área.	5	3	1	Operación	Elaborar la misión y visión del área y evaluar su cumplimiento anualmente.	5	5	1
El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe	Factor Interno	Inestabilidad en el puesto de trabajo, trayendo atrasos en la ejecución de las funciones asignadas.	5	3	3	Operación	Evaluación de la ejecución de las funciones a ejecutar y de ser preciso incrementar su salario siempre y cuando cumpla con lo establecido.	5	5	1
Elaborado por: <b>AFSG</b> Revisado por: <b>SA/IB</b>			Fecha: <b>12-05-2104</b> Fecha: <b>12-05-2014</b>							

**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

FRECUENCIA O PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				
IMPACTO	Alto	4	5	5
	Medio	3	3	5
	Bajo	1	2	4
		Baja	Media	Alta

**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

CONTROL	EFFECTIVIDAD
Ninguno	1
Bajo	2
Medio	3
Alto	4
Destacado	5

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (SÍ)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{9}{9} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de nivel de riesgo y confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente evaluación de riesgos en el área financiera, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, tomando en cuenta, que la Sección Financiera ha establecido procedimientos y mecanismos para la detección y control de los riesgos, en busca de solucionarlos y disminuirlos a su mínima potencia.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 12-05-2014  
**Fecha:** 12-05-2014





**Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06**  
**Respuesta a los Riesgos**  
**Examen al 31 de Diciembre del 2012**


**P/T No.**  
**ACIN-32/82**


**MATRIZ DE RESPUESTA AL RIESGO**


<b>RIESGOS</b>	<b>RESPUESTA AL RIESGO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>PERIODO DE EVALUACION</b>
<b>La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta.</b>	Supervisión constante y evaluación de las tareas a ejecutar.	Incumplimiento de las tareas a realizar por los funcionarios.	Aplicación de indicadores de cumplimientos.	Asistente de talento humano.	\$650.00	Cada Mes
<b>No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.</b>	Elaborar la misión y visión del área y evaluar su cumplimiento anualmente.	Falta de comprometimiento del trabajador por el cumplimiento de la misión y visión del centro.	Cumplimiento de la misión y visión del centro.	Asistente de recursos humanos Computadora Impresora Útiles de oficina.	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Año
<b>El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.</b>	Evaluación de la ejecución de las funciones a ejecutar y de ser preciso incrementar su salario siempre y cuando cumpla con lo establecido.	Desmotivación de los trabajadores del área en las ejecuciones de las tareas diarias.	Evaluación mensual de la ejecución de las tareas y tomar las medidas correspondientes.	Asistente de recursos humanos Computadora Impresora Útiles de oficina.	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes

**Elaborado Por: AFSG**  
**Revisado Por: SA/IB**


**Fecha: 12-05-2014**  
**Fecha: 12-05-2014**

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Evaluación - Componente Actividades de Control</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-33/82</b></p>															
<p><b>Nivel de Confianza:</b></p> $NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$ $NC = \frac{16}{16} * 100 = 100\%$ <p><b>Nivel de Riesgo:</b></p> $NR = 100\% - NC$ $NR = 100 - 100 = 0\%$ <p><b>A. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza</b></p> <table border="1" data-bbox="469 1104 1238 1361" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">RANGO</th> <th style="text-align: center;">CONFIANZA</th> <th style="text-align: center;">RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0% - 50%</td> <td style="text-align: center;">Baja</td> <td style="text-align: center;">Alto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">51% - 75%</td> <td style="text-align: center;">Moderada</td> <td style="text-align: center;">Moderado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">76% - 100%</td> <td style="text-align: center;">Alta</td> <td style="text-align: center;">Bajo</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Interpretación:</b></p> <p>Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente actividades de control en el área financiera, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que en la Sección Financiera cuenta con un sistema eficiente y eficaz en la aplicación de las respectivas acciones que permiten un adecuado control interno.</p>		MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																
RANGO	CONFIANZA	RIESGO														
0% - 50%	Baja	Alto														
51% - 75%	Moderada	Moderado														
76% - 100%	Alta	Bajo														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Elaborado Por:</b> AFSG</td> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Fecha:</b> 12-05-2014</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Revisado Por:</b> SA/IB</td> <td style="border: none;"><b>Fecha:</b> 12-05-2014</td> </tr> </table>		<b>Elaborado Por:</b> AFSG	<b>Fecha:</b> 12-05-2014	<b>Revisado Por:</b> SA/IB	<b>Fecha:</b> 12-05-2014											
<b>Elaborado Por:</b> AFSG	<b>Fecha:</b> 12-05-2014															
<b>Revisado Por:</b> SA/IB	<b>Fecha:</b> 12-05-2014															


 <p><b>Centro de Salud del Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación - Componente Actividades de Control</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No. ACIN-34/82</b></p>
<p>En vista de que se trata de una Auditoría de Control Interno al Centro de Salud, menciono solo los hallazgos del Departamento Financiero, con el fin de realizar un informe general al término de la Auditoría anteriormente mencionada. Los hallazgos encontrados en el departamento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta.</li><li>• No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.</li><li>• El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe.</li></ul>	
<p><b>Elaborado Por: ASFG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 12-05-2014</b> <b>Fecha: 12-05-2014</b></p>

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación - Componente Supervisión y Monitoreo</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-35/82</b>	
<b>A. Cuadro de supervisión y monitoreo</b>			
N°	Componente COSO II – E.R.M.	Situación Actual	Situación Requerida
Ambiente De Control			
1	Integridad y Valores Éticos	La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta	El control interno debe ser parte de todos los trabajadores del centro desde el director hasta el más bajo en la escala salarial.
Establecimiento de Objetivo			
2	Objetivos Estratégicos	No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento	Establecer una misión y visión que permita elevar el rendimiento del área
3	Objetivos Específicos	El funcionario no está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe	Realizar la evaluación del sueldo que percibe y comprobar si se puede elevar sin incumplir la legislación establecida.
Identificación de riesgos			
Evaluación de riesgos			
Respuesta a los riesgos			
Actividades de control			
Información y comunicación			
Supervisión y monitoreo			
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b> <b>Fecha: 12-05-2014</b>	

4.2.2.3. *Matriz de Ponderación*


 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de ponderación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-36/82</b>				
<b>A. MATRIZ DE PONDERACIÓN</b>						
N°	PREGUNTA	<b>MP</b>				
		SI	NO	PND	CÁLCULO	CALIFICACIÓN
1	Ambiente de control	26	1	10	$26 \times 10/27$	9.63
2	Establecimiento de objetivos	19	2	10	$19 \times 10/21$	9.05
3	Identificación de eventos	11	0	10	$11 \times 10/11$	10
4	Evaluación del riesgo	9	0	10	$9 \times 10/9$	10
5	Respuesta al riesgo	8	0	10	$8 \times 10/8$	10
6	Actividades de control	16	0	10	$16 \times 10/16$	10
7	Información y comunicación	18	0	10	$18 \times 10/18$	10
8	Supervisión y monitoreo	8	0	10	$8 \times 10/8$	10
TOTAL				<b>80</b>		<b>78.68</b>
<p><b>Determinación de riesgo y confianza</b></p> $CP = \frac{CT}{PT} \times 100 \qquad CP = \frac{78.68}{80} \times 100 \qquad CP = 98.35\%$						
<p>Después de haber aplicado el cuestionario de control interno al área financiera se determina un nivel de confianza alto de 98.35% y un nivel bajo de riesgo de control de 1.65%.</p>						
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>			<b>Fecha: 12-05-2014</b> <b>Fecha: 12-05-2014</b>			


#### 4.2.2.4. Matriz de hallazgo

		<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación – Componente Ambiente de Control</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>			<b>PT N°</b> <b>ACIN 37/82</b>	
COMPONENTE	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	RECOMENDACIÓN	
Ambiente de control	La actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución es molesta	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Insuficiente supervisión sobre la ejecución de las tareas a realizar.	Inejecución de tareas asignadas al área.	Revisión constante de las funciones a ejecutar por el área del jefe inmediato.	
Establecimiento de objetivos.	No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento. Los funcionarios no están conformes con el sueldo y los beneficios que perciben.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Incumplimiento de los reglamentos del Ministerio de salud. Falta de motivación por el jefe inmediato.	Disminución de la eficiencia y eficacia del área Desmotivación del personal del área.	Diseñar una misión y visión que este a tono con los objetivos del centro. Evaluación de los sueldos con respecto a los cargos existentes.	
Identificación de eventos.	No se detectaron hallazgos.					
Evaluación del riesgo.	No se detectaron hallazgos.					
Respuesta al riesgo.	No se detectaron hallazgos.					
Actividades de control.	No se detectaron hallazgos.					
Información y Comun.	No se detectaron hallazgos.					
Supervisión y monitoreo.	No se detectaron hallazgos.					
<b>Elaborado por: AFSG</b> <b>Revisado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 12-05-2014</b> <b>Fecha: 12-05-2014</b>				


### 4.2.3. Departamento de talento humano

#### FUNCIONES, OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO, RIESGOS

	<p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Administrativo - Funciones</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>P/T No. ACIN-38/82</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de personal actualizada.</li> <li>• Distributivo de remuneraciones mensuales unificadas.</li> <li>• Acciones de personal elaboradas, legalizadas y registradas en el sistema informático de talento humano.</li> <li>• Registro del sistema informático de nómina.</li> <li>• Informe de ejecución de procesos de selección y contratación de servicios ocasionales y profesionales</li> <li>• Cronogramas de capacitación.</li> <li>• Informe de aplicación del plan anual de capacitación.</li> <li>• Diagnóstico de necesidades de capacitación.</li> </ul>		
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>		<p><b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b></p>

	<p align="center"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>  <b>Administrativo - Objetivos de Control</b>  <b>Interno</b>  <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p align="center"><b>P/T No.</b>  <b>ACIN-39/82</b></p>
<p><b>Objetivos estratégicos Sección Talento Humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar los perfiles de cada cargo del Centro de Salud.</li> <li>• Maximizar las acciones de capacitación de los trabajadores.</li> <li>• Optimizar las necesidades de capacitación para hacer más precisa la capacitación necesaria.</li> <li>• Perfeccionar la base dato existente que permita darle los elementos necesarios a la dirección para la toma de decisión.</li> </ul> <p><b>Objetivos relacionados Sección Talento Humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar acciones de cumplimientos que permita comprobar la veracidad de la documentación de los trabajadores del centro.</li> <li>• Perfeccionamiento del proceso de nómina, minimizando los riesgos detectados.</li> <li>• Identificar los riesgos que se encuentran implícitos en el área y sus trabajadores.</li> <li>• Optimización de las funciones a realizar por cada trabajador del centro.</li> </ul> <p><b>Objetivos de cumplimiento Sección de Talento Humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar los informes solicitados y que cuenten con los requerimientos establecidos.</li> <li>• Confeccionar los cronogramas de capacitación de forma eficiente que estos no entorpezcan la operación diaria del centro.</li> <li>• Verificar y evaluar a las nuevas incorporaciones de trabajadores.</li> <li>• Evaluar periódicamente el desempeño de cada trabajador y cada área.</li> </ul>		
<p><b>Elaborado Por:</b> AFSG  <b>Revisado Por:</b> SA/IB</p>		<p><b>Fecha:</b> 19-05-2014  <b>Fecha:</b> 19-05-2014</p>



 Consulexter Consultores y Auditores Independientes S.A. www.consulexter.com	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Riesgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	<b>P/T No.</b> <b>ACIN-40/82</b>
<p>Se refiere a las eventualidades relacionadas con las estructuras y actividades del organismo y las personas que actúan en el que pueden suscitarse, y por las cuales el auditor no pueda detectar error o falsedad en la información que examina o irregularidades en el proceder de los operadores, teniendo en cuenta los riesgos de control e inherente de la empresa y el de detección de los auditores ejecutantes en la revisión del área de Talento Humano.</p>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b>

## 4.2.3.1. Cuestionario

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Talento Humano – Cuestionario C.I</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-41/82</b>			
<b>CENTRO DE SALUD</b>  <b>AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO</b>  Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013  Cuestionario de Control Interno  Talento Humano					<b>D 1</b>
<b>FUNCIONARIO: DARWIN ENRIQUEZ</b>		<b>CARGO: ASISTENTE RRHH</b>			
<b>FECHA: 10 JULIO 2014</b>		<b>HORA INICIO: 10:10</b>			
<b>PROCEDIMIENTO:</b>		<b>HORA FINALIZACIÓN: 10:30</b>			
Nº	PREGUNTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
	<b>1. Ambiente de Control</b>				
	<b><u>1.1. Integridad y Valores Éticos</u></b>				
1	¿En la inducción del personal a su puesto de trabajo se hace énfasis a la debida sociabilización de las normas de conducta, gestión del desempeño, planificación de recursos humanos?	X			
2	¿Cuál es la actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución y como se evidencia en el día a día?				MALA ACTITUD
3	¿Se ha observado la práctica del principio de trabajo en equipo entre los funcionarios del departamento?	X			
4	¿Los funcionarios del departamento actúan con dignidad, seriedad y nobleza?	X			
	<b><u>1.2. Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</u></b>				
5	¿La dirección de la institución ejerce motivación para el cumplimiento de leyes y reglamentos internos como externos dentro del área de recursos humanos?	X			
6	¿La dirección enfatiza a los funcionarios la práctica de valores, principios y políticas operativas que constituyen la base del sistema de Control Interno?	X			
7	¿La dirección ayuda a los funcionarios a diferenciar lo que está bien de lo que está mal y los orienta como deben actuar ante un comportamiento indeseable?	X			
8	¿Se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada?		X		
	<b><u>1.3. Consejo de Administración y Comités</u></b>				
9	¿Cuenta la institución con algún tipo de Consejo de Administración o comité que involucre la participación de los miembros del área para decisiones de reclutamiento, capacitación y desarrollo?	X			
10	¿Los miembros del Comité son profesionales con experiencia que toman decisiones importantes bajo un análisis profesional?	X			
11	¿Los miembros son funcionarios con experiencia y tienen conocimiento del sector salud?				
	<b><u>1.4. Estructura Organizativa</u></b>				
12	¿Existe una estructura orgánica y funcional que indique claramente la distribución del área y del personal del departamento?	X			
13	¿Existe un manual para identificar los procesos de reclutamiento, capacitación, seguimiento del personal y evaluación del rendimiento?	X			
14	¿Existe una clara segregación de los niveles de autoridad dentro del área?	X			

15	¿La institución cuenta con personal adecuado, para llevar acabo la misión?	X			
-	<b>1.5. Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	-	-	-	-
16	¿Existe un manual de funciones que señale las responsabilidades y autoridad de cada puesto en el área de recursos humanos?	X			
17	¿Considera que el personal que labora en el área es el idóneo para desempeñar sus actividades?	X			
18	¿El número de personas que trabaja en el área es el adecuado para la carga de labores y funciones?	X			
19	¿Existe confianza de la dirección para asignar responsabilidades a sus subordinados del área de recursos humanos?	X			
	<b>1.6. Gestión del Capital Humano</b>				
20	¿Para la contratación del personal se analiza el conocimiento y la experiencia del postulante?	X			
21	¿Existen políticas administrativas de uso exclusivo para esta área?	X			
22	¿Se Fomenta el desarrollo del personal, promoviendo su participación en eventos de capacitación y adiestramiento, orientados a elevar su formación intelectual?	X			
23	¿Se muestra interés de los funcionarios ante las ofertas que hace la entidad de programas integrales de desarrollo humano, a fin de incrementar su desempeño laboral?	X			
	<b>1.7. Responsabilidad y Transparencia</b>				
24	¿Existe una cultura organizacional dirigida a la responsabilidad en el manejo del talento humano?	X			
25	¿Se establecen objetivos que el área deba alcanzar y permitan medir su cumplimiento?	X			
26	¿Se realizan reportes frecuentes de control de asistencia y el desempeño en el trabajo planificado?	X			
27	¿La información de la nómina del personal que se presenta a organismos de control, se encuentra debidamente respaldada con documentos reales, la misma que reposa en el archivo de la entidad?	X			
	<b>2. Establecimiento de Objetivos</b>				
	<b>2.1. Objetivo Estratégico</b>				
28	¿La institución cuenta con un plan estratégico?	X			
29	¿Existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento?	X			
30	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento?	X			
31	¿Se fija con periodicidad la planificación de recursos humanos y el tiempo para la presentación de informes de cumplimiento de objetivos individuales relacionados directa o indirectamente con el trabajo a cargo?	X			
32	¿Se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual?	X			
33	¿Los funcionarios conocen cuales son los objetivos propuestos para alcanzar la misión?	X			
34	¿Los funcionarios dan cumplimiento de los objetivos estratégicos y leyes de contratación pública?	X			
	<b>2.2. Objetivos Específicos</b>				
35	¿Existe una conexión entre los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?	X			
36	¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?	X			
37	¿Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos específicos?	X			
38	¿El funcionario está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe, y su remuneración se encuentra establecida por la ley del sector público?	X			
39	¿Se mantiene actualizado el sistema eSIPREN y de control interno?	X			
	<b>2.3. Consecución de Objetivos</b>				


40	¿Los directivos del área presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos?	X			
41	¿Se ha evidenciado el incumplimiento a los procedimientos que impidan llegar a la consecución de objetivos?		X		
42	¿El departamento suministra la información necesaria para medir el nivel de cumplimiento de objetivos?	X			
43	¿Con la implementación del sistema SPRYN actual, se ha conseguido presentar los informes de recursos humanos en el tiempo solicitado?	X			
<b>2.4. Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>					
44	¿La gerencia supervisa y evalúa la razonabilidad del riesgo que puede aceptar el área?	X			
45	¿Existe algún tipo de sistema informático que maneje el área para medir la forma en que se alcanzan los estándares y relación con cumplimiento de objetivos institucionales?				
46	¿Ud. Cree que el sistema de control interno asegura la Confiabilidad, Calidad, Suficiencia, Pertinencia y Oportunidad de la Información?	X			
47	¿Existen riesgos relativos al negocio que el centro de salud haya decidido admitir?		x		
48	¿En qué situación se encuentran los riesgos que hayan sido aceptados por el centro de salud?		X		<b>BAJO</b>
<b>3. Identificación de Eventos</b>					
<b>3.1. Factores internos y externos</b>					
49	¿Se cuenta con un análisis FODA del departamento?	X			
50	¿Los factores internos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		X		
51	¿Los factores externos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		X		
52	¿Los planes, programas, proyectos y presupuestos en el departamento se elaboran de acuerdo a los requerimientos del Centro de Salud?	X			
53	¿Se han determinado y categorizado los riesgos?	X			
<b>3.2. identificación de eventos</b>					
54	¿Existe un adecuado sistema computarizado para agilizar el registro de operaciones y proporcionar información confiable y oportuna?	X			
55	¿Se realizan modificaciones a las actividades aprobadas?		x		
56	¿Se verifica la existencia de las partidas presupuestarias y que las mismas tengan fondos suficientes antes de autorizar la ejecución de un gasto?	X			
<b>3.3. Categoría de Eventos</b>					
57	¿Las acciones tomadas para prevenir sucesos riesgosos son eficientes y efectivas?	X			
58	¿Se establecen políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos?	X			
59	¿Se han determinado las causas y efectos de los eventos identificados?	X			
<b>4. Evaluación de Riesgos</b>					
<b>4.1. Estimación de Probabilidad de riesgo</b>					
60	¿Proporciona el Control Interno mecanismos para asegurar la calidad, oportunidad, uso y comprensión de la información base para la toma de decisiones?	X			
61	¿Cuándo se van a tomar decisiones, se analiza rigurosamente los efectos positivos y negativos que se puedan presentar?	X			
62	¿El control interno de la entidad está diseñado para reducir los riesgos al máximo?	X			
<b>4.2. Evaluación de Riesgos</b>					

63	¿Cuenta la entidad con una metodología para la evaluación de los riesgos implícitos en esta área?	X			
64	¿Se aplican indicadores que permitan analizar el desempeño del funcionario y la consecución de objetivos del departamento?	X			
65	¿Se evalúa que las metas programadas se cumplan de acuerdo al presupuesto aprobado?	X			
	<b>4.3. Riesgos Originados por los cambios</b>				
66	¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante cambios (perfil académico) que puedan generarse en el área?	X			
67	¿Cuál fue la última medición de riesgos originados por los cambios?	X			<b>NO HAY MEDICION</b>
68	¿Ha existido disminución en el desempeño de las actividades?	X			
	<b>5. Respuesta a los Riesgos</b>				
	<b>5.1. Categoría de Respuestas</b>				
69	¿Cuenta el departamento con un proceso para realizar la categorización de riesgos?	X			
70	¿Cuenta el departamento con un proceso de evaluación de riesgos?	X			
71	¿Se elaboran matrices que permitan visualizar el riesgo y la causa efecto de los mismos?	X			
72	¿Se elaboran planes de contingencia ante la presencia de estos eventos?	X			
-	<b>5.2. Decisión de Respuestas</b>		-	-	-
73	¿Cree usted que las decisiones que se toman en el área tienen respaldo en evidencia confiable?	X			
74	El seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados tienen un responsable por departamento?		X		
75	¿Se realizan seguimientos de parte del área de control interno para verificar su cumplimiento?	X			
	<b>6. Actividades de Control</b>				
	<b>6.1. Integración con las decisiones sobre Riesgos</b>				
76	¿Existen en el área actividades de control importantes que se alineen con el cumplimiento de normas que permitan una adecuada segregación de funciones?	X			
78	¿Se proponen políticas, normas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros en base al presupuesto?	X			
79	¿Se ha diseñado un flujograma de proceso atendiendo a las actividades de control?	X			
80	¿Existen políticas de talento humano?	X			
81	¿El acceso a los registros es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados?	X			
82	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	X			
	<b>6.2. Principales Actividades de Control</b>				
83	¿Se establecen multas para los empleados que no realicen sus funciones de manera responsable?	X			
84	¿Se mantiene un registro actualizado de la información de los recursos humanos del centro de salud para la toma de decisiones y la planificación del desarrollo de los recursos humanos.	X			
85	¿Se identifican las necesidades de recursos humanos, que deben asignarse a los cargos o puestos de trabajo?	X			
86	¿Se aplican indicadores de rendimiento para medir el desempeño de las actividades?	X			
87	¿Existen claves de accesos lógicos por ejemplo password para el ingreso en los programas computarizados?	X			

88	¿Se verifica la legalidad, documentación sustentada y debida autorización antes de ejecutar la contratación del personal?	X			
	<b>6.3. Controles sobre los sistemas de Información</b>				
89	¿Existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado?	X			
90	¿Cree usted que el uso de la informática ayudará a identificar los riesgos?	X			
91	¿Existe políticas del manejo de programas y acceso a internet para los colaboradores?	X			
92	¿El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas?				
	<b>7. Información y Comunicación</b>				
	<b>7.1. Cultura de la Información en todos los niveles</b>	X			
93	¿Existen políticas relativas al manejo de la información dentro del área y su difusión?	X			
94	¿Se realizan reuniones periódicas del departamento de recursos humanos con el personal que la integra?	X			
95	¿En la entidad existe circulación de la información formal e informalmente?	X			
	<b>7.2. Sistemas Estratégicos e Integrados</b>				
96	¿Se han diseñado sistema de integración con las demás unidades para el cumplimiento de objetivos conjuntamente?	X			
97	¿Se utiliza la información integrada de todas las áreas para conocer los recursos que deben destinarse a cada una de ellas?	X			
98	¿Se identifica, captura y utiliza información pertinente en todos los niveles de la empresa con el fin de lograr los objetivos de reporte de la información de recursos humanos?	X			
99	¿Los sistemas de información se respaldan en una plataforma tecnológica?	X			
	<b>7.3. Confiabilidad de la información</b>				
100	¿Todas las áreas envían oportunamente la información de sus actividades?	X			
101	¿Los informes de talento humano se encuentran debidamente respaldados?	X			
102	¿El sistema de información se lo actualiza diariamente, lo que permite obtener información oportuna?	X			
	<b>7.4. Comunicación Interna</b>				
103	¿Se toman en consideración las propuestas del personal para el mejoramiento de los procesos y procedimientos?	X			
104	¿La comunicación que hay en el departamento permite y ayuda a la comprensión y ejecución de objetivos, procesos y responsabilidades?	X			
105	¿Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) son periódicamente reportadas y revisadas?		X		
	<b>7.5. Comunicación Externa</b>				
106	¿Conoce el personal y la dirección del área el tipo de información y plazos en los que debe ser entregada determinada información a entidades reguladoras?	X			
107	¿Se comunica a partes externas los asuntos que afectan la consecución de los objetivos de reporte de la información de recursos humanos?	X			
108	¿Se cumple con los requerimientos de las entidades de control?	X			
109	¿Existen mecanismos que faciliten canales de comunicación al exterior de la organización?	X			
110	¿Se actualiza periódicamente la página web del centro de salud?	X			NO HAY


	<b>8. Supervisión y Monitoreo</b>				
	<b>8.1. Supervisión Permanente</b>				
111	¿Se realizan revisiones periódicas de la información contenida en la nómina del personal con respecto a lo existente?	X			
112	¿Existe una rutina permanente de seguimiento y evaluación del desempeño del control interno para determinar mejoras?	X			
113	¿Se realizan evaluaciones y pruebas de cumplimiento de control interno?	X			
114	¿Se evalúan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y se comunica a la Dirección de la institución pública?	X			
	<b>8.2. Evaluación Interna</b>				
115	¿Se verifica el perfil académico, el desempeño y el registro de asistencia, principalmente los de mayor incidencia?	X			
116	¿Existen mecanismos para que el personal realice autoevaluaciones periódicas a sus áreas de responsabilidad?	x			
	<b>8.3. Evaluación Externa</b>				
117	¿La institución fue sujeta a una revisión por parte de una auditora externa?	X			
118	¿Se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría?	X			
	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>9</b>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 19-05-2014</b>			
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 19-05-2014</b>			

#### 4.2.3.2. Evaluación de los componentes

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> Evaluación – Componente Ambiente de Control Examen al 31 de Diciembre del 2012</p>		PT N° ACIN 42/82																
A. Ambiente de Control																		
ACTIVIDAD DE CONTROL	Nivel de Confianza:  Total de Respuestas Afirmativas (Si) NC = _____ *100%  No. De Respuestas Realizadas Nivel de Riesgo:  <b>NR = 100% - NC</b>	Nivel de Riesgo  <table border="1" style="margin: auto; font-size: small;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">RANGO</th> <th style="text-align: center;">CONFIANZA</th> <th style="text-align: center;">RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0% - 50%</td> <td style="text-align: center;">Baja</td> <td style="text-align: center;">Alto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">51% - 75%</td> <td style="text-align: center;">Moderada</td> <td style="text-align: center;">Moderado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">76% - 100%</td> <td style="text-align: center;">Alta</td> <td style="text-align: center;">Bajo</td> </tr> </tbody> </table>	MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo	INTERPRETACIÓN
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO																
0% - 50%	Baja	Alto																
51% - 75%	Moderada	Moderado																
76% - 100%	Alta	Bajo																
1.-Integridad y valores éticos	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$  $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100%  Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario de se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de talento humano se realiza adecuadamente el proceso de inducción.															
2.-Filosofía y Estilo de la Alta Dirección	$NC = \frac{3}{4} * 100\% = 75$  $NR = 100 - 75 = 25$	Nivel de confianza: 75%  Nivel de riesgos: 25%	En la aplicación del cuestionario de se obtuvo un nivel de confianza Moderado del 75% y un nivel bajo de riesgo del 25%, no se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.															



3.-Consejo de Administración y Comités	$NC = \frac{3}{3} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario de se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de talento humano cuenta con el comité de dirección.
4.-Estructura Organizativa	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario de se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de talento humano cuenta con el personal necesario para cumplir la misión y sus objetivos.
5.-Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, el área de talento humano cuenta con la confianza de la dirección para la asignación de funciones.
6.-Gestión del Capital Humano	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, comprobándose que existen políticas específicas para el área.
7.-Responsabilidad y Transparencia	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de talento humano realiza y entrega los informes correspondientes y con la documentación de respaldo.
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b>	

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Establecimiento de Objetivos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	<b>P/T No.</b> <b>ACIN-43/82</b>	
<b>A. Cuadro de Evaluación de Objetivos Estratégicos Sección de Talento Humano</b>		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	VERIFICADOR
Optimizar los perfiles de cada cargo del Centro de Salud.	Perfiles confeccionados por cada cargo.	Aprobación de los perfiles por cada cargo.
Optimizar las necesidades de capacitación para hacer más precisa la capacitación necesaria.	Levantamiento semestral de la necesidad de capacitación por cada trabajador.	Resultado del levantamiento realizado.
Perfeccionar la base de datos existente que permita darle los elementos necesarios a la dirección para la toma de decisión.	Modificaciones realizadas a la base de datos existente.	Datos precisos para posibilitar la toma de decisiones más eficiente.
<b>B. Cuadro de Evaluación de Objetivos Relacionados Sección de Talento Humano</b>		
OBJETIVO RELACIONADO	INDICADOR	VERIFICADOR
Realizar acciones de cumplimiento que permita comprobar la veracidad de la documentación de los trabajadores del centro.	Detección de errores o fraudes en la documentación presentada por cada trabajador.	Medidas tomadas con las deficiencias detectadas.
Perfeccionamiento del proceso de nómina, minimizando los riesgos detectados.	Ejecución adecuada de los procedimientos en la elaboración de la nómina.	Cumplimiento de los procesos aprobados para la elaboración de la nómina.
Optimización de las funciones a realizar por cada trabajador del centro.	Cambios realizados a las tareas de los cargos optimizados.	Aprobación de los cambios realizados por la dirección del centro.
<b>C. Cuadro de Evaluación de Objetivos de Cumplimiento Sección Talento Humano</b>		

<b>OBJETIVO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Elaborar los informes solicitados y que cuenten con los requerimientos establecidos.	Cumplimiento de la solicitud de los informes a entregar.	Informes entregados y archivados.
Confeccionar los cronogramas de capacitación de forma eficiente que estos no entorpezcan la operación diaria del centro.	Cronogramas confeccionados según la necesidad y la posibilidad de la operación del centro.	Aprobación de los cronogramas por la dirección del centro.
Verificar y evaluar a las nuevas incorporaciones de trabajadores.	Informes realizados de cada nueva incorporación a la institución.	Informes entregados y aprobación de las nuevas adquisiciones.
Evaluar periódicamente el desempeño de cada trabajador y cada área.	Ejecución de la evaluación de los trabajadores.	Evaluaciones realizadas y archivadas.

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{21}{21} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

#### D. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza


MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

#### Interpretación:

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente establecimiento de objetivos en el área de talento humano, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, teniendo en cuenta estos resultados se puede determinar que la sección de talento humano tiene definido correctamente los objetivos, apreciándose la aplicación efectiva de los controles y supervisión de estos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 19-05-2014  
**Fecha:** 19-05-2014

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Identificación de Eventos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-44/82</b></p>								
<p><b>A. Cuadro de identificación de riesgos internos de la Sección Talento Humano del Centro de Salud.</b></p> <table border="1" data-bbox="320 544 1385 1016"> <thead> <tr> <th data-bbox="320 544 852 595">Riesgos Positivos</th> <th data-bbox="852 544 1385 595">Riesgos Negativos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="320 595 852 736"><b>Existe un sistema automatizado para las ejecuciones de las funciones del área.</b></td> <td data-bbox="852 595 1385 736">No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 736 852 878"><b>Están establecidos los objetivos de acuerdo con la misión y visión del centro y del área.</b></td> <td data-bbox="852 736 1385 878">No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 878 852 1016"><b>Levantamiento efectivo de las necesidades de capacitación de cada trabajador de la institución.</b></td> <td data-bbox="852 878 1385 1016">Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas.</td> </tr> </tbody> </table>		Riesgos Positivos	Riesgos Negativos	<b>Existe un sistema automatizado para las ejecuciones de las funciones del área.</b>	No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.	<b>Están establecidos los objetivos de acuerdo con la misión y visión del centro y del área.</b>	No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados.	<b>Levantamiento efectivo de las necesidades de capacitación de cada trabajador de la institución.</b>	Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas.
Riesgos Positivos	Riesgos Negativos								
<b>Existe un sistema automatizado para las ejecuciones de las funciones del área.</b>	No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.								
<b>Están establecidos los objetivos de acuerdo con la misión y visión del centro y del área.</b>	No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados.								
<b>Levantamiento efectivo de las necesidades de capacitación de cada trabajador de la institución.</b>	Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas.								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Elaborado por: AFSG</b></td> <td style="width: 50%;"><b>Fecha: 19-05-2014</b></td> </tr> <tr> <td><b>Revisado por: SA/IB</b></td> <td><b>Fecha: 19-05-2014</b></td> </tr> </table>		<b>Elaborado por: AFSG</b>	<b>Fecha: 19-05-2014</b>	<b>Revisado por: SA/IB</b>	<b>Fecha: 19-05-2014</b>				
<b>Elaborado por: AFSG</b>	<b>Fecha: 19-05-2014</b>								
<b>Revisado por: SA/IB</b>	<b>Fecha: 19-05-2014</b>								

<b>MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.</b>					
		<b>OBJETIVOS</b>			
		<b>Cumplimiento</b>			
<b>Riesgos Internos</b>		Elaborar los informes solicitados y que cuenten con los requerimientos establecidos.	Confeccionar los cronogramas de capacitación de forma eficiente que estos no entorpezca la operación diaria del centro.	Verificar y evaluar a las nuevas incorporaciones de trabajadores.	Evaluar periódicamente el desempeño de cada trabajador y cada área.
	No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada				X
	No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados	X	X	X	X
	Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas				X

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{11}{11} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente identificación de riesgos en el área de talento humano, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que la Sección de Talento Humano del Centro de Salud, cuenta con las políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 19-05-2014  
**Fecha:** 19-05-2014

**MATRIZ DE IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE RIESGO**

FACTORES DE RIESGOS	ORIGEN DEL RIESGO	POTENCIAL CONSECUENCIA	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	TIPO DE RIESGO	CONTROL DE RIESGO	EFFECTIVIDAD	PROMEDIO	RIESGO NETO O RESIDUAL
No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada	Factor Interno	Incumplimiento de los reglamentos y manuales de procedimientos de la institución.	5	3	3	Operación	Aplicación adecuada y eficaz de los reglamentos de conductas establecidos en la entidad	5	5	1
No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados.	Factor Interno	Repetición de errores ya detectados por el área.	3	5	1	Operación	Designar al trabajador por cada área que realice la actividad de seguimiento.	5	5	1
Las claves de acceso de los funcionarios no son periódicamente reportadas y revisadas.	Factor Interno	Intromisión en el sistema por personal ajeno al centro.	3	5	3	Operación	Revisión periódica de los comandos entregados a cada funcionario y actualizarlos de ser preciso.	5	5	1

**Elaborado por: AFSG**  
**Revisado por: AS/IB**

**Fecha: 19-05-2014**  
**Fecha: 19-05-2014**



**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

FRECUENCIA O PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				
IMPACTO	Alto	4	5	5
	Medio	3	3	5
	Bajo	1	2	4
		Baja	Media	Alta

**B. Cuadro de calificación de riesgos:**

CONTROL	EFFECTIVIDAD
Ninguno	1
Bajo	2
Medio	3
Alto	4
Destacado	5

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (SÍ)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{9}{9} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

### C. Matriz de nivel de riesgo y confianza

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

#### Interpretación:

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente evaluación de riesgos en el área de talento humano, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, tomando en cuenta, que la Sección de Talento Humano ha establecido procedimientos y mecanismos para la detección y control de los riesgos, en busca de solucionarlos y disminuirlos a su mínima potencia.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 19-05-2014  
**Fecha:** 19-05-2014

**Cuadro 4.24.- Matriz de Respuesta al Riesgo**

<b>MATRIZ DE RESPUESTA AL RIESGO</b>						
<b>RIESGOS</b>	<b>RESPUESTA AL RIESGO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>PERIODO DE EVALUACIÓN</b>
No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada	Aplicación adecuada y eficaz de los reglamentos de conductas establecidos en la entidad	Falta de medidas tomadas por las malas prácticas de las funciones.	Quejas realizadas por usuarios sin existir medidas por malas prácticas.	Asistente de talento humano	\$650.00	Cada Mes
No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados	Designar al trabajador por cada área que realice la actividad de seguimiento	Falta de informes de resultados de los seguimientos realizados	Informes elaborados y archivados.	Asistente de recursos humanos Computadora Impresora Útiles de oficina	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes
Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas	Revisión periódica de los comandos entregados a cada funcionario y actualizarlos de ser preciso	Desactualización de los comandos entregados a cada funcionario	Registro de comandos entregados por cada funcionario	Asistente de recursos humanos Computadora Impresora Útiles de oficina	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes

Elaborado Por: **AFSG**

Revisado Por: **SA/IB**

Fecha: **19-05-2014**

Fecha: **19-05-2014**

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{15}{15} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**A. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**


MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente actividades de control en el área de talento humano, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que en la Sección de Talento Humano cuenta con un sistema eficiente y eficaz en la aplicación de las respectivas acciones que permiten un adecuado control interno.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 19-05-2014  
**Fecha:** 19-05-2014

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación - Componente Información y Comunicación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-48/82</b></p>
<p>En vista de que se trata de una Auditoría de Control Interno al Centro de Salud, menciono solo los hallazgos del Departamento de Talento Humano, con el fin de realizar un informe general al término de la Auditoría anteriormente mencionada.</p> <p>Los hallazgos encontrados en el departamento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.</li><li>• No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados.</li><li>• Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas.</li></ul>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b></p>



**Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06**  
**Evaluación - Componente Supervisión y**  
**Monitoreo**  
**Examen al 31 de Diciembre del 2012**

**P/T No.**  
**ACIN-49/82**


**Cuadro 4.26.-Cuadro de supervisión y monitoreo**

No	Componente COSO II – E.R.M.	Situación Actual	Situación Requerida
Ambiente de Control			
1	Filosofía y Estilo de la Alta Dirección	No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada	Implementar las medidas correspondientes por la ejecución de malas prácticas de los trabajadores.
Establecimiento de objetivo			
Identificación de riesgos			
Evaluación de riesgos			
Respuesta a los riesgos			
5	Decisión de Respuestas	No existe un responsable por departamento para el seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados	Determinar un responsable por cada área que realice los informes correspondientes de los resultados obtenidos de las acciones realizadas.
Actividades de control			
Información y comunicación			
7	Comunicación Interna	Las claves de acceso de los funcionarios no son periódicamente reportadas y revisadas	Actualizar sistemáticamente el registro de comandos entregados a cada funcionario.
Supervisión y Monitoreo			


**Elaborado Por: AFSG**  
**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 19-05-2014**  
**Fecha: 19-05-2014**

4.2.3.3. *Matriz de Ponderación*

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Ponderación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-50/82</b>				
<b>A. MATRIZ DE PONDERACIÓN</b>						
No	PREGUNTA	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>MP</b> </div>				
	PLANEACIÓN	SI	NO	PND	CÁLCULO	CALIFICACIÓN
1	Ambiente de control	26	1	10	$26 \times 10/27$	9.63
2	Establecimiento de objetivos	21	0	10	$21 \times 10/21$	10
3	Identificación de eventos	11	0	10	$11 \times 10/11$	10
4	Evaluación del riesgo	9	0	10	$9 \times 10/9$	10
5	Respuesta al riesgo	6	1	10	$6 \times 10/7$	8.57
6	Actividades de control	15	0	10	$15 \times 10/15$	10
7	Información y comunicación	17	1	10	$17 \times 10/18$	9.44
8	Supervisión y monitoreo	8	0	10	$8 \times 10/8$	10
TOTAL				<b>80</b>		<b>77.64</b>
<p><b>Determinación de riesgo y confianza:</b></p> $CP = \frac{CT}{PT} \times 100 \qquad CP = \frac{77.64}{80} \times 100 \qquad CP = 97.05\%$						
<p>Después de haber aplicado el cuestionario de control interno al área de talento humano se determina un nivel de confianza alto de 97.05% y un nivel bajo de riesgo de control de 2.95%.</p>						
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>				<b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b>		


#### 4.2.3.4. Matriz de hallazgos

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Hallazgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>					<b>P/T No.</b> <b>ACIN-51/82</b>
COMPONENTE	CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	RECOMENDACIÓN
Ambiente de Control	No se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional.	Inejecución de los reglamentos internos y manuales de la institución.	Observancia de malas prácticas entre los trabajadores del centro.	Aplicar las medidas correspondientes de haber errores o indisciplinas.
Establecimiento de Objetivos	No se detectaron hallazgos.				
Identificación de Eventos	No se detectaron hallazgos				
Evaluación del riesgo	No se detectaron hallazgos				
Respuesta al riesgo	No existe un responsable por departamento para el seguimiento de las acciones.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional.	Falta de seguimiento de los errores detectados	Repetición de errores ya detectados.	Determinar un trabajador por cada área que realice el debido seguimiento.
Actividades de control	No se detectaron hallazgos				
Información y comunicación	Las claves de acceso de los funcionarios no son reportadas y revisadas.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional.	Indisciplina en la ejecución de funciones asignadas.	Intromisión en el sistema de personal ajeno al centro.	Revisar sistemáticamente los comandos entregados a cada funcionario.
Supervisión y monitoreo	1-No se detectaron hallazgos				
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 19-05-2014</b> <b>Fecha: 19-05-2014</b>			



#### 4.2.4. Departamento de consulta externa

### FUNCIONES, OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO, RIESGOS

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>  <b>Consulta Externa - Funciones</b>  <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b>  <b>ACIN-52/82</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte del sistema integrado de vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades.</li> <li>• Planes de acción para reducción de riesgos.</li> <li>• Informe de investigación operativa relacionada con enfermedades sujetas a vigilancia.</li> <li>• Informe de implementación y gestión de la sala de situación de eventos epidemiológicos adversos.</li> <li>• Informe de ejecución de las normas e instrumentos técnicos para la inspección y certificación de buenas prácticas.</li> <li>• Informe de la ejecución del sistema de farmacovigilancia.</li> <li>• Diagnóstico de requerimientos de capacitación en vigilancia y control sanitario.</li> <li>• Propuesta para la actualización de las normas farmacológicas.</li> <li>• Informe de cumplimiento del registro sanitario.</li> </ul>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <span style="float: right;"><b>Fecha: 26-05-2014</b></span>  <b>Revisado Por: SA/IB</b> <span style="float: right;"><b>Fecha: 26-05-2014</b></span></p>	



**Centro de Salud Salcedo Distrito  
05D06  
Consulta Externa - Objetivos de  
Control Interno  
Examen al 31 de Diciembre del 2012**

**P/T No.  
ACIN-53/82**

### **Objetivos estratégicos Sección Consulta Externa**

- Elaborar e implementar un plan estratégico que permita disminución de enfermedades de fácil prevención.
- Desarrollar los servicios de salud que presta el área diversificándolos de forma eficiente.
- Desarrollar y capacitar a los funcionarios del área con las nuevas técnicas en el campo de la medicina.

### **Objetivos relacionados Sección Consulta Externa**


- Realizar los diagnósticos de forma eficiente y eficaz.
- Cumplir con las necesidades y expectativas de los usuarios que asisten al centro.
- Elevar el nivel de vida de la población que asiste al Centro de Salud Salcedo.
- Fomentar una cultura de salud entre los usuarios que acuden al centro.

### **Objetivos de cumplimiento Sección de Consulta Externa**


- Elaborar la documentación y registro establecidos para el área en tiempo y forma.
- Atender a todos los usuarios que acuden al centro sin importar raza o etnia.
- Mantener un control adecuado de los pacientes atendidos y sus padecimientos.

**Elaborado Por: AFSG  
Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 26-05-2014  
Fecha: 26-05-2014**

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p><b>Riesgos</b></p> <p><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No. ACIN-54/82</b></p>
<p>Se refiere a las eventualidades relacionadas con las estructuras y actividades del organismo y las personas que actúan en el que pueden suscitarse, y por las cuales el auditor no pueda detectar error o falsedad en la información que examina o irregularidades en el proceder de los operadores, teniendo en cuenta los riesgos de control e inherente de la empresa y el de detección de los auditores ejecutantes en la revisión del área de Consulta Externa.</p>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 26-05-2014</b> <b>Fecha: 26-05-2014</b></p>

## 4.2.4.1. Cuestionario

		<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Consulta Externa – Cuestionario C.I Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>			<b>P/T No. ACIN-55/82</b>	
<b>CENTRO DE SALUD AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013 Cuestionario de Control Interno Departamento Consulta Externa</b>					<b>D 1</b>	
<b>FUNCIONARIO: LIC. LUIS TENELEMA</b>		<b>CARGO: JEFE DEL DEPARTAMENTO</b>				
<b>FECHA: 10 JULIO 2014</b>		<b>HORA INICIO: 8:30</b>				
<b>PROCEDIMIENTO:</b>		<b>HORA FINALIZACIÓN: 8:45</b>				
Nº	PREGUNTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN	
	<b>1. Ambiente de Control</b>					
	<b>1.1. Integridad y Valores Éticos</b>					
1	¿En la inducción del personal a su puesto de trabajo se hace énfasis a la debida sociabilización de las normas de conducta, gestión del desempeño y atención médica?	X				
2	¿Cuál es la actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución y como se evidencia en el día a día?	X				
3	¿Se ha observado la práctica del principio de trabajo en equipo entre los funcionarios del departamento?	X				
4	¿Los funcionarios del departamento actúan con dignidad, seriedad y nobleza?	X				
	<b>1.2. Filosofía v Estilo de la Alta Dirección</b>					
5	¿La dirección de la institución ejerce motivación para el cumplimiento de leyes y reglamentos internos como externos dentro del área de Consulta Externa?	X				
6	¿La dirección enfatiza a los funcionarios la práctica de valores, principios y políticas operativas que constituyen la base del sistema de Control Interno?	X				
7	¿La dirección ayuda a los funcionarios a diferenciar lo que está bien de lo que está mal y los orienta como deben actuar ante un comportamiento indeseable?	X				
8	¿Se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada?	X				
	<b>1.3. Consejo de Administración y Comités</b>					
9	¿Cuenta la institución con algún tipo de Consejo de Administración o comité con fines de mejorar la atención al público?	X				
10	¿Los miembros del Comité son profesionales con experiencia que toman decisiones importantes bajo un análisis profesional?	X				

11	¿Los miembros son funcionarios con experiencia y tienen conocimiento del sector salud?	X			
	<b>1.4. Estructura Organizativa</b>				
12	¿Existe una estructura orgánica y funcional que indique claramente la distribución del área y del personal del departamento?	X			
13	¿Existe un reporte de Información general sobre el hospital, su organización y los servicios que en él se prestan para ser proporcionada a los pacientes, familiares y acompañantes?	X			
14	¿Existe una clara segregación de los niveles de autoridad dentro del área?	X			
15	¿La institución cuenta con personal adecuado, para llevar a cabo la misión?	X			
-	<b>1.5. Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	-	-	-	-
16	¿Existe un manual de funciones que señale las responsabilidades y autoridad de cada puesto en el departamento de consulta externa?	X			
17	¿Considera que el personal que labora en el área es el idóneo para desempeñar sus actividades?	X			
18	¿El número de personas que trabaja en el área es el adecuado para la carga de labores y funciones?	X			
19	¿Existe confianza de la dirección para asignar responsabilidades a sus subordinados del área de consulta externa?	X			
	<b>1.6. Gestión del Capital Humano</b>				
20	¿Para la contratación del personal se analiza el conocimiento y la experiencia del postulante?	X			
21	¿Existen políticas de uso exclusivo para esta área?	X			
22	¿Se Fomenta el desarrollo del personal, promoviendo su participación en eventos de capacitación y adiestramiento, orientados a elevar su formación intelectual?	X			
23	¿Se muestra interés de los funcionarios ante las ofertas que hace la entidad de programas integrales de desarrollo humano, a fin de incrementar su desempeño laboral?	X			
	<b>1.7. Responsabilidad y Transparencia</b>				
24	¿Existe una cultura organizacional dirigida a la responsabilidad por parte de directivos y colaboradores?	X			
25	¿Se establecen objetivos que el área deba alcanzar y permitan medir su cumplimiento?	X			
26	¿Se realizan reportes frecuentes de control de asistencia y el desempeño en el trabajo planificado?	X			
27	¿La información de la dotación de insumos, medicamentos u otros, es oportuna y se encuentra debidamente respaldada con documentos reales, la misma que reposa en el archivo de la entidad?	X			

	<b>2. Establecimiento de Objetivos</b>				
	<b>2.1. Objetivo Estratégico</b>				
28	¿La institución cuenta con un plan estratégico?	X			
29	¿Existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento?	X			
30	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento?	X			
31	¿El departamento de consulta externa brinda una buena atención médica a la población, con responsabilidad, manteniendo o mejorando los parámetros de calidad definidos por el Ministerio de Salud?	X			
32	¿Se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual?	X			
33	¿Los funcionarios conocen cuales son los objetivos propuestos para alcanzar la misión?	X			
34	¿Los funcionarios dan cumplimiento de los objetivos estratégicos y leyes de contratación pública?	X			
	<b>2.2. Objetivos Específicos</b>				
35	¿Existe una conexión entre los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?	X			
36	¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?	X			
37	¿Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos específicos?	X			
38	¿El funcionario está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe, y su remuneración se encuentra establecida por la ley del sector público?	X			
39	¿Se mantiene actualizado el sistema eSIPREN y de control interno?	X			
	<b>2.3. Consecución de Objetivos</b>				
40	¿Los directivos del área presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos?		X		
41	¿Se ha evidenciado el incumplimiento a los procedimientos que impidan llegar a la consecución de objetivos?	X			
42	¿El departamento suministra la información necesaria para medir el nivel de cumplimiento de objetivos?	X			
43	¿Con la implementación del sistema SPRYN actual, se ha conseguido presentar los informes de consulta externa en el tiempo solicitado?	X			
	<b>2.4. Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>				
44	¿La gerencia supervisa y evalúa la razonabilidad del riesgo que puede aceptar el área?	X			

45	¿Existe algún tipo de sistema informático que maneje el área para medir la forma en que se alcanzan los estándares y relación con cumplimiento de objetivos institucionales?		X		
46	¿Ud. Cree que el sistema de control interno asegura la Confiabilidad, Calidad, Suficiencia, Pertinencia y Oportunidad de la Información?	X			
47	¿Existen riesgos relativos al negocio que el centro de salud haya decidido admitir?		x		
48	¿En qué situación se encuentran los riesgos que hayan sido aceptados por el centro de salud?		X		<b>CONTROLABLES</b>
<b>3. Identificación de Eventos</b>					
<b>3.1. Factores internos y externos</b>					
49	¿Se cuenta con un análisis FODA del departamento?	X			
50	¿Los factores internos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		X		
51	¿Los factores externos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?		x		
52	¿Los planes, programas, proyectos y presupuestos en el departamento se elaboran de acuerdo a los requerimientos del Centro de Salud?	X			
53	¿Se han determinado y categorizado los riesgos?	X			
<b>3.2. <u>identificación de eventos</u></b>					
54	¿Existe un adecuado sistema computarizado para agilizar el registro de transacciones y proporcionar información confiable y oportuna?	X			
55	¿Se realizan modificaciones a las partidas presupuestarias aprobadas?		x		
56	¿Se verifica la existencia de las partidas presupuestarias y que las mismas tengan fondos suficientes antes de autorizar la ejecución de un gasto?	X			
<b>3.3. <u>Categoría de Eventos</u></b>					
57	¿Las acciones tomadas para prevenir sucesos riesgosos son eficientes y efectivas?	X			
58	¿Se establecen políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos?	X			
59	¿Se han determinado las causas y efectos de los eventos identificados?	X			
<b>4. <u>Evaluación de Riesgos</u></b>					
<b>4.1. Estimación de Probabilidad de riesgo</b>					
60	¿Proporciona el Control Interno mecanismos para asegurar la calidad, oportunidad, uso y comprensión de la información base para la toma de decisiones?	X			

61	¿Cuándo se van a tomar decisiones, se analiza rigurosamente los efectos positivos y negativos que se puedan presentar?	X			
62	¿El control interno de la entidad está diseñado para reducir los riesgos al máximo?	X			
<b>4.2. Evaluación de Riesgos</b>					
63	¿Cuenta la entidad con una metodología para la evaluación de los riesgos implícitos en esta área?	X			
64	¿Se aplican indicadores que permitan analizar el desempeño del funcionario y la consecución de objetivos del departamento?	X			
66	¿Se evalúa que las metas programadas se cumplan de acuerdo al presupuesto aprobado?	X			
<b>4.3. Riesgos Originados por los cambios</b>					
67	¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante cambios perjudiciales que puedan generarse en la empresa?	x			
68	¿Cuál fue la última medición de riesgos originados por los cambios?	x			
69	¿Ha existido disminución en el desempeño de las actividades?		X		
<b>5. Respuesta a los Riesgos</b>					
<b>5.1. Categoría de Respuestas</b>					
70	¿Cuenta el departamento con un proceso para realizar la categorización de riesgos?	X			
71	¿Cuenta el departamento con un proceso de evaluación de riesgos?	X			
72	¿Se elaboran matrices que permitan visualizar el riesgo y la causa efecto de los mismos?	X			
73	¿Se elaboran planes de contingencia ante la presencia de estos eventos?	X			
-	<b>5.2. Decisión de Respuestas</b>	-	-	-	-
74	¿Cree usted que las decisiones que se toman en el área tienen respaldo en evidencia confiable?	X			
75	El seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados tienen un responsable por departamento?	X			
76	¿Se realizan seguimientos de parte del área de control interno para verificar su cumplimiento?	X			
<b>6. Actividades de Control</b>					
<b>6.1. Integración con las decisiones sobre Riesgos</b>					
77	¿Existen en el área actividades de control importantes que se alineen con el cumplimiento de normas que permitan una adecuada segregación de funciones?	X			




78	¿Se proponen políticas, normas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros en base al presupuesto?	X			
79	¿Se ha diseñado un flujograma de proceso atendiendo a las actividades de control?	X			
80	¿Existen políticas de consulta externa?	X			
81	¿El acceso a los registros es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados?	X			
82	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	X			
83	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	X			
	<b>6.2. Principales Actividades de Control</b>				
84	¿Existen controles periódicos de revisión de políticas y normas internas del manejo de información?	X			
85	¿Se coordina y da seguimiento a la actualización de perfiles epidemiológicos, estadísticas, evolución y control?	X			
86	¿Se trata de dar cumplimiento en lo posible a las partidas estipuladas dentro del presupuesto?	X			
87	¿Se dirige y evalúa las actividades de la gestión del conocimiento, la docencia, y la investigación, en las distintas líneas de actividad que conforman la cartera de servicios del centro de salud?	X			
88	¿Existen claves de accesos lógicos por ejemplo password para el ingreso en los programas computarizados?	X			
89	¿Existen controles periódicos de revisión de políticas y normas internas del manejo de información?	X			
	<b>6.3. Controles sobre los sistemas de Información</b>				
90	¿Existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado?		X		
91	¿Cree usted que el uso de la informática ayudará a identificar los riesgos?	X			
92	¿Existe políticas del manejo de programas y acceso a internet para los colaboradores?	X			
93	¿El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas?		x		
	<b>7. Información y Comunicación</b>				
	<b>7.1. Cultura de la Información en todos los niveles</b>				
94	¿Existen políticas relativas al manejo de la información dentro del área y su difusión?	X			
95	¿Se realizan reuniones periódicas del departamento de consulta externa con el personal que la integra?	X			
96	¿En la entidad existe circulación de la información formal e informalmente?	X			

	<b>7.2. Sistemas Estratégicos e Integrados</b>				
97	¿Se han diseñado sistema de integración con las demás unidades para el cumplimiento de objetivos conjuntamente?	X			
98	¿Se utiliza la información integrada de todas las áreas para conocer los recursos que deben destinarse a cada una de ellas?	X			
99	¿Se identifica, captura y utiliza información pertinente en todos los niveles de la empresa con el fin de lograr los objetivos de reporte de la información de consulta externa?	X			
100	¿Los sistemas de información se respaldan en una plataforma tecnológica?	X			
	<b>7.3. Confiabilidad de la información</b>				
101	¿Todas las áreas envían oportunamente la información de sus actividades a fin de que sean registradas financieramente?	X			
102	¿Los informes de consulta externa se encuentran debidamente respaldados?	X			
101	¿El sistema de información se lo actualiza diariamente, lo que permite obtener información oportuna?	X			
	<b>7.4. Comunicación Interna</b>				
103	¿Se toman en consideración las propuestas del personal para el mejoramiento de los procesos y procedimientos?	X			
104	¿La comunicación que hay en el departamento permite y ayuda a la comprensión y ejecución de objetivos, procesos y responsabilidades?	X			
105	¿Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) son periódicamente reportadas y revisadas?	X			
	<b>7.5. Comunicación Externa</b>				
106	¿Conoce el personal y la dirección del área el tipo de información y plazos en los que debe ser entregada determinada información a entidades reguladoras?	X			
107	¿Se comunica a partes externas los asuntos que afectan la consecución de los objetivos de reporte de la información de consulta externa?	X			
108	¿Se cumple con los requerimientos de las entidades de control?	X			
109	¿Existen mecanismos que faciliten canales de comunicación al exterior de la organización?	X			
110	¿Se actualiza periódicamente la página web del centro de salud?	X			
	<b>8. Supervisión y Monitoreo</b>				
	<b>8.1. Supervisión Permanente</b>				
111	¿Se realizan revisiones periódicas de la información con respecto a lo existente?	X			
112	¿Existe una rutina permanente de seguimiento y evaluación del desempeño del control interno para determinar mejoras?	X			

113	¿Se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno?	X			
114	¿Se evalúan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y se comunica a la Dirección de la institución pública?	X			
<b>8.2. Evaluación Interna</b>					
115	¿Cuenta el área con la supervisión y evaluación del área de Auditoría Interna del proceso de consulta externa?	X			
116	¿Existen mecanismos para que el personal realice autoevaluaciones periódicas a sus áreas de responsabilidad?	X			
<b>8.3. Evaluación Externa</b>					
117	¿La institución fue sujeta a una revisión por parte de una auditora externa?	X			
118	¿Se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría?	X			
<b>TOTAL</b>		<b>108</b>	<b>10</b>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 26-05-2014</b>			
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 26-05-2014</b>			

4.2.4.2. Evaluación de los componentes

 <p>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Evaluación – Componente Ambiente de Control Examen al 31 de Diciembre del 2012</p>		<p><b>PT N° ACIN 56/82</b></p>																
<p><b>A. Ambiente de Control</b></p>																		
<p><b>ACTIVIDAD DE CONTROL</b></p>	<p><b>NIVEL DE CONFIANZA:</b> Total de Respuestas Afirmativas (Si) NC = _____ *100% No. De Respuestas Realizadas <b>NIVEL DE RIESGO:</b> <b>NR = 100% - NC</b></p>	<p><b>NIVEL DE RIESGO</b></p> <table border="1" data-bbox="958 718 1303 829"> <thead> <tr> <th colspan="3">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th>RANGO</th> <th>CONFIANZA</th> <th>RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0% - 50%</td> <td>Baja</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>51% - 75%</td> <td>Moderada</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>76% - 100%</td> <td>Alta</td> <td>Bajo</td> </tr> </tbody> </table>	MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo	<p><b>INTERPRETACIÓN</b></p>
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO																
0% - 50%	Baja	Alto																
51% - 75%	Moderada	Moderado																
76% - 100%	Alta	Bajo																
<p>1.-Integridad y valores éticos</p>	<p><math>NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100</math> <math>NR = 100 - 100 = 0</math></p>	<p>Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de consulta externa se realiza adecuadamente el proceso de inducción, así como cuentan con los valores necesarios para ocupar y desempeñar las funciones que realizan a diario.</p>															
<p>2.-Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</p>	<p><math>NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100</math> <math>NR = 100 - 100 = 0</math></p>	<p>Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%</p>	<p>En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de consulta externa se enfatiza en el cumplimiento de las leyes y reglamentos internos, así como se vela porque los funcionarios tengan y apliquen valores.</p>															

3.-Consejo de Administración y Comités	$NC = \frac{3}{3} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de consulta externa cuenta con el comité de dirección correspondiente, que tienen la experiencia suficiente para la toma de decisiones y estas son razonables y efectivas.
4.- Estructura Organizativa	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de consulta externa cuenta con el personal necesario para cumplir la misión y sus objetivos y que cuentan con los manuales de procesos para desempeñar las funciones a su cargo.
5.- Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, el área de consulta externa cuenta con la confianza de la dirección para la asignación de funciones y que esta cuenta con un personal idóneo para el logro de las metas de la sección y del centro.
6.- Gestión del Capital Humano	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, existen políticas específicas para el área, así como se verifica a los nuevos trabajadores antes de entrar al centro y de ser aprobados por la dirección.
7.- Responsabilidad y Transparencia	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$ $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100% Nivel de riesgos: 0.00%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área de consulta externa realiza y entrega los informes correspondientes y con la documentación de respaldo, evaluando además el cumplimiento de los objetivos y metas.
<b>Elaborado Por: AFSG</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b>	
<b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 05-05-2014</b>	

**A. Cuadro de Evaluación de Objetivos Estratégicos Sección de Consulta Externa**

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Elaborar e implementar un plan estratégico que permita disminución de enfermedades de fácil prevención	Elaboración del Plan estratégico para la disminución de enfermedades	Aplicación del plan estratégico elaborado.
Desarrollar los servicios de salud que presta el área diversificándolos de forma eficiente	Ampliación de los servicios médicos que se prestan en el área.	Prestación eficiente de los nuevos servicios.
Desarrollar y capacitar a los funcionarios del área con las nuevas técnicas en el campo de la medicina	Cantidad de capacitaciones recibidas y eventos que han participados.	Evaluación sistemática de los nuevos conocimientos adquiridos por los trabajadores del área.
Fomentar y cultivar valores éticos y humanos entre el personal del área	Cumplimiento del código de ética aprobado para el centro de salud.	Inobservancia de quejas por maltratos a los usuarios.

**B. Cuadro de Evaluación de Objetivos Relacionados Sección de Consulta Externa**

<b>OBJETIVO RELACIONADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Realizar los diagnósticos de forma eficiente y eficaz	Comparación de la cantidad de pacientes atendidos en un período con los anteriores y la cantidad de errores detectados.	Disminución de errores en el diagnóstico por el personal médico del área
Cumplir con las necesidades y expectativas de los usuarios que asisten al centro	Aplicación de indicadores de satisfacción.	Aumento de la satisfacción de los usuarios y población que asiste al centro
Elevar el nivel de vida de la población que asiste al Centro de Salud Salcedo	Incremento de la salud entre los usuarios que acuden al centro.	Disminución de enfermedades primarias y de fácil prevención.

### C. Cuadro de Evaluación de Objetivos de Cumplimiento Sección Consulta Externa

OBJETIVO DE CUMPLIMIENTO	INDICADOR	VERIFICADOR
Elaborar la documentación y registro establecidos para el área en tiempo y forma	Cumplimiento en la entrega de la documentación que se requiere por cada área o nivel de dirección.	Entrega en tiempo, forma y como está establecida por el área
Cumplir con los procedimientos médicos y administrativos establecidos por el centro	Evaluación mensual del cumplimiento de los procedimientos.	Resultado de la evaluación de los procedimientos y acciones realizadas con esta información.
Atender a todos los usuarios que acudan al centro sin importar raza o etnia	Alto prestigio entre los usuarios y pacientes por la calidad de los servicios prestados sin importar raza o etnia.	Encuestas a los usuarios para saber el % de aceptación y calidad de los servicios prestados.
Mantener un control adecuado de los pacientes atendidos y sus padecimientos	Registros completados con la información de cada paciente atendido.	Registros archivados.

#### Nivel de Confianza:

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{20}{21} * 100 = 95.24\%$$

#### Nivel de Riesgo:

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 95.24 = 4.76\%$$

#### D. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

#### Interpretación:

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente establecimiento de objetivos en el área de consulta externa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 95.24% y un nivel bajo de riesgo del 4.76%, teniendo en cuenta estos resultados se puede determinar que la sección de talento humano tiene definido correctamente los objetivos, apreciándose la aplicación efectiva de los controles y supervisión de estos, sin embargo los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.

**Elaborado Por:** AFSG

**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 26-05-2014

**Fecha:** 26-05-2014



**A. Cuadro de identificación de riesgos internos de la Sección Consulta Externa del Centro de Salud.**

<b>Riesgos Positivos</b>	<b>Riesgos Negativos</b>
Se fomenta al cumplimiento de las leyes y reglamentos internos así como el código de ética.	Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.
Se cuenta con un personal capacitado y suficiente para lograr las metas, objetivos, misión y visión del área y del centro.	No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado.
Información suficiente para la capacitación diaria con las nuevas técnicas médicas.	No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno

**Elaborado Por: AFSG**  
**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 26-05-2014**  
**Fecha: 26-05-2014**

<b>MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.</b>					
		<b>OBJETIVOS</b>			
		<b>Cumplimiento</b>			
<b>Riesgos Internos</b>		Elaborar la documentación y registro establecidos para el área en tiempo y forma.	Cumplir con los procedimientos médicos y administrativos establecidos por el centro.	Atender a todos los usuarios que acudan al centro sin importar raza o etnia.	Mantener un control adecuado de los pacientes atendidos y sus padecimientos.
	Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.	X			X
	No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado.	X			X
	No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno.	X	X	X	X

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{11}{11} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente identificación de riesgos en el área consulta externa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que la Sección de Consulta Externa del Centro de Salud, cuenta con las políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 26-05-2014  
**Fecha:** 26-05-2014

**MATRIZ DE IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE RIESGO**

FACTORES DE RIESGOS	ORIGEN DEL RIESGO	POTENCIAL CONSECUENCIA	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	TIPO DE RIESGO	CONTROL DE RIESGO	EFFECTIVIDAD	PROMEDIO	RIESGO NETO O RESIDUAL
Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.	Factor Interno	Incumplimiento de los objetivos o desconocimiento el % de logro que se encuentran.	5	3	5	Operación	Establecer las fechas de entregas de cada documentación establecida a entregar por cada área.	5	5	1
No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado.	Factor Interno	Intrusión en las bases de datos del centro, utilizando sus recursos de forma indebida.	3	5	5	Operación	Establecer los niveles de seguridad necesarios para minimizar los riesgos detectados.	5	5	1
No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno.	Factor Interno	Impunidad ante hechos indebidos por el personal del centro.	5	5	1	Operación	Realización constante de pruebas de cumplimiento en todas las áreas.	5	5	1

**Elaborado por: AFSG**  
**Revisado por: SA/IB**

**Fecha: 26-05-014**  
**Fecha: 26-05-014**

**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

FRECUENCIA O PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				
IMPACTO	Alto	4	5	5
	Medio	3	3	5
	Bajo	1	2	4
		Baja	Media	Alta

**B. Cuadro de calificación de riesgos:**

CONTROL	EFFECTIVIDAD
Ninguno	1
Bajo	2
Medio	3
Alto	4
Destacado	5

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{9}{9} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**C. Matriz de nivel de riesgo y confianza**

<b>MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</b>		
<b>RANGO</b>	<b>CONFIANZA</b>	<b>RIESGO</b>
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente evaluación de riesgos en el área de consulta externa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, tomando en cuenta, que la Sección de Consulta Externa ha establecido procedimientos y mecanismos para la detección y control de los riesgos, en busca de solucionarlos y disminuirlos a su mínima potencia.

**Elaborado Por:** AFSG **Fecha:** 26-05-2014  
**Revisado Por:** SA/IB **Fecha:** 26-05-2014



**Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06**

**Respuesta a los Riesgos**

**Examen al 31 de Diciembre del 2012**

**P/T No.  
ACIN-60/82**

**MATRIZ DE RESPUESTA AL RIESGO**

RIESGOS	RESPUESTA AL RIESGO	INDICADOR	VERIFICADOR	RECURSOS	PRESUPUESTO	PERIODO DE EVALUACION
Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos	Establecer las fechas de entregas de cada documentación establecida a entregar por cada área	Incumplimiento de las entregas de los informes a elaborar por el área.	Reiterados señalamientos por los incumplimientos realizados en el área.	Asistente administrativo	\$650.00	Cada Mes
No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado	Establecer los niveles de seguridad necesarios para minimizar los riesgos detectados	Reiteradas intromisiones en el sistema por personal que no pertenece a la institución	Seguridad obsoleta y descuidada de las TIC's en el centro.	Asistente administrativo Computadora Impresora Utiles de oficina	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes
No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno	Realización constante de pruebas de cumplimiento en todas las áreas	Intervalos de tiempo demasitados largos entre una acción de control a otra	Informes de los resultados de las pruebas de cumplimiento al área	Director de administración Computadora Impresora Utiles de oficina	1850.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes

Elaborado Por: **AFSG**

Revisado Por: **SA/IB**

Fecha: **26-05-2014**

Fecha: **26-05-2014**

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{16}{17} * 100 = 94.12\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 94.12 = 5.88\%$$

**A. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

**MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA**

RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo


**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente actividades de control en el área de consulta externa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 94.12% y un nivel bajo de riesgo del 5.88%, bajo estos resultados se determina que en la Sección de Consulta Externa cuenta con un sistema eficiente y eficaz en la aplicación de las respectivas acciones que permiten un adecuado control interno, sin embargo no existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 26-05-2014  
**Fecha:** 26-05-2014



 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p><b>Evaluación - Componente Información y Comunicación</b></p> <p><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-62/82</b></p>
<p>En vista de que se trata de una Auditoría de Control Interno al Centro de Salud, menciono solo los hallazgos del Departamento de Consulta Externa, con el fin de realizar un informe general al término de la Auditoría anteriormente mencionada. Los hallazgos encontrados en el departamento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.</li><li>• No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado.</li><li>• No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno.</li></ul>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 26-05-2014</b> <b>Fecha: 26-05-2014</b></p>



**Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06**  
**Evaluación - Componente Supervisión y**  
**Monitoreo**  
**Examen al 31 de Diciembre del 2012**

**P/T No.**  
**ACIN-63/82**


**A. Cuadro de supervisión y monitoreo**

Nº	COMPONENTE COSO II – E.R.M.	SITUACIÓN ACTUAL	SITUACIÓN REQUERIDA
Ambiente de control			
Establecimiento de objetivo			
2	Consecución de Objetivos	Los directivos del área no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos	Entregar los informes e información solicitada en el tiempo que se establezca por la dirección.
Identificación de riesgos			
Evaluación de riesgos			
Respuesta a los riesgos			
Actividades de control			
6	Controles sobre los sistemas de Información	No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado	Establecer los niveles de seguridad necesarios para minimizar los riesgos detectados en las TIC's.
Información y comunicación			
Supervisión y monitoreo			
8	Supervisión Permanente	No se realizan evaluación y pruebas de cumplimiento del control interno	Ejecutar acciones mensualmente en cada área que permita controlar el cumplimiento de lo establecido en el centro.

**Elaborado Por: AFSG**  
**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 26-05-2014**  
**Fecha: 26-05-2014**


4.2.4.3. *Matriz de Ponderación*


 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Ponderación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-64/82</b>				
<b>A. Matriz de ponderación</b>						
No	PREGUNTA	<b>MP</b>				
		PLANEACIÓN	SI	NO	PND	CÁLCULO
1	Ambiente de control	27	0	10	$27 \times 10/27$	10
2	Establecimiento de objetivos	20	1	10	$20 \times 10/21$	9.53
3	Identificación de eventos	11	0	10	$11 \times 10/11$	10
4	Evaluación del riesgo	9	0	10	$9 \times 10/9$	10
5	Respuesta al riesgo	7	0	10	$7 \times 10/7$	10
6	Actividades de control	16	1	10	$16 \times 10/17$	9.41
7	Información y comunicación	18	0	10	$18 \times 10/18$	10
8	Supervisión y monitoreo	7	1	10	$7 \times 10/8$	8.75
<b>TOTAL</b>				<b>80</b>		<b>77.69</b>
<b>Determinación de riesgo y confianza:</b>						
$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 \qquad CP = \frac{77.69}{80} \times 100 \qquad CP = 97.11\%$						
<p>Después de haber aplicado el cuestionario de control interno al área de consulta externa se determina un nivel de confianza alto de 97.11% y un nivel bajo de riesgo de control de 2.95%.</p>						
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>				<b>Fecha: 26-05-2014</b> <b>Fecha: 26-05-2014</b>		




#### 4.2.5. Departamento de emergencia y hospitalización


### FUNCIONES, OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO, RIESGOS

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>  <b>Emergencia y Hospitalización - Funciones</b>  <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<b>P/T No.</b> <b>ACIN-66/82</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte del sistema integrado de vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades.</li> <li>• Planes de acción para reducción de riesgos.</li> <li>• Informe de investigación operativa relacionada con enfermedades sujetas a vigilancia.</li> <li>• Informe de implementación y gestión de la sala de situación de eventos epidemiológicos adversos.</li> <li>• Informe de ejecución de las normas e instrumentos técnicos para la inspección y certificación de buenas prácticas.</li> <li>• Informe de la ejecución del sistema de farmacovigilancia.</li> <li>• Diagnóstico de requerimientos de capacitación en vigilancia y control sanitario.</li> <li>• Propuesta para la actualización de las normas farmacológicas.</li> <li>• Informe de cumplimiento del registro sanitario.</li> </ul>	
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>	<b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b>

 <p><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b>  <b>Emergencia y Hospitalización - Objetivos</b>  <b>de Control Interno</b>  <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b>  <b>ACIN-67/82</b></p>
<p><b>Objetivos estratégicos Sección Hospitalización y Emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diseñar un plan estratégico con mejoras continuas para los años 2014-2016.</li> <li>● Captar nuevos profesionales para el área cada vez más capacitado.</li> <li>● Ampliar las capacidades de hospitalización para los usuarios del centro.</li> <li>● Disminuir el tiempo de espera de los servicios prestados en emergencias.</li> </ul> <p><b>Objetivos relacionados Sección Hospitalización y Emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar y diagnosticar a los pacientes que entran al área.</li> <li>● Cumplir con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio.</li> <li>● Registrar y emitir los reportes correspondientes.</li> <li>● Velar porque exista un adecuado aseguramiento tanto material como humano.</li> </ul> <p><b>Objetivos de cumplimiento Sección de Consulta Externa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cumplir con los manuales de procedimientos del centro.</li> <li>● Velar porque existe una higiene adecuada para la ejecución de las funciones del área.</li> <li>● Convertir al área como punto de referencia por sus buenos resultados en el país.</li> <li>● Supervisar diariamente las actividades que se desarrollan en el área.</li> </ul>	
<p><b>Elaborado Por:</b> AFSG  <b>Revisado Por:</b> SA/IB</p>	<p><b>Fecha:</b> 29-05-2014  <b>Fecha:</b> 29-05-2014</p>

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Riesgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	<b>P/T No.</b> <b>ACIN-68/82</b>
<p>Se refiere a las eventualidades relacionadas con las estructuras y actividades del organismo y las personas que actúan en el que pueden suscitarse, y por las cuales el auditor no pueda detectar error o falsedad en la información que examina o irregularidades en el proceder de los operadores, teniendo en cuenta los riesgos de control e inherente de la empresa y el de detección de los auditores ejecutantes en la revisión del área de Hospitalización y Emergencia.</p>	
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>	<b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b>

## 4.2.5.1. Cuestionario

 <b>Centro de Salud Salcedo</b> <b>Emergencia y Hospitalización – Cuestionario C.I</b> <b>.....men al 31 de Diciembre del 2012</b>					<b>P/T No.</b> <b>ACIN-69/82</b>	
<b>CENTRO DE SALUD</b> <b>AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO</b> Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013 Cuestionario de Control Interno Departamento de Emergencia y Hospitalización					<b>D 1</b>	
<b>FUNCIONARIO: LIC. MARLENE QUISHPE</b>			<b>CARGO: JEFE DEL DEPAR. HOSPIT. Y EMERGEN</b>			
<b>FECHA: 10 JULIO 2014</b>			<b>HORA INICIO: 8:50</b>			
<b>PROCEDIMIENTO:</b>			<b>HORA FINALIZACIÓN: 9:07</b>			
Nº	PREGUNTA	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN	
	<b>1. Ambiente de Control</b>					
	<b><u>1.1. Integridad y Valores Éticos</u></b>					
1	¿Existe en la inducción del personal a su puesto de trabajo con la debida sociabilización de las normas de conducta utilizadas?	X				
2	¿Cuál es la actitud de los funcionarios frente al control interno de la institución y como se evidencia en el día a día?				MALA ACTITUD	
3	¿Se ha observado la práctica del principio de trabajo en equipo entre los funcionarios del departamento?	X				
4	¿Los funcionarios del departamento actúan con dignidad, seriedad y nobleza?	X				
	<b><u>1.2. Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</u></b>					
5	¿La dirección de la institución ejerce motivación para el cumplimiento de leyes y reglamentos internos como externos dentro del área de emergencia y hospitalización?	X				
6	¿La dirección enfatiza a los funcionarios la práctica de valores, principios y políticas operativas que constituyen la base del sistema de Control Interno?	X				
7	¿La dirección ayuda a los funcionarios a diferenciar lo que está bien de lo que está mal y los orienta como deben actuar ante un comportamiento indeseable?	X				
8	¿Se emprenden acciones disciplinarias a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada?		X			
	<b><u>1.3. Consejo de Administración y Comités</u></b>					
9	¿Cuenta la institución con algún tipo de Consejo de emergencia y hospitalización o comité con fines de mejora?		X			
10	¿Los miembros del Comité son profesionales con experiencia que toman decisiones importantes bajo un análisis profesional?		X			
11	¿Los miembros son funcionarios con experiencia y tienen conocimiento del sector salud?		X			
	<b><u>1.4. Estructura Organizativa</u></b>					
12	¿Existe una estructura orgánica y funcional que indique claramente la distribución del área y del personal del departamento?		X			
13	¿Existe un manual para identificar los procesos dentro del departamento?	X				
14	¿Existe una clara segregación de los niveles de autoridad dentro del área?	X				



15	¿La institución cuenta con personal adecuado, para llevar acabo la misión?	X			
-	<b>1.5. Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	-	-	-	-
16	¿Existe un manual de funciones que señale las responsabilidades y autoridad de cada puesto en el área de emergencia y hospitalización?	X			
17	¿Considera que el personal que labora en el área es el idóneo para desempeñar sus actividades?	X			
18	¿El número de personas que trabaja en el área es el adecuado para la carga de labores y funciones?	X			
19	¿Existe confianza de la dirección para asignar responsabilidades a sus subordinados del área de emergencia y hospitalización?	X			
	<b>1.6. Gestión del Capital Humano</b>				
20	¿Para la contratación del personal se analiza el conocimiento y la experiencia del postulante?	X			
21	¿Existen políticas administrativas de uso exclusivo para esta área?				
22	¿Se Fomenta el desarrollo del personal, promoviendo su participación en eventos de capacitación y adiestramiento, orientados a elevar su formación intelectual?	X			
23	¿Se muestra interés de los funcionarios ante las ofertas que hace la entidad de programas integrales de desarrollo humano, a fin de incrementar su desempeño laboral?	X			
	<b>1.7. Responsabilidad y Transparencia</b>				
24	¿Existe una cultura organizacional dirigida a la responsabilidad por parte de directivos y colaboradores?	X			
25	¿Se establecen objetivos que el área deba alcanzar y permitan medir su cumplimiento?	X			
26	¿Se realizan reportes frecuentes de control de asistencia y el desempeño en el trabajo planificado?	X			
27	¿Los informes que se presentan a la Dirección, son razonables, medibles y se encuentran debidamente respaldados con documentos reales?	X			
	<b>2. Establecimiento de Objetivos</b>				
	<b>2.1. Objetivo Estratégico</b>				
28	¿La institución cuenta con un plan estratégico?	X			
29	¿Existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento?	X			
30	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento?	X			
31	¿Dentro del área existe una fijación de tiempos, responsables, indicadores de rendimiento para las tareas asignadas?	X			
32	¿Se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual?	X			
33	¿Los funcionarios conocen cuales son los objetivos propuestos para alcanzar la misión?	X			
34	¿Los funcionarios dan cumplimiento de los objetivos estratégicos y leyes de contratación pública?	X			
	<b>2.2. Objetivos Específicos</b>				
35	¿Existe una conexión entre los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?	X			
36	¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?	X			
37	¿Se ha evaluado el cumplimiento de los objetivos específicos?	X			


38	¿El funcionario está conforme con el sueldo y los beneficios que percibe, y su remuneración se encuentra establecida por la ley del sector público?	X			
39	¿Se mantiene actualizado el sistema eSIPREN y de control interno?	X			
<b>2.3. Consecución de Objetivos</b>					
40	¿Los directivos del área presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos?	X			
41	¿Se ha evidenciado el incumplimiento a los procedimientos que impidan llegar a la consecución de objetivos?	X			
42	¿El departamento suministra la información necesaria para medir el nivel de cumplimiento de objetivos?	X			
43	¿Con la implementación del sistema SPRYN actual, se ha conseguido presentar los informes en el tiempo solicitado?	X			
<b>2.4. Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>					
44	¿La gerencia supervisa y evalúa la razonabilidad del riesgo que puede aceptar el área?	X			
45	¿Existe algún tipo de sistema informático que maneje el área para medir la forma en que se alcanzan los estándares y relación con cumplimiento de objetivos institucionales?	X			
46	¿Ud. Cree que el sistema de control interno asegura la Confiabilidad, Calidad, Suficiencia, Pertinencia y Oportunidad de la Información?	X			
47	¿Existen riesgos relativos al negocio que el centro de salud haya decidido admitir?	X			
48	¿En qué situación se encuentran los riesgos que hayan sido aceptados por el centro de salud?	X			
<b>3. Identificación de Eventos</b>					
<b>3.1. Factores internos y externos</b>					
49	¿Se cuenta con un análisis FODA del departamento?	X			
50	¿Los factores internos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?	X			
51	¿Los factores externos han afectado el desenvolvimiento de las actividades del Departamento?	X			
52	¿Los planes, programas, proyectos y presupuestos en el departamento se elaboran de acuerdo a los requerimientos del Centro de Salud?	X			
53	¿Se han determinado y categorizado los riesgos?	X			
<b>3.2. identificación de eventos</b>					
54	¿Existe un adecuado sistema computarizado para agilizar el registro de transacciones y proporcionar información confiable y oportuna?	X			
55	¿Se realizan modificaciones a las partidas presupuestarias aprobadas?				
57	¿Se verifica la existencia de las partidas presupuestarias y que las mismas tengan fondos suficientes antes de autorizar la ejecución de un gasto?	X			
<b>3.3. Categoría de Eventos</b>					
58	¿Las acciones tomadas para prevenir sucesos riesgosos son eficientes y efectivas?	X			EN OCASIONES
59	¿Se establecen políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos?	X			
60	¿Se han determinado las causas y efectos de los eventos identificados?	X			
<b>4. Evaluación de Riesgos</b>					
<b>4.1. Estimación de Probabilidad de riesgo</b>					

62	¿Proporciona el Control Interno mecanismos para asegurar la calidad, oportunidad, uso y comprensión de la información base para la toma de decisiones?		X			
63	¿Cuándo se van a tomar decisiones, se analiza rigurosamente los efectos positivos y negativos que se puedan presentar?	X				
64	¿El control interno de la entidad está diseñado para reducir los riesgos al máximo?		X			
	<b>4.2. Evaluación de Riesgos</b>					
65	¿Cuenta la entidad con una metodología para la evaluación de los riesgos implícitos en esta área?		X			
66	¿Se aplican indicadores que permitan analizar el desempeño del funcionario y la consecución de objetivos del departamento?		X			
67	¿Se evalúa que las metas programadas se cumplan de acuerdo al presupuesto aprobado?	X				
	<b>4.3. Riesgos Originados por los cambios</b>					
68	¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante cambios perjudiciales que puedan generarse en la empresa?		X			
69	¿Cuál fue la última medición de riesgos originados por los cambios?					AÑOS ATRÁS
70	¿Ha existido disminución en el desempeño de las actividades?		X			
	<b>5. Respuesta a los Riesgos</b>					
	<b>5.1. Categoría de Respuestas</b>					
71	¿Cuenta el departamento con un proceso para realizar la categorización de riesgos?		X			
72	¿Cuenta el departamento con un proceso de evaluación de riesgos?		X			
73	¿Se elaboran matrices que permitan visualizar el riesgo y la causa efecto de los mismos?		X			
74	¿Se elaboran planes de contingencia ante la presencia de estos eventos?	X				ESE MOMENTO
-	<b>5.2. Decisión de Respuestas</b>	-	-	-	-	
75	¿Cree usted que las decisiones que se toman en el área tienen respaldo en evidencia confiable?	X				
76	El seguimiento de acciones y la retroalimentación de resultados tienen un responsable por departamento?	X				
77	¿Se realizan seguimientos de parte del área de control interno para verificar su cumplimiento?	X				
	<b>6. Actividades de Control</b>					
	<b>6.1. Integración con las decisiones sobre Riesgos</b>					
78	¿Existen en el área actividades de control importantes que se alineen con el cumplimiento de normas que permitan una adecuada segregación de funciones?	X				
79	¿Se proponen políticas, normas y asignación de recursos humanos, materiales y financieros en base al presupuesto?	X				
80	¿Se ha diseñado un flujograma de proceso atendiendo a las actividades de control?		X			
81	¿Existen políticas del área de emergencia y hospitalización?	X				
	¿El acceso a los registros es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados?	X				
	¿Existe un personal autorizado para realizar pagos y otro para registros?	X				
	<b>6.2. Principales Actividades de Control</b>					
82	¿Existen controles periódicos de revisión de políticas y normas internas del manejo de información?		X			
83	¿Se coordina y se da seguimiento a la actualización de perfiles epidemiológicos, estadísticas, evolución y control?	X				
84	¿Se desarrollan, promueven, aplican normas y procedimientos técnicos, sobre el manejo y utilización de instalaciones, equipos e instrumental médico?	X				

85	¿El departamento cuenta con la definición de procesos de atención y cuidado del paciente, desde la perspectiva de sus necesidades, con visión de atención integral y de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública?	X			
86	¿Existen claves de accesos lógicos por ejemplo password para el ingreso en los programas computarizados?	X			
87	¿Existen controles periódicos de revisión de políticas y normas internas del manejo de información?		X		
	<b>6.3. Controles sobre los sistemas de Información</b>				
88	¿Existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado?		X		
89	¿Cree usted que el uso de la informática ayudará a identificar los riesgos?	X			
90	¿Existe políticas del manejo de programas y acceso a internet para los colaboradores?	X			
91	¿El sistema tiende a colapsarse en ocasiones repetidas?	X			
	<b>7. Información y Comunicación</b>				
	<b>7.1. Cultura de la Información en todos los niveles</b>				
92	¿Existen políticas relativas al manejo de la información dentro del área y su difusión?	X			
93	¿Se realizan reuniones periódicas del departamento de emergencia y hospitalización con el personal que la integra?	X			
94	¿En la entidad existe circulación de la información formal e informalmente?		X		
	<b>7.2. Sistemas Estratégicos e Integrados</b>				
95	¿Se han diseñado sistema de integración con las demás unidades para el cumplimiento de objetivos conjuntamente?	X			
96	¿Se utiliza la información integrada de todas las áreas para conocer los recursos que deben destinarse a cada una de ellas?	X			
97	¿Se identifica, captura y utiliza información pertinente en todos los niveles de la empresa con el fin de lograr los objetivos de reporte de la información del área?	X			
98	¿Los sistemas de información se respaldan en una plataforma tecnológica?	X			
	<b>7.3. Confiabilidad de la información</b>				
99	¿Todas las áreas envían OPORTUNAMENTE la información de sus actividades a fin de que sean registradas financieramente?	X			
100	¿Los informes del departamento de emergencia y hospitalización se encuentran debidamente respaldados?	X			
101	¿El sistema de información se lo actualiza diariamente, lo que permite obtener información oportuna?	X			ACTUALIZACION CADA CIERTO TIEMPO
	<b>7.4. Comunicación Interna</b>				
102	¿Se toman en consideración las propuestas del personal para el mejoramiento de los procesos y procedimientos?	X			
103	¿La comunicación que hay en el departamento permite y ayuda a la comprensión y ejecución de objetivos, procesos y responsabilidades?	X			
104	¿Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) son periódicamente reportadas y revisadas?		X		
	<b>7.5. Comunicación Externa</b>				
105	¿Conoce el personal y la dirección del área el tipo de información y plazos en los que debe ser entregada determinada información a entidades reguladoras?	X			
106	¿Se comunica a partes externas los asuntos que afectan la consecución de los objetivos de reporte de la información del departamento de emergencia y hospitalización?		X		

107	¿Se cumple con los requerimientos de las entidades de control?	X			
108	¿Existen mecanismos que faciliten canales de comunicación al exterior de la organización?	X			
109	¿Se actualiza periódicamente la página web del centro de salud?		X		NO HAY
<b>8. Supervisión y Monitoreo</b>					
<b>8.1. Supervisión Permanente</b>					
110	¿Se realizan revisiones periódicas de la información con respecto a lo existente?		X		
111	¿Existe una rutina permanente de seguimiento y evaluación del desempeño del control interno para determinar mejoras?		X		
112	¿Se realizan evaluaciones y pruebas de cumplimiento de control interno?	X			
113	¿Se evalúan los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas y se comunica a la Dirección de la institución pública?	X			
<b>8.2. Evaluación Interna</b>					
114	¿Cuenta el área con la supervisión y evaluación del área de Auditoría Interna de los procesos del departamento de emergencia y hospitalización?	X			
115	¿Existen mecanismos para que el personal realice autoevaluaciones periódicas a sus áreas de responsabilidad?	X			
<b>8.3. Evaluación Externa</b>					
116	¿La institución fue sujeta a una revisión por parte de una auditora externa?	X			
117	¿Se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría?	X			
<b>TOTAL</b>					
<b>Elaborado Por: AFSG</b>			<b>Fecha: 29-05-2014</b>		
<b>Revisado Por: SA/IB</b>			<b>Fecha: 29-05-2014</b>		

#### 4.2.5.2. Evaluación de los componentes

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación – Componente Ambiente de Control</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>PT N°</b> <b>ACIN 70/82</b>																
<b>A. Ambiente de Control</b>																		
ACTIVIDAD DE CONTROL	<b>NIVEL DE CONFIANZA:</b>  Total de Respuestas Afirmativas (SI) NC = _____ *100%  No. De Respuestas Realizadas  <b>NIVEL DE RIESGO:</b>  <b>NR = 100% - NC</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">RANGO</th> <th style="text-align: center;">CONFIANZA</th> <th style="text-align: center;">RIESGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0% - 50%</td> <td style="text-align: center;">Baja</td> <td style="text-align: center;">Alto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">51% - 75%</td> <td style="text-align: center;">Moderada</td> <td style="text-align: center;">Moderado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">76% - 100%</td> <td style="text-align: center;">Alta</td> <td style="text-align: center;">Bajo</td> </tr> </tbody> </table>	MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA			RANGO	CONFIANZA	RIESGO	0% - 50%	Baja	Alto	51% - 75%	Moderada	Moderado	76% - 100%	Alta	Bajo	<b>INTERPRETACIÓN</b>
MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA																		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO																
0% - 50%	Baja	Alto																
51% - 75%	Moderada	Moderado																
76% - 100%	Alta	Bajo																
1.-Integridad y valores éticos	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$  $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100%  Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área de hospitalización y emergencia se realiza adecuadamente el proceso de inducción, así como cuentan con los valores necesarios para ocupar y desempeñar las funciones que realizan a diario.															
2.-Filosofía y Estilo de la Alta Dirección	$NC = \frac{4}{4} * 100\% = 100$  $NR = 100 - 100 = 0$	Nivel de confianza: 100%  Nivel de riesgos: 0%	En la aplicación del cuestionario se obtuvo un nivel de confianza del 100% y un nivel de riesgo del 0%, encontrando que el área de hospitalización y emergencia se enfatiza en el cumplimiento de las leyes y reglamentos internos, así como se vela porque los funcionarios tengan y apliquen valores.															



**A. Cuadro de Evaluación de Objetivos Estratégicos Sección de Hospitalización y Emergencia**

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Diseñar un plan estratégico con mejoras continuas para los años 2014-2016	Mejoras logradas en ese período	Evaluación de las mejoras.
Captar nuevos profesionales para el área cada vez más capacitado	Cantidad de profesionales captados.	Evaluación mensual de las funciones que realizan.
Ampliar las capacidades de hospitalización para los usuarios del centro	Aumentar en al menos un 20% la capacidad de atención a los usuarios.	Aprobación del presupuesto para la ampliación de las capacidades.
Disminuir el tiempo de espera de los servicios prestados en emergencias	Aumento de la satisfacción de los pacientes del área.	Aplicación de encuestas a los pacientes del área.

**B. Cuadro de Evaluación de Objetivos Relacionados Sección de Hospitalización y Emergencia**

<b>OBJETIVO RELACIONADO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Evaluar y diagnosticar a los pacientes que entran al área	Registro de pacientes atendidos por los funcionarios del área.	Quejas y sugerencias por mala atención
Cumplir con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio	% de cumplimiento de los estándares de calidad.	Aplicación de indicadores de gestión de la calidad
Registrar y emitir los reportes correspondientes	Registros y reportes emitidos.	Registros y reportes entregados y archivados.
Velar porque exista un adecuado aseguramiento tanto material como humano	Inobservancia de carencias de materiales y humanos.	Registros de solicitudes de materiales a la bodega.



**C. Cuadro de Evaluación de Objetivos de Cumplimiento Sección Consulta Externa**

<b>OBJETIVO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VERIFICADOR</b>
Cumplir con los manuales de procedimientos del centro	Evaluación periódica del cumplimiento de los manuales de procedimientos.	Resultados de las evaluaciones y decisiones tomadas con estas
Velar porque existe una higiene adecuada para la ejecución de las funciones del área	Limpieza y esterilización diaria del área.	Medición diaria de la calidad de la higiene del área.
Convertir al área como punto de referencia por sus buenos resultados en el país	Aumento del prestigio del área y sus trabajadores.	Reconocimientos y menciones por los logros del área y su personal.
Supervisar diariamente las actividades que se desarrollan en el área	Ejecución de las supervisiones diarias.	Resultados de las supervisiones y medidas tomadas en consecuencia.

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{20}{21} * 100 = 95.24\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 95.24 = 4.76\%$$

#### D. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza


MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

#### Interpretación:

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente establecimiento de objetivos en el área de hospitalización y emergencia, se obtuvo un nivel de confianza alto de 95.24% y un nivel bajo de riesgo del 4.76%, teniendo en cuenta estos resultados se puede determinar que la sección de talento humano tiene definido correctamente los objetivos, apreciándose la aplicación efectiva de los controles y supervisión de estos, sin embargo no se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 29-05-2014  
**Fecha:** 29-05-2014

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Identificación de Eventos</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-72/82</b></p>
<p><b>A. Cuadro de identificación de riesgos internos de la Sección Consulta Externa del Centro de Salud.</b></p>	
<p><b>RIESGOS POSITIVOS</b></p>	<p><b>RIESGOS NEGATIVOS</b></p>
<p>Existencia de una adecuada comunicación y empleo efectivo de los canales establecidos para el área.</p>	<p>Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.</p>
<p>Supervisión diaria de las operaciones que se realizan en la sección.</p>	<p>No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.</p>
<p>Competencia profesional de todos los funcionarios que forman parte del departamento.</p>	<p>No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría</p>

<b>MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUMPLIMIENTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.</b>					
		<b>OBJETIVOS</b>			
		<b>Cumplimiento</b>			
		Cumplir con los manuales de procedimientos del centro.	Velar porque existe una higiene adecuada para la ejecución de las funciones del área.	Convertir al área como punto de referencia por sus buenos resultados en el país.	Supervisar diariamente las actividades que se desarrollan en el área.
Riesgos Internos	Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.	X		X	X
	No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.	X			
	No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.	X			

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{11}{11} * 100\% = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**B. Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo


**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente identificación de riesgos en el área hospitalización y emergencia, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, bajo estos resultados se determina que la Sección de Hospitalización y Emergencia del Centro de Salud, cuenta con las políticas y procedimientos dentro del área para informar a los miembros de la organización sobre las categorías de eventos y su relación con los objetivos.

**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 29-05-2014  
**Fecha:** 29-05-2014

Evaluación de riesgos

		Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06 Evaluación – Componente Evaluación de Riesgos Examen al 31 de Diciembre del 2012						P/T No. ACIN-73/82		
MATRIZ DE IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE RIESGO										
FACTORES DE RIESGOS	ORIGEN DEL RIESGO	POTENCIAL CONSECUENCIA	IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	TIPO DE RIESGO	CONTROL DE RIESGO	EFFECTIVIDAD	PROMEDIO	RIESGO NETO O RESIDUAL
Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.	Factor Interno	Toma de decisiones erradas por falta de experiencia en la actividad.	5	5	5	Operación	Capacitación constante y evaluación mensual de las funciones a ejecutar.	5	5	1
No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.	Factor Interno	Desconocimientos del cumplimiento o % que se terminó el plan operativo.	3	3	5	Operación	Evaluar el cumplimiento del plan operativo mensualmente, para tomar las decisiones oportunas.	5	5	1
No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.	Factor Interno	No se erradican los errores detectados en las auditorías.	3	5	1	Operación	Realizar un cronograma para la erradicación de errores paulatinamente y comprobar su cumplimiento.	5	5	1

Elaborado por: **AFSG**  
 Revisado por: **SA/IB**

Fecha: **29-05-2014**  
 Fecha: **29-05-2014**

**A. Cuadro de calificación de riesgos:**

FRECUENCIA O PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				
IMPACTO	Alto	4	5	5
	Medio	3	3	5
	Bajo	1	2	4
		Baja	Media	Alta

**B. Cuadro de calificación de riesgos:**

CONTROL	EFFECTIVIDAD
Ninguno	1
Bajo	2
Medio	3
Alto	4
Destacado	5

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{9}{9} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0\%$$

**C. Matriz de nivel de riesgo y confianza**

MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo

**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente evaluación de riesgos en el área de hospitalización y emergencia, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0%, tomando en cuenta, que la Sección de Hospitalización y Emergencia ha establecido procedimientos y mecanismos para la detección y control de los riesgos, en busca de solucionarlos y disminuirlos a su mínima potencia.

**Elaborado Por:** AFSG**Revisado Por:** SA/IB**Fecha:** 29-05-2014**Fecha:** 29-05-2014





Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06

Respuesta a los Riesgos

Examen al 31 de Diciembre del 2012

P/T No.  
ACIN-74/82

MATRIZ DE RESPUESTA AL RIESGO

RIESGOS	RESPUESTA AL RIESGO	INDICADOR	VERIFICADOR	RECURSOS	PRESUPUESTO	PERIODO DE EVALUACION
Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.	Capacitación constante y evaluación mensual de las funciones a ejecutar.	Evaluaciones mensuales a los directivos y las decisiones tomadas.	Evaluaciones realizadas y archivadas.	Asistente administrativo	\$650.00	Cada Mes
No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.	Evaluar el cumplimiento del plan operativo mensualmente, para tomar las decisiones oportunas.	Falta de control sobre el cumplimiento del plan	Falta de informes o decisiones tomadas por cumplimiento del plan operativo.	Asistente administrativo Computadora Impresora Útiles de oficina	650.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes
No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría	Realizar un cronograma para la erradicación de errores paulatinamente y comprobar su cumplimiento	Falta de ejecución de acciones para la correcciones de errores detectados por las auditorías	Inobservancia de acciones para erradicar los errores detectados	Director de administración Computadora Impresora Útiles de oficina	1850.00 230.00 43.50 8.00	Cada Mes

Elaborado Por: AFSG  
Revisado Por: SA/IB

Fecha: 29-05-2014  
Fecha: 29-05-2014

**Nivel de Confianza:**

$$NC = \frac{\text{Total de Respuestas Afirmativas (Sí)}}{\text{No. De Respuestas Realizadas}} * 100\%$$

$$NC = \frac{16}{16} * 100 = 100\%$$

**Nivel de Riesgo:**

$$NR = 100\% - NC$$

$$NR = 100 - 100 = 0 \%$$

**Cuadro 4.25.- Matriz de Nivel de Riesgo y Confianza**


MATRIZ DE NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA		
RANGO	CONFIANZA	RIESGO
0% - 50%	Baja	Alto
51% - 75%	Moderada	Moderado
76% - 100%	Alta	Bajo


**Interpretación:**

Una vez aplicado el cuestionario de control interno en el componente actividades de control en el área de consulta externa, se obtuvo un nivel de confianza alto de 100% y un nivel bajo de riesgo del 0.00%, bajo estos resultados se determina que en la Sección de Hospitalización y Emergencia cuenta con un sistema eficiente y eficaz en la aplicación de las respectivas acciones que permiten un adecuado control interno.


**Elaborado Por:** AFSG  
**Revisado Por:** SA/IB

**Fecha:** 29-05-2014  
**Fecha:** 29-05-2014


<p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p> <b>Evaluación - Componente Información y Comunicación</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>P/T No. ACIN-76/82</b></p>
<p>En vista de que se trata de una Auditoría de Control Interno al Centro de Salud, menciono solo los hallazgos del Departamento de Hospitalización y Emergencia, con el fin de realizar un informe general al término de la Auditoría anteriormente mencionada. Los hallazgos encontrados en el departamento son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.</li><li>• No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.</li><li>• No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.</li></ul>	
<p><b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b></p>	<p><b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b></p>

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Evaluación - Componente Supervisión y Monitoreo</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-77/82</b>	
<b>A. Cuadro de supervisión y monitoreo</b>			
No	Componente COSO II – E.R.M.	Situación Actual	Situación Requerida
Ambiente de control			
1	Consejo de Administración y Comités	Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.	Evaluación mensual y capacitación reiteradas a los funcionarios del Consejo Administración.
Establecimiento de objetivo			
2	Objetivo Estratégico	No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.	Evaluar mensualmente el plan operativo y tomar las decisiones pertinentes.
Identificación de riesgos			
Evaluación de riesgos			
Respuesta a los riesgos			
Actividades de control			
Información y comunicación			
Supervisión y monitoreo			
8	Evaluación Externa	No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.	Realizar las correcciones de los errores detectados en las auditorías.
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b>	

4.2.5.3. *Matriz de Ponderación*


 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Ponderación</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-78/82</b>					
<b>A. MATRIZ DE PONDERACIÓN</b>							
No	PREGUNTA						<b>MP</b>
		PLANEACIÓN	SI	NO	PND	CÁLCULO	CALIFICACIÓN
1	Ambiente de control	26	1	10	$26 \times 10/27$	9.63	
2	Establecimiento de objetivos	20	1	10	$20 \times 10/21$	9.53	
3	Identificación de eventos	11	0	10	$11 \times 10/11$	10	
4	Evaluación del riesgo	9	0	10	$9 \times 10/9$	10	
5	Respuesta al riesgo	7	0	10	$7 \times 10/7$	10	
6	Actividades de control	16	0	10	$16 \times 10/16$	10	
7	Información y comunicación	18	0	10	$18 \times 10/18$	10	
8	Supervisión y monitoreo	7	1	10	$7 \times 10/8$	8.75	
TOTAL				<b>80</b>		<b>77.91</b>	
<p><b>Determinación de riesgo y confianza:</b></p> $CP = \frac{CT}{PT} \times 100 \qquad CP = \frac{77.91}{80} \times 100 \qquad CP = 97.39\%$ <p>Después de haber aplicado el cuestionario de control interno al área de hospitalización y emergencia se determina un nivel de confianza alto de 97.39% y un nivel bajo de riesgo de control de 2.61%.</p>							
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>				<b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b>			

#### 4.2.5.4. Matriz de hallazgos

 <b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Matriz de Hallazgos</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>		<b>P/T No.</b> <b>ACIN-79/82</b>			
COMPONENTE	CONDICION	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	RECOMENDACION
<b>Ambiente de control</b>	Los miembros del Consejo de Administración no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Captación y falta de verificación de los funcionarios.	Toma de decisiones erradas por desconocimiento de la actividad.	Evaluar mensualmente la toma de decisiones y realizar capacitaciones a los funcionarios.
<b>Establecimiento de objetivos</b>	No se da seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Indisciplinas y descontrol de lo que se debe realizar.	Desconocimientos del % de cumplimiento del plan.	Evaluar mensualmente el cumplimiento del plan y tomar las decisiones pertinentes.
<b>Identificación de eventos</b>	No se detectaron hallazgos				
<b>Evaluación del riesgo</b>	No se detectaron hallazgos				
<b>Respuesta al riesgo</b>	No se detectaron hallazgos				
<b>Actividades de control</b>	No se detectaron hallazgos				
<b>Información y comunicación</b>	No se detectaron hallazgos				
<b>Supervisión y monitoreo</b>	No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría.	Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.	Desconocimiento y desinterés en la erradicación de deficiencias detectadas por las auditorías.	Señalamientos reiterados de las mismas deficiencias detectadas.	Realizar las acciones pertinentes para erradicar las deficiencias.
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 29-05-2014</b> <b>Fecha: 29-05-2014</b>			

### 4.3. Resultados de la auditoría

#### 4.3.1. Carta de Control Interno

 <p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Carta de Control Interno</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No</b> <b>ACIN-80/82</b></p>
<p style="text-align: right;">Distrito No.3 Salcedo, 28 de junio de 2014.</p> <p>Dr. Charles Robles Director del Centro de Salud de Salcedo Presente:</p> <p>De nuestras consideraciones:</p> <p>Como parte del proceso de planificación y ejecución de nuestra auditoría al Control Interno del Centro de Salud Salcedo al cierre del 31 de diciembre de 2012, consideramos su estructura para determinar la naturaleza, oportunidad y alcance de nuestros procedimientos de auditoría, con el propósito de evaluar y expresar una opinión sobre el funcionamiento del mismo. Por lo tanto, en este contexto, nuestra consideración de la estructura de Control Interno, cubre la mayoría de las debilidades eventualmente existentes en las áreas sujetas a revisión, y se indican aquellos numerosos procedimientos correctamente establecidos. Siendo el objetivo de esta revisión expresar una opinión sobre el Sistema de Control Interno implementado. Por lo anterior, se estudiado y evaluado en la entidad el cumplimiento y continuidad de todos los controles vigentes.</p> <p>En el estudio y evaluación efectuado con el propósito antes descrito, notamos ciertos aspectos sobre el funcionamiento del Control Interno del Centro de Salud, los cuales han sido expuestos en el Informe Final de la Auditoría, tanto para cumplir con las normas de auditoría generalmente aceptadas, como para aportar a la</p>	

administración elementos que pueden contribuir a salvaguardar en forma más efectiva los recursos de la unidad organizativa, a mejorar la calidad de la información, a optimizar la eficiencia administrativa y a lograr una mejor adhesión a las políticas de la entidad.

Atentamente,

**Autora**

**ADELA SALGUERO GARZÓN**

**Elaborado Por: AFSG**


**Revisado Por: SA/IB**

**Fecha: 20-06-2014**


**Fecha: 20-06-2014**



### 4.3.2. Carta de Presentación del Informe

	<b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b> <b>Carta de Presentación del Informe</b> <b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b>	<b>P/T No.</b> <b>ACIN-81/82</b>
<p style="text-align: right;">Distrito No.3 Salcedo, 28 de junio de 2014.</p> <p>Dr. Charles Robles          Director del Centro de Salud de Salcedo</p> <p>Presente:          De mi consideración:</p> <p>En mi condición de Supervisora del Grupo de Auditoría, y de acuerdo con lo pactado en los objetivos de la auditoría que efectuamos, en el periodo comprendido entre el 28 de abril y el 27 de junio del presente año, se ejecutó la Auditoría de Control Interno a los departamentos: Administrativo, Financiero, Talento Humano, Consulta Externa y Emergencia y Hospitalización, tomando en consideración las necesidades de la Dirección General del centro, relativas al funcionamiento del Sistema de Control Interno implementado, y al cumplimiento de la normativa legal establecida, refrendado en las continuas fallas de las actividades que allí se desarrollan.</p> <p>Los resultados de la auditoría han sido consignados en el Informe Final que acompaña a la presente, el cual le solicito tenga a bien revisar para su posterior discusión y análisis con los factores correspondientes en la fecha que determine para este efecto.</p> <p>Atentamente.</p> <p style="text-align: center;"><b>Dra. Silvia Altamirano</b>          Supervisora</p>		
<b>Elaborado Por: AFSG</b> <b>Revisado Por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 20-06-2014</b> <b>Fecha: 20-06-2014</b>

## 4.3.3. Carta de Discusión del Informe

<p style="text-align: center;"><b>Centro de Salud Salcedo Distrito 05D06</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>Carta Discusión del Informe</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Examen al 31 de Diciembre del 2012</b></p>	<p><b>P/T No.</b> <b>ACIN-82/82</b></p>
<p style="text-align: right;">Distrito No.3 Salcedo, 27 de junio de 2014.</p> <p>Dr. Charles Robles Director del Centro de Salud de Salcedo</p> <p>Presente:</p> <p>En el cantón Salcedo, provincia de Cotopaxi, a los 27 días del mes de Junio del año 2014, a las ocho horas a.m., se procede a efectuar la reunión correspondiente con el máximo nivel de dirección de la entidad y los factores pertinentes, para notificar y dejar constancia de los resultados alcanzados en la auditoría realizada en las instalaciones del Centro de Salud Salcedo, en el período terminado Diciembre 2012.</p> <p>En presencia de los suscritos, se procede a la lectura del Informe Final, se analizan y discuten los resultados, comentarios, conclusiones y las recomendaciones derivadas del trabajo realizado.</p> <p>Al respecto cabe hacer presentes que las acciones y regularizaciones que se adopten sobre la materia, conforme a las políticas de fiscalización de la entidad, se verificarán en el examen de seguimiento que se realice en dicha entidad.</p> <p>Para constancia del proceso ejecutado se firman dos ejemplares de igual contenido.</p> <p style="text-align: center;">       Dr. Charles Robles        Director del Centro de Salud Salcedo       <span style="margin-left: 200px;">Dra. Iralda Benavides Supervisora</span> </p>	
<p><b>Elaborado Por:</b> AFSG <b>Revisado Por:</b> SA/IB</p> <p style="text-align: right;"><b>Fecha:</b> 20-06-2014 <b>Fecha:</b> 20-06-2014</p>	

#### **4.4. Informe de auditoría**

### **INFORME EVALUATIVO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL CENTRO DE SALUD DE SALCEDO (EVALUACIÓN MÉTODO COSO II – E.R.M.)**

Distrito No.3 Salcedo, 27 de junio de 2014.

Dr. Charles Robles

Director del Centro de Salud Salcedo

Presente:

#### **Presentación**

Con fecha 16 de noviembre de 2009, se promulgó la Ley No. 2002-73 dictada en el año 2002 (Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado de la República del Ecuador), cuyo objeto es el de establecer y mantener, bajo la dirección de la Contraloría General del Estado, el sistema de control, fiscalización y auditoría del Estado, y regular su funcionamiento, con la finalidad de examinar, verificar y evaluar el cumplimiento de la visión, misión y objetivos de las instituciones del Estado y la utilización de recursos, administración y custodia de bienes públicos.

El informe de Control Interno se constituye en un elemento básico que permite determinar si los marcos legales y jurídicos se cumplen, si las políticas establecidas son tomadas en cuenta, si los procedimientos aplicados se corresponden a los propuestos por la alta dirección de la entidad, y si los lineamientos establecidos de Control Interno se corresponden con la dinámica y desarrollo de la unidad organizativa.

## **1. Marco Conceptual**

El Control Interno es un proceso, ejecutado por el máximo nivel de dirección para la administración de la entidad, diseñado específicamente para proporcionarle seguridad razonable de conseguir efectividad y eficiencia en las operaciones; suficiencia de la información financiera y cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

## **2. Normatividad:**

- Ley 2002-73 (Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado de la República del Ecuador). Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades del estado y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Acuerdo No. 039-CG del 16/11/09. Suscrito por el doctor Carlos Pólit Faggioni, Contralor General del Estado. Expide las "Normas de Control Interno para las entidades, organismos del sector público y personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos.
- Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP). República del Ecuador.
- Ley Orgánica de Administración Financiera y Control. República del Ecuador.
- Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.
- Manuales de Normas y Procedimientos establecidos por la entidad auditada.
- Normas de Auditoría de General Aceptación (NAGAS).

## **3. Objetos de la Auditoría:**

### **Objetivo General**

Verificar la existencia, el nivel de desarrollo y grado de efectividad del Control Interno instaurado en la entidad en cumplimiento de los fines de la misma; así como

identificar, priorizar y seleccionar, las probables áreas críticas existentes en el centro a través del modelo de Gestión de Riesgos Institucional (ERM-COSO II).

#### **Objetivos Específicos:**

- Conceptuar acerca del estado general del Sistema de Control Interno implementado en la entidad auditada.
- Analizar los procesos que se desarrollan en la instalación y el cumplimiento de la normativa legal y vigente establecida.
- Medir el desempeño de la administración, a partir de la identificación de riesgos, medidas preventivas y acciones de control adoptadas.
- Evaluar la utilización de los recursos materiales, financieros y humanos a disposición de la entidad.
- Realizar la evaluación del Sistema de Control Interno en base al Método COSO II – E.R.M.
- Definir y exponer las recomendaciones pertinentes a partir de los resultados alcanzados en el proceso de ejecución de la auditoría.

#### **4. Alcance de la evaluación:**

Las tareas de campo se desarrollaron entre los días 28 de abril de 2014 y 28 de junio de 2014.

#### **5. Funciones de los departamentos auditados:**

##### **Administrativo:**

- Reporte de aplicación de los lineamientos generales para el mantenimiento de bienes muebles e inmuebles institucionales.
- Reporte mensuales sobre la atención prestada a los requerimientos en servicios y mantenimiento.

- Informe de ejecución del mantenimiento de bienes muebles e inmuebles.
- Matriculación de vehículos.
- Solicitud de pago para utilización de combustible y lubricantes.
- Solicitud de pago para compra de piezas y accesorios de vehículos.
- Reporte de ingresos, egresos y consumo de suministros, materiales y bienes de larga duración.
- Actualizaciones de inventario.
- Informe consolidado de custodia y uso de bienes.
- Actas de entrega y recepción de bienes.
- Comprobantes de órdenes de pago.
- Informe de compras generales.
- Informe de ejecución del plan anual de compras públicas.
- Informes del control de la gestión administrativa.

**Financiero:**

- Certificación de disponibilidad presupuestaria.
- Proformas presupuestarias.
- Informe de ejecución presupuestaria de ingresos y gastos.
- Informe de seguimiento y evaluación de la ejecución presupuestaria.
- Informe de reformas presupuestaria.
- Fondo de caja chica.
- Informe de arqueos de caja.
- Informe de reportes y estados financieros.
- Inventario de arqueo de recaudaciones por la venta de especies valoradas.
- Informe de situación contable.
- Comprobantes de pagos.

- Informe de recaudaciones.
- Solicitud de pago de obligaciones.

**Talento Humano:**

- Base de datos de personal actualizada.
- Distributivo de remuneraciones mensuales unificadas.
- Acciones de personal elaboradas, legalizadas y registradas en el sistema informático de talento humano.
- Registro del sistema informático de nómina.
- Informe de ejecución de procesos de selección y contratación de servicios ocasionales y profesionales.
- Cronogramas de capacitación.
- Informe de aplicación del plan anual de capacitación.
- Diagnóstico de necesidades de capacitación.

**Consulta Externa:**

- Reporte del sistema integrado de vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades.
- Planes de acción para reducción de riesgos.
- Informe de investigación operativa relacionada con enfermedades sujetas a vigilancia.
- Informe de implementación y gestión de la sala de situación de eventos epidemiológicos adversos.
- Informe de ejecución de las normas e instrumentos técnicos para la inspección y certificación de buenas prácticas.
- Informe de la ejecución del sistema de farmacovigilancia.

- Diagnóstico de requerimientos de capacitación en vigilancia y control sanitario.
- Propuesta para la actualización de las normas farmacológicas.
- Informe de cumplimiento del registro sanitario.

### **Emergencia y Hospitalización:**

- Reporte del sistema integrado de vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades.
- Planes de acción para reducción de riesgos.
- Informe de investigación operativa relacionada con enfermedades sujetas a vigilancia.
- Informe de implementación y gestión de la sala de situación de eventos epidemiológicos adversos.
- Informe de ejecución de las normas e instrumentos técnicos para la inspección y certificación de buenas prácticas.
- Informe de la ejecución del sistema de farmacovigilancia.
- Diagnóstico de requerimientos de capacitación en vigilancia y control sanitario.
- Propuesta para la actualización de las normas farmacológicas.
- Informe de cumplimiento del registro sanitario.

### **6. Resultados de la auditoría:**

De acuerdo con los resultados del aplicativo utilizado se exponen los siguientes hallazgos, por lo que resulta importante que se propongan las acciones pertinentes que permitan superar el estado intermedio en el que se encuentra el Control Interno, a fin de instaurar un Sistema de Control Interno sólido y confiable, procurando concentrar esfuerzos para reiniciar la continuación de las acciones y establecer nuevas según las necesidades requeridas.



**Condición:**

No se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento administrativo.

**Causa:**

Inobservancia de fallas en la implementación del control interno.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Observancia de errores con gran trascendencia para el centro.

**Recomendación:**

Diseñar el proceso correspondiente que permita ejecutar las acciones de control que minimicen los riesgos en el departamento.

**Condición:**

El acceso a los registros en el departamento administrativo no es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados.

**Causa:**

Falta de sistematicidad en la supervisión del control interno.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Desorganización en la ejecución de acciones de control, velando los posibles errores y fraudes.

**Recomendación:**

Diseñar el flujograma de procesos que permita darle coherencia y un orden a los accesos a las acciones a ejecutar.

**Condición:**

El sistema del departamento administrativo tiende a colapsarse en ocasiones repetidas.

**Causa:**

Falta de aseguramiento técnico que permita una adecuado ejecución del sistema.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Insatisfacción y desagrado por los usuarios del centro.

**Recomendación:**

Crear o contratar los servicios para subsanar lo antes posibles la vulnerabilidad del sistema.

**Condición:**

La actitud de los funcionarios del área financiera frente al control interno de la institución es molesta.

**Causa:**

Insuficiente supervisión sobre la ejecución de las tareas a realizar.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Inejecución de tareas asignadas al área.

**Recomendación:**

Revisión constante de las funciones a ejecutar por el área del jefe inmediato.

**Condición:**

No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento.

**Causa:**

Incumplimiento de los reglamentos del Ministerio de salud.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Disminución de la eficiencia y eficacia del área.

**Recomendación:**

Diseñar una misión y visión que este a tono con los objetivos del centro.

**Condición:**

Los funcionarios del área Financiera no están conformes con el sueldo y los beneficios que perciben.

**Causa:**

Falta de motivación por el jefe inmediato.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Desmotivación del personal del área.

**Recomendación:**

Realizar una evaluación de los sueldos con respecto a los cargos existentes y la legislación establecida.

**Condición:**

No se emprenden acciones disciplinarias por parte del departamento de Talento Humano a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.

**Causa:**

Inejecución de los reglamentos internos y manuales de la institución.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Observancia de malas prácticas entre los trabajadores del centro.

**Recomendación:**

Aplicar las medidas correspondientes de haber errores o indisciplinas.

**Condición:**

No existe un responsable en el departamento de Talento Humano para el seguimiento de las acciones y la retroalimentación de resultados.

**Causa:**

Falta de seguimiento por parte de la dirección del centro de los errores detectados.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Repetición de errores ya detectados.

**Recomendación:**

Determinar un trabajador por cada área que realice el debido seguimiento.

**Condición:**

Las claves de acceso de los funcionarios (intentos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas por el área de Talento Humano.

**Causa:**

Indisciplina en la ejecución de funciones asignadas.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Intromisión en el sistema de personal ajeno al centro.

**Recomendación:**

Revisar sistemáticamente los comandos entregados a cada funcionario y actualizar de ser preciso.

**Condición:**

Los directivos del área de Consulta Externa no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.

**Causa:**

Falta de exigencia de los niveles de dirección correspondientes.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Desconocimiento del % de cumplimiento de los objetivos o si ya fueron cumplidos.

**Recomendación:**

Elaborar los informes establecidos por los manuales e indicaciones de la dirección de la institución.

**Condición:**

No existen seguridades especiales en TIC's que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado en el área de Consulta Externa.

**Causa:**

Falta de supervisión y control de las tecnologías en el centro por los funcionarios encargados.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Intromisión en los sistemas y bases de datos del centro beneficiándose personal que no pertenece a la institución.

**Recomendación:**

Establecer los niveles de seguridad correspondientes que permita un adecuado control y uso de las TIC's.

**Condición:**

No se realizan evaluaciones y pruebas de cumplimiento del control interno en el departamento de Consulta Externa.

**Causa:**

Inejecución de lo establecido para el centro y falta de exigencia por la dirección de la institución.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Despreocupación e inejecución de funciones por parte de los trabajadores.

**Recomendación:**

Realizar pruebas de cumplimientos mensualmente para evitar descontrol en el área.

**Condición:**

Los miembros del Consejo de Administración en el área de Emergencia y Hospitalización no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.

**Causa:**

Mala captación del personal y falta de verificación de los funcionarios.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Toma de decisiones erradas por desconocimiento de la actividad.

**Recomendación:**

Evaluar mensualmente la toma de decisiones y realizar capacitaciones a los funcionarios.

**Condición:**

No se da seguimiento en el departamento de Emergencia y Hospitalización al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.

**Causa:**

Indisciplinas y descontrol de lo que se debe realizar.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Desconocimientos del % de cumplimiento del plan.

**Recomendación:**

Evaluar mensualmente el cumplimiento del plan y tomar las decisiones pertinentes.

**Condición:**

No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría en el área de Emergencia y Hospitalización.

**Causa:**

Desconocimiento y desinterés en la erradicación de deficiencias detectadas por las auditorías.

**Criterio:**

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

**Efecto:**

Señalamientos reiterados de las mismas deficiencias detectadas.

**Recomendación:**

Realizar las acciones pertinentes para erradicar las deficiencias.

**Conclusiones:**

El Sistema de Control Interno de la entidad auditada se ubica en un nivel de desarrollo intermedio, requiriendo la implementación de acciones que se orienten hacia el mejoramiento, mantenimiento y sostenibilidad de los cinco componentes que integran el Sistema de Control Interno, los cuales constituyen debilidades a ser mejoradas, a fin de contar con un Sistema de Control Interno sólido y confiable que asegure el logro de los objetivos estratégicos, la ejecución con eficiencia, eficacia y economía de los actos y resultados, y brinde atención, cuidado y conservación de los bienes, así como acervo documentario para la consolidación del patrimonio institucional.

Respecto al grado de madurez del Sistema de Control Interno en la unidad organizativa, al encontrarse en un nivel intermedio, requiere acciones de remediación que lo lleven a un grado de mejora continua, ello con el propósito de lograr la misión, los objetivos y las metas estratégicas y de esta forma obtener un posicionamiento acorde a la visión prevista.

Atentamente;

**Autora**

**ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**



## CAPÍTULO V

### **5.1. Propuesta realizada por la auditoría**

#### **5.1.1. Presentación**

Con fecha 27 de junio del año en curso se emitió la correspondiente orden de trabajo a favor del Centro de Salud del Distrito No.3 de Salcedo para la realización de una Auditoría de Control Interno, con el principal objetivo de analizar el funcionamiento del su Sistema de Control Interno, así como de evaluar la efectividad de los mecanismos de control implementados. Para ello se tomó como muestra los departamentos siguientes: Administrativo, Financiero, Talento Humano, Consulta externa y Hospitalización y Emergencia, considerándose éstas, áreas claves en el centro para el cumplimiento de los objetivos trazados. Para la realización de las verificaciones efectuadas se empleó el Programa de Auditoría diseñado, así como se cumplieron las Normas establecidas para la práctica de la profesión de auditoría, detectándose durante el trabajo realizado una serie de deficiencias en las áreas comprobadas, las cuales han sido expuestas en el Informe Final de la Auditoría, debiendo adoptar la entidad a partir de la siguiente propuesta realizada por el equipo de trabajo, las medidas correctivas pertinentes para la erradicación de los hallazgos. Para el acometimiento de lo antes expuesto es imprescindible que se involucren todos los trabajadores de la organización, siendo la alta dirección del centro, la máxima de velar su cumplimiento.

#### **5.1.2. Objetivo**

Diseñar y presentar una propuesta al Centro de Salud del Distrito No.3 de Salcedo, para el mejoramiento de su Sistema de Control Interno, tomando como base los hallazgos detectados en el transcurso de la auditoría. Lo que contribuirá gradualmente a un mejor funcionamiento de su Sistema de Control Interno, así como al logro de los objetivos establecidos en la entidad y al cumplimiento de la misión y la visión definidas para el centro.

### 5.1.3. Justificación

Las organizaciones actuales, públicas o privadas, se desempeñan en un contexto caracterizado por el cambio constante y, en consecuencia, día a día deben enfrentarse a nuevos retos.

En el ámbito del control interno, este ha pasado de tener un énfasis en los asuntos contables, financieros y de mera vigilancia, a ser un sistema que se enfoca en temas estratégicos y en la capacidad de las instituciones para lograr los objetivos que se han trazado, convirtiéndose en una herramienta de gran importancia.

Para el análisis de las actividades que se desarrollan en el centro se tomaron como base las operaciones ejecutadas al cierre del ejercicio económico 2012, seleccionándose los siguientes departamentos para la revisión y evaluación del Control Interno: Administrativo, Financiero, Talento Humano, Consulta Externa y Emergencia y Hospitalización, detectándose una serie de deficiencias que afectan el cumplimiento de los objetivos organizacionales, así como de lo establecido en la legislación vigente.

## 5.2. Hallazgos Departamento Administrativo

### 5.2.1. Hallazgo 1

#### Situación actual:

No se han ejecutado acciones encaminadas a prevenir riesgos en el departamento administrativo.

#### Situación requerida:

Establecer un Cronograma de Acciones de Control en el departamento, con el objetivo de minimizar la ocurrencia de posibles manifestaciones negativas y mantener un sistema de chequeo periódico sobre las actividades que se desarrollan en el área.

#### Personal que ejecuta:

Director del Centro

Subdirector de Operaciones

Jefe el Departamento Administrativo

Integrante de la Comisión de Prevención y Control

**Periodicidad:**

Mensualmente

**Recursos Necesarios:**

Computadora

Material de oficina

**Propuesta:**

Elaboración de un Cronograma de Acciones de Control en el área, para minimizar las posibles manifestaciones negativas en la misma.

**Tabla 5****Cronograma de acciones de control - Departamento Administrativo**

<b>N°</b>	<b>Acciones de Control</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Ejecutor</b>
<b>1</b>	Identificación adecuada y actualización del mapa de riesgos del área.	Mensual	Director General	Jefe del área
<b>2</b>	Revisión y seguimiento de las actividades y procesos que se desarrollen en el departamento administrativo.	Diario	Subdirector de operaciones	Jefe del área
<b>3</b>	Revisión del cumplimiento y actualización en el área de la normativa legal establecida, así como de las políticas y disposiciones prescritas.	Mensual	Subdirector de operaciones	Comisión de prevención y control
<b>4</b>	Verificar la asignación del personal idóneo para el cumplimiento de las atribuciones y deberes en el área.	Mensual	Director General	Jefe del área
<b>5</b>	Comprobar que cuenten con un plan de organización que prevea una separación apropiada de funciones.	Mensual	Subdirector de operaciones	Jefe del área
<b>6</b>	Comprobar e informar periódicamente del cumplimiento de las metas y objetivos programados.	Mensual	Subdirector de operaciones	Jefe del área
<b>7</b>	Verificar que se cumpla adecuadamente con los estándares de calidad establecidos, con el objeto de prestar un mejor servicio a los usuarios.	Diario	Director General	Jefe del área
<b>8</b>	Fomentar en los trabajadores del área el continuo accionar preventivo que permita entre otros aspectos la salvaguarda de los recursos asignados a la instalación.	Diario	Comisión de prevención y control	Jefe del área
<b>Elaborado por: AFSG</b>		<b>Fecha: 15-07-2014</b>		
<b>Aprobado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 15-07-2014</b>		

### 5.2.2. Hallazgo 2

**Situación actual:**

El acceso a los registros en el departamento administrativo no es limitado a ciertos funcionarios debidamente autorizados.

**Situación requerida:**

Diseñar un flujograma o mapa de procesos en el área de acuerdo con las actividades que se desarrollan, delimitando claramente el acceso a los registros por los empleados del departamento, según las funciones que se le atribuyen.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe el Departamento Administrativo

Asistente del Departamento Administrativo

**Periodicidad:**

Según el nivel de operaciones del área y los usuarios autorizados a acceder a la información.

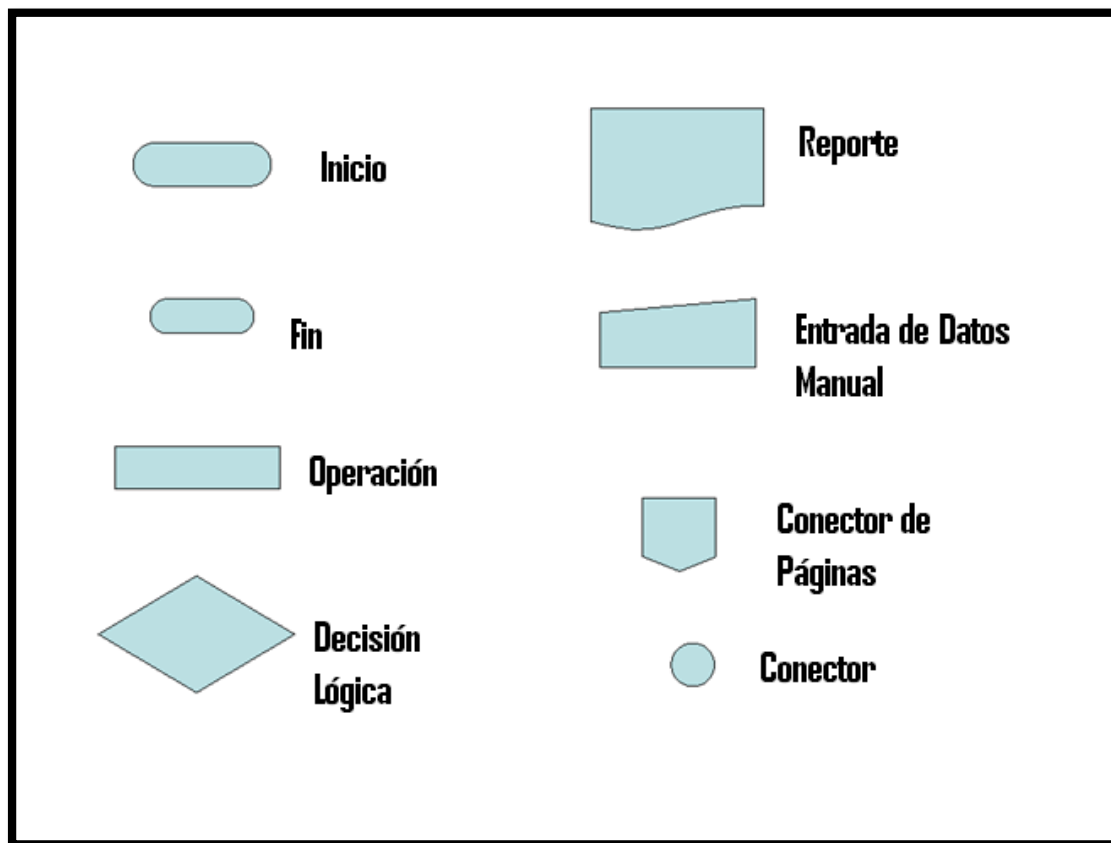
**Recursos Necesarios:**

Computadora

Material de oficina

**Propuesta:**

Elaborar un Diagrama de Flujos por Procesos en el área administrativa, de acuerdo con la simbología establecida para su diseño y el nivel de acceso a los registros definidos en el área.



**Figura 15 Simbología de elaboración de Diagramas de Flujo de uso generalizado**

Fuente: [http://www.jramonet.com/sites/default/files/adjuntos/Diagramas\\_Flujo\\_JRF\\_v2013.pdf](http://www.jramonet.com/sites/default/files/adjuntos/Diagramas_Flujo_JRF_v2013.pdf)

### 5.2.3. Hallazgo 3

#### **Situación actual:**

El sistema del departamento administrativo tiende a colapsarse en ocasiones repetidas.

#### **Situación requerida:**

Realizar un estudio de factibilidad que permita modificar o sustituir el sistema automatizado empleado actualmente en el departamento, con el objetivo de brindar a los usuarios un mejor servicio y suprimir la insatisfacción existente actualmente por estos.

#### **Personal que ejecuta:**

Director del Centro

<p>Jefe del Departamento Administrativo</p> <p>Jefe del Departamento de Redes y Soporte Técnico</p> <p>Sistematizadores contratados</p>
<p><b>Periodicidad:</b></p> <p>Según aprobación del máximo nivel de dirección de la entidad</p>
<p><b>Recursos Necesarios:</b></p> <p>Computadora</p> <p>Material de oficina</p> <p>Presupuesto</p>
<p><b>Propuesta:</b></p> <p>Contratar los servicios especializados de sistematizadores o administradores del software, para la pronta solución de las fallas técnicas existentes actualmente en el sistema empleado en el área, teniendo en cuenta el correspondiente estudio de factibilidad y los costos asociados a esta tarea.</p>

**Tabla 6**

**Costos Estimados – Modificación del sistema - Departamento Administrativo**

<b>Actividades</b>	<b>Costo USD</b>
<b>Contratación de los sistematizadores o especialistas en software.</b>	600.00
<b>Estudio y análisis de las fallas técnicas existentes en el sistema implementado</b>	400.00
<b>Modificación del sistema automatizado:</b>	2,200.00
<b>Equipamiento</b>	1,000.00
<b>Implantación o Prueba Piloto</b>	500.00
<b>Capacitación del personal</b>	400.00

<b>Pruebas y mantenimiento</b>	300.00
<b>TOTAL</b>	3,200.00

#### 5.2.4. Hallazgo 4

##### **Situación actual:**

La actitud de los funcionarios del área financiera frente al control interno de la institución es molesta.

##### **Situación requerida:**

Elaborar un Cronograma de Acciones de Control, encaminado a supervisar las tareas que se desarrollan en el departamento financiero, contribuyendo además a minimizar la posible ocurrencia de manifestaciones negativas en el área y la actitud proactiva de los empleados que allí laboran.

##### **Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe el Departamento Financiero

Integrante del Comité de Prevención y Control

##### **Periodicidad:**

Mensualmente

##### **Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

##### **Propuesta:**

Diseño del Cronograma de Acciones de Control, para la revisión sistemática de las operaciones que se acometen en el departamento financiero y la evaluación de los



empleados con relación al mantenimiento del control interno, siendo el máximo responsable de su cumplimiento el Jefe del Área en cuestión.

**Tabla 7****Cronograma de acciones de control – Departamento Financiero**

<b>N°</b>	<b>Acciones de Control</b>	<b>Fecha de cumplimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Ejecutor</b>
<b>1</b>	Identificación de los riesgos y puntos vulnerables en el área.	Mensual	Jefe del área	Jefe del área
<b>2</b>	Análisis del desempeño de las actividades que se desarrollan en el departamento.	Mensual	Jefe del área	Jefe del área
<b>3</b>	Verificar el 100% de los trabajadores del área a las reuniones programadas por el comité de prevención y control.	Quincenal	Jefe del área	Jefe del área
<b>4</b>	Revisión del cumplimiento y actualización en el área de la normativa legal establecida, así como de las políticas y disposiciones prescritas.	Mensual	Jefe del área	Jefe y del área
<b>5</b>	Verificar la asignación de personal idóneo para el cumplimiento de las atribuciones y deberes del área.	Mensual	Jefe del área	Jefe del área
<b>6</b>	Realizar planes de mejoramiento por procesos para garantizar la mejor prestación de servicios.	Mensual	Subdirector de operaciones	Jefe del área
<b>7</b>	Desarrollar procesos de vigilancia, control y seguimiento a la política de manejo de riesgos, generando las acciones preventivas y correctivas.	Mensual	Comisión de prevención y control	Jefe del área
<b>8</b>	Presentación de informes de evaluación a la alta dirección del centro.	Mensual	Director general	Jefe del área
<b>9</b>	Verificar el cumplimiento de objetivos, estrategias y metas en el área.	Mensual	Jefe del área	
<b>Elaborado por: AFSG</b>		<b>Fecha: 15-07-2014</b>		
<b>Aprobado por: SA/IB</b>		<b>Fecha: 15-07-2014</b>		

### 5.2.5. Hallazgo 5

**Situación actual:**

No existe una misión y visión formalmente establecida dentro del departamento Financiero.

**Situación requerida:**

Definir la misión y visión para el área Financiera, cumpliendo con los objetivos estratégicos trazados en el departamento, y considerándose además la misión y visión establecida a nivel de centro.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del departamento Financiero

**Periodicidad:**

Anualmente

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Establecer la misión y visión del departamento financiero para el cumplimiento de los objetivos.

### **Misión**

Contribuir al mejoramiento de los procesos de gestión financiera, mediante la asignación eficiente y eficaz de los recursos, con el valioso aporte de su recurso humano, con sentido de pertenencia y vocación de servicio, brindando atención oportuna, eficiente y humanizada a través del mejoramiento continuo y el cumplimiento de estándares de calidad.

### **Visión**

Ser el departamento que resguarde y controle los servicios financieros captados, sirviendo de base para una mejor toma de decisiones y así lograr un mejor rendimiento y al mismo tiempo cumplir con las normas que se aplican de acuerdo a las políticas establecidas.

#### **5.2.6. Hallazgo 6**

##### **Situación actual:**

Los funcionarios del área Financiera no están conformes con el sueldo y los beneficios que perciben.

##### **Situación requerida:**

Realizar un estudio de los salarios que perciben actualmente los trabajadores del departamento Financiero y verificar que las jornadas laborales establecidas en el centro se encuentren en correspondencia con lo establecido por La Ley Orgánica del Servicio Público del Ecuador (LOSEP) y las normas y reglamentos estipulados por el Ministerio de Relaciones Laborales de la República del Ecuador.

##### **Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento Financiero

Jefe del Departamento de Talento Humano
<p><b>Periodicidad:</b></p> <p>Trimestralmente</p>
<p><b>Recursos Necesarios:</b></p> <p>Equipamiento</p> <p>Material de oficina</p>
<p><b>Propuesta:</b></p> <p>Estudio de la Legislación Laboral aplicada actualmente en el centro, verificando su correspondencia y vigencia con la establecida a nivel de país, así como seleccionar una muestra de trabajadores en el departamento para comprobar su debido cumplimiento de acuerdo con las funciones que desempeña cada uno.</p>

### **Obligaciones del empleador en Ecuador:**

- Celebrar un contrato de trabajo.
- Inscribir el contrato de trabajo en el Ministerio de Relaciones Laborales.
- Afiliar a tu trabajador a la Seguridad Social (IESS), a partir del primer día de trabajo, inclusive si es a prueba.
- Pagarse el sueldo básico correspondiente.
- Asumir el porcentaje que corresponde al empleador por la seguridad social.
- Pagar horas extras y suplementarias.
- Pagar los décimos tercero y cuarto.
- A partir del segundo año de trabajo pagar los Fondos de Reserva.
- Derechos de los empleados:
- Afiliación a la Seguridad Social.
- A percibir el sueldo básico.

- A percibir horas extras y suplementarias, en el caso que trabajes estas horas.
- A percibir los décimos tercero y cuarto en las fechas establecidas.
- A percibir los Fondos de Reserva a partir del segundo año de trabajo.

A continuación se citan algunos artículos de la Ley Orgánica del Servidor Público, LOSEP, siendo necesario su estudio y análisis por parte del Departamento de Talento Humano y la Dirección General de la entidad para la pronta solución o respuesta explicativa a los trabajadores del área de su actual inconformidad:

### **Ley Orgánica de Servicio Público**

Art. 23.- Derechos de las servidoras y los servidores públicos.- Son derechos irrenunciables de las servidoras y servidores públicos:

- a) Gozar de estabilidad en su puesto;
- b) Percibir una remuneración justa, que será proporcional a su función, eficiencia, profesionalización y responsabilidad. Los derechos y las acciones que por este concepto correspondan a la servidora o servidor, son irrenunciables;
- c) Gozar de prestaciones legales y de jubilación de conformidad con la Ley;
- d) Ser restituidos a sus puestos luego de cumplir el servicio cívico militar; este derecho podrá ejercitarse hasta treinta días después de haber sido licenciados de las Fuerzas Armadas;
- e) Recibir indemnización por supresión de puestos o partidas, o por retiro voluntario para acogerse a la jubilación, por el monto fijado en esta Ley;
- f) Asociarse y designar a sus directivas en forma libre y voluntaria;
- g) Gozar de vacaciones, licencias, comisiones y permisos de acuerdo con lo prescrito en esta Ley;

Art. 25.- De las jornadas legales de trabajo.- Las jornadas de trabajo para las entidades, instituciones, organismos y personas jurídicas señaladas en el artículo 3 de esta Ley podrán tener las siguientes modalidades:

- a) Jornada Ordinaria: Es aquella que se cumple por ocho horas diarias efectivas y continuas, de lunes a viernes y durante los cinco días de cada semana, con cuarenta horas semanales, con períodos de descanso desde treinta minutos hasta dos horas diarias para el almuerzo, que no estarán incluidos en la jornada de trabajo; y,
- b) Jornada Especial: Es aquella que por la misión que cumple la institución o sus servidores, no puede sujetarse a la jornada única y requiere de jornadas, horarios o turnos especiales; debiendo ser fijada para cada caso, observando el principio de continuidad, equidad y optimización del servicio, acorde a la norma que para el efecto emita el Ministerio de Relaciones Laborales.

Las servidoras y servidores que ejecuten trabajos peligrosos, realicen sus actividades en ambientes insalubres o en horarios nocturnos, tendrán derecho a jornadas especiales de menor duración, sin que su remuneración sea menor a la generalidad de servidoras o servidores.

Las instituciones que en forma justificada, requieran que sus servidoras o sus servidores laboren en diferentes horarios a los establecidos en la jornada ordinaria, deben obtener la aprobación del Ministerio de Relaciones Laborales. En el caso de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, sus entidades y regímenes especiales, esta facultad será competencia de la máxima autoridad.

### 5.2.7. Hallazgo 7

**Situación actual:**

No se emprenden acciones disciplinarias por parte del departamento de Talento Humano a los funcionarios que muestran una conducta profesional inapropiada.

**Situación requerida:**

Ejecutar el reglamento disciplinario establecido en el centro para aquellos funcionarios que lo infrinjan y muestren una conducta profesional inadecuada, debiendo someterse su sanción según la gravedad del hecho a la correspondiente evaluación por parte de la comisión disciplinaria de la entidad.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Talento Humano

Asistente de Talento Humano

Integrantes de la Comisión Disciplinaria

**Periodicidad:**

Según el grado de ocurrencia

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Proceder a diseñar un cronograma de actividades de capacitación, para la realización en la entidad de talleres, conferencias y seminarios sobre las normas de conducta de obligatorio cumplimiento por los trabajadores del centro.



**Tabla 8****Cronograma de actividades de capacitación - Departamento de Talento Humano**

<b>N°</b>	<b>Fecha</b>	<b>Horas</b>	<b>Lugar</b>	<b>Actividades</b>	<b>Dirigido a:</b>	<b>Impartido a:</b>
1	Mensual	1H	Salón de reuniones	Talleres sobre políticas de disciplina.	Trabajadores	Centro de Salud
2	Semestral	1H	Salón de reuniones	Seminario sobre derecho disciplinario.	Trabajadores	Centro de Salud
3	Anual	1H	Salón de reuniones	Taller de estudio y análisis del reglamento disciplinario establecido en el centro de salud de Salcedo.	Trabajadores	Centro de Salud
4	Trimestral	2H	Salón de reuniones	Seminario sobre el reglamento interno de trabajo establecido por el ministerio de relaciones laborales.	Trabajadores	Ministerio de Relaciones L.
5	Trimestral	2H	Salón de reuniones	Taller sobre el régimen disciplinario de servidores públicos.	Trabajadores	Ministerio de Salud Pública
6	Mensual	1H	Salón de reuniones	Seminario sobre los lineamientos instituidos en el centro para aplicar la disciplina.	Trabajadores	Centro de Salud
7	Semestral	1H	Salón de reuniones	Estudio y análisis de las líneas rectoras de la disciplina.	Trabajadores	Centro de Salud
8	Mensual	2H	Salón de reuniones	Estudio de leyes, códigos, reglamentos, etc.	Trabajadores	Centro de Salud
9	Mensual	1H	Salón de reuniones	Seminario sobre derecho laboral.	Trabajadores	Dirección provincial de Salud
<b>Elaborado por: AFSG</b>				<b>Fecha: 15-07-2014</b>		
<b>Revisado por: SA/IB</b>				<b>Fecha: 15-07-2014</b>		

### 5.2.8. Hallazgo 8

**Situación actual:**

No existe un responsable en el departamento de Talento Humano para el seguimiento de las acciones y la retroalimentación de resultados.

**Situación requerida:**

Designar a un responsable en el área de Talento Humano que dé seguimiento continuo a las acciones que se perpetran en el departamento, con el objetivo de alcanzar una adecuada retroalimentación de resultados en la organización.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Talento Humano

Asistente de Talento Humano

**Periodicidad:**

Mensualmente

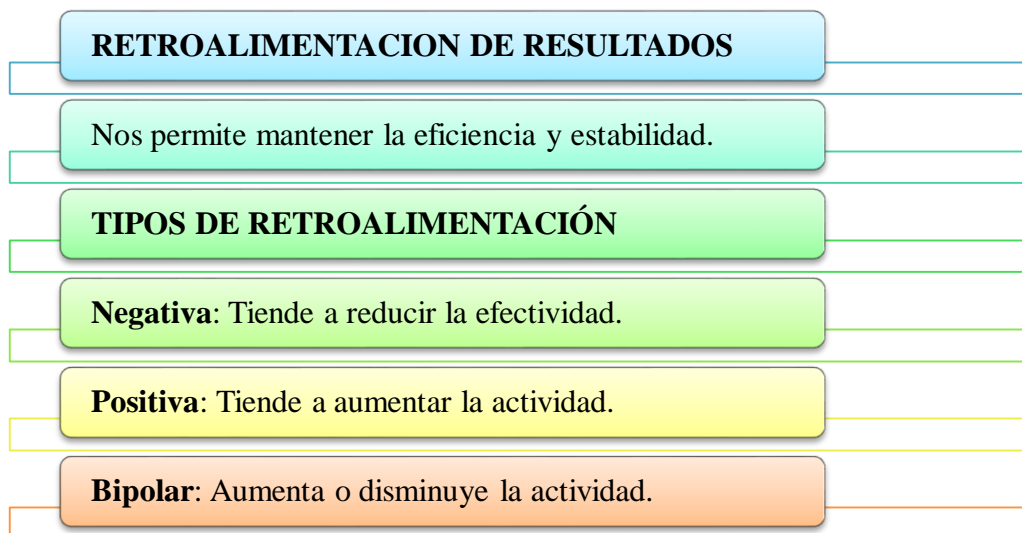
**Recursos Necesarios:**

Computadora

Material de oficina

**Propuesta:**

Designar a un responsable en el departamento de Talento Humano que se encargue de la verificación periódica de las acciones que se ejecutan en el área y la retroalimentación laboral orientada a resultados, siendo este un elemento clave en la gestión de recursos humanos lo cual permitirá mejorar los resultados y por lo tanto cumplir con los objetivos organizacionales.



**Figura 16 Retroalimentación de resultados**

Fuente: <https://es.wikipedia.org/wiki/Realimentaci%C3%B3n>

### 5.2.9. Hallazgo 9

#### **Situación actual:**

Las claves de acceso de los funcionarios (internos) y los comandos (no autorizados) no son periódicamente reportadas y revisadas por el área de Talento Humano.

#### **Situación requerida:**

Elaborar una matriz de acceso donde se definan las actividades que se deberán acometer para solucionar las fallas existentes actualmente en el centro con relación a las claves de acceso y los comandos, y de esta forma optimizar la seguridad informática existente en el centro.

#### **Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Talento Humano.

Jefe del Departamento de Redes y Soporte Técnico.

<p><b>Periodicidad:</b></p> <p>Mensual</p>
<p><b>Recursos Necesarios:</b></p> <p>Equipamiento</p> <p>Material de oficina</p>
<p><b>Propuesta:</b></p> <p>Diseñar una matriz y una de lista control de acceso, revisándose periódicamente el cumplimiento de lo definido en las mismas por el personal correspondiente, a fin de minimizar el acceso no permitido a los sistemas de información automatizados del centro.</p>

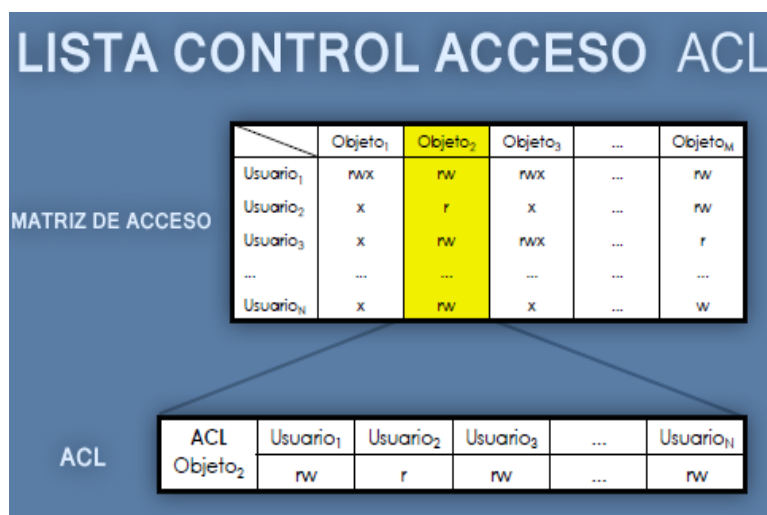
**MATRIZ DE ACCESOS ACM**

r = autorización de lectura  
w = autorización de escritura  
x = autorización de ejecución

	Objeto <sub>1</sub>	Objeto <sub>2</sub>	Objeto <sub>3</sub>	...	Objeto <sub>M</sub>
Usuario <sub>1</sub>	rwX	rw	rwX	...	rw
Usuario <sub>2</sub>	x	r	x	...	rw
Usuario <sub>3</sub>	x	rw	rwX	...	r
...	...	...	...	...	...
Usuario <sub>N</sub>	x	rw	x	...	w

**Figura 17 Estructura de la Matriz de Accesos**

Fuente: <http://sistemasoperativos.angelfire.com/html/6.3.html>



**Figura 18 Estructura de la Lista Control de Acceso**

Fuente: <http://sistemasoperativos.angelfire.com/html/6.3.html>

### 5.2.10. Hallazgo 10

#### **Situación actual:**

Los directivos del área de Consulta Externa no presentan informes al respecto de los objetivos cumplidos.

#### **Situación requerida:**

Exigencia por parte de alta dirección de la entidad departamento, de la entrega y rendimiento de informes relativos al cumplimiento de los objetivos trazados en el área.

#### **Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Consulta Externa

#### **Periodicidad:**

Mensualmente

#### **Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Exigencia por parte de la Dirección General al departamento de Consulta Externa, la entrega sistemática de la información correspondiente del cumplimiento de los objetivos trazados, permitiendo verificar así el estado del cumplimiento de los objetivos generales de la organización.

**5.2.11. Hallazgo 11**

**Situación actual:**

No existen seguridades especiales en Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC's) que eviten la manipulación de información por parte de personal no autorizado en el área de Consulta Externa.

**Situación requerida:**

Cumplir con el Plan de Seguridad Informática establecido en el centro, en el que se definen todas las medidas de control asociadas entre otras, a la manipulación de la información y los niveles de acceso definidos, para la preservación y garantía de la seguridad y confidencialidad de la información que se maneja en la instalación por los empleados que allí laboran, respetando además el cumplimiento de la Legislación vigente en el país con relación a esta temática.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Consulta Externa

Jefe del Departamento de Redes y Soporte Técnico

**Periodicidad:**

Diariamente

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Estudio y cumplimiento por parte de los trabajadores del área de Consulta Externa del Plan de Seguridad Informática estipulado en el Centro de Salud, así como el establecimiento de políticas de seguridad que garanticen la seguridad y preservación de las TICs.

**5.2.12. Hallazgo 12**

**Situación actual:**

No se realizan evaluaciones y pruebas de cumplimiento del control interno en el departamento de Consulta Externa.

**Situación requerida:**

Diseñar una Matriz de Análisis que permita definir las evaluaciones al control interno que se deben realizar en el área de Consulta Externa, tomando como base la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, así como la ejecución de pruebas de cumplimiento en el departamento.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Consulta Externa

**Periodicidad:**

Actualizar cuando sea requerido

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Diseñar una Matriz de Análisis a partir de la elaboración de la Matriz de Riesgos, para evaluar el funcionamiento del control interno existente en el departamento de Consulta Externa, así como la ejecución de las pruebas de cumplimiento correspondientes para soportar lo antes expuesto.

Categoría	Valor	Descripción
Casi certeza	5	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es <b>muy alta</b> , es decir, se tiene plena seguridad que éste se presente, tiende al 100%
Probable	4	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es <b>alta</b> , es decir, se tiene entre 75% a 95% de seguridad que éste se presente
Moderado	3	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es <b>media</b> , es decir, se tiene entre 51% a 74% de seguridad que éste se presente
Improbable	2	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es <b>baja</b> , es decir, se tiene entre 26% a 50% de seguridad que éste se presente
Muy improbable	1	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es <b>muy baja</b> , es decir, se tiene entre 1% a 25% de seguridad que éste se presente

**Figura 19 Escala de Probabilidad de ocurrencia de los Riesgos**

Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Evaluaci%C3%B3n\\_de\\_riesgo](https://es.wikipedia.org/wiki/Evaluaci%C3%B3n_de_riesgo)

### 5.2.13. Hallazgo 13

**Situación actual:**

Los miembros del Consejo de Administración en el área de Emergencia y Hospitalización no cuentan con experiencia y no tienen conocimiento del sector salud.

**Situación requerida:**

Incluir en el Plan de Capacitación y Desarrollo del Personal del Centro de Salud, el entrenamiento y preparación de los trabajadores que laboran en el área de

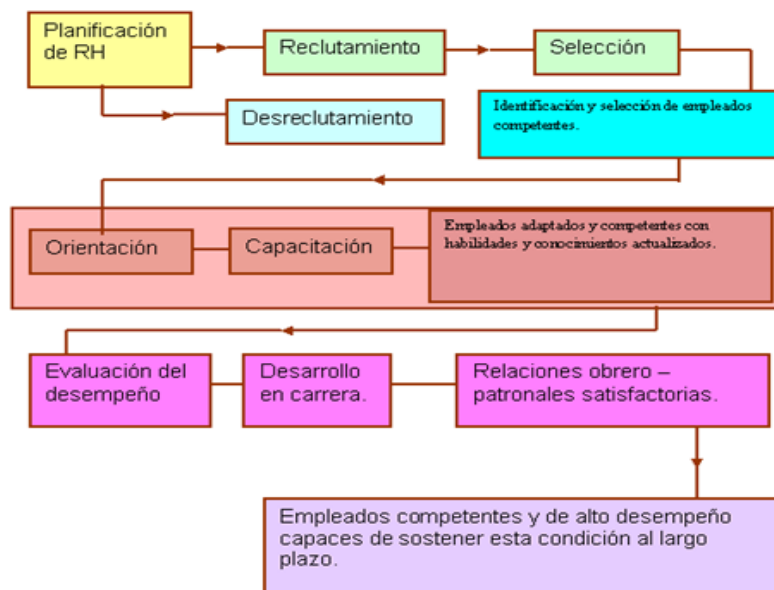


Emergencia y Hospitalización, en función a las necesidades de aprendizaje y superación de los mismos, a fin de cumplir con los objetivos previstos en el área y brindar un servicio a los usuarios con la calidad y profesionalidad requeridas.
<p><b>Personal que ejecuta:</b></p> <p>Director del Centro</p> <p>Jefe del Departamento de Emergencia y Hospitalización</p> <p>Jefe del Departamento de Talento Humano</p> <p>Asistente del Departamento de Talento Humano</p>
<p><b>Periodicidad:</b></p> <p>Inmediato</p>
<p><b>Recursos Necesarios:</b></p> <p>Equipamiento</p> <p>Material de oficina</p>
<p><b>Propuesta:</b></p> <p>Proceder a capacitar al personal del departamento en cuestión, así como definir adecuadas Políticas de Capacitación que contribuyan a una constante formación y desarrollo de los recursos humanos con que cuenta la entidad, permitiendo así elevar la eficiencia y eficacia de las operaciones.</p>

El recurso más importante en cualquier organización lo forma el personal implicado en las actividades laborales. Esto es de especial importancia en una organización que presta servicios, en la cual la conducta y rendimiento de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan.

Un personal motivado y trabajando en equipo, son los pilares fundamentales en los que las organizaciones exitosas sustentan sus logros. Estos aspectos, además de constituir dos fuerzas internas de gran importancia para que una organización alcance elevados niveles de competitividad, son parte esencial de los fundamentos en que se basan los nuevos enfoques administrativos o gerenciales.

La esencia de una fuerza laboral motivada está en la calidad del trato que recibe en sus relaciones individuales que tiene con los ejecutivos o funcionarios, en la confianza, respeto y consideración que sus jefes les prodigan diariamente. También son importantes el ambiente laboral y la medida en que éste facilita o inhibe el cumplimiento del trabajo de cada persona.



**Figura 20 Proceso de Dirección de los recursos Humanos**

Fuente: J. García, Cristóbal C. "Gestión de Empresas. Enfoques y Técnicas en la Práctica". Ediciones Pirámides, S.A. 1999. Madrid. España.

#### 5.2.14. Hallazgo 14

##### **Situación actual:**

No se da seguimiento en el departamento de Emergencia y Hospitalización al cumplimiento de lo establecido en el plan operativo anual.

##### **Situación requerida:**

Elaborar un Cronograma de Actividades para la evaluación y seguimiento del cumplimiento del Plan Operativo en el departamento de Emergencia y Hospitalización.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Subdirector de Operaciones

Jefe del Departamento de Emergencia y Hospitalización

Asistentes del Departamento de Emergencia y Hospitalización

**Periodicidad:**

Mensual

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Elaborar el Cronograma de Actividades correspondiente, para la valoración y seguimiento del desempeño del Plan Operativo Anual en el departamento, a partir del siguiente patrón diseñado por la auditoría.

**Tabla 9**

**Cronograma de actividades de Hospitalización y Emergencia**

N°	Responsable	Actividades	Plazo	Meta Estratégica	Estrategias Claves	Indicador de eficiencia
<b>Elaborado por:</b> AFSG <b>Revisado por:</b> SA/IB			<b>Fecha:</b> 15-07-2014 <b>Fecha:</b> 15-07-2014			

### 5.2.15. Hallazgo 15

**Situación actual:**

No se realiza un seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de auditoría en el área de Emergencia y Hospitalización.

**Situación requerida:**

Establecer un Proceso de Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por las auditorías en el departamento de Emergencia y Hospitalización.

**Personal que ejecuta:**

Director del Centro

Jefe del Departamento de Emergencia y Hospitalización

Asistente de Emergencia y Hospitalización

Integrante del Comité de Prevención y Control

**Periodicidad:**

De acuerdo con las recomendaciones efectuadas por las auditorías

**Recursos Necesarios:**

Equipamiento

Material de oficina

**Propuesta:**

Elaborar un Proceso de seguimiento en el departamento de las medidas o acciones correctivas adoptadas, producto de las recomendaciones recibidas por las auditorías realizadas en el centro.

**Tabla 10****Proceso de Seguimiento**

<b>N°</b>	<b>Duración</b>	<b>Horas</b>	<b>Lugar</b>	<b>Tareas</b>	<b>Dirigido a:</b>	<b>Impartido a:</b>
<b>1</b>	2 Días	1H	Salón de reuniones	Revisión de las recomendaciones	Subdirector de operaciones	Jefe de área
<b>2</b>	5 Días	1H	Salón de reuniones	Revisión a análisis del plan de acción.	Comité de prevención y control	Jefe de área
<b>3</b>	2 Días	1H	Salón de reuniones	Comprobar el grado de avance	Comité de prevención y control	Jefe de área
<b>4</b>	1 Día	2H	Salón de reuniones	Determinar la calidad asumida por el área	Comité de prevención y control	Jefe de área
<b>5</b>	1 Día	2H	Salón de reuniones	Comunicación de resultados	Director general	Jefe de área
<b>Elaborado por: AFSG</b> <b>Fecha: 15-07-2014</b> <b>Revisado por: SA/IB</b> <b>Fecha: 15-07-2014</b>						

## CAPITULO VI

### 6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1.1. Conclusiones

- Podemos concluir que en el Centro de Salud del cantón Salcedo existe un ambiente organizacional bueno que permite que se cumplan las estrategias internas del mismo, ya que manejan una filosofía organizacional bien estructurada en cuanto se debe a misión, visión, objetivos, valores, etc. Con un solo propósito que es “Servir a la comunidad” alcanzar las metas y obtener buenos resultados.
- Mediante el método COSO II podemos identificar los eventos que afecten a la organización de manera que estos sean detectados y evitar un impacto a la misma, proporcionando seguridad razonable sobre el logro de los objetivos organizacionales.
- Existen varios hallazgos encontrados por medio de la aplicación de la Auditoria de Control Interno al Centro de Salud del cantón Salcedo, los cuales nos permiten concluir que no existe un buen control interno a todas las actividades realizadas en cada departamento, hallazgos que pueden ser controlados a tiempo para que no afecte al cumplimiento de objetivos organizacionales y de este modo permitir actividades eficientes.
- El informe final nos muestra todas las debilidades encontradas en los departamentos auditados, por lo cual identificamos aquellos puntos que impiden que el control interno sea eficiente y eficaz.

### **6.1.2. Recomendaciones**

- A pesar de que existe una buena filosofía estructural bien organizada se recomienda que toda la información sea manejada unificada y manejada por un solo funcionario ya que esta se encuentra dispersa.
- Se recomienda implementar un manual del Método COSO II en el cual conste los ocho elementos los cuales serviría como guía a cada departamento para el eficiente desarrollo de las actividades que se realizan en cada uno de ellos o a su vez implementar este proyecto que muestra los puntos más vulnerables del control interno manejado en el centro de Salud.
- Se recomienda la implementación de acciones que se orienten hacia el mejoramiento, mantenimiento y sostenibilidad de los componentes que integran el Sistema de Control Interno también acciones de remediación que lo lleven a un grado de mejora continua, ello con el propósito de lograr la misión, los objetivos y las metas estratégicas y de esta forma obtener un posicionamiento acorde a la visión prevista.
- Implementar el informe de auditoría al Departamento de Gestión de Planificación, seguimiento y Evaluación de la Gestión, para que este se encargue de dar seguimiento a las debilidades encontradas y mejorarlas.



## 6.2. BIBLIOGRAFÍA

- CEPEDA, Alonso; 2008; Principios de Control Interno; Continental S:A
- CHIAVENATO; Idalberto; 2009; Administración de Recursos Humanos; editorial gente nueva
- Edición. Editorial ECOE ediciones.
- ESTUPIÑÁN, Rodrigo, 2008; Control Interno y Fraudes con base en ciclos transaccionales, Análisis de Informe COSO I y II. Segunda
- ESTUPIÑÁN, Rodrigo, 2008; Control Interno y Fraudes Segunda Edición. Editorial ECOE ediciones.
- LUNA, Yanel,2008; Normas y procedimientos de auditoria Integral, tercera edición, Editorial ECOE ediciones
- MANTILLA, Samuel- CANTE, Sandra, 2008; Auditoria de Control Interno. Tercera edición. Editorial ECOE ediciones.
- WHITTINGTON, Ray – PANY, Kurt; 2009; Principios de Auditoría; decimocuarta edicion ; Mc Graw-Hill/Interamericana Editorial.
- TORRES, Pablo; 2010; Introduccion a la Auditoria Financiera; segunda edición; Mc Graw-Hill/Interamericana Editorial.

### 6.3. LINKOGRAFÍA

- <http://es.scribd.com/doc/37740338/RESENA-HISTORICA>. Recuperado: (14 de Febrero de 2014)
- <http://portal.compraspublicas.gob.ec/incop/biblioteca/>. Recuperado: (16 de febrero de 2014)
- [www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html](http://www.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse87.html). Recuperado: 13 Abril del 2014
- <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>. Recuperado: (17 de abril del 2014)
- <http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/> Recuperado:(17 de febrero de 2014)
- <http://www.monografias.com/trabajos16/control-interno/control-interno.shtml> Recuperado:(17 de Febrero de 2014)
- <http://www.auditool.org/travel-mainmenu-32/hotels-mainmenu-56/290-el-informe-coso-i-y-ii> Recuperado:(07 de Marzo de 2014)
- <http://instituciones.msp.gob.ec/dps1/cotopaxi/index.php/direccion>. Recuperado:( 17 de Marzo de 2014)
- <http://www.lagaceta.com.ec/index.php/noticias/salcedo/9678-hospital-de-salcedo-y-su-balance-de-2012> Recuperado:( 02 de Abril de 2014)
- <http://www.slideshare.net/jorgealbertoanayacabeza/control-interno-en-auditoria> Recuperado:(02 de Abril de 2014)
- [http://www.academia.edu/7354141/COSO\\_II\\_RESPUESTA\\_AL\\_RIESGO](http://www.academia.edu/7354141/COSO_II_RESPUESTA_AL_RIESGO) O. Recuperado: (13 de Abril del 2014)
- <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>. Recuperado: (15 de Abril del 2014)

- <http://rsa.utpl.edu.ec/material/230/G47202.pdf>. Recuperado: (15 de Abril del 2014)
- [www.monografias.com/trabajos84/importancia-del-control-interno-sector-shtml](http://www.monografias.com/trabajos84/importancia-del-control-interno-sector-shtml). Recuperado: (16 de abril del 2014)
- <http://www.slideshare.net/jorgealbertoanayacabeza/control-interno-en-auditoria> Recuperado:(23 de abril de 2014)
- <http://www.lagaceta.com.ec/index.php/noticias/salcedo/1052-hospital-de-salcedo-convoca-a-varios-profesionales> Recuperado:( 24 de Abril de 2014)
- [http://www.actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/NasauditCOSO\\_II\\_Enterprise\\_Risk\\_Management\\_Primer\\_Parte.pdf](http://www.actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/NasauditCOSO_II_Enterprise_Risk_Management_Primer_Parte.pdf) Recuperado:(24 de Abril de 2014)



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**CARRERA DE FIANZAS Y AUDITORÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Se certifica que el presente trabajo fue desarrollado por el señor o señorita:  
**ADELA FERNANDA SALGUERO GARZÓN**

En la ciudad de Latacunga, a los **19 días del mes de Enero del 2017**

**Dra. Silvia Altamirano**

**DIRECTOR DEL PROYECTO**

**Ing. Julio Tapia**

**DIRECTOR DE CARRERA**

**Dr. Juan Díaz**

**SECRETARIO ACADÉMICO**

Aprobado por: