



*Universidad Nacional de Loja*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y**  
**ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”.**

Tesis previa a optar el grado de Ingeniero en Contabilidad y Auditoría, Contador Público-Auditor.

**AUTOR:**

Jonathan David Sotomayor Flores

**DIRECTORA:**

Lcda. CPA. Eufemia Alexandra Saritama Torres  
Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR**

**2016**

*En los tesoros de la sabiduría, está la glorificación de la vida*

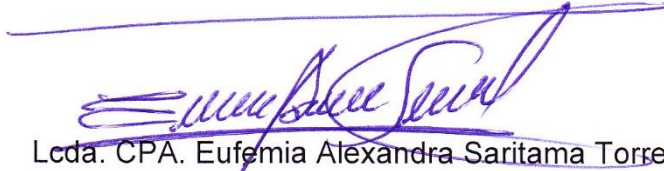


LCDA. CPA. EUFEMIA ALEXANDRA SARITAMA TORRES MG. SC.  
DOCENTE DE LA CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA DEL  
ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA, Y DIRECTORA DE TESIS.

**CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de tesis denominado: **“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”**, presentado por el aspirante: Sr. Jonathan David Sotomayor Flores, previo a la obtención del grado y título de Ingeniero en Contabilidad y Auditoría, Contador Público-Auditor, ha sido desarrollado bajo mi dirección y luego de su revisión y corrección, autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, febrero de 2016



Lcda. CPA. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Jonathan David Sotomayor Flores, declaro ser autor del presente trabajo de tesis denominado: “**AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014**”, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autor:** Jonathan David Sotomayor Flores

**Firma:** 

**Cédula:** 1105633380

**Fecha:** Loja, 22 de febrero de 2016

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Jonathan David Sotomayor Flores, declaro ser autor de la tesis titulada: **“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”**, como requisito para optar al grado de: Ingeniero en Contabilidad y Auditoría, Contador Público-Auditor; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 25 días del mes de febrero de dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma:



**Autor:** Jonathan David Sotomayor Flores

**Cédula:** 110563338-0

**Dirección:** Zamora Huayco, Av. Marañón y Río Putumayo

**Correo Electrónico:** jonathan\_vico@hotmail.com

**Teléfono:** 2139-317

**Celular:** 098119048

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de tesis:** Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.

**Tribunal de Grado**

**Presidenta:** Dra. Ignacia de Jesús Luzuriaga Granda MAE.

**Vocal:** Dra. Gladys Ludeña Eras Mg. Sc.

**Vocal:** Ing. Jorge Humberto Moncayo Flores Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo, primeramente a Dios, por colmar de bendiciones mi vida, consagrar mi hogar y ser la fortaleza espiritual que tanto requería en este arduo, pero gratificante camino. A mis abuelos, Lucho, Grecita y Meque, que con sus consejos y ayuda constante, aportaron a mi formación académica y sobre todo humanística, se convirtieron en los precursores de mi vida profesional.

A mis padres, Richard y Verónica, sin su motivación este trabajo no habría sido posible. Este logro es de todos ustedes, gracias.

Jonathan David

## **AGRADECIMIENTO**

Manifiesto mis más sinceros agradecimientos a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, y de manera especial, a la planta docente de la Carrera de Contabilidad y Auditoría, por haberme compartido sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional.

Particularmente, le doy las gracias a la Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc., que en su calidad de tutora y posteriormente directora de tesis, se constituyó en un verdadero baluarte, supo guiarme, tanto cognitiva, como humanísticamente, en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

De igual manera quiero extender mi gratitud, al director de la Clínica “San Pablo”, Dr. Telmo León Ojeda, por haberme prestado todas las facilidades requeridas, sin limitación ni reparo alguno, para efectuar mi desarrollar mi tesis.

El Autor.

**a. TÍTULO**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”.**

## **b. RESUMEN**

El trabajo de investigación denominado: “AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”, se desarrolló en cumplimiento a los objetivos dirigidos a desarrollar las fases de la auditoría de gestión, la verificación del cumplimiento de las actividades programadas por la clínica, la aplicación de indicadores para medir la eficiencia, eficacia y economía de la gestión institucional y, finalmente la elaboración del informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones para ayudar a la toma de decisiones empresariales.

En miras a dar cumplimiento a los objetivos descritos anteriormente, se realizó el proceso de auditoría de gestión en la totalidad de sus fases, partiendo de un reconocimiento de la entidad y de una evaluación de la estructura del control interno, factores que sirvieron para enfocar los procedimientos y técnicas de auditoría utilizados en la ejecución del trabajo, con las cuales se obtuvo evidencia pertinente, competente y suficiente, que respaldaron los criterios vertidos sobre cada uno de los hallazgos encontrados.

Adicional a lo expuesto, se aplicó indicadores de gestión para determinar el nivel de desempeño que muestra el ente, en la ejecución de sus



actividades, labor que permitió conocer de manera puntual, las debilidades que reducen la calidad en la prestación de servicios de salud, de la Clínica "San Pablo".

Concluida la auditoría de gestión en la clínica, se procedió a emitir el informe correspondiente, en donde constan los resultados de la auditoría efectuada, el cual servirá como herramienta gerencial para que la máxima autoridad del ente, implemente medidas correctivas frente a las debilidades detectadas.

## **ABSTRACT**

The research paper entitled: "AUDIT OF MANAGEMENT CLINIC" SAN PABLO "CITY OF LOJA during the period 2014", was developed in compliance with the objectives to develop the phases of the audit, verification compliance with activities planned by the clinic, the application of indicators to measure efficiency, effectiveness and economy of institutional management, and finally preparing the audit report, with comments, conclusions and recommendations to assist decision making business.

In order to comply with the above objectives, the audit process was conducted in all its phases, from a recognition of the organization and an assessment of the internal control structure, all of which served to focus the Audit procedures and techniques used in the execution of work, with which relevant, competent and sufficient evidence, which supported the criteria poured over each of the findings was obtained.

In addition to the above, management indicators used to determine the level of performance that shows the body, in carrying out its activities, work yielded information in a timely manner, the weaknesses that reduce the quality of health service delivery, Clinic "San Pablo".

He completed the audit at the clinic, it proceeded to issue the corresponding report, which records the results of the audit performed, which will serve as a management tool for the highest authority of the entity, implement corrective actions addressing the identified weaknesses.

### c. INTRODUCCIÓN

La auditoría de gestión es altamente importante dentro del proceso administrativo de las diferentes organizaciones, sean estas de carácter público o privado, puesto que permite establecer los niveles de eficiencia, eficacia y economía, con los que la entidad realiza sus actividades administrativas y operativas, en miras a la consecución de los objetivos y metas institucionales.

Con la culminación del trabajo de auditoría a la Clínica “San Pablo”, la entidad en mención, actualmente dispone del informe de auditoría que recopila la serie de debilidades administrativas que aquejan el crecimiento del ente, dicho documento abarca las recomendaciones, que a criterio del auditor, servirán para mejorar los procesos de la clínica, con ello, la entidad logrará sobrellevar aquellos problemas de índole administrativos y financieros, que minoraban su capacidad de prestación de servicios de salud.

La presente tesis, se encuentra estructurada en armonía con los lineamientos establecidos en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, al contar en primera instancia con un **TÍTULO**, que hace referencia al tema seleccionado para la investigación, seguido del **RESUMEN** y su traducción al inglés, en donde se prevé una

breve síntesis del trabajo, en función a los objetivos previstos y los resultados alcanzados, **INTRODUCCIÓN**, que entre otros aspectos, destaca la importancia de la auditoría, el aporte brindado a la entidad y la estructura de la tesis, **REVISIÓN DE LITERATURA**, en donde reposan la serie de fundamentos teóricos indispensables en la sustentación científica de la auditoría, **MATERIALES Y MÉTODOS**, que permitieron establecer los lineamientos apropiados para el desarrollo cabal de la investigación, **RESULTADOS**, en los cuales reposa la auditoría ejecutada, la cual conjuga las fases aplicables a la auditoría de gestión, **DISCUSIÓN**, que manifiesta la realidad administrativa de la clínica, en concordancia con la auditoría realizada, **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** a las cuales se llegaron luego de haber efectuado la investigación y que servirán de partida para el mejoramiento institucional de la entidad auditada, **BIBLIOGRAFÍA**, que recopila las fuentes que sirvieron para la conformación de los referentes teóricos y finalmente, **ANEXOS**, que agrupan documentos sustentatorios del trabajo realizado.

## **d. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **AUDITORÍA**

La auditoría ha percibido innumerables e ilustres definiciones a lo largo de su aplicación, es por ello que se considera indispensable, el abordar la conceptualización que varios autores le han dado a esta herramienta gerencial, para posteriormente y en un plano más técnico, lograr definir acertadamente la serie de elementos y estructura que encierra la auditoría.

Teodoro Cubero, manifiesta que la auditoría: “Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, realizado con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o actividad gubernamental, orientada a mejorar la efectividad, Importancia eficiencia y economía en el uso de los recursos públicos, para facilitar la toma de decisiones por quienes son responsables de adoptar acciones correctivas y mejorar su responsabilidad ante el público.”<sup>1</sup>

Por su parte, Alvin Arens, Randal Eldel y Mark Beasley, estipulan que la auditoría: “Es la acumulación y evaluación de evidencia basada en

---

<sup>1</sup> CUBERO Abril, Teodoro. Manual Específico de Auditoría de Gestión, Unidad de Auditoría Interna, Ilustre Municipio de Cuenca, Año 2009. Pág. 24.

información para determinar y reportar sobre el grado de correspondencia entre la información y criterios establecidos. La auditoría debe realizarla una persona independiente y competente.”<sup>2</sup>

Según Gabriel Sánchez Curiel: “La auditoría es el examen integral sobre la estructura, las transacciones y el desempeño de una entidad económica, para contribuir a la oportuna prevención de riesgos, la productividad en la utilización de los recursos y el acatamiento permanente de los mecanismos de control implantados por la administración.”<sup>3</sup>

Finalmente, Francisco Montaña Hormigo, expresa que: “La auditoría es el proceso sistemático encargado de controlar, verificar e inspeccionar una actividad concreta, con el fin de estimar, mediante el contraste de determinada información y documentos, el nivel con que los resultados de tal actividad se adecuan a criterios o normas preestablecidas.”<sup>4</sup>

Ante las definiciones expuestas anteriormente, se puede concluir que la auditoría, es una evaluación de carácter objetiva y profesional, efectuada a la información generada por el ente bajo examen, sea esta financiera o

---

<sup>2</sup> ARENS Alvin, ELDEL Randal, BEASLEY Mark. Auditoría: Un enfoque integral, Editorial: Pearson Educación, Año 2007. Pág. 4.

<sup>3</sup> SÁNCHEZ Curiel, Gabriel. Auditoría de Estados Financieros, Práctica Integral; Editorial: Pearson Educación, Año 2006. Pág. 36.

<sup>4</sup> HORMIGO, Francisco Javier. Auditoría de las áreas de la empresa, Editorial: IC, Año 2014. Pág. 43.

administrativa, con el propósito de establecer la razonabilidad de los procesos contables adoptados o en su defecto, el grado de desempeño y la funcionalidad de la institución, en contraste a un marco normativo y demás disposiciones legales.

### **Objetivos**

- Determinar el grado de cumplimiento de las obligaciones legales aplicables al ente económico.
- Aportar con recomendaciones tendientes a mejorar la administración.
- Ayudar al logro de objetivos y metas institucionales.
- Determinar desviaciones en la empresa, para sugerir medidas correctivas.
- Establecer el grado de eficiencia, eficacia y economía en la ejecución de proyectos, programas e inversiones.
- Recopilar evidencia competente, suficiente y pertinente para sustentar posibles irregularidades.
- Potencializar la administración del ente.
- Garantizar la confiabilidad y razonabilidad de la información financiera y administrativa.
- Establecer el grado en que los recursos institucionales han sido utilizados para los fines previstos.



- Fomentar la correcta asignación, contabilización y liquidación de recursos.
- Erradicar posibles errores y desviaciones del ente.
- Ayudar a la institución a poseer un sistema de control interno adecuado.

## **Clasificación**

### **Según quién lo ejecute**

**Interna.-** Es efectuada por profesionales vinculados a la empresa a ser examinada, pero en completa independencia de criterio, de tal manera que la imparcialidad y objetividad que caracterizan a la auditoría se mantienen en su totalidad, su propósito es brindar asesoría y servir de consulta ante inquietudes que puedan afectar tanto económica, como administrativamente al ente.

**Externa.-** En esta clase de auditoría, intervienen profesionales sin vínculos laborales con la empresa objeto de análisis, generalmente este servicio es proporcionado por firmas de auditoría o en su defecto auditores independientes calificados; que permitan garantizar una rotunda independencia de criterio, se diferencia de una auditoría interna en medida que los resultados del examen son puestos a consideración de los

socios o accionistas de la empresa, así como a organismos de control, para garantizar la confiabilidad de los sistemas de control interno del ente, así como su información financiera y administrativa.

### **Según la entidad en la que se realice**

**Pública o gubernamental.-** Se realiza a entes de carácter público o que administran recursos fiscales, sus principales objetivos son precautelar las arcas públicas y la determinación de la eficiencia, eficacia y economía, con que las instituciones gubernamentales canalizan sus recursos, estas auditorías son efectuadas por la Contraloría General del Estado.

**Privada.-** Este tipo de auditoría, es efectuada a organizaciones privadas, los directivos del ente, contratan a auditores para que examinen la información financiera presentada por la empresa, generalmente, este examen no se extiende a evaluar los aspectos administrativos, salvo que la gerencia así lo crea pertinente.

### **Según las operaciones a examinar**

**Auditoría financiera.-** Analiza y establece la razonabilidad de los estados financieros que presenta la empresa o entidad bajo examen, presta primordial atención a los principios y normas de contabilidad

generalmente aceptables, con que la empresa jornaliza sus actividades mercantiles.

**Auditoría de gestión.-** Evalúa el desarrollo y cumplimiento de las actividades de la organización, en concordancia a los objetivos y lineamientos institucionales, así como también vela por la óptima utilización de los recursos, en la ejecución de las actividades empresariales.

**Auditoría ambiental.-** Controla el cumplimiento al Plan de Manejo Ambiental y demás disposiciones legales para el efecto, su principal función es establecer la posición de compromiso medioambiental que ha adoptado la organización, en relación con las actividades que desarrolla.

**Auditoría de sistemas informáticos.-** Establece el grado de seguridad, confiabilidad y confidencialidad de los sistemas informáticos adoptados por el ente.

### **Según el alcance**

**Total o integral.-** Dependiendo del enfoque del examen, se caracteriza por evaluar en conjunto la información financiera, administrativa o ambiental de la empresa, en el caso de una auditoría financiera, revisa y

establece la razonabilidad a la totalidad de los estados financieros que generó el ente, pero al tratarse de una auditoría de gestión, analiza en su conjunto, todas las actividades administrativas de la organización.

**Parcial.-** A diferencia de la auditoría integral, la auditoría parcial evalúa un rubro, programa o determinado departamento, componente o proceso institucional.

## **AUDITORÍA DE GESTIÓN**

Edilberto Montaña Orozco, declara que “La auditoría de gestión u operacional es el examen a la totalidad o a una parte de las operaciones o actividades de una entidad, con el fin de determinar los grados de efectividad, economía y eficiencia alcanzados en relación con los objetivos de la entidad y en la cual se formulan recomendaciones para mejorar las operaciones evaluadas.”<sup>5</sup>

La Contraloría General del Estado, en su manual de auditoría de gestión (2001), considera que la auditoría de gestión “Es el examen sistemático y profesional, efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la gestión operativa y sus resultados, así como, la eficacia de la gestión de la entidad, programa, proyecto y operación, en relación a sus

---

<sup>5</sup> MONTAÑO Orozco, Edilberto. Control interno, auditoría y aseguramiento, revisoría fiscal y gobierno corporativo, Editorial: PROGRAMA, Primera edición, Año 2013. Pág. 87.

objetivos y metas; de determinar el grado de economía, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos disponibles; establecer los valores éticos de la organización y, el control y prevención de la afectación ecológica; y medir la calidad de los servicios, obras o bienes ofrecidos, y, el impacto socio-económico derivado de sus actividades.”<sup>6</sup>

Enrique Benjamín Franklin, manifiesta que “Una auditoría administrativa es la revisión analítica total o parcial de una organización con el propósito de precisar su nivel de desempeño y perfilar oportunidades de mejora para innovar valor y lograr una ventaja competitiva sustentable.”<sup>7</sup>

La auditoría de gestión es un examen de carácter administrativo sobre las operaciones realizadas por una organización, mediante el cual, se determina el grado de observancia a las disposiciones legales, adicionalmente el aprovechamiento de los recursos empresariales con la medición de los niveles de eficiencia, eficacia y economía que ha empleado la empresa para desarrollar sus actividades, en miras a alcanzar los objetivos y metas institucionales, lo que simbolizará un fortalecimiento administrativo para la organización, así como un incremento sustancial en su rendimiento económico-financiero y, finalmente la optimización de los servicios que se ofertan.

---

<sup>6</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Año 2001. Pág. 37.

<sup>7</sup> BENJAMÍN Franklin. Auditoría administrativa, evaluación y control empresarial, Editorial: Pearson Educación, Tercera edición, Año 2013. Pág. 16.

## **Objetivos**

- Evaluar el grado de eficiencia, eficacia y economía con que los recursos humanos, materiales y financieros de la entidad, son utilizados.
- Establecer el grado de cumplimiento a los objetivos, metas y filosofía institucional.
- Determinar las áreas conflictivas dentro de la organización y fijar acciones correctivas.
- Evaluar el desempeño institucional.
- Constituirse en una herramienta gerencial de nivel asesor, para la optimización empresarial.

## **Importancia**

La importancia de la auditoría de gestión radica en la detección de falencias, desviaciones e irregularidades en la administración de cualquier entidad, constituyéndose así, en una herramienta gerencial para la optimización de los recursos institucionales, el cumplimiento de objetivos y metas, mediante la evaluación de las actividades mercantiles que ejecute el ente.

## **Alcance**

- “Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.
- Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.
- Evaluación de eficiencia y economía en el uso de los recursos; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.
- Mediación del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información financiera y operativa
- Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones; oportunidades de mejorar la productividad con mayor tecnificación; exceso de personal con relación al trabajo a efectuar, deficiencias importantes.
- Control sobre la identificación, de riesgos su profundidad e impacto y adopción de medidas para eliminarlos o atenuarlos.
- Control de legalidad, del fraude de la forma como se protege los recursos.
- Evaluación del ambiente y mecanismos de control interno sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores

y auditores; porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.”<sup>8</sup>

## **Elementos**

“**Economía.-** Uso oportuno de los recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, es decir adquisición o producción al menor costo posible, con relación a los programas de la organización.

**Eficiencia.-** Es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo. Su grado viene dado de la relación entre los bienes adquiridos o producidos o servicios prestados, con el manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para su obtención.

**Eficacia.-** Es la relación de servicios y productos, los objetivos y metas programados. La eficacia es el grado en que una actividad o programa alcanza sus objetivos o metas que se había propuesto.

---

<sup>8</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Año 2001. Págs. 37-38.



**Ecología.-** Son las condiciones, operaciones y prácticas relativas de a los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en una gestión de un proyecto.

**Ética.-** Es un elemento básico de la gestión institucional, expresada en la moral y conducta individual y grupal, de los funcionarios y empleados de una entidad, basada en sus deberes, en su código de ética, las leyes, en las normas constitucionales, legales y vigentes de una sociedad.”<sup>9</sup>

## **NORMATIVA DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN**

### **Normas Internacionales de Auditoría (NIA)**

Las Normas Internacionales de Auditoría son estándares internacionales, para una correcta aplicación de las fases de auditoría, si bien resulta cierto que estas normas son aplicables a la evaluación de los estados financieros, algunas de ellas resultan altamente favorables al aplicar auditorías de gestión, puesto que facilitan el trabajo del auditor, en primera instancia, delimitan los términos contractuales para la aceptación de una responsabilidad de esta índole, la determinación de los factores de riesgo, la obtención de evidencia y las actividades de control.

---

<sup>9</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Año 2001. Págs. 20-21.

✓ **210 Cartas para el acuerdo de los términos sobre un trabajo de auditoría (NIA 2)**

Esta norma establece las directrices bajo las cuales el auditor acepta un trabajo, es decir, los parámetros sobre los cuales se llevará a efecto el trabajo de auditoría. Entre los acuerdos a suscribirse, figuran el objetivo y alcance de la auditoría, la responsabilidad con respecto al cliente, el formato del informe de auditoría.

✓ **220 Control de calidad del trabajo de auditoría (NIA 7)**

Esta norma establece la delegación del trabajo de auditoría a un equipo de profesionales y su respectivo control, de tal manera que el proceso de evaluación sea ejecutado en concordancia a los principios y normas de auditoría.

✓ **230 Documentación (NIA 9)**

Estipula la serie de papeles de trabajo que debe elaborar el auditor a lo largo del proceso de evaluación, para servir de soporte ante los hallazgos de auditoría, desde la planificación preliminar, hasta el seguimiento y control de las recomendaciones dadas por el auditor.

✓ **310 Conocimiento del negocio (NIA 30)**

Estrechamente relacionado con el conocimiento preliminar de la auditoría de gestión, esta NIA, fija la serie de aspectos institucionales que debe conocer el auditor y el equipo de trabajo, sobre la entidad a ser auditada, a fin de que dicha información dirija la labor de los auditores a lo largo del examen.

✓ **320 La importancia relativa de la auditoría (NIA 25)**

Esta norma le permite al auditor discernir entre los diversos niveles de riesgo (Riesgo Inherente, Riesgo de Control y Riesgo de Detección), con la finalidad de determinar si una debilidad determinada en la ejecución de la auditoría, es lo suficientemente relevante, como para analizarla.

✓ **400 Control Interno (NIA 6)**

Esta norma recomienda al auditor, la evaluación del control interno adoptado por la entidad, para establecer el nivel de riesgo inherente y de control, con el propósito de poder modificar los programas de auditoría acorde a las circunstancias y por ende reducir drásticamente el riesgo de detección.

✓ **500 Evidencia de Auditoría (NIA 8)**

La finalidad de esta norma, es la de guiar al auditor en la búsqueda y recopilación de evidencia competente, pertinente y suficiente que le sirvan para emitir su criterio sobre los hallazgos encontrados, manifestando en cada cédula las respectivas recomendaciones, de manera objetiva y sustentada.

✓ **600 Uso del trabajo de otros (NIA 5)**

Con esta norma, se exhorta al auditor a citar en sus papeles de trabajo, a otros auditores que hayan realizado evaluaciones previas a él, tanto en los componentes analizados, significatividad del examen y metodologías empleadas.

**Normas de Auditoría de General Aceptación (NAGA)**

Normas de Auditoría de General Aceptación son consideradas como los requisitos mínimos que debe cumplir el auditor, tanto en el plano personal como profesional, para garantizar que el trabajo de auditoría sea llevado a efecto con calidad y pericia, según los estándares, que permitan entender con facilidad la auditoría realizada.

✓ **Normas personales**

**Capacidad profesional e idoneidad.-** El profesional designado para realizar una auditoría, debe tener una elevada ética, objetividad y moral, así como la preparación técnica que le permita auditar de manera apropiada, su competencia profesional debe estar enmarcada con los objetivos que se pretende alcanzar con la auditoría.

**Entrenamiento técnico.-** Implica la preparación y capacitación constante que debe tener el auditor, para realizar su trabajo, esta norma encamina a la experiencia del profesional, con lo cual se incrementan sus habilidades y conocimientos en lo que a materia auditable se refiere.

**Independencia mental.-** El auditor debe mostrarse imparcial al momento de aceptar y ejecutar un proceso de auditoría, erradicando cualquier sesgo personal o vinculación fuera de lo profesional con el ente, que le impida manifestar su postura frente a un determinado hecho o hallazgo.

**Cuidado y diligencia profesional.-** El auditor debe tener la pericia necesaria para determinar los mejores pasos a seguir durante la ejecución de la auditoría, los procedimientos y técnicas que le permitirán obtener los resultados esperados.

✓ **Normas relativas al trabajo de auditoría**

**Planeación y supervisión.-** El trabajo de auditoría debe ser planificado para reducir los riesgos de detección y posibles desviaciones de los objetivos previstos en el programa de auditoría, de igual manera el Supervisor de auditoría debe realizar comprobaciones periódicas del avance de los exámenes para cumplir con el trabajo asignado de excelente manera.

**Estudio y evaluación del control interno.-** la administración el ente debe ser meticulosa en la adopción de políticas y estrategias que permitan llevar un control oportuno y eficiente sobre los bienes y recursos institucionales, para reducir el riesgo y posibles irregularidades.

**Supervisión del trabajo de auditoría.-** En plena observancia a lo establecido en los programas de auditoría, se supervisará que las actividades de control sean ejecutadas acorde a lo planificado.

**Obtención de evidencia.-** La obtención de sustentos para cada uno de los hallazgos, facultará al auditor para que emita sus comentarios, conclusiones y recomendaciones.

**Papeles de trabajo.-** El auditor deberá plasmar en los papeles de trabajo, cada una de las actividades que efectúe durante el examen.

**Tratamiento de irregularidades.-** El auditor deberá comunicar oportuna y discretamente, cualquier irregularidad que se presente durante la auditoría.

**Informe.-** El informe de auditoría es el resultado de una serie de procesos y técnicas de evaluación, el cual debe ser entregado a la máxima autoridad del ente auditado a fin de que éste, adopte las medidas correctivas a la institución.

**Seguimiento de las recomendaciones.-** El auditor deberá establecer un cronograma lógico y secuencial para que la entidad asuma las recomendaciones contempladas en el informe de auditoría, con el firme propósito de ayudar al ente a operar de manera eficiente y eficaz.

### **Normas Ecuatorianas de Auditoría**

Esta normativa establece los direccionamientos que los profesionales de auditoría deben seguir en la realización de las actividades de control, son de plena observancia tanto para auditores de la Contraloría General de

Estado, auditores internos de instituciones públicas y auditores independientes.

### **Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento (NIAA)**

Estas normas fijan la serie de procedimientos de carácter obligatorio, que el auditor debe realizar para evaluar la razonabilidad de estados financieros o administración de cualquier ente objeto de auditoría.

### **Normas de Calidad ISO**

La finalidad de esta normativa, es la de guiar al ente auditado, a reducir al mínimo sus costos, sin disminuir la calidad del producto o servicio a ser comercializado. Estas normas se encuentran a la vanguardia tecnológica, por lo que su cumplimiento favorece a los fines instituciones.

### **INDICADORES DE GESTIÓN**

“Un indicador se define como la referencia numérica generada a partir de una o varias variables, que muestra aspectos del desempeño de la unidad auditada. Esa referencia al ser comparada con un valor estándar, interno o externo a la organización. El uso de indicadores en la Auditoría, permite medir:



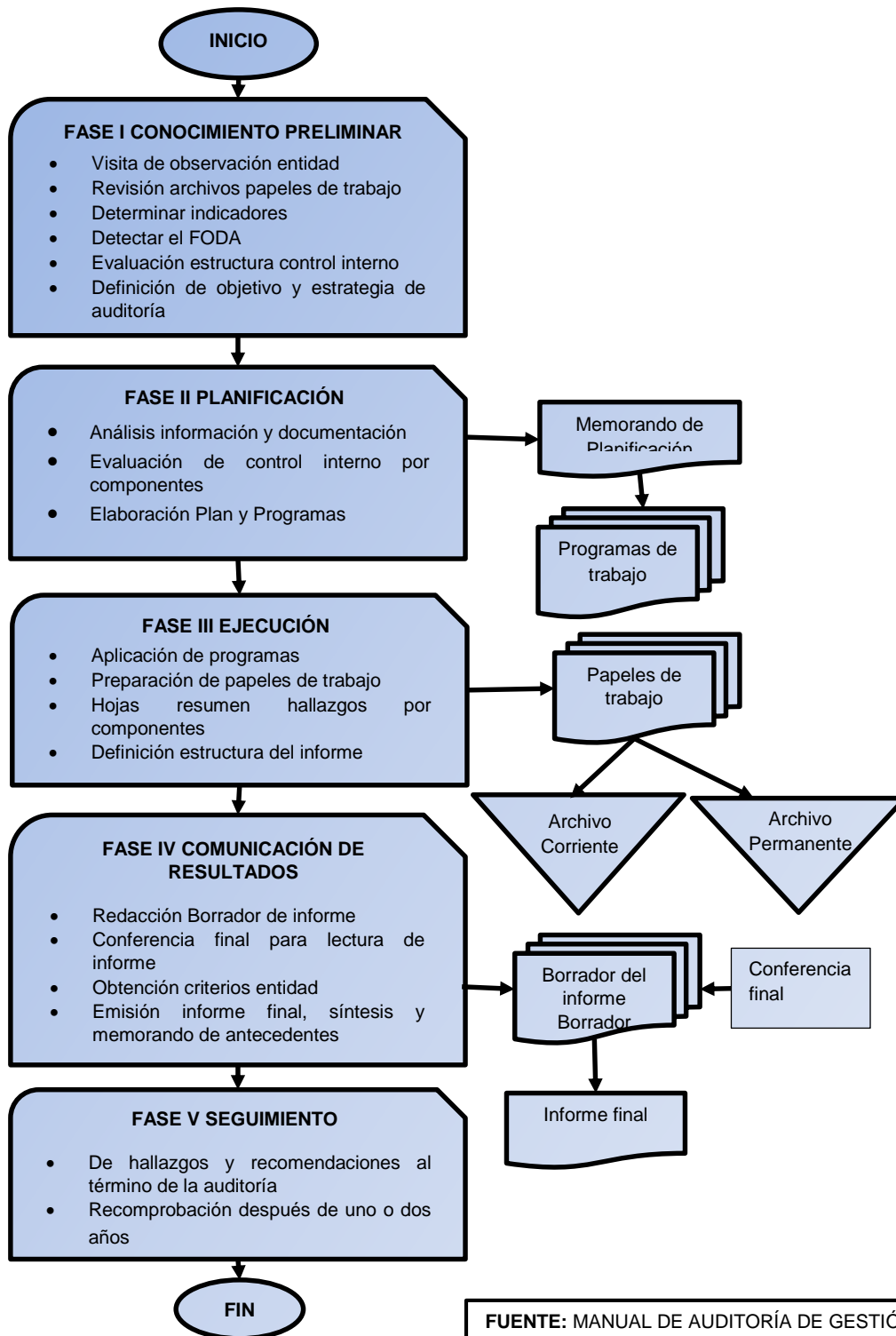
- La eficiencia y economía en el manejo de los recursos
- Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios prestados (eficacia).
- El grado de satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes a quienes van dirigidos (calidad).
- Todos los aspectos deben ser medidos considerando su relación con la misión, los objetivos y las metas planteados por la organización.”<sup>10</sup>

Partiendo de la premisa que ninguna entidad posee el mismo nivel y estructura organizativa, los indicadores de gestión poseen la característica de adaptarse a los procesos que desarrolla cada empresa, permitiendo evaluar cualquier organización que rompa con los estándares.

---

<sup>10</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Año 2001. Pág. 83.

## FASES DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN



FUENTE: MANUAL DE AUDITORÍA DE GESTIÓN  
ELABORADO POR: EL AUTOR

## **FASE I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR**

El conocimiento preliminar, es la primera instancia dentro del proceso de la auditoría de gestión, Enrique Benjamín Franklin (2013), considera que “En esta fase, el diagnóstico parte de la percepción que se forma el auditor de la organización como producto de su experiencia y visión. Si bien en ese momento no existe elementos de juicios documentados, ahí una detección o acercamiento a la realidad y la cultura organización, la cual es un tanto intangible, pero es posible advertirla en los supuestos adyacentes que dan sentido en el comportamiento y desempeño en el trabajo.”<sup>11</sup>

La auditoría de gestión, inicia sus fases con el conocimiento preliminar de la empresa a ser examinada, en esta fase se considera los objetivos, metas, actividades, sistemas, programas y demás aspectos vitales del ente, es decir, se recopila información clave de la entidad, para entender cómo se desenvuelve y obtener una visión integral de la misma, y posteriormente establecer de mejor manera los procedimientos de auditoría a emplearse.

---

<sup>11</sup> FRANKLIN, Benjamín Enrique. Auditoría administrativa, evaluación y control empresarial, Editorial: PEARSON, Tercera edición; Año 2013. Pág. 93.

### **Carta compromiso**

La carta compromiso, es un documento que formaliza el interés mutuo que existe entre la empresa y el auditor, para la realización de un examen, en esta carta se describe la naturaleza y alcance del trabajo de auditoría, los plazos previstos para la realización del mismo y las remuneraciones que gozará el auditor.

### **Visita preliminar**

La visita preliminar es un mecanismo empleado por el auditor, para tener un acercamiento con la entidad a ser auditada, establecer sus actividades y sistemas de control, además ayudará a detectar eventos o prácticas que puedan perjudicar los recursos institucionales.

### **Memorando de conocimiento preliminar**

Es el resultado de la visita preliminar a la empresa objeto de análisis, en este papel de trabajo, se reportan los aspectos más relevantes y relacionados con el enfoque de la auditoría, como lo son los aspectos filosóficos de la entidad, sus políticas y estrategias, y los indicadores de gestión a utilizarse.

## **Determinación de indicadores de gestión**

Los indicadores de gestión, son instrumentos de medición, que permiten establecer el grado de desempeño alcanzado por la entidad en un periodo determinado.

Para el auditor, los indicadores de gestión, constituyen un instrumento clave para evaluar la eficiencia, eficacia y economía, con que la entidad ha llevado a cabo sus actividades de comercialización o prestación de servicios, ya que permiten establecer de manera porcentual, el desempeño con que la entidad administra sus recursos humanos, materiales y financieros.

**Eficiencia.-** Esta clase de indicadores, determinan el grado en que la entidad, ha dispuesto de sus recursos para prestar un servicio óptimo y el beneficio obtenido por dicha acción.

**Eficacia.-** Los indicadores de eficacia, se enfocan en la consecución de los objetivos planteados por la organización, sin importar que el uso de los recursos institucionales sea el más apropiado.

**Economía.-** Con los indicadores de economía, el auditor evalúa la utilización de los recursos institucionales, en la cantidad y calidad

necesaria, para cumplir con los objetivos organizacionales, es decir, se pretende medir el costo y beneficio que acarrea la utilización de recursos en el desarrollo de las actividades.

### **Análisis FODA**

El análisis FODA, permite al auditor, conocer la situación organizacional que atraviesa el ente, desde una perspectiva interna y externa, con lo cual, obtendrá un criterio puntual de las áreas críticas de la empresa, y sobre las cuales deberá centrar su atención al instante de desarrollar la auditoría.

### **FASE II: PLANIFICACIÓN**

Posterior al conocimiento preliminar, se efectúa la planificación de la auditoría, en esta fase, el auditor ya se encuentra posibilitado para delimitar las áreas críticas de la entidad y que serán analizadas, se evalúa los sistemas de control interno y se miden los niveles de riesgo.

El objetivo principal de esta fase, es estructurar los programas de auditoría que contengan los procedimientos que se deben ejecutar durante el examen, con dichos programas, el auditor conocerá que

pruebas y procedimientos debe llevar a efecto para conseguir evidencia que respalde sus opiniones dentro del informe de auditoría.

### **Control interno**

Samuel Alberto Mantilla, expresa que “El control interno se define como un proceso ejecutado por personal de la entidad, diseñado para cumplir objetivos específicos. El control interno consta de cinco componentes interrelacionados, los cuales son inherentes a la forma de que la administración maneja la institución. Los componentes están ligados, y sirven como criterio para determinar cuando el sistema es objetivo.”<sup>12</sup>

La Contraloría General del Estado, estipula que el control interno “Es la suma de elementos, procedimientos y normas, que permiten a través de una adecuada planificación, ejecución y control, seguir adelante con economía, eficiencia y eficacia para el logro de los fines de la organización.”<sup>13</sup>

El control interno se constituye en la serie de procesos y mecanismos adoptados por las autoridades de la institución objeto de auditoría, para evitar o reducir la posibilidad de presentar información financiera errónea,

---

<sup>12</sup> MANTILLA, Samuel Alberto. Control interno, Editorial: ECOE, Cuarta edición, Año 2006. Pág. 153.

<sup>13</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Año 2001. Págs. 43-44.

que persistan fraudes dentro de los procesos administrativos e inobservancias a las disposiciones legales.

### **Herramientas del control interno**

**Organigramas.-** Los organigramas son representaciones gráficas de la estructura del ente, a través de los organigramas, se visualiza de manera simplificada cada una de las partes o componentes que integran la entidad, así como la función y el grado jerárquico que ocupan.

**Manual de funciones.-** Los manuales de funciones, fijan una serie de instrucciones para que el talento humano de la empresa, conozca las actividades que deben realizar, es decir, fija las atribuciones y responsabilidades de cada trabajador inmerso en la organización.

**Manual de procedimientos.-** Se diferencia de un manual de funciones en el grado que establece la metodología con la cual se ejecutarán las actividades asignadas mediante una función.

**Matriz de autorizaciones.-** Permite asegurar la base de datos de la empresa, así como también sus sistemas de comunicación e información, para ello segmenta y restringe el libre acceso a determinados datos, es



decir, sólo el personal autorizado, podrá disponer de alguna información y lo harán hasta el límite de sus atribuciones.

### **Clases de control interno**

**Control administrativo.-** Este tipo de control, es utilizado por la entidad para determinar la adhesión a los procedimientos y funciones adoptados por la organización, con este control se prevé maximizar la eficiencia y eficacia, así como el cumplimiento a las normativas legales.

**Control contable.-** El control contable, tiene como finalidad, el precautelar los activos de la empresa y la razonabilidad de la información financiera, generalmente se fundamenta en un sistema de autorizaciones y aprobaciones, mismas que reducen la posibilidad de fraude.

### **Control Interno en empresas privadas**

El control interno en empresas privadas, busca precautelar los procesos administrativos y financieros que desarrolla la entidad, reduciendo las posibilidades de fraude y por el contrario, elevando la eficiencia y eficacia organizacional, para lograrlo, se debe disponer de los siguientes elementos:

**Plan de organización.-** Corresponde a una estructura empresarial formalizada, que distinga a plenitud las funciones y atribuciones de cada trabajador, este plan también abarca la asignación de autoridad y por ende, las delegaciones de función.

**Plan de actividades.-** Es el listado de acciones que pretende efectuar la empresa, en él se detalla, cada labor y objetivo que se busca alcanzar, a más de los respectivos costos y gastos que cada actividad genere.

**Política.-** Para una organización es vital el definir sus políticas, ellas se convierten en las líneas de conducta que aplicará la entidad en todas las actividades y procesos que realice.

**Procedimientos operativos.-** Son una serie cronológica de actividades, en ellos se contempla el cómo se debe realizar cada actividad y el plazo previsto para su ejecución.

**Personal.-** El control interno en una empresa privada, no se fundamenta exclusivamente en planificaciones y políticas, para que el negocio no sufra desviaciones significativas, la administración debe procurar contratar un personal hábil y rigurosos en el cumplimiento de sus atribuciones y responsabilidades.

## **Evaluación del control interno**

Previo a ejecutar la auditoría, se debe evaluar el control interno adoptado por la empresa, de tal manera que se logre establecer los niveles de riesgo y confiabilidad de la información presentada por el ente, para ello se emplea los siguientes instrumentos:

### **Cuestionario de control interno**

Consiste en la evaluación de control interno mediante la aplicación de preguntas a los funcionarios de las distintas áreas de la empresa, por medio de las preguntas el auditor conocerá la situación que atraviesa la organización y el nivel de confianza.

### **Evaluación de riesgo**

Con la evaluación del riesgo, el auditor establece el nivel de confianza que muestra la empresa, frente a los sistemas de control adoptados, entre los principales riesgos, se destacan los siguientes:

**Riesgo inherente.-** Es independiente a los sistemas de control interno de la institución, viene determinado por la naturaleza misma de la empresa.

**Riesgo de control.-** Este tipo de riesgo es propio de sistemas de control ineficientes, que no logran detectar errores o irregularidades de manera oportuna para que sean corregidos.

**Riesgo de detección.-** Es el riesgo de que los métodos y técnicas de auditoría seleccionados por el equipo de trabajo, no logren encontrar hallazgos o debilidades, este riesgo puede dilapidar las versiones vertidas por el auditor en el informe final de auditoría.

## **NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO**

### **Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).**

El Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, o por sus siglas en inglés, COSO, es una organización privada, establecida en Estados Unidos, fundada en el año 1985, cuya finalidad es proporcionar directrices sobre la gestión ejecutiva a entes públicos y privados.

El sistema COSO integra una serie de elementos de control que permiten brindar seguridad sobre los procesos desarrollados por la entidad, entre

los elementos objetivos que persigue el control interno propuesto por el COSO, tenemos:

- Promover la eficiencia y eficacia de las operaciones
- Confiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de leyes y demás disposiciones legales

### Estructura del Informe COSO I



**FUENTE:** COSO  
**ELABORADO:** El Autor

El sistema desarrollado por el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, en el año 1992, surge como una medida de precaución de recursos y sistemas administrativos, tras una serie de escándalos que involucraron a empresas que financiaban a partidos

políticos y sobornos a representantes de gobiernos, entre los componentes que integran el proceso COSO, se tiene:

**Ambiente de Control.-** Se constituye en la base de la pirámide de control, al ser el soporte de los demás componentes, en él se sitúa los cimientos para una correcta administración enmarcada por el control interno propicio para la empresa, los factores que determinan un excelente ambiente de control son la integridad y valores éticos que muestran los funcionarios de la entidad, su capacidad profesional y la segregación de funciones a las que han sido expuestos, la estructura organizacional, las políticas y reglamentos que controlen el talento humano.

**Evaluación de Riesgos.-** Contempla el conocimiento de los factores de riesgo, tanto internos como externos, que pueden afectar la consecución de los objetivos empresariales, cada nivel de la organizacional posee sus propias metas en concordancia a los propósitos perseguidos por la entidad, por este motivo se encuentran susceptibles a una escasa consecución. El sistema COSO establece que los lineamientos departamentales deben ser socializados oportunamente para evitar o por lo menos reducir el nivel de ocurrencia de un determinado riesgo.

**Actividades de Control.-** En esta etapa del proceso de control bajo el sistema COSO, se aplica la gama de diligencias administrativas, que abarcan políticas, técnicas, prácticas y métodos para mitigar los riesgos y su correspondiente impacto sobre la empresa.

**Información y Comunicación.-** Los sistemas de comunicación que dispone la entidad deben ser eficaces, esto en razón que deben permitir la socialización de diversos aspectos administrativos en los plazos oportunos y en observancia a los objetivos organizacionales, lo que involucra que cada trabajador de la empresa debe conocer sus responsabilidades y el cómo aportar a mejorar el control interno.

**Supervisión y Monitoreo.-** Para que el sistema COSO sea eficiente, se debe verificar constantemente la vigencia de los sistemas de control, esto se logra mediante actividades de supervisión, evaluaciones periódicas o una combinación entre ambas.

## **Informe COSO II**

Luego de la publicación del mecanismo para el control interno, denominado COSO I, se determinó que las empresas persistían en fallos e irregularidades, escandalo que se vio reflejado en la dilapidación de importantes inversiones en sectores de amplio interés para las economías

mundiales como es el caso de Enron y Parmalat, a razón de estos particulares, en el año 2005, se procedió a actualizar el informe, incorporando más componentes a la estructura de control, con lo cual se preveía la reducción de los riesgos.

### Estructura del informe COSO II



**FUENTE:** COSO  
**ELABORADO:** El Autor

**Ambiente Interno.-** Dentro de la estructura administrativa de la entidad, sirve para concienciar a los trabajadores de la entidad, sobre los diferentes riesgos que se pueden presentar en la empresa.



**Establecimiento de objetivos.-** La razón de ser y la proyección o ambición que posee cada empresa está constituida por su misión y visión, éstas directrices permiten que la administración de la entidad asuma determinadas metas, las cuales para ser alcanzadas, requieren la realización de un sinnúmero de actividades, actividades que conllevan un grado de riesgo, el cual deber ser analizado y asimilarlo a fin de erradicar su impacto o por lo menos reducirlo sustancialmente.

**Identificación de eventos.-** Una vez identificados los objetivos y considerado el riesgo inherente que cada uno de ellos conlleva, se debe ponderar los diversos escenarios que se pueden suscitar en la empresa al asumir un riesgo, con ello se logra fijar una oportunidad en cada riesgo, debido a que se conoce a plenitud el impacto positivo o negativo que cada actividad acarrea, para el efecto se debe discernir de las clases de eventos existentes:

- Eventos externos.- Economía, comercio, catástrofes, medio ambiente, política económica, cambios sociales, tecnología.
- Eventos internos.- Infraestructura, personal, procesos administrativos y productivos.

**Evaluación de los riesgos.-** En esta fase, se conjugan los objetivos previstos por la empresa y su potencial repercusiones para conseguirlos,

para ello se analiza el riesgo desde una perspectiva de probabilidad, es decir, el nivel de ocurrencia de un hecho y, el impacto que éste producirá en la entidad.

**Respuesta al riesgo.-** Un vez ponderado el riesgo la empresa asume diferentes propuestas que permitan controlar el riesgo, como lo son:

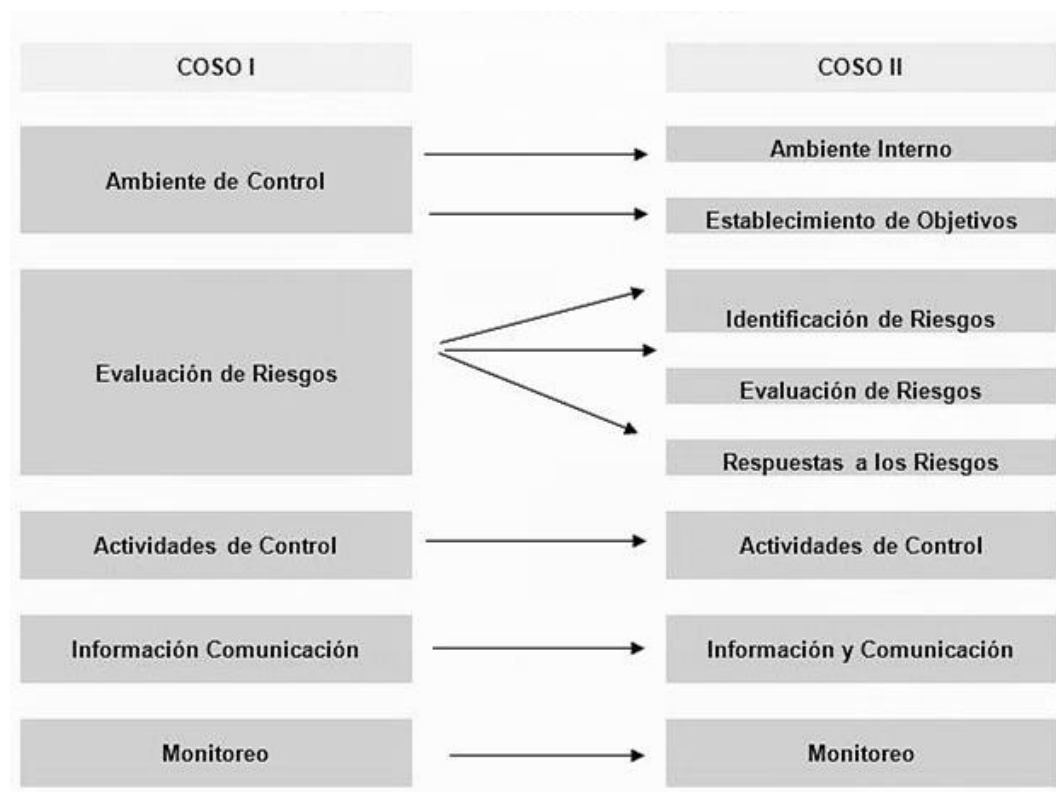
- Evitar el riesgo.- Se descontinúan las actividades que generan la presencia de riesgo en la empresa.
- Reducir el riesgo.- Se controla el impacto del riesgo mediante acciones de mitigación.
- Compartir el riesgo.- Se diversifica las actividades para que el impacto que se pudiese desprender de un escenario riesgoso adverso, no sea asumido en su totalidad por la empresa.
- Aceptarlo.- No se consideran ni el impacto ni la probabilidad de ocurrencia de un evento riesgoso, simplemente se realizan las actividades sin estimar riesgo alguno.

**Actividades de control.-** Conjunto de políticas adoptadas por la entidad para garantizar que el riesgo sea manejado de manera oportuna eficiente, estas actividades pueden ser de carácter preventivas, detectivas, o a través de controles gerenciales.

**Información y comunicación.-** La comunicación es vital en la administración para hacerle frente al riesgo, identificándolo, evaluándolo y emitiendo una respuesta asertiva y oportuna.

**Monitoreo.-** Contempla el control sobre los niveles de riesgo una vez efectuadas las actividades de propias de la empresa, con el propósito de garantizar acciones correctivas.

### Relación entre el Modelo COSO I y COSO II



**FUENTE:** COSO  
**ELABORADO:** El Autor

El sistema de control COSO II, guarda estrecha similitud con el informe que le antecede, a pesar de este particular, la actualización del informe I, permite ejercer una mejor supervisión de las empresas.

### **Similitudes entre el COSO I y COSO II**

- Compromiso con los valores éticos y morales
- Establece responsabilidades y grados de autoridad
- Influye en la rendición de cuentas
- Mitiga la posibilidad del fraude
- Selecciona y desarrolla actividades de control
- Evalúa deficiencias

### **Programas de auditoría**

El programa de auditoría, es un listado de los procedimientos que deben ser aplicados por el auditor en su trabajo de evaluación, en el programa se contempla cada uno de los aspectos que debe ejecutar el auditor, el área o componente sobre el cual deberá efectuarse cada una de las pruebas y la designación para el efecto, a fin de reducir el riesgo de detección de hallazgos de auditoría.

### **FASE III: EJECUCIÓN**

Considerada como la fase medular de la auditoría, en esta etapa, se aplican los programas de auditoría por componentes, lo cual permitirá obtener y recopilar los papeles de trabajo, que servirán de evidencia pertinente, competente y suficiente frente a cada uno de los hallazgos encontrados en la entidad, se aplican las técnicas de auditoría seleccionados por el equipo de trabajo, tendientes a determinar debilidades que aquejan a los procesos administrativos de la institución y finalmente se define la estructura del informe de auditoría.

### **PRUEBAS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN**

Las pruebas de auditoría son mecanismos utilizados en la fase de ejecución, que le permiten al auditor recopilar la evidencia pertinente, competente y suficiente, para respaldar los criterios que se generen al analizar las operaciones administrativas de la empresa auditada, verificando con ello la efectividad de los sistemas de control interno y el cumplimiento a las disposiciones legales.

**Pruebas de control.-** Estas pruebas tienen como finalidad, el proporcionar la certeza de que existen sistemas de control para normar

las actividades de la institución, permite primordialmente, la verificación del cumplimiento a disposiciones normativas.

**Pruebas sustantivas.-** Generalmente aplicables a auditorías financieras, proporcionan un criterio más profundo sobre la razonabilidad de los estados financieros, a pesar de este particular, al ser enfocadas a una auditoría de gestión, permiten inspeccionar y rastrear hechos, actividades y procesos administrativos, para eventualmente sustentar los comentarios del auditor.

## **PAPELES DE TRABAJO**

“Es el conjunto de cédulas y documentos elaborados u obtenidos por el auditor durante el curso del examen, desde la planificación preliminar, la planificación específica y la ejecución de la auditoría, sirven para evidenciar en forma suficiente, competente y pertinente el trabajo realizado por los auditores y respaldar sus opiniones, constantes en los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones presentadas en los informes.

Los papeles de trabajo deben ser claros, concisos, con el objeto de proporcionar un registro ordenado del trabajo, evitando ambigüedades y contener las razones que sirvieron de base para tomar las decisiones

sobre temas conflictivos, por lo que deben ser completos, que permitan su lectura, claramente expresados y su propósito de fácil comprensión, evitándose incluir comentarios que requieran respuestas o seguimiento posterior.

Los papeles de trabajo, que respaldan al informe del auditor, pueden haberse recibido de personas ajenas a la entidad, de la propia entidad y/o elaborados por el auditor en el transcurso del examen. Además, es posible que los papeles de trabajo puedan estar respaldados por otros elementos como: cintas sonoras, de vídeo, discos de archivo de computación, etc., está limitada por la circunstancia o por la existencia de estos elementos que sirvan de soporte y resulten aptos para sustentar la evidencia que se pretende obtener. Así la existencia de una cinta con la confirmación de un saldo a cobrar o a pagar, sólo servirá de evidencia en la medida que también pudiera ser aceptado por terceros.”<sup>14</sup>

### **Características de los papeles de trabajo**

- Deben ser claros, precisos y concisos, recopilando únicamente la información necesaria para sustentar el trabajo de auditoría, su redacción debe ser en un lenguaje accesible a cualquier usuario, debidamente marcados y referenciados.

---

<sup>14</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría Financiera, Quito-Ecuador, Año 2001. Págs. 230-231.

- Su elaboración debe darse con la mayor prontitud posible, en base al juicio del auditor y su prolijidad.

### **Objetivos de los papeles de trabajo**

Fundamentalmente, el objetivo principal de los papeles de trabajo, es servir de respaldo a los criterios proporcionados por el auditor en las diferentes cédulas que elabora, logrando así un trabajo veraz y altamente profesional, que coadyuve a mejoramiento progresivo de cualquier organización.

#### Principales

- “Ayudar a la planificación de la auditoría
- Redactar y sustentar el informe de auditoría
- Facilitar, registrar la información reunida y documentar las desviaciones encontradas en la auditoría.
- Sentar las bases para el control de calidad y demostrar el cumplimiento de las normas de auditoría
- Defender las demandas, los juicios y otras acciones judiciales
- Poner en evidencia la idoneidad profesional del personal de auditoría



## Secundarios

- Ayudar al auditor en el desarrollo de su trabajo.
- Facilitar la supervisión y permitir que el trabajo ejecutado pueda ser revisado por terceros.
- Constituir un elemento para la programación de exámenes posteriores en la misma entidad o en otras similares, por tal motivo en los legajos se incluirán los papeles de trabajo que se denominarán "Asuntos importantes para futuros exámenes", con información para ese fin.
- Los papeles de trabajo permitirán informar a los funcionarios y empleados de la entidad, sobre las desviaciones observadas y otros aspectos de interés sobre la gestión institucional, lo que se concretará igualmente en las conclusiones y recomendaciones.
- Los papeles de trabajo, preparados con habilidad y destreza profesional, sirven como evidencia del trabajo del auditor y de defensa contra posibles litigios o cargos en su contra.”<sup>15</sup>

## **Evidencia pertinente, competente y suficiente**

“La evidencia es cualquier tipo de datos que utiliza el auditor para determinar si la información que está auditando ha sido declarada de

---

<sup>15</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual de Auditoría Financiera, Quito-Ecuador, Año 2001. Pág. 232.

acuerdo con el criterio establecido. La evidencia asume varias formas diferentes, entre ellas:

- Testimonio oral del auditado (cliente).
- Comunicación por escrito con las partes externas.
- Observaciones por parte del auditor.
- Datos electrónicos sobre las transacciones.”<sup>16</sup>

### **Atributos de la evidencia**

“**Suficiencia.**- Se refiere al volumen o cantidad de la evidencia, tanto en sus cualidades de pertinencia y competencia. El concepto de suficiencia reconoce que el auditor no puede reducir el riesgo de auditoría a cero y pone énfasis en que la acumulación de evidencias debe ser más persuasiva que convincente.

**Competencia.**- Para que la evidencia sea competente, debe ser válida y confiable. A fin de evaluar la competencia de la evidencia, el auditor debe considerar si existen razones para dudar de su validez o su integridad.

**Pertinencia o Relevancia.**- Es aquella evidencia significativa, relacionada con el hallazgo específico.”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> ARENS Alvin, ELDEL Randal, BEASLEY Mark. Auditoría: Un enfoque integral, Editorial: Pearson Educación, Año 2007. Pág. 5.

## Hallazgos de auditoría

El hallazgo está definido como cualquier hecho o fenómeno que se encuentra fuera de lo normal dentro del proceso administrativo de la institución, el hallazgo rompe los esquemas de lo habitual, es descubierto mediante la aplicación de los procedimientos de auditoría, para que un hallazgo obtenga su calificativo como tal, debe reunir o estar estructurado de los siguientes elementos:

**Condición.-** Se refiere a como el auditor, encuentra a un hecho, fenómeno o proceso dentro de la organización.

**Criterio.-** Este parámetro le permite al auditor, establecer el cómo se debería estar dando un hecho o proceso, de manera habitual.

**Causa.-** Establece los motivos que derivaron a la aparición de un hallazgo de auditoría, es decir, fija las razones bajo las cuales se originó el hecho.

**Efecto.-** El efecto se constituye en las repercusiones, que tendrán lugar en la administración de la entidad, por no haber aplicado el criterio dentro de sus actividades.

---

<sup>17</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. Manual General de Auditoría Gubernamental, Quito-Ecuador, Año 2003. Pág. 114.

## **Técnicas de auditoría de gestión**

**Inspección física.-** Comprende la observación directa de las actividades y procesos desarrollados por la entidad, para comprobar si se efectúan acorde a lo establecido en los manuales institucionales.

**Inspección documental.-** Consiste en el chequeo de los documentos que reposan en el archivo corriente de la entidad, para verificar la existencia y autenticidad de los mismos.

**Confirmación.-** Se obtiene una certificación por escrito, directamente de una persona o empresa ajenas a la entidad, con el propósito de corroborar datos.

**Entrevistas.-** Por lo general se aplican a los funcionarios y trabajadores del ente, para recabar información referente a la institución.

**Análisis.-** Se segmenta la administración y procesos, para evaluar de mejor manera cada uno de los componentes de la entidad, es decir, se induce la auditoría a un nivel más especializado.

**Evaluación.-** El auditor pone de manifiesto su criterio, con profesionalismo e imprimiendo toda su capacidad y experiencia.

**Revisión selectiva.-** “La revisión selectiva constituye una técnica frecuentemente aplicada a áreas que por su volumen u otras circunstancias no están comprendidas en la revisión o constatación más detenida o profunda. Consiste en pasar revista relativamente rápida a datos normalmente presentados por escrito.”<sup>18</sup>

## **MARCAS, ÍNDICES Y REFERENCIACIÓN**

**Marcas.-** Las marcas constituyen los símbolos utilizados para comunicar la aplicación de determinada prueba o procedimiento de auditoría, durante la ejecución del examen, la Contraloría General del Estado, mantiene definidas las marcas aplicables para auditorías a entidades públicas y que son indicativas para firmas de auditoría, pero dichas marcas, pueden ser seleccionadas a criterio y buen juicio del auditor para estandarizar procedimientos. Se caracterizan por mantener un tono rojo.

**Índices.-** Al igual que las marcas, su color para un fácil acceso e identificación, es el rojo, se colocan en la parte superior derecha de los papeles de trabajo y permiten ordenar las diversas cédulas y evidencia recopiladas por el auditor, para lograr estructurar de mejor manera el informe de auditoría. Una de las características de los índices de auditoría, es el evitar que se duplique información

---

<sup>18</sup> MALDONADO, Milton. Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Tercera edición, Año 2006. Pág. 94.

**Referencia.-** La referencia permite al auditor relacionar los diferentes papeles de trabajo que se han obtenido o elaborado durante la auditoría, cuando la información contenida en una cédula sirve para evidenciar a otra, se debe efectuar un cruce de información, de tal manera que los datos que respalden el informe no se tornen reiterativos y redundantes, dichas referencias deben ser efectuadas en un tono rojo y al lado de la información que se desea cruzar.

#### **FASE IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

En esta fase el auditor emite su criterio frente a los resultados de auditoría, contemplando su opinión en el informe de auditoría, el cual contendrá entre su estructura, las novedades más significativas que se presentaron en la ejecución de la auditoría.

Un aspecto trascendental de la comunicación de resultados, es que no se lleva a efecto una vez concluido el examen, por el contrario, está inmersa en cada una de las fases de auditoría de gestión, desde el primer acercamiento con los directivos de la entidad auditada, se aplica una comunicación de resultados, puesto que se anuncia el inicio de la evaluación, adicional a ello, también se la aplica en la ejecución, en medida que el auditor solicita información relevante sobre algún hallazgo.

## **Informe de auditoría**

El informe de auditoría, es el resultado del trabajo de evaluación que ha realizado el auditor, en él se plasman los comentarios, conclusiones y recomendaciones, sobre cada uno de los hallazgos determinados en la ejecución de la auditoría.

### **Características del informe de auditoría**

**Oportunidad.-** El informe de auditoría, debe ser elaborado meticulosamente y con la mayor prolijidad, de tal manera que sea puesto a consideración de la máxima autoridad de la institución, para la toma de medidas correctivas, inmediatamente a la culminación del examen y según lo planificado en el cronograma.

**Objetividad.-** En el informe de auditoría, constarán los criterios y recomendaciones, frente a los hallazgos determinados en la ejecución del examen, por este motivo, el auditor debe guardar profesionalismo, ética y neutralidad al expresarse.

**Concisión.-** El informe de auditoría, contendrá única y exclusivamente, datos relevantes y necesarios, sin detalles que disminuyan el valor del informe.

**Claridad.-** Los términos y lenguaje con los que el auditor elabore el informe de auditoría, deben ser comprensibles para todos los usuarios de la información.

**Tono constructivo.-** La auditoría se fundamenta en la asesoría administrativa a las organizaciones, es por ello que las opiniones del auditor, deben ser tendientes a la mejora institucional, mas no a causar zozobra a los funcionarios de la entidad, el lenguaje utilizado para comunicar las debilidades detectadas debe ser sutil, de tal manera que los administradores de la empresa, consideren a las recomendaciones como una oportunidad de superación y no como represalias a su gestión.

### **Clases de informe de auditoría**

**Informe extenso o largo.-** Esta clase de informe es emitido cuando la información analizada desprende en la elaboración de un memorando de antecedentes para la determinación de responsabilidades.

**Informe breve o corto.-** Se caracteriza por no contener memorando y la información que abarca no es extremadamente relevante o afecte a la razonabilidad de los estados financieros o a la legalidad de las operaciones efectuadas por la entidad.



## **Clases de dictamen**

**Opinión sin salvedades o dictamen limpio.-** Es el tipo de dictamen más común, se realiza cuando no existieron limitaciones significativas para el desarrollo de la auditoría y la evidencia recopilada no muestra debilidades que afecten sustancialmente la razonabilidad de la información financiera y los procesos administrativos de la empresa.

**Dictamen con salvedades.-** Esta clase de opinión, se emite cuando los estados financieros de la empresa muestran razonablemente la situación financiera o cuando las actividades han sido ejecutadas con legalidad, salvo pequeños casos aislados que no influyen en la empresa de manera sustancial.

**Dictamen con abstención de emitir una opinión.-** Se realiza cuando el alcance de la auditoría, limita la obtención de evidencia para que el auditor configure un panorama apropiado para emitir su criterio frente a los estados financieros y las actividades efectuadas por la empresa.

**Dictamen adverso o negativo.-** Cuando los estados financieros o los procesos administrativos de la empresa no muestran razonabilidad ni legalidad en su ejecución.

## **FASE V: SEGUIMIENTO**

Juan Ramón Santillana, manifiesta que “El seguimiento es un proceso mediante el cual los auditores internos evalúan la adecuación, efectividad y oportunidad de las acciones adoptadas por la administración sobre las observaciones y recomendaciones reportadas; y si la dirección general y/o el consejo han asumido el riesgo de no tomar acciones correctivas sobre las observaciones reportadas.”<sup>19</sup>

Una vez que el informe de auditoría ha sido socializado entre los funcionarios y trabajadores, que mantenían relación directa con el examen de auditoría, se debe efectuar un seguimiento a las recomendaciones que los auditores vertieron sobre cada uno de los hallazgos encontrados, con ello se establece el nivel de cumplimiento a las sugerencias proporcionadas por el auditor o en su defecto, se conocerá los causales de su limitada o nula aceptación.

### **Cronograma de implantación de recomendaciones**

El cronograma es utilizado en auditoría, para fijar los plazos pertinentes, en los cuales la empresa, a través de su máxima autoridad, acatará las recomendaciones que el auditor proporcionó en el informe de auditoría, dichas recomendaciones son tendientes a mejorar los procesos administrativos, es por ello, que se establecen límites de tiempo para adoptar cada una de las sugerencias dadas por el auditor.

---

<sup>19</sup> SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría interna, Editorial: PEARSON, Tercera edición, Año 2013. Pág. 72.

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **MATERIALES**

#### **Materiales de oficina**

- ✓ Calculadora
- ✓ Carpetas
- ✓ Cd
- ✓ Cuadernos
- ✓ Archivadores
- ✓ Esferos
- ✓ Resmas de papel bond

#### **Materiales bibliográficos**

- ✓ Estatutos
- ✓ Folletos
- ✓ Leyes
- ✓ Libros
- ✓ Manuales
- ✓ Reglamentos

## **Materiales tecnológicos**

- ✓ Computadora portátil
- ✓ Escáner
- ✓ Impresora
- ✓ Internet
- ✓ Memoria USB

## **MÉTODOS**

**Científico.-** Este método permitió la selección de los referentes teóricos apropiados para integrar la revisión de literatura, acorde al tema de investigación y la definición de las estrategias de auditoría.

**Deductivo.-** La utilización de este método, facilitó el realizar un estudio del marco normativo que rige a la clínica San Pablo y a estructuración de las conclusiones de las cédulas narrativas.

**Inductivo.-** El método inductivo se utilizó en la formulación de los comentarios y recomendaciones de los hallazgos encontrados en la ejecución de la auditoría, tomando como base referencial la información receptada de la clínica.

**Analítico.-** Permitió seleccionar los aspectos más relevantes que se obtuvieron en el desarrollo de la auditoría, para elaborar la discusión

**Sintético.-** La aplicación del método sintético, resultó elemental para efectuar la narración del informe de auditoría de gestión y la introducción del trabajo investigativo.

**Matemático.-** Con el uso del método matemático, se logró establecer y construir los indicadores de gestión aplicables a la Clínica San Pablo, para medir el grado de eficiencia, eficacia y economía, con que la entidad ha utilizado sus recursos, en el desarrollo de sus actividades.

**Estadístico.-** El método estadístico permitió representar de manera gráfica, los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores de gestión, dando una mejor apreciación de las variables cuantitativas a los usuarios.

## f. RESULTADOS

### CONTEXTO INSTITUCIONAL DE LA CLÍNICA SAN PABLO



**NOMBRE DE LA ENTIDAD:** Clínica San Pablo

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES:** 1191717526001

**REPRESENTANTE LEGAL:** Dr. Telmo Darío León Ojeda

**DIRECCIÓN:** Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison

**ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:** Prestación de servicios en diversas especialidades médicas

**HORARIO DE ATENCIÓN:** 24 horas

**TELÉFONO:** 2546926 / 25464444

**CORREO ELECTRÓNICO:** clinicaanpabloloja@yahoo.es

## **ANTECEDENTES**

La Clínica San Pablo de la ciudad de Loja, inicia sus actividades de prestación de servicios de salud, el 04 de noviembre de 1999, se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Loja, en las calles Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison, barrio la Argelia.

Es una institución de carácter privado que se rige por las leyes ecuatorianas, cuya función principal es la de brindar atención integral y comunitaria, rehabilitación de la salud de los habitantes de la provincia de Loja, cobertura que se extiende a las provincias de Zamora Chinchipe, parte alta de El Oro y norte del Perú. Cuenta con cuatro especialidades básicas, las cuales son: gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría; y, servicios complementarios como laboratorio y rayos X.

## **SERVICIOS MÉDICOS**

**Cirugía.-** La cirugía es una parte de la medicina que se encarga de restablecer la salud de los pacientes, mediante la aplicación de procedimientos quirúrgicos, existen diferentes tipos de cirugía, como la cirugía general, traumatológica u ortopédica y cirugía estética.

**Medicina interna.-** Uno de los servicios ofertados por las clínicas, es el de medicina interna, la cual como rama de la medicina, diagnóstica y fija un tratamiento apropiado para las enfermedades de uno o varios órganos del cuerpo, con la característica de no requerir asistencia quirúrgica.

**Ginecología.-** Servicio médico y quirúrgico destinado al tratamiento de las enfermedades que aquejan al aparato reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

**Obstetricia.-** Estrechamente ligado al servicio de ginecología, la obstetricia, abarca el tratamiento de embarazo en todas sus etapas, el parto y el post parto.

**Pediatría.-** Parte de la medicina que se encarga del estudio en lo referente al crecimiento de los niños hasta instancias de adolescencia, para el tratamiento de las posibles enfermedades que en ellos pudiesen presentarse.

**Farmacia.-** El servicio de farmacia, brinda a los pacientes de las clínicas el acceso a medicamentos de carácter terapéutico, para combatir sus enfermedades o aflicciones, mediante el uso de compuestos químicos controlados bajo una prescripción médica autorizada.



**Enfermería.-** Es un servicio de salud, en el cual un personal altamente calificado, ya sea de manera autónoma o en colaboración de los familiares del cliente, brinda al paciente los cuidados necesarios, para que este pueda recobrar su salud en la mayor brevedad y calidad posible.

**Laboratorio clínico.-** Espacio en las instalaciones de las clínicas, dotado de utensilios y equipos médicos, en donde los profesionales de la salud, analizan las muestras biológicas humanas que contribuyan a prevenir, detectar o establecer enfermedades.

**Radiología.-** La radiología, parte de la medicina general para especializarse en el estudio y aplicación de las radiaciones para captar imágenes al interior del cuerpo humano, que permitan detectar enfermedades, su uso se aplica primordialmente en los exámenes de rayos X.

**Ambulancia.-** Adicional a los servicios de salud especializada, las clínicas mantienen entre sus activos fijos, un vehículo de uso netamente médico, para el traslado de pacientes en situación crítica y que requieren atención inmediata, para ello, dotan a la ambulancia de una sirena para erradicar problemas de tránsito, una camilla, equipos médicos para preservar la vida del paciente en estado de emergencia, además disponen a un médico para que brinde primeros auxilios.

**Hospitalización.-** Se constituye en la estancia que el paciente requiere dentro de la clínica, para cuidar y restablecer su salud, este periodo depende de la enfermedad o problema a tratarse y culmina con la respectiva alta médica.

## **MISIÓN**

Es misión de la Clínica San Pablo, el ofertar servicios de salud a la comunidad lojana en general, con calidez humana y técnica, una amplia y moderna infraestructura, equipos médicos a la vanguardia y un personal altamente calificado, comprometido con el servicio médico.

## **VISIÓN**

La Clínica San Pablo, tienen como visión el consolidarse como un referente institucional de la salud privada en Loja y su Provincia, mediante la prestación de servicios de salud especializados, de manera oportuna y eficaz y a precios accesibles.

## **OBJETIVOS**

- Ofertar servicios de salud a la colectividad lojana de alta calidad técnica y humana, a precios accesibles

- Consolidarse como un referente institucional en la prestación de servicios médicos
- Crear un ambiente de trabajo óptimo y armonioso, que permita la prestación de un servicio más cálido y amable a los clientes

## **POLÍTICAS**

- Ofrecer servicios de salud que satisfagan a la comunidad lojana a precios razonables
- Promover y promulgar formas de vida saludables que mitiguen la aparición o el impacto de enfermedades
- Situar al paciente como el epicentro de atención, procurando su mejoramiento oportuno y breve
- Efectuar investigaciones de carácter clínico, aportando significativamente al avance de la ciencia médica en la lucha contra las enfermedades.

## **VALORES**

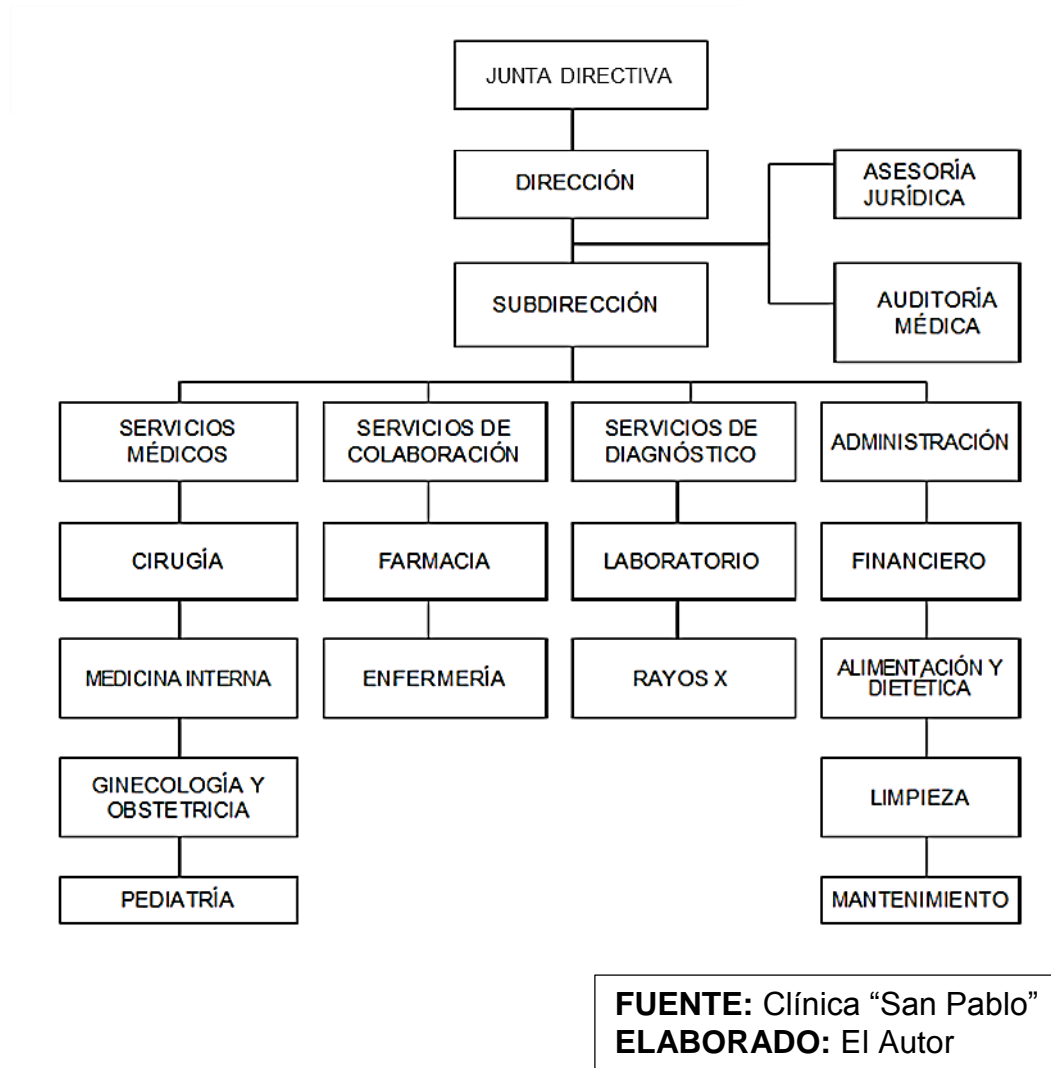
- Honestidad
- Respeto
- Lealtad
- Responsabilidad

- Transparencia
- Compromiso
- Seguridad
- Limpieza

### **BASE LEGAL**

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica de Salud
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley de Seguridad Social
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente
- Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos
- Ley que regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada
- Código de Trabajo
- Reglamento de Comprobantes de Venta
- Reglamento para el manejo de desechos infectocontagiosos
- Manual de Funciones y Procedimientos de la Clínica San Pablo

## ESTRUCTURA ORGÁNICA-FUNCIONAL





# AUDITORÍA DE GESTIÓN PERÍODO 2014



Loja, 01 de junio de 2015

Licenciada Magister  
Eufemia Alexandra Saritama Torres  
**AUDITORA**  
Ciudad.-


De mi consideración:


Con la presente, me dirijo a usted para exteriorizar nuestra necesidad de contratar sus servicios en calidad de auditora, para que efectúe un examen a la gestión administrativa de la Clínica "San Pablo", de tal manera que se establezca el nivel de cumplimiento de las actividades institucionales y, la consecución de los objetivos y metas.

Ante los motivos expuestos anteriormente, le solicito se sirva receptar, aprobar nuestro requerimiento y, disponer su equipo de trabajo para el efecto.

Sin más que comunicar, agradezco de antemano su colaboración y, esperando la favorable aceptación a esta solicitud, le deseo el mejor de los éxitos en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

  
Dr. Telmo Darío León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA "SAN PABLO"**





## CARTA COMPROMISO

Por medio de la presente, se da por aceptado la realización de una **AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014**, y a su vez, se deja constancia de los acuerdos y compromisos para el desarrollo cabal del examen.

**Del objetivo del examen.-** La AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014, tiene como objetivos fundamentales:

- Evaluar el sistema de control interno implementado por la clínica
- Aplicar indicadores de gestión, tendientes a medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades institucionales
- Elaborar y presentar el informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones que ayuden a la clínica y sus directivos, a la toma de decisiones y mejoramiento institucional

**Responsabilidad de la Clínica San Pablo.-** La Clínica San Pablo, a través de su Director y a la vez, representante legal, será responsable por:

- La entrega oportuna, pertinente y suficiente de la información que el equipo de auditoría considere necesaria
- La veracidad de la información presentada al equipo de auditoría

**Responsabilidad del equipo de auditoría.-** El equipo de auditoría se hace responsable por los siguientes aspectos:

- Los criterios vertidos en los papeles de trabajo, así como también los comentarios, conclusiones y recomendaciones
- La presentación puntual del informe de auditoría de gestión



C. C.

2/3

- La utilización de procedimientos y técnicas apropiados para el desarrollo del examen
- La confidencialidad en el uso de la información

**Del alcance del examen.-** La auditoría tiene contemplado un periodo de intervención de 60 días calendario, comprendido entre el 01 de junio al 31 de julio de 2015.

El examen pretende revisar y analizar las actividades empresariales realizadas por la Clínica San Pablo en el período 2014. Para el efecto, la ejecución del examen, se realizará en plena observancia de las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, Normas Internacionales de Auditoría, Normas Ecuatorianas de Auditoría, y, demás normativas que el equipo de auditoría considere pertinentes.

**Del Equipo de Auditoría.-** Para desarrollar la auditoría de gestión, el equipo de auditoría estará conformado de la siguiente manera:

SUPERVISORA: Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.

JEFE DE EQUIPO Y OPERATIVO: Sr. Jonathan David Sotomayor Flores

**De las limitaciones.-** Tanto el Director de la Clínica San Pablo, Dr. Telmo Darío León Ojeda, como la Supervisora del equipo de auditoría, Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres, exteriorizan su conocimiento sobre las potenciales limitaciones inherentes a la auditoría, ante este particular, se deslinda de responsabilidades al equipo de auditoría en lo concerniente a sus criterios vertidos en los papeles de trabajo y el informe de auditoría.

**De la confidencialidad.-** La información que sea proporcionada al equipo de auditoría, deberá ser usada con total sigilo y netamente para los fines y objetivos del examen.

Una vez culminado el examen y entregado el informe de auditoría al Director de la Clínica San Pablo, se da por finiquitado el acuerdo de

C. C.

3/3

confidencialidad, con lo cual la información recopilada, podrá ser utilizada por el equipo de auditoría según sus necesidades.

**De la información.-** El informe del examen presentado por el equipo de auditoría, podrá ser utilizado por los directivos de la Clínica "San Pablo", exclusivamente para la mejora administrativa de la empresa. El equipo de auditoría se exime de responsabilidades ante el potencial mal uso que se le brinde al informe de auditoría.

**De la remuneración.-** El equipo de auditoría no percibirá remuneración alguna por el trabajo realizado, la auditoría a realizarse tiene fines académicos y se limita a los siguientes términos:

- Los directivos de la Clínica "San Pablo", dispondrán del informe de auditoría de gestión, como una herramienta administrativa para la toma de decisiones y mejoramiento institucional
- Los auditores, primordialmente, el Jefe de Equipo, utilizará la información generada de la auditoría, como base esencial en su proceso de titulación.

Para constancia de lo actuado, legalizan este documento con sus firmas, el Dr. Telmo Darío León Ojeda y la Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres.

Acordado, el 01 de junio de 2015.

  
 Dr. Telmo León Ojeda  
 DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
 "SAN PABLO"

  
 Lcda. Eufemia Saritama Torres  
 AUDITORA SUPERVISORA

N.
1/1

## NOTIFICACIÓN

Loja, 01 de junio de 2015

Doctor,  
Telmo Darío León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA "SAN PABLO"**  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, me dirijo a usted, para comunicarle, que se dará inicio a la **AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA "SAN PABLO" DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014**. La auditoría tendrá una duración de 60 días calendario, para el desarrollo cabal del examen, solicito a usted su colaboración para proporcionar la información requerida con la mayor prontitud.

El equipo de auditoría, estará conformado de la siguiente manera:  
**SUPERVISORA:** Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.  
**JEFE DE EQUIPO Y OPERATIVO:** Sr. Jonathan David Sotomayor Flores

Los objetivos de la auditoría están encaminados a:

- Evaluar el sistema de control interno implementado por la clínica
- Aplicar indicadores de gestión, tendientes a medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades institucionales
- Elaborar y presentar el informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones que ayuden a la clínica y sus directivos, a la toma de decisiones y mejoramiento institucional

Atentamente.



Sr. Jonathan David Sotomayor Flores  
**JEFE DE EQUIPO**



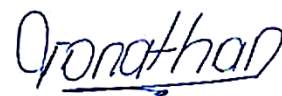




H.D.T.
1/1

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**HOJA DE DISTRIBUCIÓN DE TRABAJO**

AUDITOR	SIGLAS	ACTIVIDADES	FIRMAS
<b>SUPERVISORA</b> Lcda. Alexandra Saritama Torres	E.A.S.T.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprobar los programas de auditoría</li> <li>- Supervisar las actividades del equipo de auditoría</li> <li>- Revisar y aprobar el borrador del informe</li> </ul>	
<b>JEFE DE EQUIPO</b> Sr. Jonathan David Sotomayor Flores	J.D.S.F.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el Sistema de Control Interno implementado por la entidad</li> <li>- Elaborar los programas de auditoría</li> <li>- Preparar y recopilar los papeles de trabajo</li> </ul>	
<b>AUDITOR OPERATIVO</b> Sr. Jonathan David Sotomayor Flores	J.D.S.F.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar el análisis de los componentes bajo examen</li> <li>- Revisar las operaciones ejecutadas en el período bajo examen</li> </ul>	
Elaborado por: J.D.S.F.		Revisado por: E.A.S.T.	Fecha: 02-06-2015



H.T.
1/1

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**HOJA DE DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO**

AUDITOR	ACTIVIDADES	TIEMPO EN DÍAS
<b>SUPERVISORA</b>  Lcda. Alexandra Saritama Torres	– Analizar la evaluación de control interno	2
	– Revisar los programas de auditoría	4
	– Supervisar la ejecución de los programas de auditoría	10
	– Definir los procedimientos y técnicas de auditoría a utilizarse	2
	– Revisar el borrador del informe final	4
<b>JEFE DE EQUIPO Y OPERATIVO</b>  Sr. Jonathan David Sotomayor Flores	– Elaborar el informe de planificación preliminar	4
	– Evaluar el sistema de control interno	4
	– Elaborar, obtener y recopilar papeles de trabajo	18
	– Aplicar indicadores de gestión	4
	– Redactar el borrador del informe final	8
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>	<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 02-06-2015</b>

H.M.

1/1


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**HOJA DE MARCAS**

<b>SÍMBOLO</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>
√	Verificado
<b>S</b>	Documentación sustentatoria
^	Transacción rastreada
Σ	Sumado o totalizado
Δ	Reejecución de cálculos
<b>α</b>	Verificación posterior
<b>C</b>	Circularizado
<b>c/</b>	Confirmado
<b>N</b>	No autorizado
<b>O/</b>	Inspeccionado
<b>Elaborado por:</b> J.D.S.F.	<b>Revisado por:</b> E.A.S.T.
<b>Fecha:</b> 02-06-2015	

H.I.

1/2



# CLINICA SAN PABLO

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**HOJA DE ÍNDICES**

ÍNDICE	DENOMINACIÓN	
<b>ADMINISTRACIÓN DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>C.</b> <b>C.C.</b> <b>N.</b> <b>H.D.T.</b> <b>H.T.</b> <b>H.M.</b> <b>H.I.</b>	Carta de Contratación Carta Compromiso Notificación Hoja de Distribución de Trabajo Hoja de Distribución de Tiempo Hoja de Marcas Hoja de Índices	
<b>F1</b>	<b>FASE I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR</b>	
<b>F1.1</b> <b>F1.2</b> <b>F1.3</b> <b>F1.4</b> <b>F1.5</b>	Conocimiento Preliminar Determinación de Indicadores Análisis FODA Evaluación de la Estructura de Control Interno Definición de los Objetivos y Estrategias de Auditoría	
<b>F2</b>	<b>FASE II: PLANIFICACIÓN</b>	
<b>F2.1</b> <b>F2.2</b> <b>F2.3</b> <b>F2.4</b>	Memorando de Planificación Evaluación del Control Interno por Componentes Determinación de los Factores de Riesgo y Enfoque Preliminar Calificación de los factores de Riesgo	
<b>F3</b>	<b>FASE III: EJECUCIÓN</b>	
<b>F3.1</b> <b>F3.2</b> <b>F3.3</b> <b>F3.4</b>	Programa de auditoría, Componente: Administrativo Cuestionario de Control Interno Evaluación del Sistema de Control Interno Narrativas de la Evaluación de Control Interno	
<b>Elaborado por:</b> J.D.S.F.	<b>Revisado por:</b> E.A.S.T.	<b>Fecha:</b> 02-06-2015

H.I.

2/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**HOJA DE ÍNDICES**

<b>ÍNDICE</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>
<b>F3.5</b> <b>F3.6</b>	Analíticas para la Aplicación de Indicadores Narrativas de Control Interno
<b>F3.7</b> <b>F3.8</b> <b>F3.9</b> <b>F3.10</b> <b>F3.11</b>	Programa de auditoría, Componente: Área Médica Cuestionario de Control Interno Evaluación del Sistema de Control Interno Narrativas de la Evaluación de Control Interno Analíticas para la Aplicación de Indicadores
<b>F3.12</b> <b>F3.13</b> <b>F3.14</b> <b>F3.15</b> <b>F3.16</b>	Programa de auditoría, Componente: Enfermería Cuestionario de Control Interno Evaluación del Sistema de Control Interno Narrativas de la Evaluación de Control Interno Analíticas para la Aplicación de Indicadores
<b>Elaborado por:</b> J.D.S.F.	<b>Revisado por:</b> E.A.S.T.
<b>Fecha:</b> 02-06-2015	





# CONOCIMIENTO PRELIMINAR

F1.1

1/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CONOCIMIENTO PRELIMINAR**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD**

**Nombre Comercial:** Clínica San Pablo

**Registro Único de Contribuyentes:** 1191717526001

**Representante Legal:** Dr. Telmo Darío León Ojeda

**Dirección:** Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison

**Actividad económica principal:** Prestación de servicios en diversas especialidades médicas

**Horario de atención:** 08h00-14h00 y 14h00-20h00, Emergencia 24 horas

**Teléfono:** 2546926 / 25464444

**Correo electrónico:** clinicasanpabloloja@yahoo.es

La Clínica San Pablo de la ciudad de Loja, inicia sus actividades de prestación de servicios de salud, el 04 de noviembre de 1999, se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Loja, en las calles Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison, barrio la Argelia, entre los servicios médicos ofertados por la clínica, se encuentran:

- Cirugía
- Medicina interna
- Ginecología
- Obstetricia
- Pediatría
- Farmacia
- Enfermería
- Laboratorio clínico
- Radiología
- Ambulancia
- Hospitalización

## 2. BASE LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica de Salud
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley de Seguridad Social
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente
- Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos
- Ley que regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada
- Código de Trabajo
- Reglamento de Comprobantes de Venta
- Reglamento para el manejo de desechos infectocontagiosos
- Manual de Funciones y Procedimientos de la Clínica San Pablo

## 3. MISIÓN

Es misión de la Clínica San Pablo, el ofertar servicios de salud a la comunidad lojana en general, con calidez humana y técnica, una amplia y moderna infraestructura, equipos médicos a la vanguardia y un personal altamente calificado, comprometido con el servicio médico.

## 4. VISIÓN

La Clínica San Pablo, tienen como visión el consolidarse como un referente institucional de la salud privada en Loja y su provincia, mediante la prestación de servicios de salud especializados, de manera oportuna y eficaz y a precios accesibles.

## 5. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La Clínica 'San Pablo', funciona con recursos propios, los cuales provienen de sus actividades comerciales, en la categoría de prestación de servicios de salud en diferentes ramas de la medicina.

F1.1

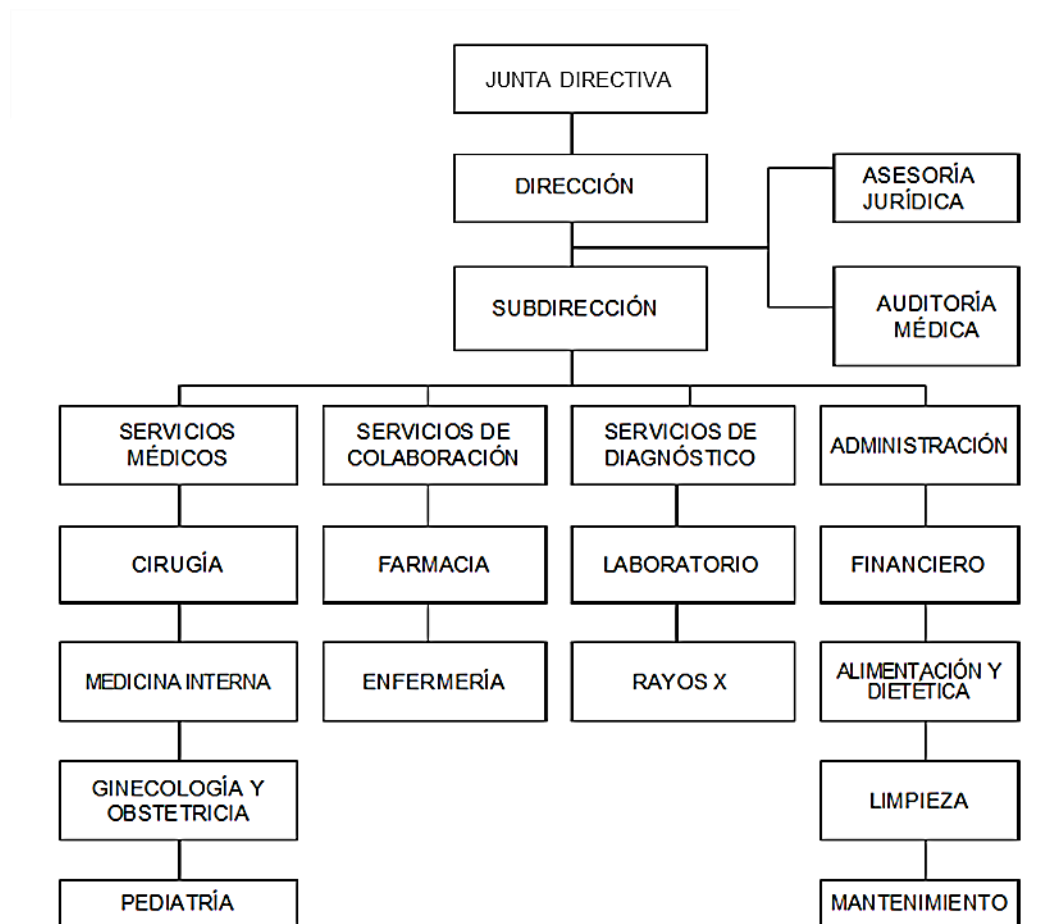
3/6

## 6. INDICADORES

La Clínica “San Pablo” no tiene definidos sus indicadores de gestión, para medir el nivel de desempeño de sus actividades, por lo cual se adoptará los que a criterio del Jefe de Equipo son los pertinentes.

Los indicadores que se elaboren para el examen, deberán permitir la medición de los niveles de eficiencia, eficacia y economía.

## 7. ESTRUCTURA ORGÁNICA



**FUENTE:** Clínica “San Pablo”  
**ELABORADO:** El Autor

F1.1

4/6

**8. PRINCIPALES DIRECTIVOS**

<b>Nro.</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
1	Dr. Telmo Darío León Ojeda	Director
2	Dr. Pablo Darío León Rojas	Administrador
3	Dra. María de los Ángeles Cueva Soto	Contadora
4	Eco. Vicenta Rojas Ojeda	Analista Financiera
5	Sra. Karla Jackeline Pinzón Luzón	Secretaria

## 9. MATRIZ FODA

F1.1

5/6

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuerpo médico de alto nivel.</li> <li>- Compromiso de los médicos con su servicio.</li> <li>- Servicios de apoyo clínico y terapéutico.</li> <li>- Los usuarios tienen plenamente identificados los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se evalúa la calidad y producción de la Clínica.</li> <li>- Disminución del presupuesto de la Clínica.</li> <li>- Discrepancia administrativa.</li> <li>- Atrasos constantes del personal</li> <li>- El personal no conoce la filosofía institucional de la Clínica.</li> <li>- Ausencia de capacitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada demanda provincial y regional de servicios médicos.</li> <li>- Buena relación de esta Casa de Salud con otras Instituciones de salud.</li> <li>- La Clínica está ubicada en un lugar estratégico.</li> <li>- Creación de servicios por presencia de nuevos virus y enfermedades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento explosivo del costo de los servicios médicos.</li> <li>- Establecimiento de costos de atención médica universales.</li> <li>- Incremento del costo de equipos médicos.</li> <li>- Creación no planificada de Casas de Salud privadas</li> </ul>

F1.1
6/6

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamiento con tecnología de punta para una eficiente atención.</li> <li>- El presupuesto asignado está de acuerdo a las necesidades institucionales.</li> <li>- Aplicación de avances médicos desarrollados por los especialistas que trabajan en la Institución.</li> <li>- Buena promoción de los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>			



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE INDICADORES**

La Clínica “San Pablo”, no posee indicadores de gestión establecidos, que permitan medir los niveles de eficiencia, eficacia y economía, por este motivo y ante la necesidad de dar cumplimiento a la carta compromiso de auditoría, que entre los objetivos para el examen, establece la evaluación del desempeño institucional, se ha facultado al equipo de auditoría, para que estructure razones financieras y administrativas aplicables a la entidad. Los indicadores seleccionados para el examen, se exponen a continuación:

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**– MISIÓN**

$$Difusión\ de\ la\ misión = \frac{Administrativos\ que\ conocen\ la\ misión}{Total\ de\ administrativos\ de\ la\ entidad} \times 100$$

**– VISIÓN**

$$Difusión\ de\ la\ visión = \frac{Administrativos\ que\ conocen\ la\ visión}{Total\ de\ administrativos\ de\ la\ entidad} \times 100$$



F1.2

2/5

– **OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Administrativos que conocen los objetivos}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Administrativos con título}}{\text{Total de administrativos}} \times 100$$

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Número de estrategias cumplidas}}{\text{Total de estrategias institucionales}} \times 100$$

**CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES POR PARTE DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Actividades/funciones cumplidas}}{\text{Total de actividades/funciones programadas}} \times 100$$

**ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS**

– **COSTO DE ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Costo} = \frac{\text{Costo de mantenimiento de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

F1.2

3/5

– **BENEFICIO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Beneficio} = \frac{\text{Ingreso por arriendo de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

– **BENEFICIO NETO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Beneficio Neto} = \text{Beneficio por arrendamiento} - \text{Costo}$$

**LABORATORIO CLÍNICO**

$$\text{Beneficio Neto} = \text{Ingresos por exámenes de laboratorio} - \text{Costo}$$

**LABORATORIO DE IMAGEN**

$$\text{Beneficio Neto} = \text{Ingresos por exámenes de imagen} - \text{Costo}$$

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

– **MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Médicos que conocen la misión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

F1.2

4/5

– **VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Médicos que conocen la visión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

– **OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Médicos que conocen los objetivos}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**

$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Médicos con título acorde a su especialidad}}{\text{Total de médicos}} \times 100$$

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

– **MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la misión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

F1.2

5/5

– **VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la visión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

– **OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Enfermeras que conocen los objetivos}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA**

$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Enfermeras con título profesional}}{\text{Total de enfermeras}} \times 100$$

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ENFERMERÍA**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Procedimientos cumplidos}}{\text{Total de procedimientos establecidos}} \times 100$$



F1.3

1/2

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANÁLISIS FODA**

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuerpo médico de alto nivel.</li> <li>- Compromiso de los médicos con su servicio.</li> <li>- Servicios de apoyo clínico y terapéutico.</li> <li>- Los usuarios tienen plenamente identificados los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se evalúa la calidad y producción de la Clínica.</li> <li>- Disminución del presupuesto de la Clínica.</li> <li>- Discrepancia administrativa.</li> <li>- Atrasos constantes del personal</li> <li>- El personal no conoce la filosofía institucional de la Clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada demanda provincial y regional de servicios médicos.</li> <li>- Buena relación de esta Casa de Salud con otras Instituciones de salud.</li> <li>- La Clínica está ubicada en un lugar estratégico.</li> <li>- Creación de servicios por presencia de nuevos virus y enfermedades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento explosivo del costo de los servicios médicos.</li> <li>- Establecimiento de costos de atención médica universales.</li> <li>- Incremento del costo de equipos médicos.</li> <li>- Creación no planificada de Casas de Salud privadas</li> </ul>

F1.3

1/2

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamiento con tecnología de punta para una eficiente atención.</li> <li>- El presupuesto asignado está de acuerdo a las necesidades institucionales.</li> <li>- Aplicación de avances médicos desarrollados por los especialistas que trabajan en la Institución.</li> <li>- Buena promoción de los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de capacitaciones.</li> </ul>		

F1.4

1/1

**CLINICA SAN PABLO****AUDITORÍA DE GESTIÓN****PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014****EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO**

- El manual de procedimientos y funciones se encuentra desactualizado
- Escasa difusión de la filosofía institucional (misión, visión, objetivos)
- No se ha realizado una planificación estratégica y plan operativo anual, acorde a la misión, visión y objetivos institucionales, para el posicionamiento y crecimiento de la clínica
- El personal administrativo, médico y de enfermería no ha sido evaluado en lo referente a su desempeño
- Inexistencia de planes de capacitación al personal
- No se tiene un registro de los permisos concedidos al personal
- El personal abandona sus oficinas o plazas de trabajo en horas laborables
- Las enfermeras no supervisan al paciente hospitalizado periódicamente
- La dependencia de farmacia no cuenta con las seguridades para restringir el acceso de personal no autorizado y para salvaguardar los medicamentos de la clínica
- No se han efectuado inventarios a los medicamentos de farmacia
- La ambulancia no es manejada por una persona calificada
- El área de enfermería no dispone de la indumentaria apropiada para desarrollar sus funciones
- Los médicos especialistas no solicitan permiso de manera oportuna, para no acudir a laborar en la clínica

F1.5

1/1

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE AUDITORÍA**

**Objetivos**

- Evaluar el sistema de control interno implementado por la clínica
- Aplicar indicadores de gestión, tendientes a medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades institucionales
- Elaborar y presentar el informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones que ayuden a la clínica y sus directivos, a la toma de decisiones y mejoramiento institucional

**Estrategias**

- Aplicar los cuestionarios de control interno, en las áreas más deficientes dentro de la estructura institucional
- Identificar los riesgos de cada componente examinado
- Utilizar la normativa legal aplicable a la Clínica “San Pablo” para la elaboración de las cédulas narrativas
- Elaborar indicadores de gestión para medir el desempeño institucional
- Recopilar evidencia pertinente, competente y suficiente, que sustente los diferentes hallazgos o debilidades administrativas





# PLANIFICACIÓN

F2.1

1/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN**

**1. DENOMINACIÓN DE LA AUDITORÍA**

AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014.

**2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA**

Los objetivos de la auditoría están encaminados a:

- Evaluar el sistema de control interno implementado por la clínica
- Aplicar indicadores de gestión, tendientes a medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades institucionales
- Elaborar y presentar el informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones que ayuden a la clínica y sus directivos, a la toma de decisiones y mejoramiento institucional

**3. ESTRATEGIAS DE LA AUDITORÍA**

- Aplicar los cuestionarios de control interno, en las áreas más deficientes dentro de la estructura institucional
- Identificar los riesgos de cada componente examinado
- Utilizar la normativa legal aplicable a la Clínica “San Pablo” para la elaboración de las cédulas narrativas

F2.1

2/6

#### 4. ALCANCE

La auditoría a practicarse en la clínica “San Pablo”, tiene un alcance comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014.

#### 5. EQUIPO DE AUDITORÍA

Para desarrollar la auditoría de gestión, el equipo de auditoría estará conformado de la siguiente manera:

SUPERVISORA: Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.

JEFE DE EQUIPO Y OPERATIVO: Sr. Jonathan David Sotomayor Flores

#### 6. DURACIÓN DE LA AUDITORÍA

La AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERIODO 2014, tiene una programación de 60 días calendario para su ejecución total, según Carta Compromiso suscrita entre el Dr. Telmo Darío León Ojeda (Director de la Clínica San Pablo), y la Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres (Auditora Supervisora)

#### 7. FECHA DE INTERVENCIÓN

ACTIVIDAD	FECHA
Carta de Contratación	01 de junio de 2015
Carta Compromiso	01 de junio de 2015
Notificación	01 de junio de 2015
Inicio del trabajo de campo	11 de junio de 2015
Finalización del trabajo de campo	31 de julio de 2015
Lectura del informe	03 de agosto de 2015
Presentación del informe final	03 de agosto de 2015

F2.1

3/6

## 8. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD

**Nombre Comercial:** Clínica San Pablo

**Registro Único de Contribuyentes:** 1191717526001

**Representante Legal:** Dr. Telmo Darío León Ojeda

**Dirección:** Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison

**Actividad económica principal:** Prestación de servicios en diversas especialidades médicas

**Horario de atención:** 08h00-14h00 y 14h00-20h00, Emergencia 24 horas

**Teléfono:** 2546926 / 25464444

**Correo electrónico:** clinicasanpabloloja@yahoo.es

La Clínica San Pablo de la ciudad de Loja, inicia sus actividades de prestación de servicios de salud, el 04 de noviembre de 1999, se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Loja, en las calles Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison, barrio la Argelia, entre los servicios médicos ofertados por la clínica, se encuentran:

- Cirugía
- Medicina interna
- Ginecología
- Obstetricia
- Pediatría
- Farmacia
- Enfermería
- Laboratorio clínico
- Radiología
- Ambulancia
- Hospitalización

### BASE LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica de Salud
- Ley de Régimen Tributario Interno

- Ley de Seguridad Social
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente
- Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos
- Ley que regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada
- Código de Trabajo
- Reglamento de Comprobantes de Venta
- Reglamento para el manejo de desechos infectocontagiosos
- Manual de Funciones y Procedimientos de la Clínica San Pablo

## **MISIÓN**

Es misión de la Clínica San Pablo, el ofertar servicios de salud a la comunidad lojana en general, con calidez humana y técnica, una amplia y moderna infraestructura, equipos médicos a la vanguardia y un personal altamente calificado, comprometido con el servicio médico.

## **VISIÓN**

La Clínica San Pablo, tienen como visión el consolidarse como un referente institucional de la salud privada en Loja y su Provincia, mediante la prestación de servicios de salud especializados, de manera oportuna y eficaz y a precios accesibles.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

La Clínica ‘San Pablo’, funciona con recursos propios, los cuales provienen de sus actividades comerciales, en la categoría de prestación de servicios de salud en diferentes ramas de la medicina.

## **INDICADORES**

La Clínica “San Pablo” no tiene definidos sus indicadores de gestión, para medir el nivel de desempeño de sus actividades, por lo cual se adoptará los que a criterio del Jefe de Equipo son los pertinentes.

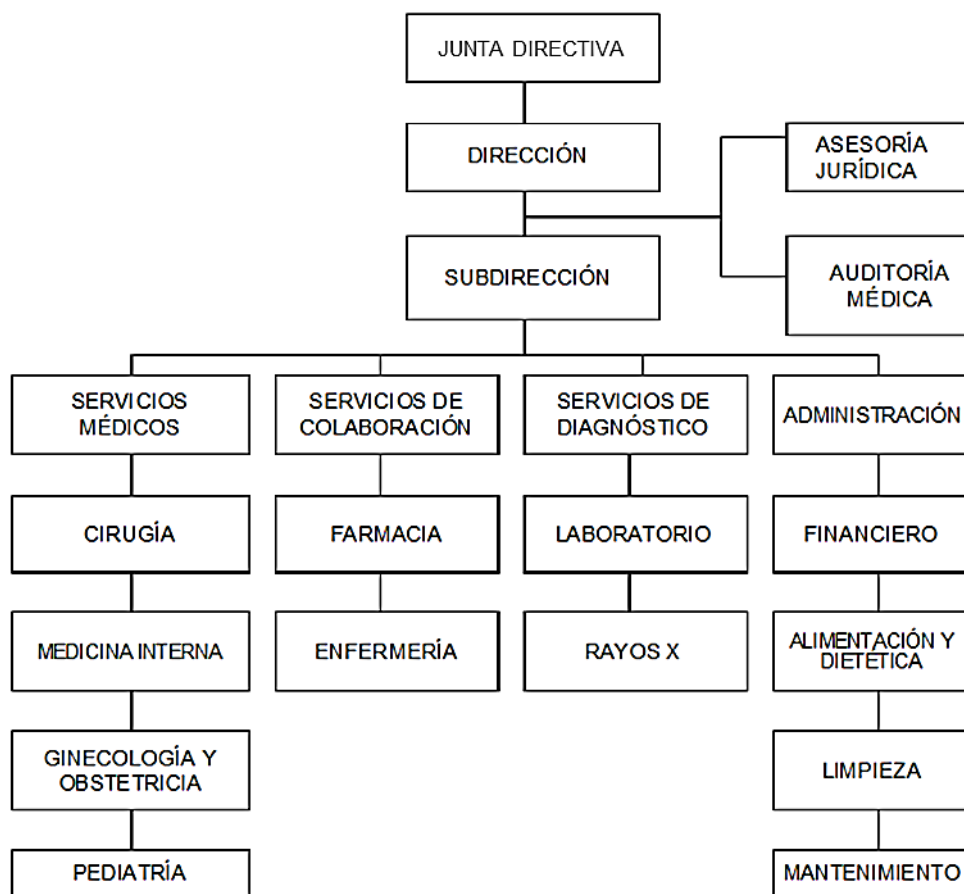
F2.1

5/6

Los indicadores que se elaboren para el examen, deberán permitir la medición de los niveles de:

- Eficiencia
- Eficacia y,
- Economía

## ESTRUCTURA ORGÁNICA



**FUENTE:** Clínica "San Pablo"  
**ELABORADO:** El Autor

F2.1

6/6

**PRINCIPALES DIRECTIVOS**

<b>Nro.</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>
1	Dr. Telmo Darío León Ojeda	Director
2	Dr. Pablo Darío León Rojas	Administrador
3	Dra. María de los Ángeles Cueva Soto	Contadora
4	Eco. Vicenta Rojas Ojeda	Analista Financiera
5	Sra. Karla Jackeline Pinzón Luzón	Secretaria

**9. ÁREAS Y COMPONENTES A SER EVALUADOS**

- Área Administrativa
- Área Médica
- Área de Enfermería

El presente memorando de planificación, ha sido estructurado con base en la información obtenida de la primera fase de conocimiento preliminar, para constancia de lo actuado, suscriben este documento los miembros del equipo de auditoría designados.

Loja, 05 de junio de 2015

Lcda. Eufemia Alexandra Saritama  
**SUPERVISORA**

Sr. Jonathan David Sotomayor  
**JEFE DE EQUIPO**

F2.2

1/2

**CLINICA SAN PABLO****AUDITORÍA DE GESTIÓN****PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014****EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO POR COMPONENTES****COMPONENTE: Área Administrativa**

- El manual de procedimientos y funciones se encuentra desactualizado
- Escasa difusión de la filosofía institucional (misión, visión, objetivos)
- No se ha realizado una planificación estratégica y plan operativo anual, acorde a la misión, visión y objetivos institucionales, para el posicionamiento y crecimiento de la clínica
- El personal administrativo, médico y de enfermería no ha sido evaluado en lo referente a su desempeño
- Inexistencia de planes de capacitación al personal
- No se tiene un registro de los permisos concedidos al personal
- El personal abandona sus oficinas o plazas de trabajo en horas laborables
- La dependencia de farmacia no cuenta con las seguridades para restringir el acceso de personal no autorizado y para salvaguardar los medicamentos de la clínica
- No se han efectuado inventarios a los medicamentos de farmacia
- La ambulancia no es manejada por una persona calificada

**COMPONENTE: Área Médica**

- Los médicos especialistas no solicitan permiso de manera oportuna, para no acudir a laborar en la clínica



F2.2
------

2/2
-----

**COMPONENTE: Área de Enfermería**

- Las enfermeras no supervisan al paciente hospitalizado periódicamente
- El área de enfermería no dispone de la indumentaria apropiada para desarrollar sus funciones



F2.3

1/5

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PRELIMINAR**

COMPONENTE	RIESGOS	ENFOQUE PRELIMINAR
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	<p>El manual de procedimientos y funciones se encuentra desactualizado</p> <p>Escasa difusión de la filosofía institucional (misión, visión, objetivos)</p> <p>No se ha realizado una planificación estratégica y plan operativo anual, acorde a la misión, visión y objetivos institucionales, para el posicionamiento y crecimiento de la clínica</p>	<p>Determinar el grado de cumplimiento a las disposiciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones, y, recomendar actualización</p> <p>Medir el grado de difusión de la filosofía institucional</p> <p>Establecer las causas por las que no se ha definido una planificación estratégica y plan operativo anual y, recomendar su elaboración</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>	<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 05-06-2015</b>



F2.3

2/5

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PRELIMINAR**

COMPONENTE	RIESGOS	ENFOQUE PRELIMINAR
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	<p>El personal administrativo, médico y de enfermería no ha sido evaluado en lo referente a su desempeño</p> <p>Inexistencia de planes de capacitación al personal</p> <p>No se tiene un registro de los permisos concedidos al personal</p>	<p>Aplicar indicadores de gestión para medir el grado eficiencia y eficacia, con que el personal de la clínica, desarrolla sus actividades</p> <p>Determinar las razones por las cuales no se ha establecido un plan anual de capacitaciones al personal</p> <p>Analizar los causas por las que se conceden permisos al personal y recomendar el registro de los permisos otorgados</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>	<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 05-06-2015</b>



F2.3

3/5

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PRELIMINAR**

COMPONENTE	RIESGOS	ENFOQUE PRELIMINAR
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	<p>El personal abandona sus oficinas o plazas de trabajo en horas laborables</p> <p>La dependencia de farmacia no cuenta con las seguridades para restringir el acceso de personal no autorizado y para salvaguardar los medicamentos de la clínica</p>	<p>Recomendar la implementación de un sistema de monitoreo al personal de la clínica, durante sus horas laborables</p> <p>Establecer las seguridades adoptadas para el departamento y comprobar la existencia de una póliza de fidelidad para la persona a cargo de farmacia</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>	<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 05-06-2015</b>



F2.3

4/5

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PRELIMINAR**

COMPONENTE	RIESGOS	ENFOQUE PRELIMINAR
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	<p>No se han efectuado inventarios a los medicamentos de farmacia</p> <p>La ambulancia no es manejada por una persona calificada</p>	<p>Determinar las causas para la ausencia de constataciones físicas y reportes de inventario para controlar la existencia de insumos y medicina en farmacia, así como también los reportes de caducidad de medicina</p> <p>Establecer si ha definido una persona encargada para la conducción de la ambulancia, y si ésta cumple con los requisitos establecidos para el efecto</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>	<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 05-06-2015</b>



F2.3

5/5

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFOQUE PRELIMINAR**

COMPONENTE	RIESGOS	ENFOQUE PRELIMINAR
ÁREA MÉDICA	Los médicos especialistas no solicitan permiso de manera oportuna, para no acudir a laborar en la clínica	Establecer los motivos por los que no se exige una solicitud anticipada para que los médicos especialistas puedan gozar de un permiso
ÁREA DE ENFERMERÍA	<p>Las enfermeras no supervisan al paciente hospitalizado periódicamente</p> <p>El área de enfermería no dispone de la indumentaria apropiada para desarrollar sus funciones</p>	<p>Determinar si se ha establecido una jefa de enfermería para el control del personal y actividades del departamento de enfermería</p> <p>Determinar si la administración de la clínica ha dotado de la indumentaria y demás implementos médicos apropiados al personal de enfermería</p>
Elaborado por: J.D.S.F.		Revisado por: E.A.S.T. Fecha: 05-06-2015



F2.4

1/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA ADMINISTRATIVA	El manual de procedimientos y funciones se encuentra desactualizado  Escasa difusión de la filosofía institucional (misión, visión, objetivos)	El personal médico, de enfermería y administrativo, no tienen actualizadas sus funciones Empleados, trabajadores y clientes de la clínica no conocen la misión, visión, objetivos	El director de la Clínica no ha solicitado la actualización del manual  El director de la clínica no ha convocado al personal, para la socialización de la filosofía institucional	Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa	Verificar la existencia del manual de procedimientos y funciones, y recomendar su actualización Establecer el grado de difusión de la filosofía institucional, con la aplicación de indicadores
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 06-06-2015</b>	



F2.4

2/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA ADMINISTRATIVA	<p>No se ha definido una planificación estratégica y plan operativo anual</p> <p>El personal administrativo, médico y de enfermería no ha sido evaluado</p>	<p>La clínica no dispone de lineamientos a mediano plazo</p> <p>El personal no ayuda a la consecución de los objetivos institucionales</p>	<p>El director de la clínica no ha dispuesto la estructuración de una planificación estratégica y POA</p> <p>La dirección de la clínica, no ha efectuado una evaluación a los empleados y trabajadores</p>	<p>Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa</p>	<p>Establecer las causas por las que no se ha definido una planificación estratégica y POA</p> <p>Aplicar indicadores de gestión al personal de la clínica</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 06-06-2015</b>	





F2.4

3/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

<b>COMPONENTE</b>	<b>RIESGO INHERENTE</b>	<b>RIESGO DE CONTROL</b>	<b>CONTROLES CLAVE</b>	<b>PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>PRUEBAS SUSTANTIVAS</b>
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	Inexistencia de planes de capacitación personal	El personal no cuenta con la especialización requerida	La dirección de la clínica no considera necesario la capacitación del personal	Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa	Determinar las razones por las cuales no se ha establecido un plan anual de capacitación  Establecer los causales para la inexistencia de un registro de permisos
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 06-06-2015</b>	



F2.4

4/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA ADMINISTRATIVA	<p>El personal abandona sus oficinas o plazas de trabajo en horas laborables</p> <p>La dependencia de farmacia no cuenta con las seguridades y estantes necesarios</p>	<p>No se efectúan supervisiones al personal durante su jornada laboral</p> <p>El director de la clínica no ha dispuesto la adquisición de nuevos estantes y caja registradora para farmacia</p>	<p>El director de la clínica no realiza inspecciones a los consultorios y departamentos</p> <p>Existencia de una persona encargada para la dependencia de farmacia</p>	<p>Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa</p>	<p>Verificar la permanencia del personal de la clínica en sus áreas de trabajo asignadas</p> <p>Constatar la existencia de estantes y demás seguridades para el almacenamiento de medicina</p>
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 06-06-2015</b>	



F2.4

5/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA ADMINISTRATIVA	<p>No se han efectuado inventarios a los medicamentos de farmacia</p> <p>La ambulancia no es manejada por una persona calificada</p>	<p>Escasa veracidad en las existencias de medicamentos, que pueden generar desabastecimientos</p> <p>La ambulancia no está presta a ser utilizada en los momentos requeridos</p>	<p>El departamento de contabilidad solicita reportes de la distribución de medicina</p> <p>Se solicita los servicios de un conductor a medida que se requiera</p>	<p>Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa</p>	<p>Determinar la existencia de reportes de distribución de medicamentos</p> <p>Establecer la necesidad de disponer de un conductor fijo para el manejo de la ambulancia</p>
Elaborado por: J.D.S.F.		Revisado por: E.A.S.T.		Fecha: 06-06-2015	



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA MÉDICA	Los médicos especialistas no solicitan permiso de manera oportuna	No se dispone del personal médico necesario para atender las diferentes especialidades médicas que oferta la clínica	El director de la clínica otorga permisos de manera verbal sin solicitud previa de la parte interesada	Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa	Establecer los motivos por los que no se exige una solicitud anticipada para que los médicos especialistas puedan gozar de un permiso
Elaborado por: J.D.S.F.		Revisado por: E.A.S.T.		Fecha: 06-06-2015	



F2.4

717

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CALIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

COMPONENTE	RIESGO INHERENTE	RIESGO DE CONTROL	CONTROLES CLAVE	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO	PRUEBAS SUSTANTIVAS
ÁREA DE ENFERMERÍA	Las enfermeras no supervisan al paciente hospitalizado periódicamente  El área de enfermería no dispone de la indumentaria apropiada	El paciente no evoluciona en su salud acorde a lo previsto  El personal de enfermería se encuentra tendiente a un accidente laboral	Las enfermeras informan al médico encargado, sobre la salud del paciente  La dirección de la clínica dispone la compra de los insumos requeridos para enfermería	Determinar el incumplimiento a las funciones establecidas en el manual de procedimientos y funciones de la Clínica San Pablo para el personal del área administrativa	Determinar si se ha establecido una jefa de enfermería para el control del personal  Determinar si la administración de la clínica ha dotado de la indumentaria y demás implementos
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 06-06-2015</b>	



# EJECUCIÓN

F3.1

1/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
	<b>OBJETIVOS</b>			
1	Establecer el grado en que el personal de administración, ha cumplido con los deberes y atribuciones a ellos asignados.			
2	Medir la eficiencia, eficacia y economía con que el área de administración ha dirigido las actividades.			
3	Emitir recomendaciones tendientes a mejorar las actividades administrativas de la clínica.			
	<b>PROCEDIMIENTOS</b>			
1	Aplique el cuestionario de control interno al personal administrativo,	<b>F3.2</b> <b>1-4</b>	J.D.S.F.	08-06-15
2	Evalúe el sistema de control interno implementado para el personal de administrativo	<b>F3.3</b> <b>1-2</b>	J.D.S.F.	09-06-15
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 08-06-2015</b>	

F3.1

2/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
3	Elabore cédulas narrativas sobre cada uno de los hallazgos encontrados.	F3.4 1-50	J.D.S.F.	11-06-15
4	Aplique indicadores de gestión, para determinar el nivel de eficiencia, eficacia y economía en la ejecución de las actividades.	F3.5 1-23	J.D.S.F.	29-06-15
5	Realice cualquier otro procedimiento que considere pertinente.	F3.6 1-7	J.D.S.F.	10-07-15
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 08-06-2015</b>	



F3.2

1/4



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
1	¿Se ha difundido la filosofía institucional? – Misión – Visión – Objetivos		x	10	0	El personal de la clínica no conoce la filosofía institucional
2	¿Se dispone de una normativa interna para la regulación de las actividades institucionales? – Manual de Control Interno – Manual de Procedimientos y Funciones – Plan Operativo Anual	x		10	5	Se dispone del manual de procedimientos y funciones, pero no está actualizado
3	¿Se ha definido una planificación estratégica?		x	10	0	No se cuenta con una
4	¿Se cuenta con un sistema de control de asistencia para el personal?	x		10	10	Reloj biométrico
5	¿Existe un control de permanencia en los lugares de trabajo para el personal?	x		10	5	El Director recorre los consultorios
6	¿Se han definido indicadores de gestión para evaluar el desempeño del personal?		x	10	0	
7	¿El personal de la clínica es contratado mediante concurso de méritos y oposición?	x		10	10	Se selecciona al mejor postulado
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.2

2/4


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
8	¿Se ha efectuado capacitación al personal médico de la clínica?		x	10	0	Se otorga permisos para asistir a capacitaciones dictadas por entes gubernamentales
9	¿El personal de la clínica, ha sido notificado sobre las funciones que debe cumplir?		x	10	0	
10	¿Se mantiene un expediente actualizado del personal que labora en la clínica?	x		10	5	No se los ha actualizado
11	¿La persona a cargo del manejo de ambulancia, cumple con los requisitos legales para el efecto?		x	10	0	No se tiene definido conductor
12	¿Se ha establecido a una persona para salvaguardar y administrar el departamento de farmacia	x		10	10	
13	¿La persona encargada de farmacia, presenta reportes de inventario a contabilidad?	x		10	10	
14	¿En la adquisición de medicinas y equipos médicos, se toma en cuenta la opción de compra más económica?	x		10	10	Por lo menos se analiza dos proformas
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.2

3/4


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
15	¿Para efectos de adquisición de medicinas, se han establecidos máximos y mínimos de stock?	x		10	7	Se establece el número de unidades requeridas
16	¿Se verifica la caducidad de la medicina de farmacia?	x		10	10	
17	¿Farmacia cuenta con los percheros necesarios para exhibir la medicina?	x		10	10	
18	¿Se cuenta con un espacio apropiado para el almacenamiento de los medicamentos?		x	10	0	No se dispone de un bodega interna para medicina
19	¿El servicio de rayos X y de laboratorio, entregan los resultados de los exámenes de manera oportuna?	x		10	7	Los exámenes son despachados a tiempo
20	¿La persona encargada de farmacia dispone de una caja registradora para guardar el dinero por la venta de medicinas?	x		10	5	Se tiene un perchero con cajón
21	¿Para efectos de intervención quirúrgica, se registra la solicitud de reserva de quirófano?	x		10	10	Una semana antes, excepto en casos de emergencia
22	¿Se mantiene un registro de los pacientes que han requerido cirugía?	x		10	10	
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.2

4/4


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
23	¿Se posee un expediente de los alumbramientos que se han efectuado en la clínica?	x		10	10	
24	¿El servicio de atención médica de emergencia opera las 24 horas?	x		10	10	
25	¿Se posee un registro de los pacientes atendidos bajo derivación del IESS?	x		10	10	
26	¿Se atiende a todos los pacientes que ingresan por emergencia sin verificar su disponibilidad económica?	x		10	10	
27	¿Se dispone de los repositorios necesarios para albergar los desechos comunes y biológicos?	x		10	7	No abastecen en su totalidad
28	¿Se han efectuado jornadas de atención médica?	x		10	10	
29	¿Se mantiene un registro y codificación de los activos institucionales?	x		10	10	
<b>TOTAL</b>				<b>290</b>	<b>191</b>	
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.3

1/2



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

### 1. VALORACIÓN

Ponderación Total (P.T.)= 290

Calificación Total (C.T.)= 191

Calificación Porcentual (C.P.)= 66%

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100$$

$$CP = \frac{191}{290} \times 100$$

$$CP = 66\%$$

### 2. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO

#### CONFIANZA

<b>BAJA</b> 15 – 50%	<b>MODERADA</b> 51 – 75%	<b>ALTA</b> 76 – 95%
<b>ALTO</b>	<b>66%</b>	<b>BAJO</b>

**RIESGO**

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 09-06-2015

F3.3

2/2



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**  
**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**3. CONCLUSIONES**

Con base en la aplicación del cuestionario de control interno, diseñado para el área administrativa de la clínica "San Pablo", se determinó que el componente muestra un nivel de riesgo moderado y por ende un grado de confianza moderado. Como resultado del cuestionario, se determinó las siguientes debilidades:

- a) No se han difundido la filosofía institucional de la clínica (misión, visión, objetivos), entre los integrantes del área administrativa
- b) El manual de procedimientos y funciones de la clínica se encuentra desactualizado
- c) Inexistencia de una planificación estratégica y plan operativo anual
- d) Ausencia de control para garantizar la permanencia del personal en sus plazas de trabajo
- e) Se carece de indicadores de gestión para evaluar al personal
- f) Falta de capacitación al personal
- g) El personal desconoce las funciones que deben desarrollar
- h) Los expedientes del personal están desactualizados
- i) No se ha contratado un conductor fijo para el manejo de la ambulancia
- j) No se cuenta con un stock mínimo de medicamentos
- k) Farmacia no dispone del espacio necesario para el almacenamiento de los medicamentos
- l) Los resultados de los exámenes de laboratorio y rayos X no se despachan a tiempo
- m) Farmacia no cuenta con las seguridades necesarias para la recaudación y custodia del efectivo
- n) Falta de contenedores de basura para el acopio de desechos

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 09-06-2015

F3.4

1/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ESCALA DIFUSIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS  
 INSTITUCIONALES**

**COMENTARIO:**

La filosofía institucional no ha sido difundida entre el personal administrativo de la clínica "San Pablo", tanto la misión, visión y los objetivos afines a la institución, tuvieron que haber sido socializados con los directivos y demás funcionarios, en un notorio incumplimiento a las estrategias establecidas en el manual de procedimientos y funciones adoptado por el ente, el cual contempla como primer estrategia clave para el funcionamiento de la clínica, que la dirección se encargará de: *"Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones"*. **F3.4 | 3/50**

Este particular es resultado de una inobservancia a las estrategias institucionales, establecidas en el manual de procedimientos y funciones con que opera la clínica, el hecho en mención, repercute negativamente en los empleados, trabajadores y clientes, en razón que desconocen las directrices con que la entidad ha sido creada y hacia donde proyecta su accionar, subsecuentemente la institución se enfrenta a una escasa consecución de los objetivos y metas previstos.

**CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica "San Pablo", no ha socializado su filosofía institucional con los empleados, trabajadores, administrativos y clientes de la entidad.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015

F3.4

2/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ESCALA DIFUSIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS  
INSTITUCIONALES**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Convocar a una asamblea al personal administrativo, médico y de enfermería, con el fin de socializar la filosofía institucional de la clínica.
- Colocar banners que contengan la filosofía institucional de la clínica, en lugares visibles de la institución, a fin de garantizar su conocimiento por parte de los clientes.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015



F3.4

3/50

- Justicia
- Compromiso
- Seguridad
- Limpieza
- Humildad

### 1.7. POLÍTICAS

- Ofrecer servicios de salud que satisfagan a la comunidad lojana a precios razonables
- Promover y promulgar formas de vida saludables que mitiguen la aparición o el impacto de enfermedades
- Situar al paciente como el epicentro de atención, procurando su mejoramiento oportuno y breve
- Efectuar investigaciones de carácter clínico, aportando significativamente al avance de la ciencia médica en la lucha contra las enfermedades

### 1.8. ESTRATEGIAS

- Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones ✓ F3.4 | 1/50
- Efectuar campañas de atención médica gratuitas, en las diferentes especialidades ofertadas por la clínica
- Realizar reuniones periódicas con los directivos y trabajadores de la clínica, a fin de resolver problemas y discrepancias que se susciten en la institución
- Hacer conocer a la comunidad lojana, los servicios especializados que posee la clínica dentro de su portafolio, mediante la publicidad y propaganda en los principales medios de comunicación de la localidad
- Fomentar y promulgar la capacitación al personal médico, administrativo y administrativo
- Establecer convenios con las entidades de salud pública y privadas de la localidad a fin de lograr un posicionamiento en el mercado

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

4/50



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES DE LA CLÍNICA SE  
 ENCUENTRA DESACTUALIZADO**

**COMENTARIO:**

El manual de procedimientos y funciones del que dispone la clínica, no se encuentra actualizado, esta deficiencia administrativa es consecuencia de una inobservancia al Art. 7, del reglamento en mención, el cual en su literal a), establece como FUNCIONES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA: “Elaborar y actualizar permanentemente el Manual de Normas y Procedimientos”. **F3.4 | 6/50**

Este hecho es generado por un incumplimiento a la normativa adoptada por la entidad, con lo cual los empleados y trabajadores de la clínica, no conocen las actividades que deben ejecutar dentro de la institución, disminuyendo con ello, su nivel de productividad.

**CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica, no ha efectuado la actualización del manual de procedimientos y funciones. **F3.4 | 5/50**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer al personal administrativo de la clínica, a la actualización del manual de procedimientos y funciones.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015

F3.4

5/50

Loja, 11 de junio de 2015

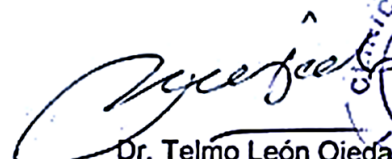

Señor  
Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente y, a petición de la parte interesada, me permito expedir la presente certificación, en la cual manifiesto en calidad de representante legal y director de la Clínica "San Pablo", **QUE EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES IMPLEMENTADO EN LA CLÍNICA "SAN PABLO", NO HA SIDO OBJETO DE MODIFICACIONES EN SU CONTENIDO, SIENDO SU ÚLTIMA REVISIÓN, REFORMA Y ACTUALIZACIÓN, EN EL AÑO 2012. F3.4 | 4/50**

Es todo en cuanto puedo comunicar en honor a la verdad y, a su vez autorizo la utilización del presente comunicado para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
  
Dr. Telmo León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
"SAN PABLO"**

F3.4

6/50

**Art. 5.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:**

- a. Organizar y dirigir las actividades de atención médica de la Clínica.
- b. Revisar anualmente con los jefes de servicios el Reglamento Interno, Manuales, Normas y Procedimientos Técnicos y Administrativos de atención médica.
- c. Cumplir y hacer cumplir normas y procedimientos establecidos en el Reglamento Interno de la Clínica.
- d. Presidir las reuniones periódicas de los departamentos médicos, servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y de los servicios Técnicos de Colaboración Médica e integrar el Consejo Técnico.
- e. Asesorar a la Dirección en el área de su competencia.
- f. Mantener coordinación con la Administración de la Clínica para la provisión de recursos para su área y la colaboración permanente con la misma.
- g. Reemplazar al Director en su ausencia, asumiendo las funciones, obligaciones y responsabilidades inherentes al cargo.
- h. Supervisar permanente los servicios y/o departamentos a su cargo.
- i. Participar en la elaboración de la pro forma de presupuesto anual de la Clínica.

**PROCESOS HABILITANTES DE ASESORIA COMITE DE AUDITORIA MÉDICA**

**Art. 6.- DE SU FINALIDAD:** El Comité de Auditoría Médica de la Clínica Pablo de Loja tiene como finalidad esencial la de evaluar la calidad y la producción de la atención médica que se brinda en la Institución.

**Art. 7.- FUNCIONES DEL COMITE DE AUDITORÍA MÉDICA:**

- a. Elaborar y actualizar permanentemente el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Médica. ✓ F3.4 | 4/50
- b. Conocer e informar acerca de denuncias sobre faltas en la atención y en la ética médica que se presentaren.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

7/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**INEXISTENCIA DE UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLAN OPERATIVO ANUAL**

**COMENTARIO:**

La clínica no cuenta con una planificación estratégica y plan operativo anual, lo cual dificulta que la institución logre posicionarse como una empresa líder en la prestación de servicios de salud, en un incumplimiento al art. 2, del manual de procedimientos y funciones, que en su literal a), establece que es función de la dirección: *“Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas”*.

Este hecho como consecuencia de una escasa preocupación del director de la entidad, por programar adecuadamente las actividades de la clínica, a fin de disponer de los lineamientos apropiados para el desarrollo de las actividades inherentes de la institución. Esta inobservancia, genera que la entidad no cuenta con políticas y estrategias a mediano y largo plazo, que coadyuven al fortalecimiento y crecimiento institucional, y primordialmente una adecuada programación de las actividades a ser desarrolladas por la clínica, dejando el desarrollo de las mismas en estado de libre albedrío. **F3.4 | 10/50**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no dispone de una planificación estratégica y plan operativo anual, que dirección y programe las actividades institucionales de corto, mediano y largo plazo. **F3.4 | 9/50**

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015

F3.4

8/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**INEXISTENCIA DE UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLAN OPERATIVO ANUAL**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Solicitar a la dirección de la clínica, la elaboración de una planificación estratégica y plan operativo anual, acorde a la misión y visión institucional, para que la entidad posea instrumentos administrativos para direccionar las actividades de la entidad.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 11-06-2015**

F3.4

9/50

Loja, 11 de junio de 2015

Señor  
Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-


De mi consideración:

Por medio de la presente y, a petición de la parte interesada, me permito expedir la presente certificación, en la cual manifiesto en calidad de representante legal y director de la Clínica "San Pablo", que la entidad en mención, **NO HA DEFINIDO UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLAN OPERATIVO ANUAL, PARA DIRECCIONAR LAS ACTIVIDADES DE LA INSTITUCIÓN. F3.4 | 7/50**

Es todo en cuanto puedo comunicar en honor a la verdad y, a su vez autorizo la utilización del presente comunicado para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
Dr. Telmo León Ojeda  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
"SAN PABLO"



F3.4

10/50

## **FUNCIONES GENERALES DE LA CLINICA SAN PABLO**

- a. Planificar, ejecutar, coordinar y controlar las actividades de salud.
- b. Desarrollar acciones encaminadas al fomento y protección de la salud.
- c. Brindar atención de recuperación y rehabilitación de la salud.
- d. Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.
- e. Supervisar y prestar asistencia de salud comunitaria.

## **PROCESOS GOBERNANTES**

### **DIRECCION DE LA CLINICA SAN PABLO**

**Art. 1.- DEFINICIÓN:** La Dirección de la Clínica San Pablo de Loja, es la responsable de la Administración integral de los servicios de salud que brinda a la comunidad.



### **Art. 2.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:**

- a. Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas. ✓ F3.4 | 7/50
- b. Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja.
- c. Disponer la elaboración y/o revisión de los reglamentos de organización, normas y procedimientos técnicos y el reglamento interno general de la Clínica San Pablo de Loja.
- d. Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja.
- e. Elaborar la pro forma presupuestaria anual y presentar a la Corporación Médica para su aprobación.
- f. Ejecutar el presupuesto vigente con sujeción a las normas y disposiciones legales.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".



F3.4

11/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**AUSENCIA DE CONTROL PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA DEL PERSONAL**

**COMENTARIO:**

La dirección de la clínica no ha dispuesto mecanismos suficientes para verificar la permanencia del personal en sus oficinas, consultorios y demás plazas de trabajo, en un desacato al manual de procedimientos y funciones de la entidad, que en su Art. 2, literal b), contempla que es función del director de la clínica: "*Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja*". **F3.4 | 15/50**

Este hecho es consecuencia del ínfimo acatamiento de la normativa institucional y la nula gestión administrativa del director, lo cual genera que no se disponga del personal necesario en los momentos oportunos, para prestar la atención al cliente, en lo referente a la prestación de servicios de salud.

El particular antes mencionado, no repercute en las remuneraciones que perciben los empleados y trabajadores de la clínica, por lo cual se está cancelando los sueldos de manera íntegra, pese a que éstos no se encuentran laborando según lo previsto, provocando un exceso en el pago de sueldos y salarios.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha adoptado mecanismos para supervisar la permanencia del personal en sus plazas de trabajo.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015

F3.4

12/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**AUSENCIA DE CONTROL PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA  
DEL PERSONAL**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Realizar visitas periódicas a las diferentes dependencias de la clínica, a fin de corroborar la permanencia del personal en la institución.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 11-06-2015

F3.4

13/50

## ACTA DE INSPECCIÓN

Para corroborar la ausencia de controles que garanticen la permanencia de los empleados de la clínica "San Pablo", se procedió a realizar una inspección de carácter sorpresiva sobre las diferentes dependencias de la entidad, evidenciando un abandono de las oficinas en horas laborables, para el efecto se contó con la presencia del Director de la institución.

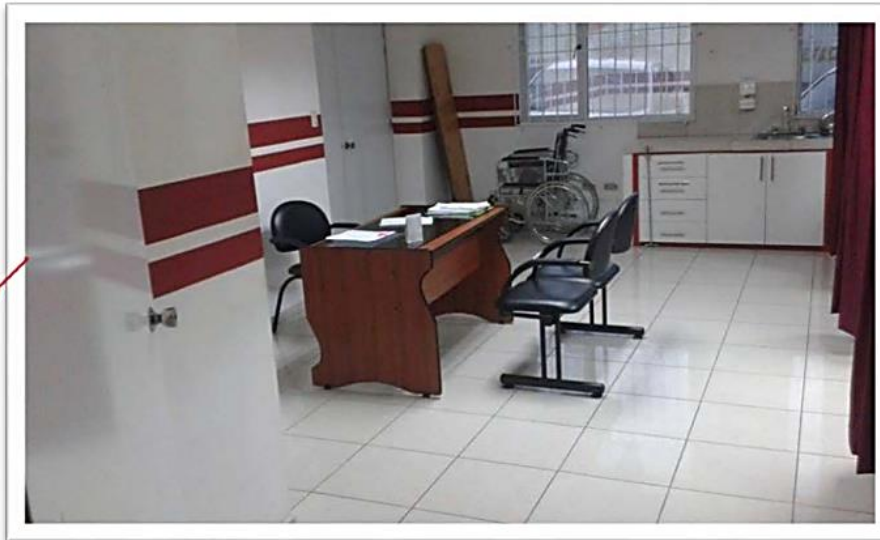
**FOTOGRAFÍA 1-2:** Correspondientes a la oficina de imagenología de la clínica, la inspección fue realizada el día 11 de junio de 2015, aproximadamente a las 09h35, producto de la diligencia se determinó la ausencia del personal del departamento de imagen.



F3.4

14/50


**FOTOGRAFÍA 3:** Corresponde a la dependencia para los servicios de emergencia, la constatación se realizó el día 12 de junio, alrededor de las 15h00, determinando la ausencia de las enfermeras para el ingreso y atención de pacientes en estado crítico.



Para constancia de lo actuado, suscriben la presente acta de inspección, el director de la Clínica "San Pablo", Dr. Telmo Darío León, y el Sr. Jonathan David Sotomayor Flores, auditor jefe de equipo.

  
 Dr. Telmo León Ojeda  
 DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
 "SAN PABLO"

  
 Sr. Jonathan David Sotomayor  
 JEFE DE EQUIPO


**INSPECCIONADO** mediante una visita de supervisión a los diferentes departamentos de la clínica "San Pablo".

F3.4

15/50

## **FUNCIONES GENERALES DE LA CLINICA SAN PABLO**

- a. Planificar, ejecutar, coordinar y controlar las actividades de salud.
- b. Desarrollar acciones encaminadas al fomento y protección de la salud.
- c. Brindar atención de recuperación y rehabilitación de la salud.
- d. Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.
- e. Supervisar y prestar asistencia de salud comunitaria.

## **PROCESOS GOBERNANTES**

### **DIRECCION DE LA CLINICA SAN PABLO**

**Art. 1.- DEFINICIÓN:** La Dirección de la Clínica San Pablo de Loja, es la responsable de la Administración integral de los servicios de salud que brinda a la comunidad.



### **Art. 2.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:**

- a. Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas.
- b. Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja. ✓ F3.4 | 11/50
- c. Disponer la elaboración y/o revisión de los reglamentos de organización, normas y procedimientos técnicos y el reglamento interno general de la Clínica San Pablo de Loja.
- d. Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja.
- e. Elaborar la pro forma presupuestaria anual y presentar a la Corporación Médica para su aprobación.
- f. Ejecutar el presupuesto vigente con sujeción a las normas y disposiciones legales.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

16/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FALTA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR EL  
 DESEMPEÑO DEL PERSONAL**

**COMENTARIO:**

La entidad no ha definido los indicadores de gestión para evaluar el desempeño del personal que labora en la clínica, en una inobservancia al Art. 2, del manual de procedimientos y funciones de la entidad, que entre las funciones atribuidas a la dirección, establece que le compete: “Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo”. Esta deficiencia ocasionada por un escaso cumplimiento a las funciones consignadas al director de la institución, origina que la clínica no disponga de un personal altamente calificado y que aporte con todos sus esfuerzos y conocimientos, en la consecución de los objetivos institucionales. **F3.4 | 18/50**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha definido sus indicadores de gestión para evaluar el desempeño del personal. **F3.4 | 17/50**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Elaborar un listado de los indicadores de gestión aplicables a la clínica, de tal manera que se logre evaluar el desempeño alcanzado por el personal.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 12-06-2015

F3.4

17/50

Loja, 12 de junio de 2015

Señor  
Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente y, a petición de la parte interesada, me permito expedir la presente certificación, en la cual manifiesto en calidad de representante legal y director de la Clínica "San Pablo", que en la entidad mencionada, **NO SE HAN ESTABLECIDO INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DE LA CLÍNICA, F3.4 | 16/50**

Es todo en cuanto puedo comunicar en honor a la verdad y, a su vez autorizo la utilización del presente comunicado para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
Dr. Telmo León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
"SAN PABLO"**



F3.4

18/50

- g. Autorizar permisos, vacaciones y licencias de acuerdo a las disposiciones vigentes.
- h. Aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a las facultades que le concede el Código de Trabajo, los reglamentos y más disposiciones legales vigentes.
- i. Proporcionar y/o autorizar la información a los medios de comunicación colectiva. Autorizar las publicaciones, suscribir la correspondencia oficial y las normas internas que se produzcan en la Clínica San Pablo de Loja.
- j. Organizar y Presidir el Comité de Auditoría Médica, y otros Comités Internos del Hospital.
- k. Conocer el movimiento económico diario del Hospital.
- l. Disponer el establecimiento de sistemas de control a los bienes de la Clínica San Pablo de Loja.
- m. Promover la investigación de salud.
- n. Representar legalmente a la Clínica San Pablo de Loja.
- o. Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo. ✓ F3.4 | 16/50
- p. Coordinar con otras instituciones y unidades de salud las actividades en situaciones de emergencia y/o desastres.
- q. Suscribir a nombre de la Clínica San Pablo de Loja, con su firma las facturas o planillas, ordenando el gasto respectivo.

#### SUBDIRECCIÓN MÉDICA



**Art. 3.- DEFINICIÓN:** Es la unidad encargada de proporcionar atención médica a los usuarios a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Dichas acciones se las realiza en las áreas de hospitalización, Consulta Externa y Emergencia.

**Art. 4.-** Jerárquicamente depende de la Dirección de la Clínica.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".



F3.4

19/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL**

**COMENTARIO:**

Mediante la aplicación del cuestionario de control interno, se determinó que la clínica, no ha establecido un plan anual de capacitaciones para especializar a su personal, con lo cual se está incumpliendo el Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: "*Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad*". **F3.4 | 22/50**

La deficiencia expuesta anteriormente, es producto de una ínfima gestión administrativa por parte de Administrador en la formulación de planes de capacitación para el personal, tanto administrativo, médico y de enfermería, ante lo cual, la clínica está propensa a privarse de innovaciones en mecanismos y procedimientos médicos, que pueden ser adoptados por la entidad, y así ofertar servicios especializados tendientes a captar un mayor número de clientes

**CONCLUSIÓN:**

El administrador de recursos humanos de la clínica, no ha efectuado la elaboración de un plan anual de capacitación para el personal. **F3.4 | 21/50**

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 12-06-2015

F3.4

20/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Administrador:

- Elaborar un plan anual de capacitaciones para el personal que labora en la clínica “San Pablo”, que abarque de manera primordial a los médicos de la entidad.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 12-06-2015

F3.4

21/50

Loja, 12 de junio de 2015

Señor  
Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente y, a petición de la parte interesada, me permito expedir la presente certificación, en la cual manifiesto en calidad de representante legal y director de la Clínica "San Pablo", que en la entidad mencionada, y con fines de la especialización de los doctores especialistas, médicos interistas, enfermeras y demás trabajadores que laboran en la clínica, **NO SE HA EFECTUADO LA SEGREGACIÓN DE UNA PARTIDA PRESUPUESTARIA PARA EFECTUAR CAPACITACIONES, SIN EMBARGO, SE CONCEDE LOS PERMISOS PERTINENTES A LOS TRABAJADORES QUE JUSTIFIQUEN APROPIADAMENTE SU ASISTENCIA A EVENTOS DE ESTA ÍNDOLE, SIN REPERCUSIÓN SOBRE SUS SUELDOS Y BONIFICACIONES.** F3.4 | 19/50

Es todo en cuanto puedo comunicar en honor a la verdad y, a su vez autorizo la utilización del presente comunicado para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
Dr. Telmo León Ojeda  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
"SAN PABLO"



F3.4

22/50

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**Art. 49.- DEFINICIÓN:** Es el departamento encargado de la administración de personal con sujeción a las normas y procedimientos legales, Reglamento Interno de la Clínica y más disposiciones vigentes.

**Art. 50.-** Jerárquicamente depende de la Administración de la Clínica.

**Art. 51.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:**

- a. Cumplir y hacer cumplir el Código de Trabajo, Reglamentos Internos y más normas.
- b. Reclutar y seleccionar el personal en base a exámenes de conocimientos técnicos, experiencia, educación, entrevistas.
- c. Elaborar las acciones de personal de: contratos, sanciones, y cesación de funciones.
- d. Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad. ✓ F3.4 | 19/50
- e. Legalizar toda clase de licencias: vacaciones, enfermedad, administrativos, maternidad, lactancia, calamidad.
- f. Actualizar y distribuir las actividades del personal del departamento de acuerdo a las necesidades.
- g. Elaboración del calendario de vacaciones anuales del personal en coordinación con la Subdirección Médica y Administrativa para su aprobación.
- h. Elaborar y suscribir informes a diferentes niveles que se soliciten.
- i. Controlar la asistencia diaria, informando de toda novedad a la Dirección de la Clínica.
- j. Conferir documentación a las personas naturales, jurídicas, que solicitaren previa autorización de la Dirección de la Clínica.
- k. Custodiar celosamente la documentación de todo el personal de la Entidad, la misma que se mantendrá en archivos en el departamento.
- l. Las demás que le asigne la Ley.



✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

23/50



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ESCASA DIFUSIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES**

**COMENTARIO:**

El personal de la clínica, desconoce el manual de procedimientos y funciones, particular que provoca una contravención a las estrategias institucionales, específicamente a la que señala como mecanismo de fortalecimiento organizacional, que la dirección de la clínica se encargará de: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

El desconocimiento del manual de procedimientos y funciones es consecuencia de un desapego a las estrategias institucionales, por parte de la administración de la entidad, subsecuentemente, los trabajadores y empleados del ente, no cumplirán las funciones y atribuciones a ellos designadas en razón de que desconocen la existencia de las mismas.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica San Pablo, no ha efectuado la socialización de su manual de procedimientos y funciones, entre el personal administrativo, médico y de enfermería. **F3.4 | 25/50**

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 12-06-2015

F3.4

24/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ESCASA DIFUSIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Convocar a una reunión al personal administrativo, médico, de enfermería y demás empleados de la clínica, para proceder a socializar el manual de procedimientos y funciones, entregando una copia certificada del mismo, a cada persona inmersa en las actividades de la entidad.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 12-06-2015**

F3.4

25/50

Loja, 11 de junio de 2015

Señor  
Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente y, a petición de la parte interesada, me permito expedir la presente certificación, en la cual manifiesto en calidad de representante legal y director de la Clínica "San Pablo", que la entidad en mención, **NO HA EFECTUADO LA ENTREGA DE COPIAS CERTIFICADAS DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES ADOPTADO POR LA ENTIDAD, A LOS DIVERSOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DE LAS DIFERENTES ÁREAS QUE INTEGRAN LA INSTITUCIÓN.** F3.4 | 23/50

Es todo en cuanto puedo comunicar en honor a la verdad y, a su vez autorizo la utilización del presente comunicado para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
  
Dr. Telmo León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA**  
**"SAN PABLO"**

F3.4

26/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LOS EXPEDIENTES DEL PERSONAL SE ENCUENTRAN  
 DESACTUALIZADOS**

**COMENTARIO:**

La entidad no ha efectuado una actualización de los expedientes del personal, en un incumplimiento al manual de procedimientos y funciones, que entre las actividades delegadas al director de la clínica, en su art. 2, literal b), señala que la máxima autoridad deberá: *“Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja”*.

La falencia citada anteriormente, surge por el limitado interés que la dirección de la clínica imprime en la obtención de personal altamente calificado, para laborar en la institución, como consecuencia de ello, la clínica San Pablo, se priva de conocer oportunamente, si el perfil profesional que ostentan sus empleados, satisfizo los requisitos exigidos para cumplir cada una de las actividades y programas planificados

**CONCLUSIÓN:**

El Departamento de Recursos Humanos de la clínica, no ha realizado una actualización de los expedientes del personal.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 13-06-2015



F3.4

27/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LOS EXPEDIENTES DEL PERSONAL SE ENCUENTRAN  
DESACTUALIZADOS**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer al Administrador, la actualización inmediata de los expedientes del personal de la clínica, a fin de conocer si el perfil profesional de los administrativos, médicos, enfermeras y demás empleados, se encuentra en concordancia con las funciones que desempeña cada uno de ellos.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 13-06-2015

F3.4

28/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**AUSENCIA DE UN CONDUCTOR PARA LA AMBULANCIA**

**COMENTARIO:**

La clínica, pese a disponer del servicio de atención ambulatoria, no ha designado a un conductor para que maneje la ambulancia, particular que infringe el Art. 2, literal b), del manual de procedimientos y funciones del ente, que fija como actividad del director, el: “*Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja*”.

Esta carencia de conductor, surge del elevado costo que representa para la clínica, el disponer de un empleado para el manejo de la ambulancia, al no contar con un persona designada para la conducción del automotor médico, la clínica se ve expuesta a no poder prestar sus servicios de atención de emergencia en casos de accidentes o pacientes en estado crítico, disminuyendo con ello, los ingresos y prestigio institucional.

La dirección de la clínica, a través de su representante legal, manifestó que para la conducción de la ambulancia, inmediatamente un paciente requiera de este servicio, se contacta a un chofer, para que opere el automotor, y que por dicha labor, únicamente se le cancela sus viáticos y una cuota por su trabajo, esto como medida de reducción de costos, en vista que los ingresos por este servicio, son ínfimos.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 13-06-2015**

F3.4

29/50



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**AUSENCIA DE UN CONDUCTOR PARA LA AMBULANCIA**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica San Pablo, no ha contratado un conductor para el servicio de ambulancia. **F3.4 | 30/50**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer al administrador de la clínica, para que verifique el perfil profesional de los empleados de la clínica, a fin de determinar si existe una persona calificada con la licencia de profesional Tipo E1, para que conduzca la ambulancia, caso contrario efectuar la contratación de un empleado para el efecto.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 13-06-2015



F3.4

31/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NO SE FIJA UN STOCK MÍNIMO DE MEDICAMENTOS**

**COMENTARIO:**

Mediante la aplicación del cuestionario de control interno, se estableció que el departamento de farmacia no ha fijado el stock mínimo de medicamentos, debilidad administrativa que incumple el Art. 72, literal c), del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que señala como función de la dependencia de farmacia, el: "*Mantener un stock suficiente de medicamentos e insumos*". **F3.4 | 33/50**

El no haber establecido el stock mínimo de inventario de medicinas, es consecuencia de una falta de supervisión del departamento de contabilidad, ya que entre una de sus atribuciones, está la de solicitar reportes de inventario a la persona designada para atender farmacia, este aspecto, provoca que la entidad no disponga de manera permanente, de los medicamentos necesarios para la atención de los pacientes.

En la formulación de las interrogantes pertinentes para el departamento de farmacia, se recabó información adicional a la encargada de dicha dependencia, la cual supo manifestar que para efectos de adquisición, ella comunica de manera verbal a la contadora, que los medicamentos están próximos a agotarse.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 15-06-2015

F3.4

32/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NO SE FIJA UN STOCK MÍNIMO DE MEDICAMENTOS**

**CONCLUSIÓN:**

La entidad no ha determinado un stock mínimo para el inventario de medicamentos

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Conjuntamente con la persona encargada de farmacia, establecer el inventario mínimo para cada uno de los medicamentos que suministra la clínica a sus pacientes, con el propósito de no ser objeto de desabastecimientos.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 15-06-2015

F3.4

33/50

**FARMACIA**

**Art. 70.- DEFINICIÓN:** Es el servicio de proveer medicamentos biológicos y otros artículos para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios bajo prescripción médica.

**Art. 71.-** Jerárquicamente depende de la Subdirección Médica de la Clínica.

**Art. 72.- LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SON:**

- a. Programar mensual y anualmente el aprovisionamiento de medicamentos y otros materiales inherentes al servicio.
- b. Solicitar oportunamente la adquisición de medicamentos.
- c. Mantener un stock suficiente de medicamentos e insumos. ✓ F3.4 | 31/50
- d. Despachar las recetas prescritas por el personal médico para los pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- e. Realizar control de recetas y distribución de drogas.
- f. Establecer y mantener el registro y control de medicamentos y sus respectivas fechas de expiración.
- g. Controlar la provisión y registro de drogas, estupefacientes y psicotrópicos de acuerdo a la Ley.
- h. Establecer y mantener un sistema adecuado de almacenamiento.
- i. Llevar un registro de ingresos y egresos de medicamentos y otros artículos específicos.
- j. Recopilar diariamente las recetas despachadas y registrar su egreso.
- k. Remitir el informe diario a Estadística del número de recetas despachadas.
- l. Mantener archivo de recetas despachadas y otros documentos que amparen el movimiento del servicio.
- m. Enviar reportes mensuales de producción e insumos gastados a Administración.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

34/50



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FARMACIA NO CUENTA EL ESPACIO SUFICIENTE PARA EL  
 ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS**

**COMENTARIO:**

El departamento de farmacia no cuenta con el espacio suficiente para el almacenamiento de los medicamentos, en una inobservancia al Art. 72, del manual de procedimientos y funciones de la entidad, que en literal h), fija como función de la encargada de farmacia, el: *“Establecer y mantener un sistema adecuado de almacenamiento”*. **F3.4 | 38/50**

La deficiencia en mención, es originada por un desconocimiento de la normativa legal aplicable a la entidad por parte de la encargada de farmacia, y por la nula preocupación que manifiesta la dirección de la clínica, en precautelar de los medicamentos, a consecuencia de ello, las medicinas que no lograron ser exhibidas en los estantes y vitrinas del departamento, se encuentran situadas en los pasillos de dicha dependencia, propensos a su deterioro y posterior obsolescencia.

Adicional a la aplicación del cuestionario de control interno, se procedió a verificar la existencia de un espacio más amplio, para trasladar parte del inventario de medicina que no puede ser almacenado directamente en farmacia, y se constató que la clínica, sí posee la infraestructura necesaria como para facilitar una bodega adicional a la dependencia de farmacia.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 15-06-2015**



F3.4

35/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FARMACIA NO CUENTA EL ESPACIO SUFICIENTE PARA EL  
ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS**

**CONCLUSIÓN:**

La dependencia de farmacia no dispone de una bodega amplia para el almacenamiento de los medicamentos.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la contadora, de manera prioritaria, a que efectúe los gastos necesarios para dotar a la nueva bodega para la dependencia de farmacia, de los mecanismos técnicos de seguridad, de tal forma que se proceda al traslado inmediato de los medicamentos que excedieron la capacidad de almacenamiento de farmacia.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 15-06-2015**

F3.4

36/50

### ACTA DE INSPECCIÓN

Con el propósito de verificar el correcto almacenamiento y acopio del inventario de medicamentos que posee la clínica "San Pablo", el día 15 de junio de 2015, a las 14h20, se procedió a realizar una inspección por la dependencia descrita, determinándose que el espacio físico designado para el servicio de farmacia, es insuficiente para el apropiado acopio de las medicinas y demás productos que comercializa la entidad.

Producto del procedimiento efectuado, se determinó que varios medicamentos se encontraban colocados en el piso del departamento de farmacia, debido a la saturación de los percheros y estantes, los cuales no dan cabida a más artículos.



F3.4


37/50



Para constancia de lo actuado, suscriben la presente acta de inspección, el director de la Clínica "San Pablo", Dr. Telmo Darío León, y el Sr. Jonathan David Sotomayor Flores, auditor jefe de equipo.

  
  
 Dr. Telmo León Ojeda  
 DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
 "SAN PABLO"

  
 Sr. Jonathan David Sotomayor  
 JEFE DE EQUIPO


**INSPECCIONADO** mediante una visita de supervisión a la farmacia de la clínica "San Pablo".

F3.4

38/50

## FARMACIA

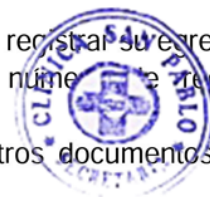
**Art. 70.- DEFINICIÓN:** Es el servicio de proveer medicamentos biológicos y otros artículos para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios bajo prescripción médica.

**Art. 71.-** Jerárquicamente depende de la Subdirección Médica de la Clínica.

### **Art. 72.- LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SON:**

- a. Programar mensual y anualmente el aprovisionamiento de medicamentos y otros materiales inherentes al servicio.
- b. Solicitar oportunamente la adquisición de medicamentos.
- c. Mantener un stock suficiente de medicamentos e insumos.
- d. Despachar las recetas prescritas por el personal médico para los pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- e. Realizar control de recetas y distribución de drogas.
- f. Establecer y mantener el registro y control de medicamentos y sus respectivas fechas de expiración.
- g. Controlar la provisión y registro de drogas, estupefacientes y psicotrópicos de acuerdo a la Ley.
- h. Establecer y mantener un sistema adecuado de almacenamiento. ✓
- i. Llevar un registro de ingresos y egresos de medicamentos y otros artículos específicos.
- j. Recopilar diariamente las recetas despachadas y registrar su egreso.
- k. Remitir el informe diario a Estadística del número de recetas despachadas.
- l. Mantener archivo de recetas despachadas y otros documentos que amparen el movimiento del servicio.
- m. Enviar reportes mensuales de producción e insumos gastados a Administración.

F3.4 | 34/50



✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

39/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X, NO SON  
 DESPACHADOS CON PRONTITUD**

**COMENTARIO:**

Los servicios de laboratorio clínico y de radiología, no despachan oportunamente los resultados de los exámenes, infringiendo el Art. 36 y 39 del manual de procedimientos y funciones, que en sus literales a) y c), respectivamente, señalan que es función del departamento de laboratorio clínico el: *“Coordinar con otros servicios de la Clínica las actividades de Laboratorio Clínico”*. **F3.4 | 41/50**

Y, como atribución de radiología el: *“Informar periódicamente al personal médico los exámenes y/o tratamientos que realiza el servicio”*. **F3.4 | 42/50**

La demora en la entrega de los exámenes de laboratorio surge por la ausencia de canales de comunicación entre los médicos y la laboratorista, lo que dificulta que las muestras sean tomadas de los pacientes en los momentos oportunos.

En lo referente a la entrega tardía de las placas de rayos X, se forja de la falta de comunicación de la radióloga, que pese a contar con los exámenes, no informa al médico que solicitó dicho procedimiento, sobre la disponibilidad del mismo.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, el personal médico no dispone de los análisis necesarios para prescribir el tratamiento idóneo para cada paciente, minorando el prestigio institucional y la calidad del servicio ofertado.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 16-06-2015**

F3.4

40/50



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X, NO SON  
 DESPACHADOS CON PRONTITUD**

**CONCLUSIÓN:**

Los resultados de los exámenes de laboratorio clínico y de rayos X, no son entregados oportunamente a los médicos tratantes.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la laboratorista y radióloga, a que efectúen la comunicación oportuna sobre los resultados de los exámenes, a los médicos tratantes que solicitaron los diagnósticos, en miras a que los especialistas dispongan de los análisis para determinar el tratamiento para cada paciente con la mayor prontitud.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 16-06-2015

F3.4

41/50

**Art. 36.- LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SON:**

- a. Coordinar con otros servicios de la Clínica las actividades de Laboratorio Clínico. ✓ F3.4 | 39/50
- b. Realizar determinaciones utilizando métodos y procedimientos específicos del área.
- c. Establecer un sistema de archivo de registro diario de trabajo del servicio.
- d. Informar periódicamente al personal médico las pruebas que realiza el laboratorio con sus valores normales.
- e. Remitir diariamente a Estadística los partes diarios de trabajo del Servicio.
- f. Enviar reportes mensuales de producción e insumos gastados a Administración; y;
- g. Informar a la Subdirección Médica, y departamento Financiero en forma mensual, los exámenes realizados.

**RADIOLOGÍA**

**Art. 37.- DEFINICIÓN:** Es el servicio encargado de realizar procedimientos radiológicos en apoyo del diagnóstico y/o del tratamiento del enfermo hospitalizado o ambulatorio.

**Art. 38.-** Jerárquicamente depende de la Subdirección Médica del Hospital.

**Art. 39.- LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SON:**

- a. Ejecutar los procedimientos radiológicos.
- b. Llevar un sistema de archivo activo y pasivo de las placas radiológicas y normar el sistema de préstamo para el uso en la Clínica.



✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

42/50

- c. Informar periódicamente al personal médico los exámenes y/o tratamientos que realiza el servicio. ✓ F3.4 | 39/50
- d. Establecer y mantener el sistema de control de radiaciones.
- e. Enviar reportes mensuales de producción e insumos gastados a Administración; y;
- f. Informar a la Subdirección Médica, Administración, y departamento Financiero, en forma mensual las radiografías realizados y demás exámenes.



## ANESTESIOLOGÍA

**Art. 40.- DEFINICIÓN:** Es el servicio encargado de ejecutar el proceso anestésico para coadyuvar en el diagnóstico y/o tratamiento Médico – Quirúrgico.

**Art. 41.-** Jerárquicamente depende de la Subdirección Médica de la Clínica.

**Art. 42.- LAS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SON:**

- a. Realizar la evaluación pre-anestésica a los pacientes que van a ser sometidos a proceso anestésico terapéutico o de diagnóstico.
- b. Seleccionar el método y tipo de anestesia más adecuada para las condiciones del paciente y la clase de intervención quirúrgica.
- c. Ejecutar el proceso anestésico.
- d. Realizar el control post-anestésico de los pacientes y disponer su traslado de acuerdo a las condiciones de evolución del mismo; y,
- e. Discutir y coordinar sus acciones con el cirujano,

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica “San Pablo”.



F3.4

43/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FARMACIA NO CUENTA CON LAS SEGURIDADES NECESARIAS  
 PARA LA RECAUDACIÓN Y CUSTODIA DEL EFECTIVO**

**COMENTARIO:**

El departamento de farmacia no goza de las seguridades necesarias para la recaudación y salvaguardia de los fondos captados por la venta de medicamentos, en un incumplimiento al Art. 2, de las funciones consignadas al director de la clínica, que en su literal d), señala que es atribución de la dirección: *“Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja”*. **F3.4 | 45/50**

Esta debilidad administrativa, se debe a la falta de gestión por parte del director de la entidad, en razón que no ha inspeccionado y constatado las necesidades de los diferentes departamentos que integran la clínica, ante lo expuesto, la institución está arriesgándose a pérdidas o extravíos de los recursos monetarios, generados por la venta de medicamentos.

**CONCLUSIÓN:**

El departamento de farmacia no posee las seguridades necesarias para precautelar los recursos monetarios institucionales.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 16-06-2015

F3.4

44/50

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FARMACIA NO CUENTA CON LAS SEGURIDADES NECESARIAS  
PARA LA RECAUDACIÓN Y CUSTODIA DEL EFECTIVO**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Verificar la disponibilidad presupuestaria, para la adquisición de una caja registradora para farmacia, de tal manera que el efectivo generado por la venta de medicamentos no se encuentre expuesto a extravíos.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 16-06-2015**

F3.4

45/50

## **FUNCIONES GENERALES DE LA CLINICA SAN PABLO**

- a. Planificar, ejecutar, coordinar y controlar las actividades de salud.
- b. Desarrollar acciones encaminadas al fomento y protección de la salud.
- c. Brindar atención de recuperación y rehabilitación de la salud.
- d. Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.
- e. Supervisar y prestar asistencia de salud comunitaria.

## **PROCESOS GOBERNANTES**

### **DIRECCION DE LA CLINICA SAN PABLO**

**Art. 1.- DEFINICIÓN:** La Dirección de la Clínica San Pablo de Loja, es la responsable de la Administración integral de los servicios de salud que brinda a la comunidad.



### **Art. 2.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES SON:**

- a. Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas.
- b. Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja.
- c. Disponer la elaboración y/o revisión de los reglamentos de organización, normas y procedimientos técnicos y el reglamento interno general de la Clínica San Pablo de Loja.
- d. Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja. ✓ F3.4 | 43/50
- e. Elaborar la pro forma presupuestaria anual y presentar a la Corporación Médica para su aprobación.
- f. Ejecutar el presupuesto vigente con sujeción a las normas y disposiciones legales.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.4

46/50


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FALTA DE CONTENEDORES DE BASURA PARA EL ACOPIO DE DESECHOS**

**COMENTARIO:**

La clínica no cuenta con los repositorios necesarios para almacenar los desechos comunes y médicos, lo cual denota un incumplimiento al Reglamento de Manejo de los Desechos Infecciosos para la Red de Servicios de Salud en el Ecuador, que en su Art. 11, señala que: *“Los desechos especiales deberán ser depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radiactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales de acuerdo a la normas elaboradas por el organismo regulador vigente en el ámbito nacional”*.

**F3.4 | 50/50**

Se logró evidenciar que la entidad ha dispuesto de los cartones para el almacenamiento de los desechos especiales, sin embargo, éstos no cubren el volumen de despojos médicos, este hecho viene dado por la escasa preocupación en el manejo de desechos por parte del departamento de enfermería, quienes únicamente han dispuesto un repositorio para cada sala de atención médica, y una vez saturada la capacidad del mismo, proceden a acopiar los desechos en otros recipientes que no cumplen el mismo objetivo.

Ante estos hechos, la clínica está expuesta a multas por parte de la autoridad sanitaria, al no realizarse una correcta clasificación de los desechos infectocontagiosos, y a más de ello, el personal de enfermería es propenso a adquirir alguna enfermedad por el mal manejo de los residuos hospitalarios.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 17-06-2015**

F3.4

47/50



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**FALTA DE CONTENEDORES DE BASURA PARA EL ACOPIO DE DESECHOS**

Otro factor indispensable a considerar, es el número reducido de contenedores para el acopio final de los desechos, tanto comunes como médicos que genera la entidad, mediante una constatación física se corroboró que los basureros en mención, se saturan y por ende el ayudante de servicios, se ve forzado a arrumar los desechos de manera inapropiada.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no cuenta con la cantidad necesaria de repositorios para el acopio y almacenaje de desechos hospitalarios y comunes.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la contadora, la adquisición de basureros para el acopio de desechos comunes y, la compra de cartones en la calidad y cantidad necesarias para la recolección de desechos.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 17-06-2015

F3.4

48/50

## ACTA DE INSPECCIÓN

Como mecanismo de verificación al cumplimiento del Reglamento de Manejo de los Desechos Infecciosos, se realizó una visita de control a los repositorios de desechos comunes e infectocontagiosos que ha dispuesto la entidad, mismos que se encuentran situados tanto en cada habitación del servicio de hospitalización, en el caso de los desechos infecciosos y, en el subterráneo los desechos comunes. Se logró evidenciar lo siguiente:

Los cartones dispuestos por la entidad, para albergar los desechos médicos se encuentran deteriorados, no cumplen con las garantías de consistencia que permitan su traslado normal hacia su contenedor final.



Cajas de cartón de las adquisiciones de diversos artículos, entre ellos los de limpieza, han sido utilizadas para la recepción de los desechos, los mismos que al ser reutilizados por las enfermeras, pierden su consistencia.

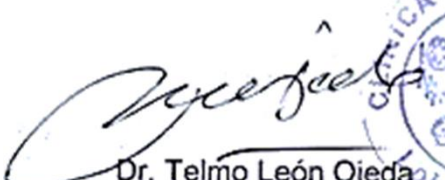
F3.4

49/50

Por otra parte, los repositorios finales para el almacenamiento de los desechos que se generan en la entidad, cumplen con los requisitos de calidad para el efecto, pero su número es reducido, por lo menos para los desperdicios comunes.




Para constancia de lo actuado, suscriben la presente acta de inspección, el director de la Clínica "San Pablo", Dr. Telmo Darío León, y el Sr. Jonathan David Sotomayor Flores, auditor jefe de equipo.

  
 Dr. Telmo León Ojeda  
 DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
 "SAN PABLO"



  
 Sr. Jonathan David Sotomayor  
 JEFE DE EQUIPO

 **INSPECCIONADO** mediante una visita de supervisión a las habitaciones de hospitalización, sala de emergencias y el subterráneo de la clínica "San Pablo".

## REGLAMENTO DE DERECHOS

- b.2** Desechos anatómico-patológicos: órganos, tejidos, partes corporales que han sido extraídos mediante cirugía, necropsia u otro procedimiento médico,
- b.3** Sangre, sus derivados e insumos usados para procedimientos de análisis y administración de los mismos.
- b.4** Fluidos corporales
- b.5** Objetos cortopunzantes que han sido utilizados en la atención de seres humanos o animales; en la investigación, en laboratorios y administración de fármacos.
- b.6** Cadáveres o partes anatómicas de animales provenientes de clínicas veterinarias o que han estado expuestos a agentes infecciosos en laboratorios de experimentación.
- b.7** Todo material e insumos que han sido utilizados para procedimientos médicos y que han estado en contacto con fluidos corporales.
- c.- Desechos especiales.** Son aquellos que por sus características físico-químicas representan riesgo para los seres humanos, animales o medio ambiente y son generados en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; entre estos se encuentran:
- c.1 Desechos químicos peligrosos** Desechos químicos peligrosos con características tóxicas, corrosivas, inflamables y/o explosivas.
- c.2 Desechos radiactivos** contienen uno o varios nucleidos que emiten espontáneamente partículas o radiación electromagnética o que se fusionan de forma espontánea y provienen de laboratorios de análisis químico, radioterapia y radiología.
- c.3 Desechos farmacéuticos:** envases de fármacos de más de 5 cm. y de líquidos y reactivos que generen riesgo para la salud.

## CAPÍTULO IV DE LA GENERACIÓN Y SEPARACIÓN

**Art. 5.-** Se establecen indicadores de generación de los desechos infecciosos en la institución de salud de acuerdo a la complejidad de la misma:

- a. servicio de hospitalización:** kilogramo por cama y por día y por paciente.
- b. atención ambulatoria:** 250 a 350 gramos por consulta por día y por paciente.

**Art.6.-** Todos los profesionales, técnicos, auxiliares y personal de cada uno de los servicios son responsables de la separación y depósito de los desechos en los recipientes específicos.

**Art.7.-** Los desechos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar de generación durante la prestación de servicios al usuario.

**Art.8.-** Los objetos cortopunzantes deberán ser colocados en recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales.

**Art.9.-** Los desechos líquidos o semilíquidos especiales serán colocados en recipientes resis-

tentes plásticos y con tapa hermética, para su posterior tratamiento en el lugar de generación.

**Art.10.-** Los desechos infecciosos y patológicos serán colocados en recipientes plásticos de color rojo con fundas plásticas de color rojo.

**Art.11.-** Los desechos especiales deberán ser depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radiactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales de acuerdo a la normas elaboradas por el organismo regulador vigente en el ámbito nacional.

**F3.4 | 46/50**

**Art.12.-** Los desechos generales o comunes serán depositados en recipientes plásticos de color negro con funda plástica de color negro.

**Art.13.-** Los residuos sólidos de vidrio, papel, cartón, madera, plásticos y otros materiales reciclables, no contaminados, serán empacados para su comercialización y/o reutilización y enviados al área de almacenamiento final dentro de la institución.

✓ **VERIFICADO** con el Reglamento para el Manejo de Desechos Infecciosos para la Red de Servicios de Salud de Ecuador.



F3.5

1/23



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**CÁLCULO:**

**– MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Administrativos que conocen la misión}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{4}{6} \times 100$$

F3.5 | 4/31  
F3.5 | 4/31

$$\text{Difusión de la misión} = 67\%$$

**– VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Administrativos que conocen la visión}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{2}{6} \times 100$$

F3.5 | 4/31  
F3.5 | 4/31

$$\text{Difusión de la visión} = 33\%$$

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 29-06-2015**

F3.5

2/23



# CLÍNICA SAN PABLO

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**– OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Administrativos que conocen los objetivos}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{3}{6} \times 100$$

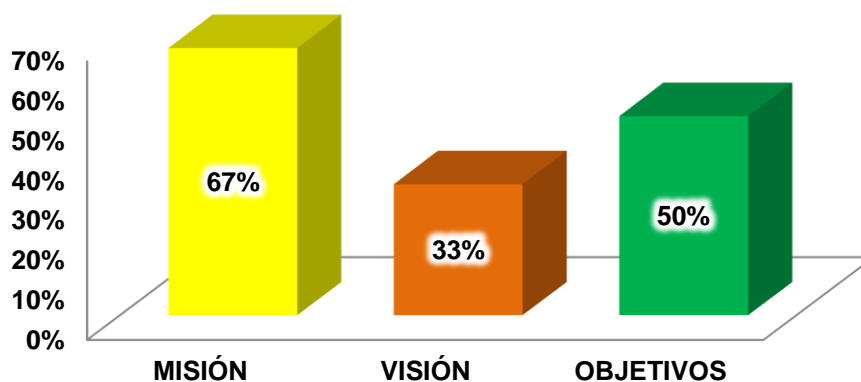
F3.5 | 4/31

F3.5 | 4/31

$$\text{Difusión de los objetivos} = 50\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**



Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 29-06-2015

F3.5

3/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**COMENTARIO:**

El indicador de difusión de la misión institucional, mostró que de los 6 funcionarios que integran el área administrativa de la clínica San Pablo, únicamente, el 67% de ellos, conoce la misión institucional, mientras que el 33% restante, no ha sido notificado al respecto, es decir, de los 6 administrativos de la entidad, tan sólo 4 ellos conocen la misión institucional.

Por su parte, la visión organizacional del ente, ha alcanzado un grado de difusión del 33%, es decir, que únicamente 2 de los 6 administrativos de la clínica conocen la visión.

Finalmente los objetivos de la clínica han logrado una socialización del 50%, esto en vista que 3 de los 6 administrativos conocen a plenitud los objetivos que persigue la organización

**CONCLUSIÓN:**

La misión institucional, sólo ha sido difundida entre 4 de los 6 administrativos de la entidad, dando un porcentaje de socialización del 67%, la visión posee un nivel de conocimiento del 33% y finalmente los objetivos organizacionales han sido socializados en un 50%.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015



F3.5

4/23

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.	CARGO	CONOCE		
				MISIÓN	VISIÓN	OBJETIVOS
1	Dr. Telmo Darío León	1101497384	Director	x	x	x
2	Dr. Pablo Darío León	1102919246	Administrador	x	x	x
3	Dra. Karla Jackeline León	1104215643	Accionista	x		
4	Eco. Vicenta Rojas Ojeda	1101864609	Contadora	x		x
5	Srta. Andrea Elizabeth Herrera	1104663933	Auxiliar			
6	Sra. Karla Jackeline Pinzón	1105337313	Secretaria			
<b>TOTAL</b>				<b>Σ 4</b>	<b>Σ 2</b>	<b>Σ 3</b>

F3.5 | 2/31

F3.5 | 1/31

Σ **SUMADO**√ **VERIFICADO** con las encuestas practicadas al personal administrativo.

F3.5

5/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

**CÁLCULO:**

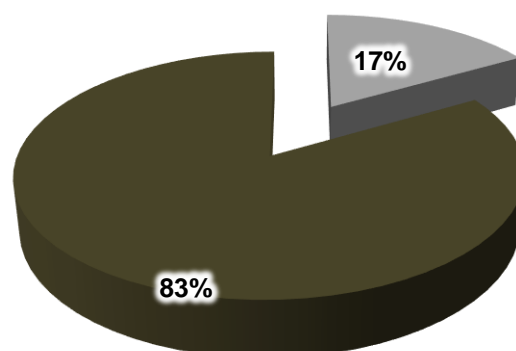
$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Administrativos con título}}{\text{Total de administrativos}} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = \frac{1 \text{ F3.5 | 8/31}}{6 \text{ F3.5 | 8/31}} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = 17\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**



■ Administrativos con título ■ Administrativos sin título

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 29-06-2015

F3.5

6/23



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

**COMENTARIO:**

La clínica San Pablo dispone de un personal administrativo que no satisface las exigencias de la gerencia institucional, es decir, el 83% de los administrativos, no ejercen sus funciones acorde a su formación profesional, teniendo como referencia que la entidad es un consorcio médico familiar, por este motivo la mayor parte de la administración se encuentra concentrada en profesionales afines a la salud humana.

Esta debilidad, genera que la clínica no disponga de personas capacitadas en el ámbito gerencial, para que efectúe una correcta administración de la entidad.

Con base en una entrevista realizada al, Director de la clínica, se pudo determinar que por el momento, la persona encargada de administrar la entidad desde el punto de vista empresarial, es analista financiera, quien cumple sobrecargo de actividades debido a que es la única persona con la preparación apropiada para administrar la entidad.

**CONCLUSIÓN:**

La entidad no dispone de personal calificado para desempeñar funciones de carácter administrativo.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

7/23

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Conjuntamente con el Jefe de Talento Humano, efectuar la selección y contratación de un administrador para la entidad, dicho profesional deberá tener la preparación en ciencias gerenciales o sus afines.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 29-06-2015**



F3.5

8/23

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROFESIONALIZACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO**

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.	CARGO	TÍTULO PROF.	NRO. DE REGISTRO
1	Dr. Telmo Darío León	1101497384	Director		1008-04-471679
2	Dr. Pablo Darío León	1102919246	Administrador		1008-03-405196
3	Dra. Karla Jackeline León	1104215643	Accionista		1031-12-1101518
4	Eco. Vicenta Rojas Ojeda	1101864609	Contadora	x	1031-02-286254
5	Srta. Andrea Elizabeth Herrera	1104663933	Auxiliar		
6	Sra. Karla Jackeline Pinzón	1105337313	Secretaria		
<b>TOTAL</b>				<b>Σ 1</b>	<b>Σ 4</b>

Σ **SUMADO**

✓ **VERIFICADO** con las encuestas practicadas al personal administrativo y el registro de título en la SENESCYT.

F3.5 | 5/31



F3.5

9/23



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES**

**CÁLCULO:**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Número de estrategias cumplidas}}{\text{Total de estrategias institucionales}} \times 100$$

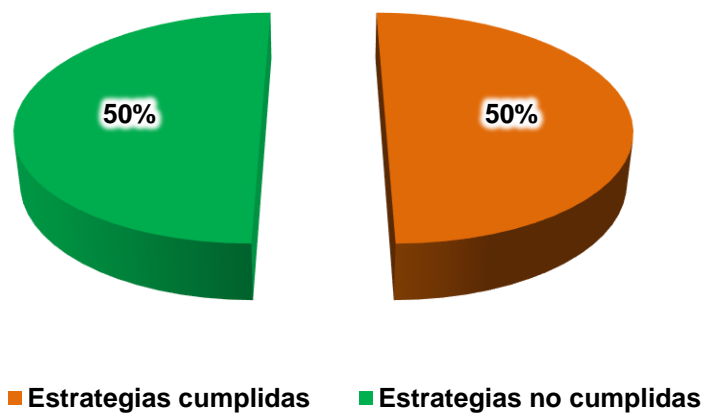
$$\text{Cumplimiento} = \frac{3}{6} \times 100$$

F3.5 | 11/31

$$\text{Cumplimiento} = 50\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES**



Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 29-06-2015

F3.5

10/23



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES**

**COMENTARIO:**

El manual de procedimientos y funciones de la clínica San Pablo, establece 6 estrategias básicas para la optimización y crecimiento institucional, cuya ejecución recae en el director de la entidad, pero una vez efectuado el cálculo del nivel de cumplimiento de las estrategias, se evidenció que se ha logrado llevar a efecto tan sólo la mitad de ellas, dando como resultado un grado de eficacia del 50%, particular que surge por un desapego a las funciones establecidas en la normativa legal de la clínica.

**CONCLUSIÓN:**

Las estrategias institucionales sólo han sido cumplidas en un 50%.

**RECOMENDACIÓN**

Al Director de la clínica:

- Ejecutar cada una de las estrategias institucionales contempladas en el manual de procedimientos y funciones, de tal manera que se mejore la calidad operativa de la clínica.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

11/23

- Justicia
- Compromiso
- Seguridad
- Limpieza
- Humildad

### 1.7. POLÍTICAS

- Ofrecer servicios de salud que satisfagan a la comunidad lojana a precios razonables
- Promover y promulgar formas de vida saludables que mitiguen la aparición o el impacto de enfermedades
- Situar al paciente como el epicentro de atención, procurando su mejoramiento oportuno y breve
- Efectuar investigaciones de carácter clínico, aportando significativamente al avance de la ciencia médica en la lucha contra las enfermedades

### 1.8. ESTRATEGIAS



- Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones
- Efectuar campañas de atención médica gratuitas, en las diferentes especialidades ofertadas por la clínica
- Realizar reuniones periódicas con los directivos y trabajadores de la clínica, a fin de resolver problemas y discrepancias que se susciten en la institución ✓
- Hacer conocer a la comunidad lojana, los servicios especializados que posee la clínica dentro de su portafolio, mediante la publicidad y propaganda en los principales medios de comunicación de la localidad ✓
- Fomentar y promulgar la capacitación al personal médico, operativo y administrativo
- Establecer convenios con las entidades de salud pública y privadas de la localidad a fin de lograr un posicionamiento en el mercado ✓

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica “San Pablo”.

F3.5

12/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES POR PARTE  
 DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA**

**CÁLCULO:**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Actividades/funciones cumplidas}}{\text{Total de actividades/funciones programadas}} \times 100$$

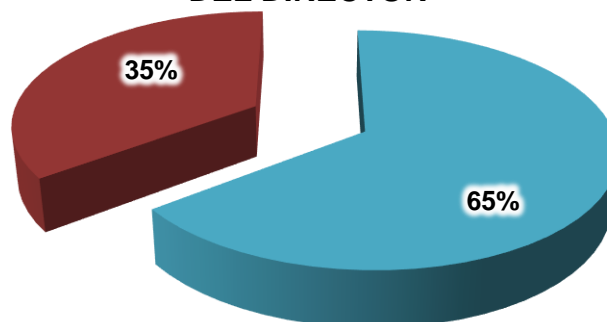
$$\text{Cumplimiento} = \frac{11}{17} \times 100$$

F3.5 | 14-15/31

$$\text{Cumplimiento} = 65\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES POR PARTE  
 DEL DIRECTOR**



■ Actividades cumplidas ■ Actividades no cumplidas

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 29-06-2015

F3.5

13/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES POR PARTE  
 DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA**

**COMENTARIO:**

El manual de procedimientos y funciones de la clínica San Pablo, contempla como funciones atribuibles al director de la entidad, la efectuación de un total de 17 actividades, de las cuales se han llevado a cabo y de manera satisfactoria, 11, dando un nivel de cumplimiento del 65%

**CONCLUSIÓN:**

Las funciones atribuidas al director de la clínica San Pablo, no se han cumplido satisfactoriamente.

**RECOMENDACIÓN**

Al Director de la clínica:

- Revisar el manual de procedimientos y funciones y efectuar un cronograma para la realización de cada una de las actividades que le han sido conferidas.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

14/23

## **FUNCIONES GENERALES DE LA CLINICA SAN PABLO**

- a. Planificar, ejecutar, coordinar y controlar las actividades de salud.
- b. Desarrollar acciones encaminadas al fomento y protección de la salud.
- c. Brindar atención de recuperación y rehabilitación de la salud.
- d. Efectuar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.
- e. Supervisar y prestar asistencia de salud comunitaria.

## **PROCESOS GOBERNANTES**

### **DIRECCION DE LA CLINICA SAN PABLO**

**Art. 1.- DEFINICIÓN:** La Dirección de la Clínica San Pablo de Loja, es la responsable de la Administración integral de los servicios de salud que brinda a la comunidad.



### **Art. 2.- SUS PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES**

- a. Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas.
- b. Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja.
- c. Disponer la elaboración y/o revisión de los reglamentos de organización, normas y procedimientos técnicos y el reglamento interno general de la Clínica San Pablo de Loja.
- d. Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja.
- e. Elaborar la pro forma presupuestaria anual y presentar a la Corporación Médica para su aprobación. ✓
- f. Ejecutar el presupuesto vigente con sujeción a las normas y disposiciones legales. ✓

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.5

15/23

- g. Autorizar permisos, vacaciones y licencias de acuerdo a las disposiciones vigentes.✓
- h. Aplicar las sanciones disciplinarias de acuerdo a las facultades que le concede el Código de Trabajo, los reglamentos y más disposiciones legales vigentes.✓
- i. Proporcionar y/o autorizar la información a los medios de comunicación colectiva. Autorizar las publicaciones, suscribir la correspondencia oficial y las normas internas que se produzcan en la Clínica San Pablo de Loja.✓
- j. Organizar y Presidir el Comité de Auditoría Médica, y otros Comités Internos del Hospital.✓
- k. Conocer el movimiento económico diario del Hospital.✓
- l. Disponer el establecimiento de sistemas de control a los bienes de la Clínica San Pablo de Loja.
- m. Promover la investigación de salud.✓
- n. Representar legalmente a la Clínica San Pablo de Loja.✓
- o. Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo.
- p. Coordinar con otras instituciones y unidades de salud las actividades en situaciones de emergencia y/o desastres.✓
- q. Suscribir a nombre de la Clínica San Pablo de Loja, con su firma las facturas o planillas, ordenando el gasto respectivo.✓

#### SUBDIRECCIÓN MÉDICA



**Art. 3.- DEFINICIÓN:** Es la unidad encargada de proporcionar atención médica a los usuarios a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Dichas acciones se las realiza en las áreas de hospitalización, Consulta Externa y Emergencia.

**Art. 4.-** Jerárquicamente depende de la Dirección de la Clínica.

✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la Clínica "San Pablo".

F3.5

16/23



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS**

**COSTO DE ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Costo} = \frac{\text{Costo de mantenimiento de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

$$\text{Costo} = \frac{\$5.233,85 \text{ F3.5 | 23/23}}{9}$$

$$\text{Costo} = \$581,54$$

**BENEFICIO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Beneficio} = \frac{\text{Ingreso por arriendo de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

$$\text{Beneficio} = \frac{\$8.420,00 \text{ F3.5 | 22/23}}{9}$$

$$\text{Beneficio} = \$935,56$$

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015



F3.5

17/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS**

**BENEFICIO NETO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

*Beneficio Neto = Beneficio por arrendamiento – Costo*

*Beneficio Neto = \$935,56 – \$581,54*

***Beneficio Neto = \$354,02***

**COMENTARIO:**

Mediante el análisis y aplicación de indicadores de economía a la actividad de arrendamiento de consultorios médicos llevada a efecto por parte de la Clínica “San Pablo”, se determinó que los desembolsos que efectúa la administración de la entidad para mantener en óptimas condiciones a los 9 consultorios que se encuentran disponibles para el arrendamiento, corresponden a un costo unitario de \$581,54; mientras que los ingresos que se generan por dicha actividad son de \$935,56 en promedio, brindando un ingreso neto por concepto de arrendamiento de consultorios un valor de \$354,02.

Con lo manifestado, resulta evidente la correcta utilización de los recursos económico-financieros por parte de la administración de la clínica, puesto que se cumple a cabalidad con el principio de economía, siendo para este caso, un mayor beneficio frente a un bajo costo.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

18/23

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica "San Pablo" efectúa el arrendamiento de sus consultorios médicos en observancia al principio de economía.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 29-06-2015**

F3.5

19/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LABORATORIO CLÍNICO**

**CÁLCULO:**

*Beneficio Neto = Ingresos por exámenes de laboratorio – Costo*

*Beneficio Neto = \$17.460,74 – \$18.810,72*

***Beneficio Neto = -\$1.349,98***

**COMENTARIO:**

Los ingresos que percibe la clínica “San Pablo” por concepto de prestación de servicios de laboratorio clínico, es de \$17.349,74 anuales, mientras que los desembolsos que se efectuaron para facilitar este servicio ascienden a los \$18.810,72; generándose con ello, un perjuicio económico de \$1.349,98 para la entidad.

Este hecho responde a los excesivos costos en los cuales incurre la clínica para receptor las muestras biológicas de los pacientes, como lo son los recipientes, jeringas y, primordialmente los gastos de mantenimiento que se suscitan dentro de esta dependencia, disminuyéndose considerablemente los ingresos netos de la institución.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

20/23



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LABORATORIO CLÍNICO**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica "San Pablo" no percibe beneficio alguno por la prestación del servicio médico de laboratorio clínico.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la laboratorista clínica, a efectuar un inventario de los insumos médicos que dispone en la dependencia, a fin de conocer la cantidad de éstos artículos, así como también a emitir reportes periódicos sobre los exámenes practicados y el material médico utilizado en cada paciente.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

21/23


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**LABORATORIO DE IMAGEN**

**CÁLCULO:**

*Beneficio Neto = Ingresos por exámenes de imagen – Costo*

*Beneficio Neto = \$8.563,03 – \$5.673,80*

***Beneficio Neto = \$2.889,23***

**COMENTARIO:**

El servicio de imagen que oferta la clínica “San Pablo”, se enmarca dentro del principio de economía, puesto que los costos que representa el brindar la asistencia de rayos X, es considerablemente inferior a los ingresos que se percibe por esta actividad. Siendo el beneficio neto para el período 2014, el valor de \$2.889,23; el costo-beneficio mostrado por el indicador aplicado manifiesta una correcta utilización de los recursos de la entidad.

**CONCLUSIÓN:**

El servicio de imagen, brindado por la Clínica “San Pablo”, resulta beneficioso para el desarrollo institucional y cumple plenamente el principio de economía.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 29-06-2015

F3.5

22/23

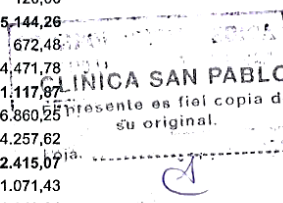
**CORPORACION MEDICA TELMO LEON OJEDA**  
 AV PIO JARAMILLO ALVARADO VIA ALA ARGELIA Y THOMAS EDISON  
 RUC: 1191717526001

**BALANCE DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS**

DESDE 01/01/2014 HASTA 31/12/2014

Pag.1 de 4

Código	Cuenta	Subtotales	Totales
<b>4</b>	<b>INGRESOS</b>		<b>414.597,33</b>
<b>4.01</b>	<b>INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS</b>		<b>371.421,90</b>
<b>4.01.02</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>363.191,20</b>	
<b>4.01.02.01</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>363.191,20</b>	
4.01.02.01.01	SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS	189.503,75	
4.01.02.01.02	SERVICIOS DE SALUD FARMACEUTICOS	1.115,00	
4.01.02.01.03	SERVICIOS DE SALUD EN LABORATORIO CLINICO	17.460,74	F3.5   19/23
4.01.02.01.04	SERVICIOS DE SALUD EN LABORATORIO DE IMAGEN	8.563,03	F3.5   21/23
4.01.02.01.05	SERVICIOS DE SALUD ATENCIÓN MEDICA	131.348,46	
4.01.02.01.09	OTROS SERVICIOS DE SALUD	15.200,22	
<b>4.01.04</b>	<b>INGRESOS POR ARRIENDOS DE CONSULTORIO</b>	<b>8.420,00</b>	
<b>4.01.04.01</b>	<b>INGRESOS POR ARRIENDOS DE CONSULTORIO</b>	<b>8.420,00</b>	
4.01.04.01.01	ARRIENDOS DE CONSULTORIO	8.420,00	F3.5   16/23
<b>4.01.06</b>	<b>INTERESES</b>		<b>0,70</b>
<b>4.01.06.01</b>	<b>INTERESES EN VENTAS</b>	<b>0,70</b>	
4.01.06.01.01	INTERESES GENERADAS DE VENTAS	0,70	
<b>4.01.09</b>	<b>(-) DESCUENTO EN VENTAS</b>		<b>-190,00</b>
<b>4.01.09.01</b>	<b>(-) DESCUENTO EN VENTAS</b>	<b>-190,00</b>	
4.01.09.01.01	(-) DESCUENTO EN VENTAS	-190,00	
<b>4.3</b>	<b>OTROS INGRESOS</b>		<b>43.175,43</b>
<b>4.3.01</b>	<b>OTROS INGRESOS</b>	<b>43.175,43</b>	
4.3.01.01	OTROS INGRESOS	43.175,43	
4.3.01.01.04	OTROS INGRESOS	2.201,58	
4.3.01.01.05	VENTA DE CONSULTORIO	40.973,85	
	<b>TOTAL INGRESOS</b>		<b>414.597,33</b>
<b>5</b>	<b>COSTOS Y GASTOS</b>		<b>411.337,41</b>
<b>5.1</b>	<b>COSTO DE VENTAS Y PRODUCCIÓN</b>		<b>176.202,21</b>
<b>5.1.01</b>	<b>MATERIALES UTILIZADOS O PRODUCTOS VENDIDOS</b>	<b>73.281,72</b>	
<b>5.1.01.01</b>	<b>COSTO DE VENTAS Y PRODUCCIÓN LABORATORIOS</b>	<b>24.604,52</b>	
5.1.01.01.01	COSTO LABORATORIO DE IMAGEN	5.673,80	F3.5   21/23
5.1.01.01.02	COSTO LABORATORIO CLINICO	18.810,72	F3.5   19/23
5.1.01.01.03	COSTO LABORATORIO PATOLOGICO	120,00	
<b>5.1.01.02</b>	<b>COSTOS VENTAS Y PRODUCCIÓN HOSPITALARIOS</b>	<b>5.144,26</b>	
5.1.01.02.03	COSTOS ALIMENTACION HOSPITALARIOS 12% IVA	672,48	
5.1.01.02.04	COSTOS ALIMENTACION HOSPITALARIOS 0% IVA	4.471,78	
<b>5.1.01.03</b>	<b>COSTO VENTAS Y PRODUCCIÓN FARMACEUTICOS</b>	<b>41.117,97</b>	
5.1.01.03.01	COSTO FARMACEUTICOS 12% IVA	6.860,25	
5.1.01.03.02	COSTO FARMACEUTICOS 0% IVA	34.257,62	
<b>5.1.01.04</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>2.415,07</b>	
5.1.01.04.01	MATERIAL DE OSTEOSINTESIS-PROTESIS	1.071,43	
5.1.01.04.02	MATERIAL QUIRURGICOS	1.343,64	
<b>5.1.02</b>	<b>MANO DE OBRA DIRECTA</b>	<b>54.086,68</b>	



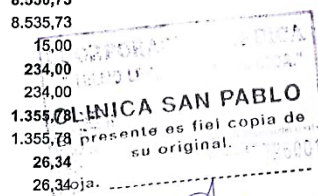
F3.5

23/23

Pag.2 de 4

DESDE 01/01/2014 HASTA 31/12/2014

Código	Cuenta	Subtotales	Totales
5.1.02.01	SUELDOS, SALARIOS MANO DE OBRA DIRECTA	41.229,81	
5.1.02.01.01	SUELDOS MANO OBRA DIRECTA	35.424,59	
5.1.02.01.03	HORAS EXTRAS 100% MANO DE OBRA DIRECTA	5.805,22	
5.1.02.02	BENEFICIOS SOCIALES E INDEMNIZACIONES	5.952,01	
5.1.02.02.01	DECIMO TERCER SUELDO M. OBRA DIRECTA	3.169,70	
5.1.02.02.02	DECIMO CUARTO SUELDO M. OBRA DIRECTA	2.508,17	
5.1.02.02.03	BONIFICACIONES POR ALIMENTACIÓN M.O.DIRECTA	274,14	
5.1.02.03	APORTES A LA SEG. SOCIAL MANO DE OBRA DIRECTA	6.904,86	
5.1.02.03.01	APORTE PATRONAL MANO O. DIRECTA	4.985,85	
5.1.02.03.02	FONDOS DE RESERVA MANO DE OBRA DIRECTA	1.919,01	
5.1.04	OTROS COSTOS INDIRECTOS DE FABRICACION	48.833,81	
5.1.04.01	DEPRECIACIÓN PROP., PLANTA Y EQUIPO EN COST. VENT	37.957,93	
5.1.04.01.01	DEPRECIACION ACUM. EDIFICIOS COST. VENT Y PROD.	27.448,03	
5.1.04.01.04	DEPRECIACION ACUM. MUEBLES Y ENSERES COST. VENT	2.220,19	
5.1.04.01.05	DEPRECIACION ACUM. MAQUINARIA Y EQUIPO COST.	4.768,25	
5.1.04.01.07	DEPRECIACION ACUM. EQUIPO DE COMPUTACIÓN COST.	584,84	
5.1.04.01.08	DEPREC. ACUM. VEH., EQ. DE TRANSP. Y EQ. CAM. MOVI	2.861,92	
5.1.04.01.10	DEPRECIACION ACUM. REPUESTOS Y HERRAMIENTAS	74,70	
5.1.04.07	SUMINISTROS MATERIALES Y REPUESTOS PRODUCCION	5.231,62	
5.1.04.07.01	INSUMOS Y SUMINISTROS MEDICOS	1.764,01	
5.1.04.07.02	MATERIALES PARA LA PRODUCCION	131,13	
5.1.04.07.04	OXIGENO	3.336,48	
5.1.04.08	OTROS COSTOS DE PRODUCCIÓN	5.644,26	
5.1.04.08.01	COSTO VENTA DE CONSULTORIOS	5.233,85	F3.5   16/23
5.1.04.08.02	SUBROGACIÓN DE SUELDOS EN PRODUCCIÓN	383,62	
5.1.04.08.03	SERVICIOS VARIOS DE PRODUCCIÓN	26,79	
5.2	<b>GASTOS</b>		235.135,20
5.2.01	<b>GASTOS DE VENTA</b>	128.778,55	
5.2.01.01	SUELDOS, SALARIOS EN VENTAS	29.004,08	
5.2.01.01.01	SUELDOS DE VENTAS	21.734,79	
5.2.01.01.04	HORAS EXTRAS 100% DE VENTAS	6.669,29	
5.2.01.01.05	BONIFICACIONES DE VENTAS	600,00	
5.2.01.02	BENEFICIOS SOCIALES E INDEM. DE VENTAS	4.278,47	
5.2.01.02.01	DECIMO TERCER SUELDO DE VENTAS	2.447,12	
5.2.01.02.02	DECIMO CUARTO SUELDO DE VENTAS	1.831,35	
5.2.01.03	APORTES A LA SEG. SOCIAL DE VENTAS	5.112,79	
5.2.01.03.01	APORTE PATRONAL DE VENTAS	3.451,13	
5.2.01.03.02	FONDOS DE RESERVA DE VENTAS	1.661,66	
5.2.01.05	HONORARIOS, COM. Y DIETAS A PERS. NAT. EN VENTAS	64.627,61	
5.2.01.05.01	HONORARIOS A PERSONAS NATURALES VENTAS	2.007,83	
5.2.01.05.03	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALISTAS	39.219,72	
5.2.01.05.04	HONORARIOS DE DIAGNOSTICO	-8.108,17	
5.2.01.05.05	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO	7.328,16	
5.2.01.05.06	HONORARIOS MEDICO ANESTESISTA	8.246,00	
5.2.01.05.07	HONORARIOS MEDICO GENERAL	12.960,10	
5.2.01.05.08	SERVICIO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2.973,97	
5.2.01.08	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES EN VENTAS	8.550,73	
5.2.01.08.01	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES EN VENTAS	8.535,73	
5.2.01.08.03	ALMACENAMIENTO, EMBALAJE , ENVASE Y RECARGA DE	15,00	
5.2.01.11	PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD EN VENTAS	234,00	
5.2.01.11.01	PROMOCIÓN Y PUBLICIDAD EN VENTAS	234,00	
5.2.01.12	COMBUSTIBLES EN VENTAS	1.355,78	
5.2.01.12.01	COMBUSTIBLES EN VENTAS	1.355,78	
5.2.01.13	LUBRICANTES EN VENTAS	26,34	
5.2.01.13.01	LUBRICANTES EN VENTAS	26,34	



F3.6

1/7



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CÉDULA NARRATIVA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL**

**COMENTARIO:**

Adicional a las debilidades encontradas con la aplicación del cuestionario de control interno, se consideró pertinente verificar si el proceso de selección de personal que mantiene la clínica, es el apropiado, mediante una inspección al archivo permanente de la entidad se determinó que la selección de personal se lleva a efecto en plena observancia al manual de procedimientos y funciones de la clínica "San Pablo", que en su Art. 51, literal b) establece como función y atribución del departamento de Recursos Humanos: "*Reclutar y seleccionar el personal en base a exámenes de conocimientos técnicos, experiencia, educación, entrevistas*", garantizando de esta manera, la excelencia médica en la prestación de servicios de salud.

En primera instancia, la clínica emite un llamamiento a concurso de méritos para el cargo que presente una vacante, posteriormente, luego de una revisión de currículos, se procede a evaluar al aspirante, para finalmente suscribir el contrato de trabajo.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica realiza un acertado proceso de selección de personal.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 10-07-2015



F3.6

2/7

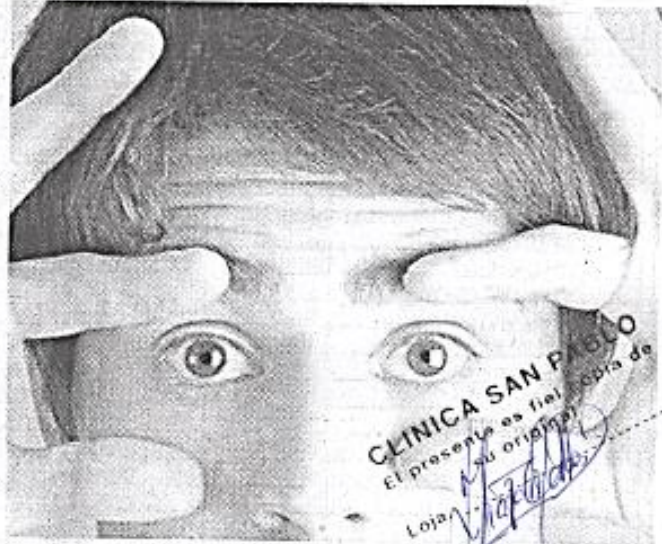
## ¿Por qué algunos duermen con los ojos abiertos?

**PLANETACURIOSO** • Aunque en su mayoría son niños, también hay adultos que mantienen sus ojos entre abiertos mientras descansan. Y no es porque siempre estén alertas.

En realidad, es un problema llamado 'lagofthalmos nocturno', y la cosa es más seria para los adultos. Es generado por problemas en los nervios faciales o la forma del párpado. Y hay más... Algunas enfermedades de la piel e infecciones también pueden causar lagofthalmos.

Como registra BBC, el no poder cerrar los ojos bien puede ser resultado de una cirugía plástica mal hecha, como para quitarse parte del exceso de piel que aumenta con la edad. Tal vez se vean muy bien... bueno mientras no los vean dormir.

Lo cierto es que mientras se duerme las lágrimas



**DESCANSO.** Muchos duermen con los ojos medios abiertos, todo tiene una razón.

cubren toda la córnea para mantenerla húmeda y limpia lo que a su vez puede prevenir

daños, pero no se puede realizar completamente si los ojos no se cierran correctamente.

 **CLINICA SAN PABLO**

**REQUIERE CONTRATAR ✓**

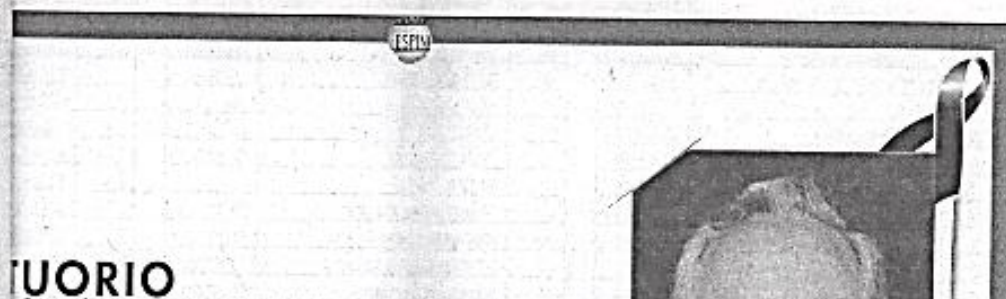
**2 MÉDICOS GENERALES**

SUELDO \$  1.000.000

Entregar documentos personales en la misma Institución.

**DIRECCIÓN: AV. PÍO JARAMILLO Y THOMAS EDISON (ARGELIA)**

 **¡Mucho mejor!**  
si es hecho en ECUADOR



✓ **VERIFICADO** con el archivo permanente del departamento de contabilidad de la Clínica "San Pablo".

F3.6

3/7



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CÉDULA NARRATIVA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**VERIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO DE EMERGENCIA**

**COMENTARIO:**

Mediante una revisión en los archivos contables de la clínica "San Pablo", se determinó que la entidad mantiene cobros efectuados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS, evidenciando la atención médica de carácter prioritario a pacientes que asisten a la institución, en estado de emergencia, en un cumplimiento al literal b), del ingreso de pacientes a emergencia, el cual en su numeral 1.15, estipula que: *"Todo paciente ingresado al área de emergencia, deberá ser atendido con la prontitud necesaria, observando las formalidades del ingreso con los responsables o familiares de éste, en su caso"*.

Adicional a lo mencionado, se indagó sobre la atención a pacientes de emergencia con escasos recursos, verificando que el aspecto económico no limita el ingreso del afectado a la clínica, todo paciente cuya vida está en potencial riesgo es internado, si éste posee seguro social, los costos médicos son facturados al IESS, caso contrario los deberá cancelar en su totalidad el paciente, al recibir el alta médica, hecho que cumple a cabalidad con el Art. 8, de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la cual fija que: *"Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo"*.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 13-07-2015

F3.6

4/7

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CÉDULA NARRATIVA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**VERIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO DE EMERGENCIA**

**CONCLUSIÓN:**

La clínica "San Pablo", cumple con la normativa legal aplicable a la atención médica a pacientes en estado de emergencia.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 13-07-2015**

F3.6

5/7



# CLINICA SAN PABLO

CORPORACIÓN MÉDICA TELMO LEÓN OJEDA CÍA. LTDA.

"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"

Dirección de la matriz y establecimiento: Ciudadela La Argelia, calle Av. Pío Jaramillo  
Alvarado s/n y Thomas Alva Edison • Teléfonos.: 072 546924 / 072 546444 LOJA - ECUADOR

R.U.C. 1191717526001  
Nº Aut. S.R.I. 1115531912

Documento Categorizado: NO

**FACTURA** 001-001-Nº 005185

**C**liente: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.E.S.S)

Ruc. C/I: 1760004650001

Teléf.: 2576230

Fecha 01/10/2014

Direcc.: Bernardo Valdivieso Y Rocafuerte

Usuario ANDREA

Cant.	Detalle	V.Unit.	V.Total
1	Hospitalización General	70.380	70.38
1	Medicación	26.840	26.84
1	Laboratorio Clínico	3.380	3.38
1	Honorarios Médicos	677.140	677.14

CLINICA SAN PABLO  
El presente es fiel copia de  
su original  
Loja

SUBTOTAL	DESCTO.	SUB. IVA 0%	Subt. 12'00%	IVA 12.00%	TOTAL US\$
777.740	0.00	777.74	0.00	0.00	777.74

OBSERVACIONES: SEGURO GENERAL : JIMBO CASTRO LORENA DE LOURDES

F. AUTORIZADA

F. CLIENTE

www.sistemas.com.ec

Editorial Pirámides Digital de Javier Leonidas Agreda Astudillo, RUC: M02134846001, Nro. AUT. 5472 • Telefax 2574 651  
Fecha de Aut. 08-09-2014 • Nro. de secuencia 000005101 a 000006100 • VÁLIDO HASTA EL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2015

ORIGINAL: ADQUIRENTE  
- COPIA: EMISOR

**C/ CONFIRMADO** con factura 001-001-005185, cobrada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por la atención de una paciente con seguro general.

F3.6

6/7



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CÉDULA NARRATIVA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**VERIFICACIÓN DEL CONTROL DE ASISTENCIA DEL PERSONAL**

**COMENTARIO:**

Como un procedimiento adicional de auditoría, se estableció la verificación del control que ejerce la clínica sobre la asistencia del personal, para el efecto, se determinó que la entidad dispone de un sistema de reloj biométrico que registra las entradas y salidas de los trabajadores, lo cual denota un cumplimiento a las funciones y actividades conferidas al departamento de Recursos Humanos, que constan en el manual de procedimientos y funciones, en cuyo Art. 51, literal i), contempla que el departamento en mención deberá: *“Controlar la asistencia diaria, informando de toda novedad a la Dirección de la Clínica”*.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica dispone de un sistema eficiente de control para la asistencia del personal.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

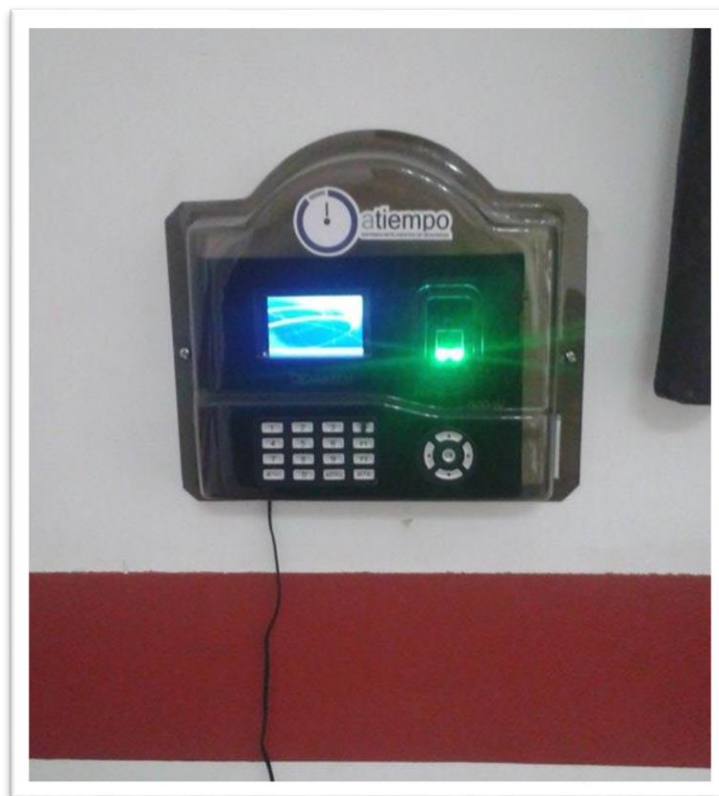
**Fecha:** 15-07-2015

F3.6

7/7

### VERIFICACIÓN DEL CONTROL DE ASISTENCIA DEL PERSONAL

Mediante la verificación de la existencia de un mecanismo de control para la asistencia del personal, se determinó que la clínica "San Pablo", dispone de un reloj biométrico para controlar el ingreso y salida del personal administrativo y de enfermería, dicho reloj, está conectado a la base de datos del sistema contable adoptado por el ente, el cual permite la jornalización apropiada de los valores a cancelar al personal, por concepto de jornada laboral, horas suplementarias y extras.



F3.7

1/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
<b>OBJETIVOS</b>				
1	Establecer el grado en que el personal del área médica, ha cumplido con los deberes y atribuciones a ellos asignados.			
2	Medir la eficiencia, eficacia y economía, en la prestación de servicios médicos.			
3	Emitir recomendaciones tendientes a mejorar los servicios médicos ofertados por la clínica.			
<b>PROCEDIMIENTOS</b>				
1	Aplique el cuestionario de control interno al personal del área médica.	<b>F3.8</b> <b>1-1</b>	J.D.S.F.	08-06-15
2	Evalúe el sistema de control interno.	<b>F3.9</b> <b>1-2</b>	J.D.S.F.	09-06-15
3	Elabore cédulas narrativas sobre cada uno de los hallazgos encontrados.	<b>F3.10</b> <b>1-6</b>	J.D.S.F.	19-06-15
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 08-06-2015</b>	

F3.7

2/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
4	Aplique indicadores de gestión al componente.	<b>F3.11</b> <b>1-7</b>	J.D.S.F.	01-07-15
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>	<b>Fecha: 08-06-2015</b>	



F3.8

1/1


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
1	¿Se ha difundido la misión, visión, objetivos y estrategias institucionales con el personal del área médica?		x	10	0	Se tiene un conocimiento empírico de misión y objetivos
2	¿Las funciones que desempeñan en el área médica, guardan relación con el manual de procedimientos y funciones?	x		10	10	
3	¿Se cuenta con un sistema de control de asistencia para el personal médico?	x		10	10	
4	¿Se han efectuado capacitaciones al personal médico en cada una de sus especialidades?		x	10	0	Se brindan permisos para acudir a conferencias del MSP
5	¿Se aplican indicadores de gestión para medir el grado de eficiencia, eficacia y economía en la prestación de servicios médicos?		x	10	0	
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.8

1/1


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
6	¿Se brinda mantenimiento a los equipos médicos de manera oportuna?	x		10	10	Permanentemente se efectúa su revisión
7	¿Los utensilios médicos son desinfectados y manipulados con asepsia en cada atención médica brindada?	x		10	10	Se utiliza esterilizadores a calor seco
8	¿Se dispone de guantes, batas, mascarillas y demás vestimenta para la atención de pacientes?	x		10	10	Se debe solicitar a bodega el despacho de los materiales
9	¿La ambulancia de la clínica es objeto de revisiones mecánicas periódicas?	x		10	10	Mecánicas y eléctricas por el sistema de sirenas
10	¿La ambulancia dispone del equipo médico necesario para proporcionar atención a pacientes en estado de emergencia?	x		10	10	Dispone de electrocardiógrafo, tensiómetro, camilla, oxígeno, desfibrilador, botiquín, indumentaria y varios medicamentos
<b>TOTAL</b>				<b>100</b>	<b>70</b>	
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.9

1/2



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

### 1. VALORACIÓN

Ponderación Total (P.T.)= 100

Calificación Total (C.T.)= 70

Calificación Porcentual (C.P.)= 70%

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100$$

$$CP = \frac{70}{100} \times 100$$

$$CP = 70\%$$

### 2. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO

#### CONFIANZA

<b>BAJA</b> 15 – 50%	<b>MODERADA</b> 51 – 75%	<b>ALTA</b> 76 – 95%
<b>ALTO</b>	<b>70%</b>	<b>BAJO</b>

**RIESGO**

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 09-06-2015

F3.9

2/2

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

### **3. CONCLUSIONES**

Como resultado del cuestionario de control interno aplicado al área médica de la clínica, se tiene que el componente muestra riesgo moderado, lo cual denota un nivel de confianza igualmente moderado, derivado de las siguientes falencias:

- a) Escasa difusión de la filosofía institucional (misión, visión y objetivos)
- b) No se capacita al personal médico de la clínica
- c) Falta de indicadores para medir el desempeño del personal médico

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 09-06-2015

F3.10

1/6


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**ESCASA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN,  
VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**COMENTARIO:**

Como mecanismo de corroboración a las respuestas proporcionadas por los administrativos de la clínica San Pablo en el cuestionario de control interno, se procedió a cuestionar a los médicos especialistas del ente sobre su conocimiento de la filosofía institucional, encontrando que, los galenos desconocen rotundamente tanto la misión, visión como los objetivos institucionales, confirmándose aún más la inobservancia a una de las estrategias establecidas en el manual de procedimientos y funciones adoptado por el ente, la cual configura como directriz de crecimiento organizacional, que la dirección de la clínica, tiene como actividades el: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

Con base en una entrevista practicada a los médicos de las diversas especialidades que oferta la clínica, manifestaron que no han sido convocados a reunión para socializar el manual de procedimientos y funciones, mucho menos se les ha entregado de manera escrita, la filosofía institucional, por ende ellos desconocen específicamente, la razón de ser y la proyección que la clínica pretende alcanzar.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 19-06-2015**

F3.10

2/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**ESCASA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN,  
VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica San Pablo, no se ha permitido comunicar a los médicos de la institución, los referentes filosóficos con los cuales deben proyectar su accionar.

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 19-06-2015**

F3.10

3/6


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NO SE CAPACITA AL PERSONAL MÉDICO DE LA CLÍNICA**

**COMENTARIO:**

Con base en el cuestionario de control interno enfocado al personal médico de la entidad, se comprobó que la clínica no dispone de los recursos monetarios a los galenos, para que efectúen cursos de capacitación, únicamente se les concede los permisos que se requieran, para que asistan a campañas de adiestramiento que a criterio ellos, sean necesarias, con lo manifestado se verificada el incumplimiento al Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: *"Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad"*.

Hecho que es provocado por el desconocimiento de la rotunda importancia que tiene para la entidad, el contar con profesionales médicos a la vanguardia de los avances científicos en los ámbitos de la medicina humana.

Con los aspectos citados con antelación, se pone de manifiesto que la clínica se priva de contar con médicos vanguardistas, que oferten nuevos métodos y procedimientos de intervención y tratamiento a las diversas enfermedades, que atraigan a más sectores de la localidad a ser atendidos en las inmediaciones de la clínica.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 19-06-2015

F3.10

4/6



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NO SE CAPACITA AL PERSONAL MÉDICO DE LA CLÍNICA**

La entrevista realizada con el personal médico, permitió adentrarse en los causales que provocan la inexistencia de capacitaciones a los galenos, y estos responden a que en su mayoría, los médicos no mantienen una relación de dependencia con la institución, únicamente alquilan los consultorios para ofertar sus servicios, pese a esto, la entidad cuenta con médicos internistas, que no ha sido capacitados, a pesar de que su permanencia en la organización se prevé prolongada.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha efectuado la capacitación a los médicos internistas que guardan relación de dependencia con la entidad.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la contadora, la asignación de un rubro de capacitaciones en la proforma presupuestaria, netamente para los médicos internistas de los que disponga el ente.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 19-06-2015



F3.10

5/6



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**FALTA DE INDICADORES PARA MEDIR EL DESEMPEÑO DEL  
 PERSONAL MÉDICO**

**COMENTARIO:**

La dirección de la clínica no ha establecido los indicadores de gestión apropiados para evaluar el desempeño de los médicos especialistas, en un incumplimiento al Art. 2, del manual de procedimientos y funciones de la clínica "San Pablo", que entre las funciones atribuidas a la dirección, establece que le compete: "*Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo*"

El acontecimiento en mención, se suscita en la entidad debido al desconocimiento de lo trascendental que resulta para una administración, el evaluar el desempeño de sus empleados, en este caso, de los médicos especialistas, al no disponer de los indicadores de gestión para el efecto, la clínica desconoce el nivel productivo de cada uno de sus elementos en las diferentes especialidades médicas y por ende, no se puede tomar acciones correctivas, tendientes a la optimización de los servicios de salud ofertados por la institución.

**CONCLUSIÓN:**

Los médicos especialistas no han sido evaluados en lo referente a su desempeño, en vista de la ausencia de indicadores de gestión.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 20-06-2015

F3.10

6/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**FALTA DE INDICADORES PARA MEDIR EL DESEMPEÑO DEL  
PERSONAL MÉDICO**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Jefe de Talento Humano:

- Construir indicadores de gestión que permitan establecer el grado de eficiencia, eficacia y economía, con que el personal del área médica de la clínica San Pablo, efectúa sus actividades.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 20-06-2015

F3.11

1/7



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN,  
 VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**CÁLCULO:**

**– MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Médicos que conocen la misión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{6^{\text{F3.11 | 4/7}}}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = 46\%$$

**– VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Médicos que conocen la visión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{2^{\text{F3.11 | 4/7}}}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = 15\%$$

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 01-07-2015**

F3.11

2/7



# CLÍNICA SAN PABLO

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**– OBJETIVOS:**

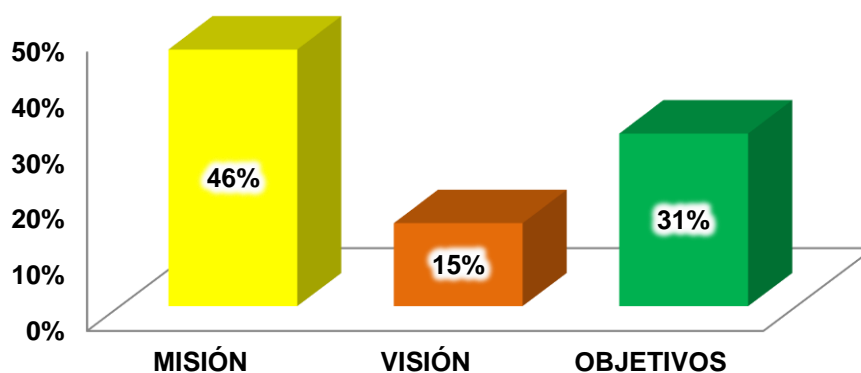
$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Médicos que conocen los objetivos}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{4}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = 31\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**



Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 01-07-2015

F3.11

3/7


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN,  
 VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**COMENTARIO:**

La difusión de la misión institucional con el personal médico de la clínica es demasiado bajo, considerando que de los 13 médicos especialistas que dispone la entidad, el reducido número de 6, conocen la razón de ser de la entidad, con lo cual dicha socialización alcanza un 46% de alcance.

En lo referente a la visión del ente, el indicador arrojó un porcentaje desalentador, en razón que únicamente de los 13 médicos del ente, a 2 de ellos les ha sido puesta a su consideración la visión organizacional, con lo cual dicho elemento alcanza una difusión del 15%.

Finalmente, los objetivos institucionales, han sido puestos a consideración del personal médico en un 31%, esto denota que de los 13 médicos encuestados, sí conocen los lineamientos de la clínica.

**CONCLUSIÓN:**

La filosofía institucional de la clínica san Pablo ha sido socializada de manera muy limitada entre el personal médico de la entidad.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 01-07-2015



F3.11

4/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL MÉDICO**

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CONOCE		
			MISIÓN	VISIÓN	OBJETIVOS
1	Dra. Yadira Angamarca Guanuche	Médico General	x		
2	Dr. Stalin Efrén Arias Arias	Médico General	x		
3	Dra. Rita Lucrecia Collahuazo	Psicorrehabilitadora	x		x
4	Dr. César Cueva	Otorrinolaringólogo			x
5	Dr. Wilson Villareal	Fisiatra			
6	Dr. Ángel Jiménez	Ginecólogo-Obstetra	x	x	
7	Dr. Luis Guerrero	Nefrólogo			x
8	Dra. Mercedes León	Médico de la Mujer			
9	Dra. Nora Lalangui	Anestesióloga	x		
10	Dra. Jhoanna Delgado	Pediatra			
11	Dra. Luz Quezada	Dermatóloga	x	x	x
12	Dr. Kleber Peralta	Traumatólogo			
13	Dra. Gloria León	Oncohematólogo			
<b>TOTAL</b>			<b>Σ 6</b>	<b>Σ 2</b>	<b>Σ 4</b>

F3.11 | 1/7

F3.11 | 2/7

F3.11

5/7



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**

**CÁLCULO:**

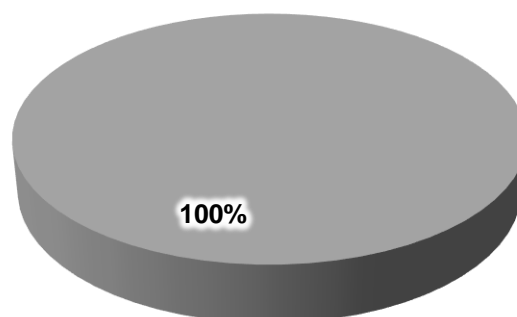
$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Médicos con título acorde a su especialidad}}{\text{Total de médicos}} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = \frac{16 \text{ F3.11 | 7/7}}{16} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = 100\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**



■ Médicos con título acorde a su especialidad

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 01-07-2015

F3.11

6/7



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**

**COMENTARIO:**

La entidad dispone de una planta médica con formación profesional, acorde a las funciones que deben cumplir según cada especialidad, por lo tanto el indicador de desempeño médico, determinó que el 100% de los médicos de la clínica San Pablo, laboran las especialidades en las cuales se formaron académicamente.

**CONCLUSIÓN:**

La totalidad de los médicos de la clínica, laboran en las especialidades acorde a su formación académica.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 01-07-2015





F3.11

7/7

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**

<b>Nro.</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CARGO</b>	<b>TÍTULO PROFESIONAL.</b>
1	Dra. Yadira Angamarca Guanuche	Médico General	x
2	Dr. Stalin Efrén Arias Arias	Médico General	x
3	Dra. Rita Lucrecia Collahuazo	Psicorrehabilitadora	x
4	Dr. César Cueva	Otorrinolaringólogo	x
5	Dr. Wilson Villareal	Fisiatra	x
6	Dr. Ángel Jiménez	Ginecólogo-Obstetra	x
7	Dr. Luis Guerrero	Nefrólogo	x
8	Dra. Mercedes León	Médico de la Mujer	x
9	Dra. Nora Lalangui	Anestesióloga	x
10	Dra. Jhoanna Delgado	Pediatra	x
11	Dra. Luz Quezada	Dermatóloga	x
12	Dr. Kleber Peralta	Traumatólogo	x
13	Dra. Gloria León	Oncohematólogo	x
<b>TOTAL</b>			<b>Σ 13</b>

F3.11 | 5/7

F3.12

1/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
<b>OBJETIVOS</b>				
1	Establecer el grado en que el personal de área de enfermería, ha cumplido con los deberes y atribuciones a ellos asignados.			
2	Medir la eficiencia, eficacia y economía en la prestación de servicios de enfermería			
3	Emitir recomendaciones tendientes a mejorar los servicios de enfermería ofertados por la clínica.			
<b>PROCEDIMIENTOS</b>				
1	Aplique el cuestionario de control interno al personal de servicios médicos de enfermería.	F3.13 1-2	J.D.S.F.	08-06-15
2	Evalúe el sistema de control interno implementado para el área de enfermería.	F3.14 1-2	J.D.S.F.	09-06-15
<b>Elaborado por:</b> J.D.S.F.		<b>Revisado por:</b> E.A.S.T.		<b>Fecha:</b> 08-06-2015

F3.12

2/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

Nº	DESCRIPCIÓN	REF.	ELAB. POR	FECHA
3	Elabore cédulas narrativas sobre cada uno de los hallazgos encontrados.	F3.15 1-6	J.D.S.F.	24-06-15
4	Aplique indicadores de gestión al componente.	F3.16 1-11	J.D.S.F.	02-07-15
Elaborado por: J.D.S.F.		Revisado por: E.A.S.T.	Fecha: 08-06-2015	

F3.13

1/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
1	¿Se ha difundido la misión, visión, objetivos y estrategias institucionales con el personal de enfermería?		x	10	0	
2	¿Las funciones que desempeñan en el departamento de enfermería, guardan relación con el manual de procedimientos y funciones?	x		10	10	
3	¿Se cuenta con un sistema de control de asistencia para el personal de enfermería?	x		10	10	
4	¿Existe un control de permanencia en los lugares de trabajo para el personal de enfermería?	x		10	5	Supervisiones ocasionales del director
5	¿El despacho de medicamentos para suministrar a los pacientes es oportuno?	x		10	10	Se pasa la receta emita por el médico
6	¿Se mantiene un registro de las medicinas que se suministran a los pacientes?	x		10	10	Se deja constancia en la hoja de historia clínica
7	¿Se han efectuado capacitaciones al personal de enfermería?		x	10	0	Se otorgan permisos
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.13

2/2


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

Nº	PREGUNTA	RPTA.		P.T.	C.T.	OBSERVACIÓN
		SI	NO			
8	¿El personal de enfermería registra oportunamente el estado evolutivo del paciente en su historial clínico?	x		10	10	
9	¿El personal de enfermería cuenta con la indumentaria y accesorios necesarios para la atención al paciente?	x		10	10	
10	¿Se dispone de los repositorios necesarios para los desechos comunes e infecto-contagiosos?	x		10	5	Para los desechos comunes se tiene basureros, para los infecto-contagiosos se dispone de botellas esterilizadas y cartones para los vendajes y demás
11	¿Se suscribe la carta de consentimiento para proceder a la hospitalización de un paciente?	x		10	10	
<b>TOTAL</b>				<b>110</b>	<b>80</b>	
<b>Elaborado por: J.D.S.F.</b>		<b>Revisado por: E.A.S.T.</b>		<b>Fecha: 08-06-2015</b>		

F3.14

1/2



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

### 1. VALORACIÓN

Ponderación Total (P.T.)= 110

Calificación Total (C.T.)= 80

Calificación Porcentual (C.P.)= 73%

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100$$

$$CP = \frac{80}{110} \times 100$$

$$CP = 73\%$$

### 2. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO

#### CONFIANZA

<b>BAJA</b> 15 – 50%	<b>MODERADA</b> 51 – 75%	<b>ALTA</b> 76 – 95%
<b>ALTO</b>	<b>73%</b>	<b>BAJO</b>

**RIESGO**

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 09-06-2015

F3.14

2/2

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

### **3. CONCLUSIONES**

Luego de aplicado el cuestionario de control interno, se llegó a evidenciar que el componente de enfermería, posee un nivel de riesgo moderado y subsecuentemente se grado de confiabilidad también se encuentra en un rango moderado, debido principalmente a la presencia de las siguientes debilidades:

- a) Nula difusión de la filosofía institucional
- b) Falta de controles para garantizar la permanencia del personal
- c) Ausencia de capacitaciones a las enfermeras
- d) Escasez de repositorios internos para el manejo de desechos médicos

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 09-06-2015

F3.15

1/6



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NULA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**

**COMENTARIO:**

La entrevista realizada con el departamento de enfermería de la clínica, y contrastado con el cuestionario de control interno aplicado a esta dependencia, permitió evidenciar que el departamento, no ha sido notificado sobre la existencia de la misión, visión y objetivos institucionales, con lo cual en el ente refirma su incumplimiento a la estrategia organizacional que estipula, como actividad de la dirección de la clínica, el: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

Esta inobservancia surge de limitada preocupación del director de la entidad, en hacer partícipes de los lineamientos de la clínica, al personal de enfermería, ante este hecho, las enfermeras no canalizan su accionar y esfuerzos, para la consecución de los objetivos y propósitos de la institución.

**CONCLUSIÓN:**

El personal inmerso en el departamento de enfermería, desconoce la misión, visión y objetivos de la clínica San Pablo.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 24-06-2015



F3.15

2/6



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**FALTA DE CONTROLES PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA DEL PERSONAL**

**COMENTARIO:**

Mediante una inspección, y sumado a la pregunta pertinente en el cuestionario de control interno aplicado al área de enfermería, se determinó que el personal no se encuentra laborando de manera permanente en las plazas de trabajo que les fueron asignadas, con lo cual la dirección de la entidad, reafirma su contravención al manual de procedimientos y funciones, que en su Art. 2, literal b), contempla que es función del director de la clínica: "*Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja*".

Particular que emerge de la ausencia de una inspección médica por parte del director de la clínica, lo que repercute significativamente en la evolución de los pacientes hospitalizados en la institución, que al no contar con los cuidados necesarios, se limita su recuperación médica.

**CONCLUSIÓN:**

Las enfermeras de la entidad, no se encuentran velando por la salud de los pacientes de manera permanente.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 24-06-2015

F3.15

3/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**FALTA DE CONTROLES PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA  
DEL PERSONAL**

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Realizar inspecciones sorpresivas y esporádicas al personal de enfermería, para determinar su permanencia en el área de hospitalización.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 24-06-2015

F3.15

4/6



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**AUSENCIA DE CAPACITACIONES A LAS ENFERMERAS**

**COMENTARIO:**

El personal de enfermería no ha recibido capacitaciones por parte de la entidad, reafirmando la inobservancia al Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: *“Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad”*.

Según lo expresado por las enfermeras de la institución, pese a encontrarse laborando en relación de dependencia, la administración de la clínica, no las ha hecho partícipes de ninguna capacitación, ni curso tendiente a la especialización.

El causal para esta deficiencia, es el comportamiento ahorrista que figura en a administración de la entidad, puesto que se considera un gasto superfluo, en erogar en capacitaciones, ante este hecho, la clínica se encuentra disponiendo de enfermeras con preparación poco vanguardista, en la atención y cuidados del paciente, lo que a la postre originaría una disminución en la predilección de la colectividad lojana, frente a las servicios ofertados por la clínica San Pablo.

**CONCLUSIÓN:**

La administración de la entidad no ha dispuesto la partida presupuestaria y el plan de capacitación para el área de enfermería.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 25-06-2015

F3.15

5/6

**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**AUSENCIA DE CAPACITACIONES A LAS ENFERMERAS**

**RECOMENDACIÓN:**

A la Contadora:

- Conjuntamente con el administrador, elaborar el plan anual de capacitaciones para el personal de enfermería que labora en la clínica.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 25-06-2015

F3.15

6/6


**CLINICA SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**NARRATIVA DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**ESCASEZ DE REPOSITORIOS INTERNOS PARA EL MANEJO DE DESECHOS MÉDICOS**

**COMENTARIO:**

Las enfermeras de la institución, se ven obligadas a depositar los desechos médicos infectocontagiosos, en repositorios no correspondientes, en vista que la entidad no ha dispuesto la cantidad apropiada de estos elementos, en una inobservancia al Art. 7, del Reglamento de Manejo de los Desechos Infecciosos para a Red de Salud en el Ecuador, el cual establece que: *“Los desechos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar de generación durante la prestación de servicios al usuario”*. La inobservancia es generada por la escases de repositorios en el área de emergencia y hospitalización, de persistir este particular, la clínica se ve expuesta a amonestaciones y sanciones pecuniarias por parte del Ministerio de Salud Pública.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no cuenta con la cantidad de repositorios necesarios, en el área de emergencia y hospitalización.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Director de la clínica:

- Efectuar la adquisición de repositorios para el acopio de desechos médicos infecciosos.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 25-06-2015

F3.16

1/11



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**CÁLCULO:**

**– MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la misión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{1 \text{ F3.16 | 4/11}}{3} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = 33\%$$

**– VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la visión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{0 \text{ F3.16 | 4/11}}{3} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = 0\%$$

**Elaborado por: J.D.S.F.**

**Revisado por: E.A.S.T.**

**Fecha: 02-07-2015**

F3.16

2/11



# CLÍNICA SAN PABLO

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

## ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

### **DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

#### **– OBJETIVOS:**

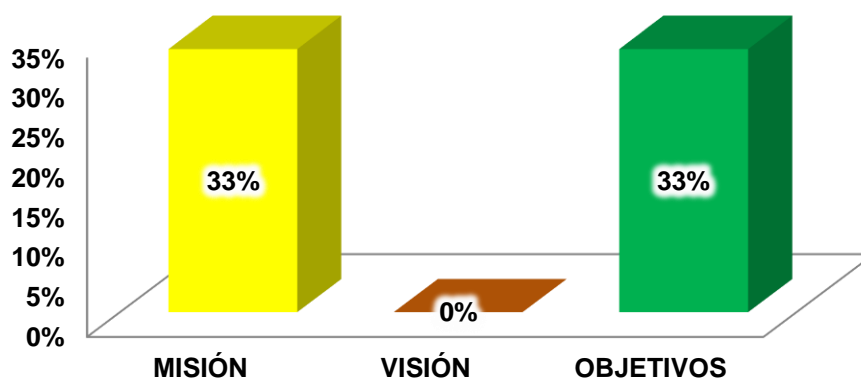
$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Enfermeras que conocen los objetivos}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{1}{3} \times 100 \quad \text{F3.16 | 4/11}$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = 33\%$$

#### **REPRESENTACIÓN:**

### **DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**



Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 02-07-2015

F3.16

3/11



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN,  
 VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**COMENTARIO:**

El personal que labora dentro del área de enfermería, conoce de manera escasa la misión institucional, esto se ve reflejado en un 33% de conociendo de este aspecto filosófico, es decir, de las 3 enfermeras que laboran en la clínica San Pablo, sólo una de ellas conoce este parámetro.

Con la encuesta practicada a las enfermeras, se determinó que ninguna de ellas conoce la visión institucional, esto como consecuencia de una nula difusión de este particular, por parte de la administración de la clínica.

Por último se encuestó, sobre el grado de conocimiento sobre los objetivos organizacionales, teniendo como resultado, que el 33% de las enfermeras conoce dicho parámetro.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha comunicado de manera oportuna al personal de enfermería de la clínica, sobre la existencia de la misión, visión y objetivos del ente.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 02-07-2015





F3.16

4/11

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.	CARGO	CONOCE		
				MISIÓN	VISIÓN	OBJETIVOS
1	Benilda Ofelia Iñaguazo Iñaguazo	1104551674	Enfermera	x		
2	Hilda Josefina Poma Sanmartín	1104664972	Enfermera			
3	Digna Maritza Quinche Uchuari	1104751969	Enfermera			x
<b>TOTAL</b>				$\Sigma$ 1	$\Sigma$ 0	$\Sigma$ 1

F3.16 | 2/11

F3.16 | 1/11

$\Sigma$  **SUMADO**

$\checkmark$  **VERIFICADO** con las encuestas practicadas al personal de enfermería.

F3.16

5/11



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA**

**CÁLCULO:**

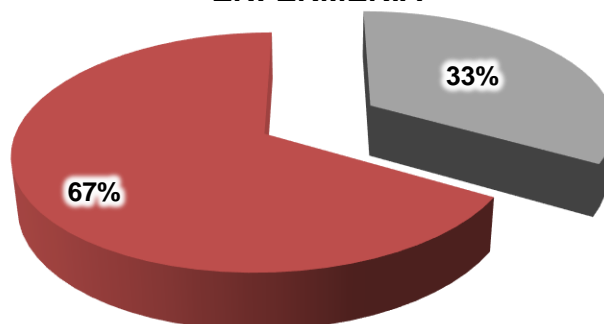
$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Enfermeras con título profesional}}{\text{Total de enfermeras}} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = \frac{1}{3} \times 100 \quad \text{F3.16 | 7/11}$$

$$\text{Profesionalización} = 33\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**PROFESIONALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



- Enfermeras con título profesional
- Enfermeras sin título profesional

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 02-07-2015

F3.16

6/11



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA**

**COMENTARIO:**

El área de enfermería únicamente cuenta con una profesional, de las 3 personas que laboran en esta dependencia, con lo cual se evidencia una escasa gestión en el reclutamiento y selección del personal, este hecho provoca que los pacientes se vean expuestos a deficientes cuidados, con lo cual se disminuye la evolución del hospitalizado en la mejora de su salud.

**CONCLUSIÓN:**

La selección de personal de la clínica, no opera se realiza con los índices de eficiencia y eficacia esperados, puesto que el 67% de las enfermeras no dispone de una título profesional que avale y complemente las funciones que cumplen.

**RECOMENDACIÓN:**

Al Jefe de Talento Humano:

- Sírvase convocar a un concurso de méritos y oposición para la contratación de enfermeras calificadas.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 02-07-2015



F3.16

7/11

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**PROFESIONALIZACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA**

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.	CARGO	TÍTULO PROFESIONAL
1	Benilda Ofelia Ñaguazo Ñaguazo	1104551674	Enfermera	
2	Hilda Josefina Poma Sanmartín	1104664972	Enfermera	x
3	Digna Maritza Quinche Uchuari	1104751969	Enfermera	
<b>TOTAL</b>				<b>Σ 1</b>

Σ **SUMADO**

√ **VERIFICADO** con las encuestas practicadas al personal de enfermería.

F3.16 | 5/11

F3.16

8/11



CLINICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ENFERMERÍA**

**CÁLCULO:**

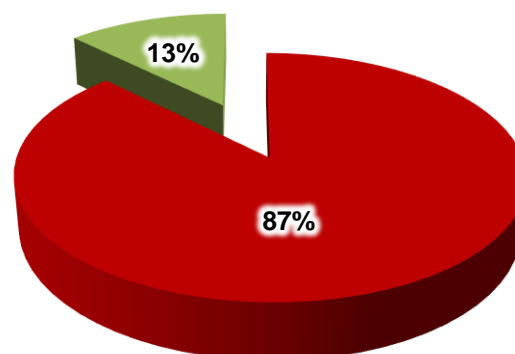
$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Procedimientos cumplidos}}{\text{Total de procedimientos establecidos}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = \frac{7 \text{ F3.16} | 10;11/11}{8} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = 88\%$$

**REPRESENTACIÓN:**

**CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS**



■ Procedimientos cumplidos  
 ■ Procedimientos no cumplidos

Elaborado por: J.D.S.F.

Revisado por: E.A.S.T.

Fecha: 02-07-2015

F3.16

9/11



CLÍNICA **SAN PABLO**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**ANALÍTICA PARA LA APLICACIÓN DE INDICADORES**

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS  
 ESTABLECIDOS PARA ENFERMERÍA**

**COMENTARIO:**

El 88% de los procedimientos que deben cumplir las enfermas de la entidad se han desarrollado de manera satisfactoria y en plena observancia a las disposiciones enmarcadas en el manual de procedimientos y funciones de la clínica, siendo algo gratificante para la administración de la institución en vista que los pacientes son atendidos con el mayor esmero y en cumplimiento de los protocolos de seguridad y asepsia.

**CONCLUSIÓN:**

El área de enfermería cumple con normalidad los procedimientos establecidos para la prestación del servicio médico de enfermería.

**Elaborado por:** J.D.S.F.

**Revisado por:** E.A.S.T.

**Fecha:** 02-07-2015

F3.16

10/11

**DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA**

- 1.34. El personal de enfermería deberá cumplir rápida y eficazmente las instrucciones escritas del médico, así como asistirle oportunamente en la exploración de los pacientes, toma de signos vitales y tratamientos. ✓
- 1.35. El personal de enfermería supervisará que el piso, muebles, utensilios y ropa de los consultorios, cuartos o salas de internamiento se encuentren perfectamente limpios y ordenados, reportando cualquier anomalía al Administrador de la Clínica. ✓
- 1.36. En todo momento deberán colaborar con el programa de salud comunitaria en la promoción de acciones tales como la prevención de padecimientos transmisibles, campañas de vacunación, orientación sobre planificación familiar, etc., así como contribuir a la notificación de todas aquellas enfermedades sujetas a control epidemiológico. ✓
- 1.37. Deberán estar al pendiente del estado o evolución de los pacientes internos, informando al médico responsable de la situación, proporcionando los reportes relacionados con su salud.
- 1.38. Las enfermeras rotativas, deberán de proveerse a través del Recetario los medicamentos preindicados a los pacientes para un lapso de 24 horas; y en días sábados deberán hacerlo para 48 horas, a fin de cumplir con las indicaciones médicas oportunamente. ✓
- 1.39. Vigilarán que se le proporcione al paciente interno los alimentos a la hora indicada, que los ingiera o bien se le ayude a ingerirlos e informará al médico responsable sobre anomalías o situaciones especiales y al nutricionista cuando el médico determine que dichas situaciones son causadas por el alimento. ✓
- 1.40. Para la realización de un acto quirúrgico, la enfermera encargada del paciente hospitalizado será la responsable de prepararlo (atendiendo a todas las indicaciones preoperatorias) y de canalizarlo al área de quirófano. La enfermera de quirófano a la



✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la clínica "San Pablo".

F3.16

11/11

responsable de realizar la preparación específica (vestimenta, asepsia, instrumental y material médico, etc.) para su intervención. ✓

- 1.41. Se abstendrán de proporcionar informes sobre la salud del paciente a los familiares o responsables del mismo. ✓

#### DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

- 1.42. Para el otorgamiento de los servicios auxiliares de diagnóstico, la Clínica dispondrá de las áreas de Laboratorio y de Rayos X, las cuales realizarán los exámenes de laboratorio, la toma de placas simples y estudios por medio de contraste.

- 1.43. Para la canalización del paciente a los servicios auxiliares de diagnóstico deberán presentarse los formatos de Solicitud de Exámenes de Laboratorio o Solicitud de Estudios de Rayos "X", expedidos por el médico tratante.

- 1.44. Siempre que el paciente requiera de estos servicios, el personal de laboratorio o gabinete le indicarán sobre la fecha, hora y condiciones físicas a las que deberá sujetarse para la toma de muestras o placas radiológicas.

- 1.45. El horario de toma de muestras de consulta externa es de 7:00 a 8:30 de lunes a viernes, y los resultados se entregarán el mismo día al Archivo Clínico, el cual se encargará de incluirlos en los expedientes clínicos correspondientes para que en la consulta siguiente se aplique al paciente el tratamiento adecuado.

- 1.46. El responsable del Laboratorio efectuará visita diaria a las salas de hospitalización para verificar y recoger las solicitudes de análisis que previamente prescriba el médico y realizar la toma de muestras.

- 1.47. En los casos de emergencias la enfermera del servicio acudirá de inmediato al área de Laboratorio con las muestras y las indicaciones del médico tratante para la realización del estudio.



✓ **VERIFICADO** con el Manual de Procedimientos y Funciones de la clínica "San Pablo".





# COMUNICACIÓN DE RESULTADOS



# **INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN, PERÍODO 2014**



CLÍNICA **SAN PABLO**

---

**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CONTENIDO DEL INFORME**

1. Carátula
2. Índice
3. Carta de Presentación

**CAPÍTULO I**  
**ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**

- Motivo
- Objetivos
- Alcance
- Enfoque
- Componentes auditados
- Indicadores

**CAPÍTULO II**  
**INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD**

- Misión
- Visión
- Objetivos
- Base Legal
- Financiamiento
- Funcionarios principales
- FODA

### **CAPÍTULO III**

#### **RESULTADOS GENERALES**

- Comentarios, conclusiones y recomendaciones generales sobre la entidad, con base a la evaluación del control interno

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS ESPECÍFICOS POR COMPONENTE**

- Área Administrativa
- Área Médica
- Área de Enfermería

### **CAPÍTULO V**

#### **APÉNDICE**

Convocatoria y Acta de Conferencia Final de comunicación de resultados

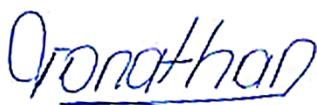
## CARTA DE PRESENTACIÓN

### A los Directivos y Trabajadores de la Clínica "San Pablo"

Hemos practicado una auditoría de gestión a la Clínica "San Pablo", por el período 2014, la cual abarcó la evaluación del sistema de control interno, la evaluación del cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables al ente, y el grado de eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos institucionales, evaluado con los indicadores de profesionalización. La administración es responsable de la preparación, integridad y razonabilidad de los estados financieros, de mantener un sistema de control interno para el logro de los objetivos de la empresa, del cumplimiento a las leyes y disposiciones legales así como del establecimiento de los objetivos y estrategias para la conducción ordenada y eficiente del negocio. Nuestras obligaciones como auditores son las de expresar las conclusiones sobre cada uno de los temas de la auditoría de gestión con base en los procedimientos que hemos considerado necesarios para la obtención de evidencia suficientemente apropiada, con el propósito de obtener una seguridad razonable de nuestras conclusiones, dadas las limitaciones inherentes de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades y no ser detectados.

Realizamos nuestra auditoría de gestión de acuerdo con las normas internacionales de auditoría aplicables a la gestión, esas normas requieren que la auditoría se planifique y ejecute de tal forma que se obtenga una seguridad apropiada sobre la eficiencia del sistema de control interno y el cumplimiento de disposiciones legales. En nuestra opinión, y con base en la evidencia obtenida, concluimos que la clínica "San Pablo", carece de un sistema de control interno óptimo, que permita la consecución de los objetivos y metas institucionales, integrando este informe, se pone a consideración de los directivos y trabajadores de la clínica, la información suplementaria que contiene las conclusiones pormenorizadas sobre las debilidades detectadas y los indicadores de gestión utilizados.

Loja, 31 de julio de 2015



Sr. Jonathan David Sotomayor

**JEFE DE EQUIPO**



**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CAPÍTULO I**

**ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**

**MOTIVO DE LA AUDITORÍA**

La auditoría de gestión a la Clínica “San Pablo”, de la ciudad de Loja, durante el período 2014, se realizó en cumplimiento a la Carta Compromiso suscrita el 01 de junio de 2015, entre el contratante: Dr. Telmo Darío León Ojeda, y la supervisora de auditoría: Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc.

**OBJETIVOS**

La auditoría de gestión a la clínica “San Pablo” de la ciudad de Loja, durante el período 2014, se fundamentó en los siguientes objetivos:

- Evaluar el sistema de control interno implementado por la clínica
- Aplicar indicadores de gestión, tendientes a medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades institucionales
- Elaborar y presentar el informe de auditoría de gestión, con comentarios, conclusiones y recomendaciones que ayuden a la clínica y sus directivos, a la toma de decisiones y mejoramiento institucional

**ALCANCE**

La auditoría contempló un periodo de intervención de 60 días calendario, comprendido entre el 01 de junio al 31 de julio de 2015. El en desarrollo del examen se revisó y analizó las actividades empresariales realizadas

por la Clínica San Pablo en el período 2014, aplicando las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, Normas Internacionales de Auditoría, Normas Ecuatorianas de Auditoría y, demás normativas que el equipo de auditoría consideró pertinentes.

## **ENFOQUE**

Al constituirse el examen en una auditoría de gestión, su enfoque se direccionó a verificar el cumplimiento de la normativa legal aplicable a la clínica "San Pablo", así como el desempeño del personal, en la consecución de los objetivos y metas de la institución.

## **COMPONENTES AUDITADOS**

- Área Administrativa
- Área Médica
- Área de Enfermería

## **INDICADORES**

- Nivel de difusión de la filosofía institucional (misión, visión y objetivos, para el área administrativa, médica y de enfermería)
- Nivel de profesionalización administrativa
- Cumplimiento de las estrategias institucionales
- Cumplimiento de las funciones y actividades por parte del director de la clínica
- Costo-Beneficio del arrendamiento de consultorios
- Costo-Beneficio del servicio de laboratorio clínico
- Costo-Beneficio del servicio de imagen
- Nivel de profesionalización médica
- Nivel de profesionalización del área de enfermería
- Nivel de cumplimiento a los procedimientos establecidos para enfermería



**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CAPÍTULO II**

**INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD**

**MISIÓN**

Es misión de la Clínica San Pablo, el ofertar servicios de salud a la comunidad lojana en general, con calidez humana y técnica, una amplia y moderna infraestructura, equipos médicos a la vanguardia y un personal altamente calificado, comprometido con el servicio médico.

**VISIÓN**

La Clínica San Pablo, tienen como visión el consolidarse como un referente institucional de la salud privada en Loja y su provincia, mediante la prestación de servicios de salud especializados, de manera oportuna y eficaz y a precios accesibles.

**OBJETIVOS**

- Ofertar servicios de salud a la colectividad lojana de alta calidad técnica y humana, a precios accesibles
- Consolidarse como un referente institucional en la prestación de servicios médicos
- Crear un ambiente de trabajo óptimo y armonioso, que permita la prestación de un servicio más cálido y amable a los clientes



## BASE LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica de Salud
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley de Seguridad Social
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente
- Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos
- Ley que regula las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada
- Código de Trabajo
- Reglamento de Comprobantes de Venta
- Reglamento para el manejo de desechos infectocontagiosos
- Manual de Funciones y Procedimientos de la Clínica San Pablo

## FINANCIAMIENTO

La Clínica ‘San Pablo’, funciona con recursos propios, los cuales provienen de sus actividades comerciales, en la categoría de prestación de servicios de salud en diferentes ramas de la medicina.

## FUNCIONARIOS PRINCIPALES

Nro.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	Dr. Telmo Darío León Ojeda	Director
2	Dr. Pablo Darío León Rojas	Administrador
3	Dra. María de los Ángeles Cueva Soto	Contadora
4	Eco. Vicenta Rojas Ojeda	Analista Financiera
5	Sra. Karla Jackeline Pinzón Luzón	Secretaria

## MATRIZ FODA

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuerpo médico de alto nivel.</li> <li>- Compromiso de los médicos con su servicio.</li> <li>- Servicios de apoyo clínico y terapéutico.</li> <li>- Los usuarios tienen plenamente identificados los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se evalúa la calidad y producción de la Clínica.</li> <li>- Disminución del presupuesto de la Clínica.</li> <li>- Discrepancia administrativa.</li> <li>- Atrasos constantes del personal</li> <li>- El personal no conoce la filosofía institucional de la Clínica.</li> <li>- Ausencia de capacitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada demanda provincial y regional de servicios médicos.</li> <li>- Buena relación de esta Casa de Salud con otras Instituciones de salud.</li> <li>- La Clínica está ubicada en un lugar estratégico.</li> <li>- Creación de servicios por presencia de nuevos virus y enfermedades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento explosivo del costo de los servicios médicos.</li> <li>- Establecimiento de costos de atención médica universales.</li> <li>- Incremento del costo de equipos médicos.</li> <li>- Creación no planificada de Casas de Salud privadas</li> </ul>

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamiento con tecnología de punta para una eficiente atención.</li> <li>- El presupuesto asignado está de acuerdo a las necesidades institucionales.</li> <li>- Aplicación de avances médicos desarrollados por los especialistas que trabajan en la Institución.</li> <li>- Buena promoción de los servicios que ofrece la Clínica.</li> </ul>			



**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CAPÍTULO III**

**RESULTADOS GENERALES**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**ESCALA DIFUSIÓN DE LA MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES.**

La filosofía institucional no ha sido difundida entre el personal administrativo de la clínica “San Pablo”, tanto la misión, visión y los objetivos afines a la institución, tuvieron que haber sido socializados con los directivos y demás funcionarios, en un notorio incumplimiento a las estrategias establecidas en el manual de procedimientos y funciones adoptado por el ente, el cual contempla como primer estrategia clave para el funcionamiento de la clínica, que la dirección se encargará de: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

Este particular es resultado de una inobservancia a las estrategias institucionales, establecidas en el manual de procedimientos y funciones con que opera la clínica, el hecho en mención, repercute negativamente en los empleados, trabajadores y clientes, en razón que desconocen las directrices con que la entidad ha sido creada y hacia donde proyecta su accionar, subsecuentemente la institución se enfrenta a una escasa consecución de los objetivos y metas previstos.

**CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica “San Pablo”, no ha socializado su filosofía institucional con los empleados, trabajadores, administrativos y clientes de la entidad.

**RECOMENDACIÓN 1-2:**

Al Director de la clínica:

- Convocar a una asamblea al personal administrativo, médico y de enfermería, con el fin de socializar la filosofía institucional de la clínica.
- Colocar banners que contengan la filosofía institucional de la clínica, en lugares visibles de la institución, a fin de garantizar su conocimiento por parte de los clientes.

**EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES DE LA CLÍNICA SE ENCUENTRA DESACTUALIZADO**

El manual de procedimientos y funciones del que dispone la clínica, no se encuentra actualizado, esta deficiencia administrativa es consecuencia de una inobservancia al Art. 7, del reglamento en mención, el cual en su literal a), establece como FUNCIONES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA: “*Elaborar y actualizar permanentemente el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Médica*”.

Este hecho es generado por un incumplimiento a la normativa adoptada por la entidad, con lo cual los empleados y trabajadores de la clínica, no conocen las actividades que deben ejecutar dentro de la institución, disminuyendo con ello, su nivel de productividad.

**CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica, no ha efectuado la actualización del manual de procedimientos y funciones.

**RECOMENDACIÓN 3:**

Al Director de la clínica:

Disponer al personal administrativo de la clínica, a la actualización del manual de procedimientos y funciones.

**INEXISTENCIA DE UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLAN OPERATIVO ANUAL**

La clínica no cuenta con una planificación estratégica y plan operativo anual, lo cual dificulta que la institución logre posicionarse como una empresa líder en la prestación de servicios de salud, en un incumplimiento al art. 2, del manual de procedimientos y funciones, que en su literal a), establece que es función de la dirección: “*Planificar anualmente los programas técnicos, administrativos y científicos del Hospital, ajustándolos a las políticas, normas, programas*”.

Este hecho como consecuencia de una escasa preocupación del director de la entidad, por programar adecuadamente las actividades de la clínica, a fin de disponer de los lineamientos apropiados para el desarrollo de las actividades inherentes de la institución. Esta inobservancia, genera que la entidad no cuenta con políticas y estrategias a mediano y largo plazo, que coadyuven al fortalecimiento y crecimiento institucional, y primordialmente una adecuada programación de las actividades a ser desarrolladas por la clínica, dejando el desarrollo de las mismas en estado de libre albedrío.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no dispone de una planificación estratégica y plan operativo anual, que dirección y programe las actividades institucionales de corto, mediano y largo plazo.

#### **RECOMENDACIÓN 4**

Al Director de la clínica:

Solicitar a la dirección de la clínica, la elaboración de una planificación estratégica y plan operativo anual, para que la entidad posea un instrumento administrativo para direccionar el progreso del ente.

#### **AUSENCIA DE CONTROL PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA DEL PERSONAL**

La dirección de la clínica no ha dispuesto mecanismos suficientes para verificar la permanencia del personal en sus oficinas, consultorios y demás plazas de trabajo, en un desacato al manual de procedimientos y funciones de la entidad, que en su Art. 2, literal b), contempla que es función del director de la clínica: “*Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja*”. Este hecho es consecuencia del ínfimo acatamiento de la normativa institucional y la nula gestión administrativa del director, lo cual genera que no se disponga del personal necesario en los momentos oportunos, para prestar la atención al cliente, en lo referente a la prestación de servicios de salud.

El particular antes mencionado, no repercute en las remuneraciones que perciben los empleados y trabajadores de la clínica, por lo cual se está cancelando los sueldos de manera íntegra, pese a que éstos no se encuentran laborando según lo previsto, provocando un exceso en el pago de sueldos y salarios.

#### **CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha adoptado mecanismos para supervisar la permanencia del personal en sus plazas de trabajo.

**RECOMENDACIÓN 5:**

Al Director de la clínica:

Realizar visitas periódicas a las diferentes dependencias de la clínica, a fin de corroborar la permanencia del personal en la institución.

**FALTA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL**

La entidad no ha definido los indicadores de gestión para evaluar el desempeño del personal que labora en la clínica, en una inobservancia al Art. 2, del manual de procedimientos y funciones de la entidad, que entre las funciones atribuidas a la dirección, establece que le compete: "*Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo*". Esta deficiencia ocasionada por un escaso cumplimiento a las funciones consignadas al director de la institución, origina que la clínica no disponga de un personal altamente calificado y que aporte con todos sus esfuerzos y conocimientos, en la consecución de los objetivos institucionales

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha definido sus indicadores de gestión para evaluar el desempeño del personal.

**RECOMENDACIÓN 6:**

Al Director de la clínica:

Elaborar un listado de los indicadores de gestión aplicables a la clínica, de tal manera que se logre evaluar el desempeño alcanzado por el personal.



## **FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL**

Mediante la aplicación del cuestionario de control interno, se determinó que la clínica, no ha establecido un plan anual de capacitaciones para especializar a su personal, con lo cual se está incumpliendo el Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: *“Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad”*.

La deficiencia expuesta anteriormente, es producto de una ínfima gestión administrativa por parte de Administrador en la formulación de planes de capacitación para el personal, tanto administrativo, médico y de enfermería, ante lo cual, la clínica está propensa a privarse de innovaciones en mecanismos y procedimientos médicos, que pueden ser adoptados por la entidad, y así ofertar servicios especializados tendientes a captar un mayor número de clientes

### **CONCLUSIÓN:**

El departamento de recursos humanos de la clínica, no ha efectuado la elaboración de un plan anual de capacitación para el personal.

### **RECOMENDACIÓN 7:**

Al Administrador:

Elaborar un plan anual de capacitaciones para el personal que labora en la clínica “San Pablo”, que abarque de manera primordial a los médicos de la entidad.

## **ESCASA DIFUSIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES**

El personal de la clínica, desconoce el manual de procedimientos y funciones, particular que provoca una contravención a las estrategias

instituciones, específicamente a la que señala como mecanismo de fortalecimiento organizacional, que la dirección de la clínica se encargará de: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

El desconocimiento del manual de procedimientos y funciones es consecuencia de un desapego a las estrategias institucionales, por parte de la administración de la entidad, subsecuentemente, los trabajadores y empleados del ente, no cumplirán las funciones y atribuciones a ellos designadas en razón de que desconocen la existencia de las mismas.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica San Pablo, no ha efectuado la socialización de su manual de procedimientos y funciones, entre el personal administrativo, médico y de enfermería.

### **RECOMENDACIÓN 8:**

Al Director de la clínica:

Convocar a una reunión al personal administrativo, médico, de enfermería y demás empleados de la clínica, para proceder a socializar el manual de procedimientos y funciones, entregando una copia certificada del mismo, a cada persona inmersa en las actividades de la entidad.

### **LOS EXPEDIENTES DEL PERSONAL SE ENCUENTRAN DESACTUALIZADOS**

La entidad no ha efectuado una actualización de los expedientes del personal, en un incumplimiento al manual de procedimientos y funciones, que entre las actividades delegadas al director de la clínica, en su art. 2, literal b), señala que la máxima autoridad deberá: *“Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y*

*financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja”.*

La falencia citada anteriormente, surge por el limitado interés que la dirección de la clínica imprime en la obtención de personal altamente calificado, para laborar en la institución, como consecuencia de ello, la clínica San Pablo, se priva de conocer oportunamente, si el perfil profesional que ostentan sus empleados, satisfizo los requisitos exigidos para cumplir cada una de las actividades y programas planificados

### **CONCLUSIÓN:**

El Departamento de Recursos Humanos de la clínica, no ha realizado una actualización de los expedientes del personal.

### **RECOMENDACIÓN 9:**

Al Director de la clínica:

Disponer al Administrador, la actualización inmediata de los expedientes del personal de la clínica, a fin de conocer si el perfil profesional de los administrativos, médicos, enfermeras y demás empleados, se encuentra en concordancia con las funciones que desempeña cada uno de ellos.

### **AUSENCIA DE UN CONDUCTOR PARA LA AMBULANCIA**

La clínica, pese a disponer del servicio de atención ambulatoria, no ha designado a un conductor para que maneje la ambulancia, particular que infringe el Art. 2, literal b), del manual de procedimientos y funciones del ente, que fija como actividad del director, el: *“Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja”.*

Esta carencia de conductor, surge del elevado costo que representa para la clínica, el disponer de un empleado para el manejo de la ambulancia, al no contar con un persona designada para la conducción del automotor médico, la clínica se ve expuesta a no poder prestar sus servicios de

atención de emergencia en casos de accidentes o pacientes en estado crítico, disminuyendo con ello, los ingresos y prestigio institucional.

La dirección de la clínica, a través de su representante legal, manifestó que para la conducción de la ambulancia, inmediatamente un paciente requiera de este servicio, se contacta a un chofer, para que opere el automotor, y que por dicha labor, únicamente se le cancela sus viáticos y una cuota por su trabajo, esto como medida de reducción de costos, en vista que los ingresos por este servicio, son ínfimos.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica San Pablo, no ha contratado un conductor para el servicio de ambulancia

### **RECOMENDACIÓN 10:**

Al Director de la clínica:

Disponer al administrador de la clínica, para que verifique el perfil profesional de los empleados de la clínica, a fin de determinar si existe una persona calificada con la licencia de profesional Tipo E1, para que conduzca la ambulancia, caso contrario efectuar la contratación de un empleado para el efecto.

### **NO SE FIJA UN STOCK MÍNIMO DE MEDICAMENTOS**

Mediante la aplicación del cuestionario de control interno, se estableció que el departamento de farmacia no ha fijado el stock mínimo de medicamentos, debilidad administrativa que incumple el Art. 72, literal c), del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que señala como función de la dependencia de farmacia, el: *“Mantener un stock suficiente de medicamentos e insumos”*.

El no haber establecido el stock mínimo de inventario de medicinas, es consecuencia de una falta de supervisión del departamento de

contabilidad, ya que entre una de sus atribuciones, está la de solicitar reportes de inventario a la persona designada para atender farmacia, este aspecto, provoca que la entidad no disponga de manera permanente, de los medicamentos necesarios para la atención de los pacientes.

En la formulación de las interrogantes pertinentes para el departamento de farmacia, se recabó información adicional a la encargada de dicha dependencia, la cual supo manifestar que para efectos de adquisición, ella comunica de manera verbal a la contadora, que los medicamentos están próximos a agotarse.

### **CONCLUSIÓN:**

La entidad no ha determinado un stock mínimo para el inventario de medicamentos

### **RECOMENDACIÓN 11:**

Al Director de la clínica:

Conjuntamente con la persona encargada de farmacia, establecer el inventario mínimo para cada uno de los medicamentos que suministra la clínica a sus pacientes, con el propósito de no ser objeto de desabastecimientos.

### **FARMACIA NO CUENTA EL ESPACIO SUFICIENTE PARA EL ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS**

El departamento de farmacia no cuenta con el espacio suficiente para el almacenamiento de los medicamentos, en una inobservancia al Art. 72, del manual de procedimientos y funciones de la entidad, que en literal h), fija como función de la encargada de farmacia, el: "*Establecer y mantener un sistema adecuado de almacenamiento*".

La deficiencia en mención, es originada por un desconocimiento de la normativa legal aplicable a la entidad por parte de la encargada de farmacia, y por la nula preocupación que manifiesta la dirección de la clínica, en precautelar de los medicamentos, a consecuencia de ello, las medicinas que no lograron ser exhibidas en los estantes y vitrinas del departamento, se encuentran situadas en los pasillos de dicha dependencia, propensos a su deterioro y posterior obsolescencia.

Adicional a la aplicación del cuestionario de control interno, se procedió a verificar la existencia de un espacio más amplio, para trasladar parte del inventario de medicina que no puede ser almacenado directamente en farmacia, y se constató que la clínica, sí posee la infraestructura necesaria como para facilitar una bodega adicional a la dependencia de farmacia.

### **CONCLUSIÓN:**

La dependencia de farmacia no dispone de una bodega amplia para el almacenamiento de los medicamentos.

### **RECOMENDACIÓN 12:**

Al Director de la clínica:

Disponer a la contadora, de manera prioritaria, a que efectúe los gastos necesarios para dotar a la nueva bodega para la dependencia de farmacia, de los mecanismos técnicos de seguridad, de tal forma que se proceda al traslado inmediato de los medicamentos que excedieron la capacidad de almacenamiento de farmacia.

### **LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X, NO SON DESPACHADOS CON PRONTITUD**

Los servicios de laboratorio clínico y de radiología, no despachan oportunamente los resultados de los exámenes, infringiendo el Art. 36 y 39 del manual de procedimientos y funciones, que en su literales a) y c), respectivamente, señalan que es función del departamento de laboratorio

clínico el: *“Coordinar con otros servicios de la Clínica las actividades de Laboratorio Clínico”,* y, como atribución de radiología el: *“Informar periódicamente al personal médico los exámenes y/o tratamientos que realiza el servicio”.*

La demora en la entrega de los exámenes de laboratorio surge por la ausencia de canales de comunicación entre los médicos y la laboratorista, lo que dificulta que las muestras sean tomadas de los pacientes en los momentos oportunos.

En lo referente a la entrega tardía de las placas de rayos X, se forja de la falta de comunicación de la radióloga, que pese a contar con los exámenes, no informa al médico que solicitó dicho procedimiento, sobre la disponibilidad del mismo.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, el personal médico no dispone de los análisis necesarios para prescribir el tratamiento idóneo para cada paciente, minorando el prestigio institucional y la calidad del servicio ofertado.

### **CONCLUSIÓN:**

Los resultados de los exámenes de laboratorio clínico y de rayos X, no son entregados oportunamente a los médicos tratantes.

### **RECOMENDACIÓN 13:**

Al Director de la clínica:

Disponer a la laboratorista y radióloga, a que efectúen la comunicación oportuna sobre los resultados de los exámenes, a los médicos tratantes que solicitaron los diagnósticos, en miras a que los especialistas dispongan de los análisis para determinar el tratamiento para cada paciente con la mayor prontitud.

## **FARMACIA NO CUENTA CON LAS SEGURIDADES NECESARIAS PARA LA RECAUDACIÓN Y CUSTODIA DEL EFECTIVO**

El departamento de farmacia no goza de las seguridades necesarias para la recaudación y salvaguardia de los fondos captados por la venta de medicamentos, en un incumplimiento al Art. 2, de las funciones consignadas al director de la clínica, que en su literal d), señala que es atribución de la dirección: *“Realizar el diagnóstico y formular los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para cumplir con los programas de salud de la Clínica San Pablo de Loja”*.

Esta debilidad administrativa, se debe a la falta de gestión por parte del director de la entidad, en razón que no ha inspeccionado y constatado las necesidades de los diferentes departamentos que integran la clínica, ante lo expuesto, la institución está arriesgándose a pérdidas o extravíos de los recursos monetarios, generados por la venta de medicamentos.

### **CONCLUSIÓN:**

El departamento de farmacia no posee las seguridades necesarias para precautelar los recursos monetarios institucionales.

### **RECOMENDACIÓN 14:**

Al Director de la clínica:

Verificar la disponibilidad presupuestaria, para la adquisición de una caja registradora para farmacia, de tal manera que el efectivo generado por la venta de medicamentos no se encuentre expuesto a extravíos.

## **FALTA DE CONTENEDORES DE BASURA PARA EL ACOPIO DE DESECHOS**

La clínica no cuenta con los repositorios necesarios para almacenar los desechos comunes y médicos, lo cual denota un incumplimiento al



Reglamento de Manejo de los Desechos Infecciosos para la Red de Servicios de Salud en el Ecuador, que en su Art. 11, señala que: *“Los desechos especiales deberán ser depositados en cajas de cartón íntegras, a excepción de desechos radiactivos y drogas citotóxicas que serán almacenados en recipientes especiales de acuerdo a la normas elaboradas por el organismo regulador vigente en el ámbito nacional”*.

Se logró evidenciar que la entidad ha dispuesto de los cartones para el almacenamiento de los desechos especiales, sin embargo, éstos no cubren el volumen de despojos médicos, este hecho viene dado por la escasa preocupación en el manejo de desechos por parte del departamento de enfermería, quienes únicamente han dispuesto un repositorio para cada sala de atención médica, y una vez saturada la capacidad del mismo, proceden a acopiar los desechos en otros recipientes que no cumplen el mismo objetivo.

Ante estos hechos, la clínica está expuesta a multas por parte de la autoridad sanitaria, al no realizarse una correcta clasificación de los desechos infectocontagiosos, y a más de ello, el personal de enfermería es propenso a adquirir alguna enfermedad por el mal manejo de los residuos hospitalarios.

Otro factor indispensable a considerar, es el número reducido de contenedores para el acopio final de los desechos, tanto comunes como médicos que genera la entidad, mediante una constatación física se corroboró que los basureros en mención, se saturan y por ende el ayudante de servicios, se ve forzado a arrumar los desechos de manera inapropiada.

## **CONCLUSIÓN:**

La clínica no cuenta con la cantidad necesaria de repositorios para el acopio y almacenaje de desechos hospitalarios y comunes.

**RECOMENDACIÓN 15:**

Al Director de la clínica:

Disponer a la contadora, la adquisición de basureros para el acopio de desechos comunes y, la compra de cartones en la calidad y cantidad necesarias para la recolección de desechos.

**VERIFICACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL**

Adicional a las debilidades encontradas con la aplicación del cuestionario de control interno, se consideró pertinente verificar si el proceso de selección de personal que mantiene la clínica, es el apropiado, mediante una inspección al archivo permanente de la entidad se determinó que la selección de personal se lleva a efecto en plena observancia al manual de procedimientos y funciones de la clínica "San Pablo", que en su Art. 51, literal b) establece como función y atribución del departamento de Recursos Humanos: "*Reclutar y seleccionar el personal en base a exámenes de conocimientos técnicos, experiencia, educación, entrevistas*", garantizando de esta manera, la excelencia médica en la prestación de servicios de salud.

En primera instancia, la clínica emite un llamamiento a concurso de méritos para el cargo que presente una vacante, posteriormente, luego de una revisión de currículos, se procede a evaluar al aspirante, para finalmente suscribir el contrato de trabajo.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica realiza un acertado proceso de selección de personal.

## **VERIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES EN ESTADO DE EMERGENCIA**

Mediante una revisión en los archivos contables de la clínica “San Pablo”, se determinó que la entidad mantiene cobros efectuados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS, evidenciando la atención médica de carácter prioritario a pacientes que asisten a la institución, en estado de emergencia, en un cumplimiento al literal b), del ingreso de pacientes a emergencia, el cual en su numeral 1.15, estipula que: *“Todo paciente ingresado al área de emergencia, deberá ser atendido con la prontitud necesaria, observando las formalidades del ingreso con los responsables o familiares de éste, en su caso”*.

Adicional a lo mencionado, se indagó sobre la atención a pacientes de emergencia con escasos recursos, verificando que el aspecto económico no limita el ingreso del afectado a la clínica, todo paciente cuya vida está en potencial riesgo es internado, si éste posee seguro social, los costos médicos son facturados al IESS, caso contrario los deberá cancelar en su totalidad el paciente, al recibir el alta médica, hecho que cumple a cabalidad con el Art. 8, de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, la cual fija que: *“Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo”*.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica “San Pablo”, cumple con la normativa legal aplicable a la atención médica a pacientes en estado de emergencia.

## **VERIFICACIÓN DEL CONTROL DE ASISTENCIA DEL PERSONAL**

Como un procedimiento adicional de auditoría, se estableció la verificación del control que ejerce la clínica sobre la asistencia del personal, para el efecto, se determinó que la entidad dispone de un sistema de reloj biométrico que registra las entradas y salidas de los trabajadores, lo cual denota un cumplimiento a las funciones y actividades conferidas al departamento de Recursos Humanos, que constan en el

manual de procedimientos y funciones, en cuyo Art. 51, literal i), contempla que el departamento en mención deberá: *“Controlar la asistencia diaria, informando de toda novedad a la Dirección de la Clínica”*.

Adicional al procedimiento expuesto, se verificó la veracidad en la información que consta en la base de datos del reloj biométrico, para ello se utilizó la técnica estadística de muestreo aleatorio simple por sorteo, cuyo resultado derivó en la obtención del corte del reloj al mes de abril de 2014, comprobando que el sistema de control de personal adoptado, es sumamente eficiente, en razón que registra y proporciona información oportuna sobre los horarios designados a cada trabajador, así como el tiempo de atraso de cada uno de ellos.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica dispone de un sistema eficiente de control para la asistencia del personal.

### **COMPONENTE: ÁREA MÉDICA**

#### **ESCASA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

Como mecanismo de corroboración a las respuestas proporcionadas por los administrativos de la clínica San Pablo en el cuestionario de control interno, se procedió a cuestionar a los médicos especialistas del ente sobre su conocimiento de la filosofía institucional, encontrando que, los galenos desconocen rotundamente tanto la misión, visión como los objetivos institucionales, confirmándose aún más la inobservancia a una de las estrategias establecidas en el manual de procedimientos y funciones adoptado por el ente, la cual configura como directriz de crecimiento organizacional, que la dirección de la clínica, tiene como actividades el: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

Con base en una entrevista practicada a los médicos de las diversas especialidades que oferta la clínica, manifestaron que no han sido convocados a reunión para socializar el manual de procedimientos y funciones, mucho menos se les ha entregado de manera escrita, la filosofía institucional, por ende ellos desconocen específicamente, la razón de ser y la proyección que la clínica pretende alcanzar.

### **CONCLUSIÓN:**

La dirección de la clínica San Pablo, no se ha permitido comunicar a los médicos de la institución, los referentes filosóficos con los cuales deben proyectar su accionar.

### **NO SE CAPACITA AL PERSONAL MÉDICO DE LA CLÍNICA**

Con base en el cuestionario de control interno enfocado al personal médico de la entidad, se comprobó que la clínica no dispone de los recursos monetarios a los galenos, para que efectúen cursos de capacitación, únicamente se les concede los permisos que se requieran, para que asistan a campañas de adiestramiento que a criterio ellos, sean necesarias, con lo manifestado se verificada el incumplimiento al Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: *“Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad”*.

Hecho que es provocado por el desconocimiento de la rotunda importancia que tiene para la entidad, el contar con profesionales médicos a la vanguardia de los avances científicos en los ámbitos de la medicina humana.

Con los aspectos citados con antelación, se pone de manifiesto que la clínica se priva de contar con médicos vanguardistas, que oferten nuevos métodos y procedimientos de intervención y tratamiento a las diversas enfermedades, que atraigan a más sectores de la localidad a ser atendidos en las inmediaciones de la clínica.

La entrevista realizada con el personal médico, permitió adentrarse en los causales que provocan la inexistencia de capacitaciones a los galenos, y estos responden a que en su mayoría, los médicos no mantienen una relación de dependencia con la institución, únicamente alquilan los consultorios para ofertar sus servicios, pese a esto, la entidad cuenta con médicos internistas, que no ha sido capacitados, a pesar de que su permanencia en la organización se prevé prolongada.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha efectuado la capacitación a los médicos internistas que guardan relación de dependencia con la entidad.

### **RECOMENDACIÓN 16:**

Al Director de la clínica:

Disponer a la contadora, la asignación de un rubro de capacitaciones en la proforma presupuestaria, netamente para los médicos internistas de los que disponga el ente.

### **FALTA DE INDICADORES PARA MEDIR EL DESEMPEÑO DEL PERSONAL MÉDICO**

La dirección de la clínica no ha establecido los indicadores de gestión apropiados para evaluar el desempeño de los médicos especialistas, en un incumplimiento al Art. 2, del manual de procedimientos y funciones de la clínica "San Pablo", que entre las funciones atribuidas a la dirección, establece que le compete: "*Efectuar supervisión y evaluación de las actividades y rendimiento de los departamentos y/o servicios de la Clínica San Pablo*"

El acontecimiento en mención, se suscita en la entidad debido al desconocimiento de lo trascendental que resulta para una administración, el evaluar el desempeño de sus empleados, en este caso, de los médicos especialistas, al no disponer de los indicadores de gestión

para el efecto, la clínica desconoce el nivel productivo de cada uno de sus elementos en las diferentes especialidades médicas y por ende, no se puede tomar acciones correctivas, tendientes a la optimización de los servicios de salud ofertados por la institución.

### **CONCLUSIÓN:**

Los médicos especialistas no han sido evaluados en lo referente a su desempeño, en vista de la ausencia de indicadores de gestión.

### **RECOMENDACIÓN 17:**

Al Jefe de Talento Humano:

Construir indicadores de gestión que permitan establecer el grado de eficiencia, eficacia y economía, con que el personal del área médica de la clínica San Pablo, efectúa sus actividades.

## **COMPONENTE: ÁREA ENFERMERÍA**

### **NULA DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL**

La entrevista realizada con el departamento de enfermería de la clínica, y contrastado con el cuestionario de control interno aplicado a esta dependencia, permitió evidenciar que el departamento, no ha sido notificado sobre la existencia de la misión, visión y objetivos institucionales, con lo cual en el ente refirma su incumplimiento a la estrategia organizacional que estipula, como actividad de la dirección de la clínica, el: *“Difundir los aspectos filosóficos de la Clínica con los trabajadores, empleados, administrativos y clientes de la institución, mediante la socialización del manual de procedimientos y funciones”*.

Esta inobservancia surge de limitada preocupación del director de la entidad, en hacer partícipes de los lineamientos de la clínica, al personal de enfermería, ante este hecho, las enfermeras no canalizan su accionar

y esfuerzos, para la consecución de los objetivos y propósitos de la institución.

### **CONCLUSIÓN:**

El personal inmerso en el departamento de enfermería, desconoce la misión, visión y objetivos de la clínica San Pablo.

### **FALTA DE CONTROLES PARA GARANTIZAR LA PERMANENCIA DEL PERSONAL**

Mediante una inspección, y sumado a la pregunta pertinente en el cuestionario de control interno aplicado al área de enfermería, se determinó que el personal no se encuentra laborando de manera permanente en las plazas de trabajo que les fueron asignadas, con lo cual la dirección de la entidad, reafirma su contravención al manual de procedimientos y funciones, que en su Art. 2, literal b), contempla que es función del director de la clínica: "*Organizar, dirigir, ordenar y controlar los programas y actividades de la Clínica San Pablo de Loja*".

Particular que emerge de la ausencia de una inspección médica por parte del director de la clínica, lo que repercute significativamente en la evolución de los pacientes hospitalizados en la institución, que al no contar con los cuidados necesarios, se limita su recuperación médica.

### **CONCLUSIÓN:**

Las enfermeras de la entidad, no se encuentran velando por la salud de los pacientes de manera permanente.



**RECOMENDACIÓN 18:**

Al Director de la clínica:

Realizar inspecciones sorpresivas y esporádicas al personal de enfermería, para determinar su permanencia en el área de hospitalización.

**AUSENCIA DE CAPACITACIONES A LAS ENFERMERAS**

El personal de enfermería no ha recibido capacitaciones por parte de la entidad, reafirmando la inobservancia al Art. 51, del manual de procedimientos y funciones de la clínica, que en su literal d), establece que es atribución del departamento de recursos humanos: "*Elaborar planes y programas de capacitación de personal de la Entidad*".

Según lo expresado por las enfermeras de la institución, pese a encontrarse laborando en relación de dependencia, la administración de la clínica, no las ha hecho partícipes de ninguna capacitación, ni curso tendiente a la especialización.

El causal para esta deficiencia, es el comportamiento ahorrista que figura en la administración de la entidad, puesto que se considera un gasto superfluo, en erogar en capacitaciones, ante este hecho, la clínica se encuentra disponiendo de enfermeras con preparación poco vanguardista, en la atención y cuidados del paciente, lo que a la postre originaría una disminución en la predilección de la colectividad lojana, frente a los servicios ofertados por la clínica San Pablo.

**CONCLUSIÓN:**

La administración de la entidad no ha dispuesto la partida presupuestaria y el plan de capacitación para el área de enfermería.

**RECOMENDACIÓN 19:**

A la Contadora:

Conjuntamente con el administrador, elaborar el plan anual de capacitaciones para el personal de enfermería que labora en la clínica.

**ESCASEZ DE REPOSITORIOS INTERNOS PARA EL MANEJO DE DESECHOS MÉDICOS**

Las enfermeras de la institución, se ven obligadas a depositar los desechos médicos infectocontagiosos, en repositorios no correspondientes, en vista que la entidad no ha dispuesto la cantidad apropiada de estos elementos, en una inobservancia al Art. 7, del Reglamento de Manejo de los Desechos Infecciosos para a Red de Salud en el Ecuador, el cual establece que: *“Los desechos deben ser clasificados y separados en el mismo lugar de generación durante la prestación de servicios al usuario”*. La inobservancia es generada por la escases de repositorios en el área de emergencia y hospitalización, de persistir este particular, la clínica se ve expuesta a amonestaciones y sanciones pecuniarias por parte del Ministerio de Salud Pública.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no cuenta con la cantidad de repositorios necesarios, en el área de emergencia y hospitalización.

**RECOMENDACIÓN 20:**

Al Director de la clínica:

Efectuar la adquisición de repositorios para el acopio de desechos médicos infecciosos.



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS ESPECÍFICOS POR COMPONENTE**

**COMPONENTE: ÁREA ADMINISTRATIVA**

**NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)**

**– MISIÓN**

$$Difusión de la misión = \frac{\text{Administrativos que conocen la misión}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$Difusión de la misión = \frac{4}{6} \times 100$$

$$Difusión de la misión = 67\%$$

**– VISIÓN**

$$Difusión de la visión = \frac{\text{Administrativos que conocen la visión}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$Difusión de la visión = \frac{2}{6} \times 100$$

$$Difusión de la visión = 33\%$$

– **OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Administrativos que conocen los objetivos}}{\text{Total de administrativos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{3}{6} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = 50\%$$

**COMENTARIO:**

El indicador de difusión de la misión institucional, mostró que de los 6 funcionarios que integran el área administrativa de la clínica San Pablo, únicamente, el 67% de ellos, conoce la misión institucional, mientras que el 33% restante, no ha sido notificado al respecto, es decir, de los 6 administrativos de la entidad, tan sólo 4 ellos conocen la misión institucional.

Por su parte, la visión organizacional del ente, ha alcanzado un grado de difusión del 33%, es decir, que únicamente 2 de los 6 administrativos de la clínica conocen la visión.

Finalmente los objetivos de la clínica han logrado una socialización del 50%, esto en vista que 3 de los 6 administrativos conocen a plenitud los objetivos que persigue la organización

**CONCLUSIÓN:**

La misión institucional, sólo ha sido difundida entre 4 de los 6 administrativos de la entidad, dando un porcentaje de socialización del 67%, la visión posee un nivel de conocimiento del 33% y finalmente los objetivos organizacionales han sido socializados en un 50%.

## NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

$$\textit{Profesionalización} = \frac{\textit{Administrativos con título}}{\textit{Total de administrativos}} \times 100$$

$$\textit{Profesionalización} = \frac{1}{6} \times 100$$

$$\textit{Profesionalización} = 17\%$$

La clínica San Pablo dispone de un personal administrativo que no satisface las exigencias de la gerencia institucional, es decir, el 83% de los administrativos, no ejercen sus funciones acorde a su formación profesional, teniendo como referencia que la entidad es un consorcio médico familiar, por este motivo la mayor parte de la administración se encuentra concentrada en profesionales afines a la salud humana.

Esta debilidad, genera que la clínica no disponga de personas capacitadas en el ámbito gerencial, para que efectúe una correcta administración de la entidad.

Con base en una entrevista realizada al Director de la clínica, se puede determinar que por el momento, la persona encargada de administrar la entidad desde el punto de vista empresarial, es la analista financiera, quien cumple sobrecargo de actividades debido a que es la única persona con la preparación apropiada para administrar la entidad.

### **CONCLUSIÓN:**

La entidad no dispone de personal calificado para desempeñar funciones de carácter administrativo.

**RECOMENDACIÓN 21:**

Al Director de la clínica:

Conjuntamente con el Jefe de Talento Humano, efectuar la selección y contratación de un administrador para la entidad, dicho profesional deberá tener la preparación en ciencias gerenciales o sus afines.

**CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Número de estrategias cumplidas}}{\text{Total de estrategias institucionales}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = \frac{3}{6} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = 50\%$$

El manual de procedimientos y funciones de la clínica San Pablo, establece 6 estrategias básicas para la optimización y crecimiento institucional, cuya ejecución recae en el director de la entidad, pero una vez efectuado el cálculo del nivel de cumplimiento de las estrategias, se evidenció que se ha logrado llevar a efecto tan sólo la mitad de ellas, dando como resultado un grado de eficacia del 50%, particular que surge por un desapego a las funciones establecidas en la normativa legal de la clínica.

**CONCLUSIÓN:**

Las estrategias institucionales sólo han sido cumplidas en un 50%.

**RECOMENDACIÓN 22:**

Al Director de la clínica:

Ejecutar cada una de las estrategias institucionales contempladas en el manual de procedimientos y funciones, de tal manera que se mejore la calidad operativa de la clínica.

**CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES POR PARTE DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Actividades/funciones cumplidas}}{\text{Total de actividades/funciones programadas}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = \frac{11}{17} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = 65\%$$

El manual de procedimientos y funciones de la clínica San Pablo, contempla como funciones atribuibles al director de la entidad, la efectuación de un total de 17 actividades, de las cuales se han llevado a cabo y de manera satisfactoria, 11, dando un nivel de cumplimiento del 65%

**CONCLUSIÓN:**

Las funciones atribuidas al director de la clínica San Pablo, no se han cumplido satisfactoriamente.

**RECOMENDACIÓN 23:**

Al Director de la clínica:

Revisar el manual de procedimientos y funciones y efectuar un cronograma para la realización de cada una de las actividades que le han sido conferidas.

**ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS****– COSTO DE ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Costo} = \frac{\text{Costo de mantenimiento de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

$$\text{Costo} = \frac{\$5.233,85}{9}$$

$$\text{Costo} = \$581,54$$

**– BENEFICIO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Beneficio} = \frac{\text{Ingreso por arriendo de consultorios}}{\text{Total de consultorios}}$$

$$\text{Beneficio} = \frac{\$8.420,00}{9}$$

$$\text{Beneficio} = \$935,56$$

**– BENEFICIO NETO POR ARRENDAMIENTO DE CONSULTORIOS:**

$$\text{Beneficio Neto} = \text{Beneficio por arrendamiento} - \text{Costo}$$

$$\text{Beneficio Neto} = \$935,56 - \$581,54$$

$$\text{Beneficio Neto} = \$354,02$$



Mediante el análisis y aplicación de indicadores de economía a la actividad de arrendamiento de consultorios médicos llevada a efecto por parte de la Clínica “San Pablo”, se determinó que los desembolsos que efectúa la administración de la entidad para mantener en óptimas condiciones a los 9 consultorios que se encuentran disponibles para el arrendamiento, corresponden a un costo unitario de \$581,54; mientras que los ingresos que se generan por dicha actividad son de \$935,56 en promedio, brindando un ingreso neto por concepto de arrendamiento de consultorios un valor de \$354,02.

Con lo manifestado, resulta evidente la correcta utilización de los recursos económico-financieros por parte de la administración de la clínica, puesto que se cumple a cabalidad con el principio de economía, siendo para este caso, un mayor beneficio frente a un bajo costo.

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica “San Pablo” efectúa el arrendamiento de sus consultorios médicos en observancia al principio de economía.

### **LABORATORIO CLÍNICO**

*Beneficio Neto = Ingresos por exámenes de laboratorio – Costo*

*Beneficio Neto = \$17.460,74 – \$18.810,72*

***Beneficio Neto = –\$1.349,98***

Los ingresos que percibe la clínica “San Pablo” por concepto de prestación de servicios de laboratorio clínico, es de \$17.349,74 anuales, mientras que los desembolsos que se efectuaron para facilitar este servicio ascienden a los \$18.810,72; generándose con ello, un perjuicio económico de \$1.349,98 para la entidad.

Este hecho responde a los excesivos costos en los cuales incurre la clínica para receptor las muestras biológicas de los pacientes, como lo son los recipientes, jeringas y, primordialmente los gastos de

mantenimiento que se suscitan dentro de esta dependencia, disminuyéndose considerablemente los ingresos netos de la institución

### **CONCLUSIÓN:**

La clínica “San Pablo” no percibe beneficio alguno por la prestación del servicio médico de laboratorio clínico.

### **RECOMENDACIÓN 24:**

Al Director de la clínica:

- Disponer a la laboratorista clínica, a efectuar un inventario de los insumos médicos que dispone en la dependencia, a fin de conocer la cantidad de éstos artículos, así como también a emitir reportes periódicos sobre los exámenes practicados y el material médico utilizado en cada paciente.

### **LABORATORIO DE IMAGEN**

*Beneficio Neto = Ingresos por exámenes de imagen – Costo*

*Beneficio Neto = \$8.563,03 – \$5.673,80*

***Beneficio Neto = \$2.889,23***

El servicio de imagen que oferta la clínica “San Pablo”, se enmarca dentro del principio de economía, puesto que los costos que representa el brindar la asistencia de rayos X, es considerablemente inferior a los ingresos que se percibe por esta actividad. Siendo el beneficio neto para el período 2014, el valor de \$2.889,23; el costo-beneficio mostrado por el indicador aplicado manifiesta una correcta utilización de los recursos de la entidad.

### **CONCLUSIÓN:**

El servicio de imagen, brindado por la Clínica “San Pablo”, resulta beneficioso para el desarrollo institucional y cumple plenamente el principio de economía.

## COMPONENTE: ÁREA MÉDICA

### NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)

#### – MISIÓN

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Médicos que conocen la misión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{6}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = 46\%$$

#### – VISIÓN

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Médicos que conocen la visión}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{2}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = 15\%$$

#### – OBJETIVOS:

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Médicos que conocen los objetivos}}{\text{Total de médicos de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{4}{13} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = 31\%$$

La difusión de la misión institucional con el personal médico de la clínica es demasiado bajo, considerando que de los 13 médicos especialistas

que dispone la entidad, el reducido número de 6, conocen la razón de ser de la entidad, con lo cual dicha socialización alcanza un 46% de alcance.

En lo referente a la visión del ente, el indicador arrojó un porcentaje desalentador, en razón que únicamente de los 13 médicos del ente, a 2 de ellos les ha sido puesta a su consideración la visión organizacional, con lo cual dicho elemento alcanza una difusión del 15%.

Finalmente, los objetivos institucionales, han sido puestos a consideración del personal médico en un 31%, esto denota que de los 13 médicos encuestados, sí conocen los lineamientos de la clínica.

### **CONCLUSIÓN:**

La filosofía institucional de la clínica san Pablo ha sido socializada de manera muy limitada entre el personal médico de la entidad.

### **NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN MÉDICA**

$$\textit{Profesionalización} = \frac{\textit{Médicos con título acorde a su especialidad}}{\textit{Total de médicos}} \times 100$$

$$\textit{Profesionalización} = \frac{16}{16} \times 100$$

$$\textit{Profesionalización} = 100\%$$

La entidad dispone de una planta médica con formación profesional, acorde a las funciones que deben cumplir según cada especialidad, por lo tanto el indicador de profesionalización médico, determinó que el 100% de los médicos de la clínica San Pablo, laboran las especialidades en las cuales se formaron académicamente.

**CONCLUSIÓN:**

La totalidad de los médicos de la clínica, laboran en las especialidades acorde a su formación académica.

**COMPONENTE: ÁREA DE ENFERMERÍA****NIVEL DE DIFUSIÓN DE LA FILOSOFÍA INSTITUCIONAL (MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS)****– MISIÓN**

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la misión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = \frac{1}{3} \times 100$$

$$\text{Difusión de la misión} = 33\%$$

**– VISIÓN**

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{\text{Enfermeras que conocen la visión}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = \frac{0}{3} \times 100$$

$$\text{Difusión de la visión} = 0\%$$

**– OBJETIVOS:**

$$\text{Difusión de objetivos} = \frac{\text{Enfermeras que conocen los objetivos}}{\text{Total de enfermeras de la entidad}} \times 100$$

$$\text{Difusión de los objetivos} = \frac{1}{3} \times 100$$

***Difusión de los objetivos = 33%***

El personal que labora dentro del área de enfermería, conoce de manera escasa la misión institucional, esto se ve reflejado en un 33% de conociendo de este aspecto filosófico, es decir, de las 3 enfermeras que laboran en la clínica San Pablo, sólo una de ellas conoce este parámetro.

Con la encuesta practicada a las enfermeras, se determinó que ninguna de ellas conoce la visión institucional, esto como consecuencia de una nula difusión de este particular, por parte de la administración de la clínica.

Por último se encuestó, sobre el grado de conocimiento sobre los objetivos organizacionales, teniendo como resultado, que el 33% de las enfermeras conoce dicho parámetro.

**CONCLUSIÓN:**

La clínica no ha comunicado de manera oportuna al personal de enfermería de la clínica, sobre la existencia de la misión, visión y objetivos del ente.

**NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA**

$$\text{Profesionalización} = \frac{\text{Enfermeras con título profesional}}{\text{Total de enfermeras}} \times 100$$

$$\text{Profesionalización} = \frac{1}{3} \times 100$$

***Profesionalización = 33%***

El área de enfermería únicamente cuenta con una profesional, de las 3 personas que laboran en esta dependencia, con lo cual se evidencia una escasa gestión en el reclutamiento y selección del personal, este hecho

provoca que los pacientes se vean expuestos a deficientes cuidados, con lo cual se disminuye la evolución del hospitalizado en la mejora de su salud.

### **CONCLUSIÓN:**

La selección de personal de la clínica, no opera se realiza con los índices de eficiencia y eficacia esperados, puesto que el 67% de las enfermeras no dispone de una título profesional que avale y complemente las funciones que cumplen.

### **RECOMENDACIÓN 25:**

Al Jefe de Talento Humano:

Sírvase convocar a un concurso de méritos y oposición para la contratación de enfermeras calificadas.

### **NIVEL DE CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ENFERMERÍA**

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Procedimientos cumplidos}}{\text{Total de procedimientos establecidos}} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = \frac{7}{8} \times 100$$

$$\text{Cumplimiento} = 88\%$$

El 88% de los procedimientos que deben cumplir las enfermeras de la entidad se han desarrollado de manera satisfactoria y en plena observancia a las disposiciones enmarcadas en el manual de procedimientos y funciones de la clínica, siendo algo gratificante para la administración de la institución en vista que los pacientes son atendidos con el mayor esmero y en cumplimiento de los protocolos de seguridad y asepsia.

**CONCLUSIÓN:**

El área de enfermería cumple con normalidad los procedimientos establecidos para la prestación del servicio médico de enfermería.





**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CAPÍTULO V**

**APÉNDICE**

**CONVOCATORIA**

Loja, 31 de julio de 2015

De conformidad a la Carta Compromiso suscrita el 01 de junio de 2015, me permito informar que se ha concluido con la auditoría d gestión, período 2014 a la Clínica "San Pablo", en el plazo y términos previstos, es por ello, que se convoca a los funcionarios y trabajadores de la entidad, a la conferencia final sobre los resultados del examen, esta diligencia tendrá lugar el día lunes, 03 de agosto de 2015, en la sala de reuniones de la clínica "San Pablo", a partir de las 10h00.

Se le agradece por su presencia.

Atentamente,

Lcda. Eufemia Saritama Torres  
**SUPERVISORA**

Sr. Jonathan David Sotomayor  
**JEFE DE EQUIPO**

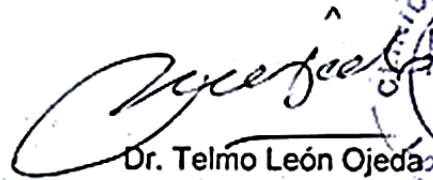
## ACTA DE CONFERENCIA FINAL

En la ciudad de Loja, a los 03 días del mes de agosto de 2015, a partir de las 10h00, en el salón de reuniones de la Clínica "San Pablo", ubicada en las calles Av. Pío Jaramillo Alvarado y Thomas Alba Edison, se reunieron los empleados, trabajadores, administrativos, personal médico y de enfermería de la clínica "San Pablo", presididos por el Dr. Telmo Darío León Ojeda, en su calidad de director, conjuntamente con el equipo de auditoría, integrado por la Lcda. Eufemia Alexandra Saritama Torres Mg. Sc., y el Sr. Jonathan David Sotomayor Flores, para proceder a instaurar la conferencia final de socialización de los resultados obtenidos, por la auditoría de gestión practicada a la clínica "San Pablo", durante el período 2014. La diligencia realizada, permitió la lectura del informe final de auditoría, en el cual constan los resultados del examen efectuado y la opinión del equipo de auditoría, en relación a los hallazgos y debilidades encontradas en la entidad.

Para constancia de lo actuado suscriben la presente acta de conferencia, los principales funcionarios de la Clínica "San Pablo", así como el equipo de auditoría.

  
Lcda. Alexandra Saritama Torres  
**SUPERVISORA**

  
Sr. Jonathan David Sotomayor  
**JEFE DE EQUIPO**

  
Dr. Telmo León Ojeda  
**DIRECTOR DE LA CLÍNICA  
"SAN PABLO"**





# SEGUIMIENTO



**AUDITORÍA DE GESTIÓN  
PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**SEGUIMIENTO**

Culminada la auditoría de gestión en la Clínica “San Pablo”, y una vez socializado y entregado el respectivo informe a la máxima autoridad de la institución, Dr. Telmo Darío León Ojeda, se procede a dar seguimiento a las recomendaciones presentadas por el equipo de auditoría, para el efecto, se actuará bajo los siguientes lineamientos:

**OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO**

Determinar el nivel de aceptación de la máxima autoridad de la Clínica “San Pablo”, sobre las recomendaciones vertidas por el equipo de auditoría en lo concerniente a los hallazgos y debilidades encontrados.

**ACTIVIDAD**

Verificar la receptividad de la administración de la Clínica “San Pablo” frente a las recomendaciones dadas por el equipo de auditoría.

Loja, 05 de octubre de 2015

Sr. Jonathan David Sotomayor Flores  
**AUDITOR JEFE DE EQUIPO**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, dispongo a usted, para que efectúe la fase final de la auditoría de gestión a la Clínica "San Pablo", la cual comprende las labores de seguimiento a las recomendaciones proporcionadas a la entidad, mediante el informe de auditoría, para el efecto considere las siguientes instrucciones:

- Elabore un cronograma para la implementación de las recomendaciones
- Recapte de la entidad auditada, evidencia que sustente las medidas correctivas que se han adoptado
- Prepare el informe de seguimiento a las recomendaciones

Atentamente,



Lcda. Eusebia Alexandra Saritama Torres  
**SUPERVISORA**



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Convocar a una asamblea al personal administrativo, médico y de enfermería, con el fin de socializar la filosofía institucional de la clínica.																					Director de la clínica
2	Colocar banners que contengan la filosofía institucional de la clínica, en lugares visibles de la institución, a fin de garantizar su conocimiento por parte de los cliente																					



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
3	Disponer al personal administrativo de la clínica, a la actualización del manual de procedimientos y funciones.																					Director de la clínica
4	Solicitar a la dirección de la clínica, la elaboración de una planificación estratégica y plan operativo anual, para que la entidad posea un instrumento administrativo para direccionar el progreso del ente.																					



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
5	Realizar visitas periódicas a las diferentes dependencias de la clínica, a fin de corroborar la permanencia del personal en la institución.																					Director de la clínica
6	Elaborar un listado de los indicadores de gestión aplicables a la clínica, de tal manera que se logre evaluar el profesionalización alcanzado por el personal.																					





**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
7	Elaborar un plan anual de capacitaciones para el personal que labora en la clínica "San Pablo", que abarque de manera primordial a los médicos de la entidad.																					Administrador



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
8	Convocar a una reunión al personal administrativo, médico, de enfermería y demás empleados de la clínica, para proceder a socializar el manual de procedimientos y funciones, entregando una copia certificada del mismo, a cada persona inmersa en las actividades de la entidad.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
9	Disponer al Administrador, la actualización inmediata de los expedientes del personal de la clínica, a fin de conocer si el perfil profesional de los administrativos, médicos, enfermeras y demás empleados, se encuentra en concordancia con las funciones que desempeña cada uno de ellos.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
10	Revisar el perfil profesional de los empleados de la clínica, a fin de determinar si existe una persona calificada con la licencia de profesional Tipo E1, para que conduzca la ambulancia, caso contrario efectuar la contratación de un empleado para el efecto.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
11	Conjuntamente con la persona encargada de farmacia, establecer el inventario mínimo para cada uno de los medicamentos que suministra la clínica a sus pacientes, con el propósito de no ser objeto de desabastecimientos.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
12	Disponer a la contadora, de manera prioritaria, a que efectúe los gastos necesarios para dotar a la nueva bodega para la dependencia de farmacia, de los mecanismos técnicos de seguridad, de tal forma que se proceda al traslado inmediato de los medicamentos que excedieron la capacidad de almacenamiento de farmacia.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
13	Disponer a la laboratorista y radióloga, a que efectúen la comunicación oportuna sobre los resultados de los exámenes, a los médicos tratantes que solicitaron los diagnósticos, en miras a que los especialistas dispongan de los análisis para determinar el tratamiento para cada paciente con la mayor prontitud.																						Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
14	Verificar la disponibilidad presupuestaria, para la adquisición de una caja registradora para farmacia, de tal manera que el efectivo generado por la venta de medicamentos no se encuentre expuesto a extravíos.																					Director de la clínica





**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
15	Disponer a la contadora, la adquisición de basureros para el acopio de desechos comunes y, la compra de cartones en la calidad y cantidad necesarias para la recolección de desechos.																					Director de la clínica
16	Disponer a la contadora, la asignación de un rubro de capacitaciones en la proforma presupuestaria, netamente para los médicos internistas de los que disponga el ente.																					



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
17	Construir indicadores de gestión que permitan establecer el grado de eficiencia, eficacia y economía, con que el personal del área médica de la clínica San Pablo, efectúa sus actividades.																					Jefe de Talento Humano
18	Realizar inspecciones sorpresivas y esporádicas al personal de enfermería, para determinar su permanencia en el área de hospitalización.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
19	Conjuntamente con el administrador, elaborar el plan anual de capacitaciones para el personal de enfermería que labora en la clínica.																					Contadora
20	Efectuar la adquisición de repositorios para el acopio de desechos médicos infecciosos.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
21	Conjuntamente con el Jefe de Talento Humano, efectuar la selección y contratación de un administrador para la entidad, dicho profesional deberá tener la preparación en ciencias gerenciales o sus afines.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
22	Ejecutar cada una de las estrategias institucionales contempladas en el manual de procedimientos y funciones, de tal manera que se mejore la calidad operativa de la clínica.																					Director de la clínica
23	Revisar el manual de procedimientos y funciones y efectuar un cronograma para la realización de cada una de las actividades que le han sido conferidas.																					



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
24	Disponer a la laboratorista clínica, a efectuar un inventario de los insumos médicos que dispone en la dependencia, a fin de conocer la cantidad de éstos artículos, así como también a emitir reportes periódicos sobre los exámenes practicados y el material médico utilizado en cada paciente.																					Director de la clínica



**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014**

**CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES**

Nro.	RECOMENDACIÓN	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RESPONSABLE
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
25	Sírvase convocar a un concurso de méritos y oposición para la contratación de enfermeras calificadas.																					Jefe de Talento Humano

## **g. DISCUSIÓN**

Efectuada la AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014, de logró cumplir la totalidad de los objetivos propuestos para el efecto, los cuales tuvieron como finalidad primordial, la realización de una auditoría de gestión, tendiente a verificar el nivel de cumplimiento de las actividades de la clínica, para el efecto se dispuso del manual de procedimientos y funciones implementado por el ente, instrumento que permitió evidenciar ciertas falencias e incumplimientos, que posteriormente se verificaron y desarrollaron como hallazgos en la ejecución de la auditoría, mediante la aplicación de pruebas de auditoría.

Adicionalmente, se elaboraron indicadores de gestión para medir los niveles de eficiencia, eficacia y economía, con que la entidad efectúa la prestación de servicios de salud, determinándose una escasa difusión de la filosofía institucional, incumplimiento de los objetivos, estrategias y actividades designadas para el área administrativa, médica y de enfermería, y finalmente la ínfima economía que se suscita en la realización de los exámenes médicos de laboratorio clínico.



En última instancia, se procedió a emitir el informe de auditoría de gestión, con la totalidad de los comentarios, conclusiones y recomendaciones analizados en la fase de ejecución, de tal manera que la administración de la clínica, disponga de una herramienta gerencial que facilite sustancialmente, promover la mejora institucional, para la consecución absoluta de los objetivos y metas previstos.

## **h. CONCLUSIONES**

1. La clínica “San Pablo”, realiza sus actividades sin programación previa al no disponer de un Plan Operativo Anual y una Planificación estratégica, con lo cual, la serie de servicios médicos que presta la entidad se encuentran a libre albedrío, disminuyéndose así, su capacidad de captación de pacientes y por ende a una reducción significativa de sus ingresos. Adicionalmente se determinó la ausencia de un manual de control interno, la carencia de planes de capacitación, y una serie de inobservancias al manual de procedimientos y funciones implementado por la institución.
2. La administración de la clínica no ha diseñado indicadores de gestión para evaluar el desempeño de las diferentes áreas que integran la entidad, tanto el personal administrativo, médico y de enfermería incumplen con las funciones a ellos conferidas, reduciendo la calidad de los servicios ofertados y poniendo en riesgo el prestigio de la clínica.
3. Finalmente, se elaboró y presentó el informe de auditoría de gestión, integrado por comentarios, conclusiones y recomendaciones sobre los hallazgos encontrados, y que permitirá a los directivos, alcanzar el fortalecimiento de la clínica y mejorar la prestación de servicios de salud.

## **i. RECOMENDACIONES**

1. Al Director de la Clínica “San Pablo”, contratar de manera anual, los servicios de auditoría de gestión, a fin de disponer de una herramienta administrativa para el fortalecimiento institucional, adicionalmente, disponer la elaboración de instrumentos administrativos como un manual de control interno, plan operativo anual y planificación estratégica, los cuales permitan programar las actividades de la entidad, en armonía con la misión y visión institucional, y, finalmente, supervisar el cumplimiento del manual del procedimientos y funciones de la clínica para garantizar la prestación de servicios de alta calidad.
2. Establecer los indicadores de gestión necesarios para evaluar el desempeño del talento humano de la clínica, esto como medida para determinar los niveles de eficiencia, eficacia y economía en el desarrollo de las actividades administrativas y operacionales de la entidad.
3. Finalmente, se sugiere implementar las recomendaciones propuestas en el informe de auditoría de gestión, para sobrellevar las debilidades que posee la clínica para potencializar la gestión de la entidad, su prestigio y posicionamiento.

## j. BIBLIOGRAFÍA

### Libros

1. ARENS Alvin A., ELDER Randal J., BEASLEY Mark S.; Auditoría un enfoque integral; Editorial: PEARSON; 11va edición; Año 2007.
2. CUBERO Abril, Teodoro; Manual Específico de Auditoría de Gestión; Unidad de Auditoría Interna, Ilustre Municipio de Cuenca; Año 2009.
3. FRANKLIN, Benjamín Enrique; Auditoría administrativa, evaluación y control empresarial; Editorial: PEARSON; Tercera edición; Año 2013.
4. MALDONADO, Milton K.; Auditoría de Gestión; Tercera edición; Quito-Ecuador; Año 2006.
5. MANTILLA, Samuel Alberto; Control interno; Editorial: ECOE; Cuarta edición; Año 2006.
6. MONTAÑO Hormigo, Francisco Javier; Auditoría de las áreas de la empresa; Editorial: IC; Primera edición; Año 2014.

7. MONTAÑO Orozco, Edilberto; Control interno, auditoría y aseguramiento, revisoría fiscal y gobierno corporativo; Editorial: PROGRAMA; Primera edición; Año 2013.
8. SÁNCHEZ Curiel, Gabriel; Auditoría de Estados Financieros, Práctica Integral; Editorial PEARSON; Segunda edición; Año 2006.
9. SANTILLANA, Juan Ramón; Auditoría interna; Editorial: PEARSON; Tercera edición; Año 2013.

### **Leyes**

10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; Ley Nro. 2002-80.

### **Manuales**

11. CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría de Gestión; Quito-Ecuador; Registro Oficial Nro. 469; Año 2001.
12. CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría Financiera; Quito-Ecuador; Año 2001.

13. CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual General de Auditoría Gubernamental; Registro Oficial Nro. 107; Año 2003

## k. ANEXOS



*Universidad Nacional de Loja*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”.**

*Proyecto de tesis previo a obtener el grado y título de Ingeniero en Contabilidad y Auditoría, Contador Público-Auditor.*

**AUTOR:**

Jonathan David Sotomayor Flores

**LOJA – ECUADOR**

**2015**

**En los tesoros de la sabiduría, está la glorificación de la vida**



**a. TEMA**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”.**

**b. PROBLEMÁTICA**

La auditoría de gestión, surge como una herramienta indispensable en el control y mejoramiento de los procesos administrativos de las empresas, desde su nacimiento ha buscado que las diferentes empresas gocen de un sistema de trabajo que funcione de manera óptima, lo cual sólo se puede lograr cuando los recursos globales de los que disponga cualquier entidad, sean utilizados en su máximo nivel, generando así un rédito económico y a su vez, la consecución de los objetivos empresariales previstos; es así que la auditoría de gestión, busca facilitar el accionar cotidiano de las diferentes organizaciones, con plena observancia a las disposiciones legales y sus diferentes normativas y reglamentos.

Desde tiempos inmemorables, la auditoría de gestión dotó a los negocios de una serie de información administrativa, la cual les permitió ganar competitividad en los diferentes ámbitos económicos, aspectos que perduran



hasta la actualidad, y que, sumado a un mundo altamente globalizado, dará las pautas y directrices a las empresas y las altas gerencias para encaminar sus esfuerzos, en miras a conseguir el éxito deseado.

En el plano nacional, la auditoría de gestión ha cobrado mayor relevancia luego de un turbio pasado de dilapidación de recursos fiscales y la quiebra de empresas de carácter privado por la ausencia de controles. Éstas últimas aplican auditorías de gestión a sus entes para auto facultarse de una gama de herramientas gerenciales para el crecimiento y potencializarían institucional, es por ello que, desde grandes corporaciones transnacionales hasta organizaciones que ostentan una escuálida economía, aplican auditorías de gestión a sus negocios para determinar el grado de cumplimiento a los objetivos previstos por la institución y las medidas correctivas que pueden ser adoptadas para posicionarse en el mercado.

La Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el año 2008, estipula en su artículo 32, que el Estado garantizará el derecho a la salud, con lo cual, se adoptarán una serie de políticas para dotar al país de salud pública, pero éstas aspiraciones se ven truncadas al existir una demanda creciente a pasos agigantados para este servicio; causal que motivó a la aparición de centros y empresas de salud privada.

Las empresas de salud privada, al igual que las públicas, se rigen por la normativa legal, es por ello que se someten anualmente a procesos de auditorías de gestión para establecer su nivel de operatividad, en el caso de los hogares asistenciales de salud pública, los controles son contemplados en la programación de la Contraloría General del Estado, pero al referirse a las empresas de salud privada, ellas requieren ser auditadas por la simple razón de conocer, si los esfuerzos realizados por todos sus niveles jerárquicos se ven reflejados en una rentabilidad, la cual sólo es lograda con la utilización idónea de los recursos empresariales.

En la ciudad de Loja, se ha notado la aparición de nuevas instituciones privadas para cubrir la demanda de salud, entre ellas se sitúa la Clínica "SAN PABLO", que se encuentra ubicada en la ciudadela Héroes del Cenepa en la Av. Pío Jaramillo Alvarado, la cual ha surgido de la necesidad de brindar servicios de salud integral y comunitaria, para lo cual dispone de una infraestructura física apropiada, equipamiento y tecnología acorde con los requerimientos, personal con formación humanística, ética, científica y tecnológica, para elevar el nivel de vida y el bienestar de la comunidad.

Mediante una visita de observación a la clínica, se evidenció una serie de falencias administrativas, financieras y operativas, que infringen el manual de

control interno adoptado por la entidad, entre las cuales se manifiestan las siguientes:

- Falta de la señalética informativa y de emergencias apropiada para una institución privada de salud
- Ineficiente control sobre el personal operativo de la clínica
- La escasa difusión de los aspectos filosóficos de la empresa
- La inadecuada atención de los pacientes en situación crítica
- El abandono de las enfermeras a los pacientes
- La ruptura del proceso de ingreso de pacientes
- Inobservancia al manual de control interno
- No se evalúa periódicamente el desenvolvimiento del personal administrativo
- Disminución del presupuesto de la Clínica
- La demora en la adquisición de materiales médicos, medicinas y suministros de oficina

En base a las deficiencias expuestas anteriormente y ante el eminente deterioro del proceso administrativo de la empresa, es pertinente y factible la realización de una AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO”

DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014, de tal manera que se logre solucionar el siguiente problema de investigación:

¿CÓMO AFECTA LA FALTA DE UNA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN LA CLÍNICA “SAN PABLO”, AL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS INSTITUCIONALES?

### **c. JUSTIFICACIÓN**

#### **Académica**

La Universidad Nacional de Loja, entre sus aspectos filosóficos prevé la formación de profesionales altamente capacitados para aportar a la resolución de problemas que aquejan a la colectividad, dotados de valores y una ética profesional inexorable, que permitan integrarse como verdaderos actores sociales, es por este motivo que el presente trabajo investigativo denominado “AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA CLÍNICA “SAN PABLO” DE LA CIUDAD DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO 2014”, responde en primera instancia, a la necesidad de dar fiel cumplimiento al Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, que en su artículo Nro. 129, establece como requisito indispensable para la graduación del estudiante de pregrado, el presentar y sustentar un trabajo de investigación, el cual goce

de todos los requerimientos y pertinencia para optar por una titulación de tercer nivel, y en un segundo plano se pretende aportar con medidas correctivas a un negocio que cumple un rol vital en la economía local.

### **Institucional**

La carrera de Contabilidad y Auditoría, en su perfil de egreso, establece que sus profesionales serán capaces de apoyar a las administraciones de las diferentes empresas, en lo referente a la planeación, dirección y control, por ende el tema investigativo que he seleccionado, se encuentra enmarcado en las aspiraciones académicas y sociales de la carrera, es por ello que una vez que he llegado a la cúspide de mi formación profesional, me siento plenamente facultado para aportar con los conocimientos que me han sido impartidos en el alma mater, a la Clínica “San Pablo”, de tal manera que este trabajo investigativo se constituya en la base de un mejor porvenir para esta empresa de salud privada.

Cabe recalcar que adicional a cumplir con los requerimientos fijados para el proceso de titulación, también se marcará un referente de consulta para los demás estudiantes que aspiren culminar sus estudios, ellos podrán encontrar en este trabajo, una serie de directrices sobre las cuales cimentar sus investigaciones y, a más de lo expuesto, también se culminará con el

proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual establece que la formación debe estar ligada a la práctica, es decir, que potencializaré mis habilidades y contrastaré lo estudiado, con el ámbito empresarial.

Con la ejecución del presente proyecto de tesis, se logrará determinar puntualmente aquellas falencias que minimizan la capacidad operativa, administrativa y financiera de la clínica objeto de análisis; y consecuentemente promulgar las medidas correctivas idóneas y pertinentes para que sean adoptadas por los directivos de la entidad, a fin de que los recursos disponibles y los esfuerzos realizados por la empresa, se vean reflejados en un alto prestigio local y a su vez en un rendimiento financiero.

### **Social**

El aporte social que pretendo brindar con la investigación, es el de encaminar a la clínica “San Pablo” a la excelencia, con lo cual esta empresa, será generadora de empleo, logrará operar con eficiencia, de tal manera que la colectividad que requiera atención médica, tenga la confianza de que su salud está depositada en manos del mejor equipo médico de la ciudad.

#### **d. OBJETIVOS**

##### **General**

- Efectuar una auditoría de gestión a la Clínica “San Pablo” de la ciudad de Loja, durante el periodo 2014.

##### **Específicos**

- Desarrollar las fases de auditoría de gestión para verificar el cumplimiento de las actividades programadas por la clínica, aplicando indicadores, para medir la eficiencia, eficacia y economía de la gestión institucional.
- Elaborar el informe de auditoría de gestión con comentarios, conclusiones y recomendaciones, para ayudar a la toma de decisiones empresariales.

## **e. MARCO TEÓRICO**

### **EMPRESA**

La empresa está definida como una unidad productiva dedicada a efectuar una actividad económica, sea esta la prestación de servicios o la producción y comercialización de bienes, para la satisfacción de una necesidad social y por ende obtener una ganancia.

#### **Importancia**

- Ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas, ofreciéndoles un ingreso por su trabajo.
- Favorece a la generación de riqueza y el avance económico de un país.
- Facilita a la sociedad de bienes y servicios, para la satisfacción de las necesidades.
- Facilita la asociación de personas, para efectuar actividades productivas.
- Aportan al desarrollo socio-económico del lugar donde operan.
- Fomentan la competitividad empresarial.



## Clasificación

### Por el sector económico

- **Extractivas:** Dedicadas a explotar recursos naturales.
- **Servicios:** Prestan servicios a la comunidad.
- **Comercial:** Desarrolla la venta de los productos terminados.
- **Agropecuaria:** Explotación del campo y sus recursos.
- **Industrial:** Transforma la materia prima en un producto termina

### Por su tamaño

- **Grande:** Su capital y volumen de ingresos anuales son elevados, poseen más de 100 trabajadores.
- **Mediana:** Su capital, el número de trabajadores y el volumen de ingresos son limitados, su número de trabajadores oscila entre 20 y 100.
- **Pequeñas:** Su capital y sus ingresos son muy reducidos, el número de trabajadores no excede las 20 personas.
- **Fami-empresa:** Opera con los miembros de un núcleo familiar, sus instalaciones por lo general, vienen determinadas por el domicilio de la familia.

### **Por el origen de su capital**

- **Público:** Su capital proviene del Estado o Gobierno.
- **Privado:** El capital proviene de particulares.
- **Economía Mixta:** Es una fusión de empresa pública y privada, el capital proviene una parte del estado y la otra de particulares.

### **Por el lugar donde operan**

- **Nacionales:** Desarrollan sus actividades productivas o comerciales dentro del territorio nacional.
- **Multinacionales:** Poseen subsidiarias en varios países para desarrollar sus actividades.

## **AUDITORÍA**

“Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, realizado con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o actividad gubernamental, orientada a mejorar la efectividad, importancia eficiencia y economía en el uso de los recursos públicos, para facilitar la toma de decisiones por quienes son

responsables de adoptar acciones correctivas y mejorar su responsabilidad ante el público.”<sup>20</sup>

### **Objetivos de la auditoría**

- Determinar el grado de cumplimiento de las obligaciones del ente económico.
- Aportar con recomendaciones tendientes a mejorar la administración.
- Ayudar al logro de objetivos y metas institucionales.
- Determinar desviaciones en la empresa, para sugerir medidas correctivas.
- Establecer el grado de eficiencia, eficacia y economía en la ejecución de proyectos, programas e inversiones.
- Recopilar evidencia competente, sufriente y pertinente para sustentar posibles irregularidades.
- Potencializar la administración del ente.
- Garantizar la confiabilidad y razonabilidad de la información financiera y administrativa.
- Establecer que los recursos institucionales han sido utilizados para los fines previstos.

---

<sup>20</sup> CUBERO ABRIL, Teodoro; Manual Específico de Auditoría de Gestión; Pág. 24

- Fomentar la correcta asignación, contabilización y liquidación de recursos.
- Erradicar posibles errores y desviaciones del ente.

### **Clasificación de la auditoría**

#### Según quién lo ejecute

- Interna: Realizados por profesionales asesores del ente.
- Externa: Realizada por un profesional independiente ajeno a la entidad.

#### Según la entidad en la que se realice

- Pública o Gubernamental: Se realiza a entes públicos a través de la Contraloría General del Estado.
- Privada: La efectúan firmas de auditorías calificadas.

#### Según las operaciones a examinar

- Auditoría Financiera: Analiza y establece la razonabilidad de los estados financieros.

- Auditoría de Gestión: Evalúa el desarrollo y cumplimiento de las actividades de la organización, en concordancia a los objetivos y lineamientos institucionales.
- Auditoría Ambiental: Controla el cumplimiento al Plan de Manejo Ambiental y demás disposiciones legales para el efecto.
- Auditoría de Sistemas Informáticos: Establece el grado de seguridad de las bases de datos.

Según el alcance

- Total: Se realiza a la totalidad de los estados financieros o a la gestión integral del ente.
- Parcial: Evalúa un rubro, grupo de cuentas o determinado departamento, componente o proceso institucional.

## **AUDITORÍA DE GESTIÓN**

“Es el examen sistemático y profesional, efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la gestión operativa y sus resultados, así como, la eficacia de la gestión de la entidad, programa, proyecto y operación, en relación a sus objetivos y metas; de determinar el

grado de economía, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos disponibles; establecer los valores éticos de la organización y, el control y prevención de la afectación ecología; y medir la calidad de los servicios, obras o bienes ofrecidos, y, el impacto socio-económico derivado de sus actividades.”<sup>21</sup>

### **Importancia de la auditoría de gestión**

La importancia de la auditoría de gestión radica en la detección de falencias, desviaciones e irregularidades en la administración de cualquier entidad, constituyéndose así, en una herramienta gerencial para la optimización de los recursos institucionales, mediante la evaluación del plan estratégico y manual de control interno del ente.

### **Objetivos de la auditoría de gestión**

- Evaluar el grado de eficiencia, eficacia y economía con que los recursos humanos, materiales y financieros de la entidad, son utilizados.
- Establecer el grado de cumplimiento a los objetivos, metas y filosofía institucionales.

---

<sup>21</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría de Gestión; Pág. 37

- Determinar las áreas conflictivas dentro de la organización y fijar acciones correctivas.
- Evaluar el desempeño institucional.

### **Alcance**

- “Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.
- Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.
- Evaluación de eficiencia y economía en el uso de los recursos; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.
- Mediación del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información financiera y operativa
- Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones; oportunidades de mejorar la productividad con mayor tecnificación; exceso de personal con relación al trabajo a efectuar, deficiencias importantes.

- Control sobre la identificación, de riesgos su profundidad e impacto y adopción de medidas para eliminarlos o atenuarlos.
- Control de legalidad, del fraude de la forma como se protege los recursos.
- Evaluación del ambiente y mecanismos de control interno sobre el alcance de la auditoria, debe existir acuerdo entre los administradores y auditores; porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.”<sup>22</sup>

### **Elementos de la gestión**

“**Economía:** uso oportuno de los recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, es decir adquisición o producción al menor costo posible, con relación a los programas de la organización.

**Eficiencia:** Es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo. Su grado viene dado de la relación entre los bienes adquiridos o producidos

---

<sup>22</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoria de Gestión; Pág. 37-38



o servicios prestados, con el manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para su obtención.

**Eficacia:** Es la relación de servicios y productos, los objetivos y metas programados. La eficacia es el grado en que una actividad o programa alcanza sus objetivos o metas que se había propuesto.

**Ecología:** Son las condiciones, operaciones y prácticas relativas de a los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en una gestión de un proyecto.

**Ética:** Es un elemento básico de la gestión institucional, expresada en la moral y conducta individual y grupal, de los funcionarios y empleados de una entidad, basada en sus deberes, en su código de ética, las leyes, en las normas constitucionales, legales y vigentes de una sociedad.”<sup>23</sup>

## **NORMATIVA DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN**

La normativa aplicable a la auditoría de gestión, determina una serie de postulados, bajo los cuales el auditor realizará su trabajo de evaluación, son de cumplimiento internacional y permiten estandarizar las actividades.

---

<sup>23</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría de Gestión; Pág. 20-21

## **Normas Internacionales de Auditoría (NIA)**

Las Normas Internacionales de Auditoría son estándares internacionales, para una correcta aplicación de las fases de auditoría, si bien resulta cierto que estas normas son aplicables a la evaluación de los estados financieros, algunas de ellas resultan altamente favorables al aplicar auditorías de gestión.

### **✓ 210 Cartas para el acuerdo de los términos sobre un trabajo de auditoría (NIA 2)**

Esta norma establece las directrices bajo las cuales el auditor acepta un trabajo, es decir, los parámetros sobre los cuales se llevará a efecto el trabajo de auditoría.

Entre los aspectos contemplados en la carta de contratación constan:

- Objetivo y alcance de la auditoría
- La responsabilidad con respecto al cliente
- El formato del informe de auditoría

✓ **220 Control de calidad del trabajo de auditoría (NIA 7)**

Esta norma establece la delegación del trabajo de auditoría a un equipo de profesionales y su respectivo control, de tal manera que el proceso de evaluación sea ejecutado en concordancia a los principios y normas de auditoría.

✓ **230 Documentación (NIA 9)**

Estipula la serie de papeles de trabajo que debe elaborar el auditor a lo largo del proceso de evaluación, para servir de soporte ante los hallazgos de auditoría, desde la planificación preliminar, hasta el seguimiento y control de las recomendaciones dadas por el auditor.

✓ **310 Conocimiento del negocio (NIA 30)**

Estrechamente relacionado con el conocimiento preliminar de la auditoría de gestión, esta NIA, fija la serie de aspectos institucionales que debe conocer el auditor y el equipo de trabajo, sobre la entidad a ser auditada, a fin de que dicha información direcciona la labor de los auditores a lo largo del examen.

✓ **320 La importancia relativa de la auditoría (NIA 25)**

Esta norma le permite al auditor discernir entre los diversos niveles de riesgo (Riesgo Inherente, Riesgo de Control y Riesgo de Detección), con la finalidad de determinar si un hallazgo de auditoría es lo suficientemente relevante, como para utilizar métodos y técnicas diferentes a lo previsto.

✓ **400 Control Interno (NIA 6)**

Esta norma recomienda al auditor, la evaluación del control interno institucional y el nivel de riesgo inherente y de control, para poder modificar sus programas de auditoría acorde a las circunstancias y por ende reducir drásticamente el riesgo de detección.

✓ **500 Evidencia de Auditoría (NIA 8)**

La finalidad de esta norma, es la de guiar al auditor en la búsqueda y recopilación de evidencia competente, pertinente y suficiente que le sirvan para emitir su criterio y las respectivas recomendaciones al final de la evaluación, de manera objetiva y sustentada.

✓ **600 Uso del trabajo de otros (NIA 5)**

Con esta norma, se exhorta al auditor a citar en sus papeles de trabajo, a otros auditores que hayan realizado evaluaciones previas a él, tanto en los componentes analizados, significatividad del examen y metodologías empleadas.

**Normas de Auditoría de General Aceptación (NAGA)**

Normas de Auditoría de General Aceptación son consideradas como los requisitos mínimos que debe cumplir el auditor, tanto en el plano personal como profesional, para garantizar un trabajo de auditoría sea llevado a efecto con calidad y pericia.

✓ **Normas personales**

**Capacidad profesional e idoneidad:** El profesional auditor designado para ejecutar el control administrativo, debe tener una elevada ética, objetividad y moral, así como la preparación técnica que le permita auditar de manera apropiada y con eficiencia.

**Entrenamiento técnico:** Implica la preparación e inducción que debe tener el auditor, para realizar evaluaciones, va encaminada a la experiencia del profesional, con lo cual se incrementan sus habilidades y conocimientos en lo que a materia auditable se refiere.

**Independencia mental:** El auditor debe mostrarse imparcial al momento de aceptar y ejecutar un proceso de auditoría, erradicando cualquier sesgo personal o vinculación fuera de lo profesional con el ente.

**Cuidado y diligencia profesional:** El auditor debe tener la pericia necesaria para determinar los mejores pasos a seguir durante la ejecución de la auditoría

✓ **Normas relativas al trabajo de auditoría**

**Planeación y supervisión:** El trabajo de auditoría debe ser planificado para reducir los riesgos de detección y posibles desviaciones de los objetivos previstos en el programa de auditoría, de igual manera el Supervisor de auditoría debe realizar comprobaciones periódicas del avance de los exámenes para cumplir con el trabajo asignado de excelente manera.

**Estudio y evaluación del control interno:** la administración el ente debe ser meticulosa en la adopción de políticas y estrategias que permitan llevar un control oportuno y eficiente sobre los bienes y recursos institucionales, para reducir el riesgo y posibles irregularidades.

**Supervisión del trabajo de auditoría:** En plena observancia a lo establecido en los programas de auditoría, se supervisará que las actividades de control sean ejecutadas acorde a lo planificado.

**Obtención de evidencia:** La obtención de sustentos para cada uno de los hallazgos, facultará al auditor para que emita sus comentarios, conclusiones y recomendaciones.

**Papeles de trabajo:** El auditor deberá plasmar en los papeles de trabajo, cada una de las actividades que efectúe durante el examen.

**Tratamiento de irregularidades:** El auditor deberá comunicar oportuna y discretamente, cualquier irregularidad que se presente durante la auditoría.

**Informe:** El informe de auditoría es el resultado de una serie de procesos y técnicas de evaluación, el cual debe ser entregado a la máxima autoridad del

ente auditado a fin de que éste, adopte las medidas correctivas a la institución.

**Seguimiento de las recomendaciones:** El auditor deberá establecer un cronograma lógico y secuencial para que la entidad asuma las recomendaciones contempladas en el informe de auditoría, con el firme propósito de ayudar al ente a operar de manera eficiente y eficaz.

### **Normas Ecuatorianas de Auditoría**

Esta normativa establece los direccionamientos que los profesionales de auditoría deben seguir en la realización de las actividades de control, son de plena observancia tanto para auditores de la Contraloría General de Estado, auditores internos de instituciones públicas y auditores independientes.

### **Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento (NIAA)**

Estas normas fijan la serie de procedimientos de carácter obligatorio, que el auditor debe realizar para evaluar la razonabilidad de estados financieros o administración de cualquier ente objeto de auditoría



## **Normas de Calidad ISO**

La finalidad de esta normativa, es la de guiar al ente auditado, a reducir al mínimo sus costos, sin disminuir la calidad del producto o servicio a ser comercializado. Estas normas se encuentran a la vanguardia tecnológica, por lo que su cumplimiento favorece a los fines instituciones.

## **FASES DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN**

### **FASE I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR**

El conocimiento preliminar, es la primera fase en el proceso de auditoría de gestión, en ella se conoce de manera integral a la institución a ser auditada, primordialmente la razón de ser del organismo, para posteriormente iniciar con la planificación del examen.

#### **Actividades que se realizan en la fase de conociendo preliminar**

- Visita de observación entidad.
- Revisión archivos papeles de trabajo.
- Determinar indicadores.

- Detectar el FODA.
- Evaluación estructura de control interno.
- Definición de objetivo y estrategia de auditoría

## **FASE II: PLANIFICACIÓN**

Posterior al acercamiento con la entidad objeto de análisis, se recaba información referente a la institución, como su misión, visión, objetivos, políticas, organigrama orgánico-funcional, normatividad y procesos administrativos.

### **Actividades que se realizan en la fase de planificación**

- Análisis información y documentación
- Evaluación de control interno por componentes
- Elaboración del plan y programas de auditoría

### **Programa de auditoría**

Un programa de auditoría, es un listado de los procedimientos que deben ser aplicados por el auditor en su trabajo de evaluación, en el programa se

contempla cada uno de los aspectos que debe ejecutar el auditor, el área o componente sobre el cual deberá efectuarse cada una de las pruebas y la designación para el efecto, a fin de reducir el riesgo de detección de hallazgos de auditoría.

### **Control Interno**

El Control Interno es una serie de procesos, adoptados por las autoridades de la institución objeto de auditoría, para evitar o reducir la posibilidad de presentar información financiera errónea, que persistan fraudes dentro de los procesos administrativos e inobservancias a las disposiciones legales.

### **Componentes del control interno**

- Ambiente de control
- Evaluación del riesgo
- Sistema de información y de comunicación
- Actividades de control
- Monitoreo

### **Riesgo de la auditoría de gestión**

- ✓ **Riesgo inherente.-** Es independiente a los sistemas de control interno de la institución, viene dado por un alcance de auditoría bajo o por la falta de evidencia, que le permitan al auditor verter su criterio de manera apropiada.
  
- ✓ **Riesgo de control.-** Este tipo de riesgo es propio de sistemas de control ineficientes, que no logran detectar errores o irregularidades de manera oportuna para que sean corregidos.
  
- ✓ **Riesgo de detección.-** Es el riesgo de que los métodos y técnicas de auditoría seleccionados, no logren encontrar hallazgos.

### **FASE III: EJECUCIÓN**

En esta fase, se lleva a cabo la auditoría, se desarrollan los programas, se obtiene y recopila los papeles de trabajo, que servirán de evidencia pertinente, competente y suficiente frente a cada uno de los hallazgos encontrados en la entidad, se aplican las técnicas de auditoría, tendientes a determinar cada uno de los hallazgos que aquejan los procesos administrativos de la institución.

### **Actividades que se realizan en la fase de ejecución**

- Aplicación de programas
- Aplicación de las técnicas de auditoría
- Preparación de papeles de trabajo
- Elaboración de las hojas de resumen de hallazgos por componente
- Supervisión de los avances de la auditoría
- Definición estructura del informe

### **Técnicas aplicables en la auditoría de gestión**

**Inspección física:** Comprende la observación directa de las actividades y procesos desarrollados por la entidad, para comprobar si se efectúan acorde a lo establecido en los manuales institucionales.

**Inspección documental:** Consiste en el chequeo de los documentos que reposan en el archivo corriente de la entidad, para verificar la existencia y autenticidad de los mismos.

**Confirmación:** Se obtiene una certificación por escrito, directamente de una persona o empresa ajenas a la entidad, con el propósito de corroborar datos.

**Entrevistas:** Por lo general se aplican a los funcionarios y trabajadores del ente, para recabar información referente a la institución.

**Análisis:** Se segmenta la administración y procesos, para evaluar de mejor manera cada uno de los componentes de la entidad, es decir, se induce la auditoría a un nivel más especializado.

**Evaluación:** El auditor pone de manifiesto su criterio, con profesionalismo e imprimiendo toda su capacidad y experiencia.

**Revisión selectiva:** “La revisión selectiva constituye una técnica frecuentemente aplicada a áreas que por su volumen u otras circunstancias no están comprendidas en la revisión o constatación más detenida o profunda. Consiste en pasar revista relativamente rápida a datos normalmente presentados por escrito.”<sup>24</sup>

### **Papeles de trabajo**

“Es el conjunto de cédulas y documentos elaborados u obtenidos por el auditor durante el curso del examen, desde la planificación preliminar, la planificación específica y la ejecución de la auditoría, sirven para evidenciar

---

<sup>24</sup> MALDONADO, Milton K.; Auditoría de Gestión; Pág. 94

en forma suficiente, competente y pertinente el trabajo realizado por los auditores y respaldar sus opiniones, constantes en los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones presentadas en los informes.

Los papeles de trabajo deben ser claros, concisos, con el objeto de proporcionar un registro ordenado del trabajo, evitando ambigüedades y contener las razones que sirvieron de base para tomar las decisiones sobre temas conflictivos, por lo que deben ser completos, que permitan su lectura, claramente expresados y su propósito de fácil comprensión, evitándose incluir comentarios que requieran respuestas o seguimiento posterior.

Los papeles de trabajo, que respaldan al informe del auditor, pueden haberse recibido de personas ajenas a la entidad, de la propia entidad y/o elaborados por el auditor en el transcurso del examen. Además, es posible que los papeles de trabajo puedan estar respaldados por otros elementos como: cintas sonoras, de vídeo, discos de archivo de computación, etc., está limitada por la circunstancia o por la existencia de estos elementos que sirvan de soporte y resulten aptos para sustentar la evidencia que se pretende obtener. Así la existencia de una cinta con la confirmación de un

saldo a cobrar o a pagar, sólo servirá de evidencia en la medida que también pudiera ser aceptado por terceros.”<sup>25</sup>

### **Características de los papeles de trabajo**

- Deben ser claros, precisos y concisos, recopilando únicamente la información necesaria para sustentar el trabajo de auditoría, su redacción debe ser en un lenguaje accesible a cualquier usuario, debidamente marcados y referenciados.
- Su elaboración debe darse con la mayor prontitud posible, en base al juicio del auditor y su prolijidad.

### **Objetivos de los papeles de trabajo**

#### Principales

- “Ayudar a la planificación de la auditoría
- Redactar y sustentar el informe de auditoría

---

<sup>25</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría Financiera; Pág. 230-231



- Facilitar, registrar la información reunida y documentar las desviaciones encontradas en la auditoría.
- Sentar las bases para el control de calidad y demostrar el cumplimiento de las normas de auditoría
- Defender las demandas, los juicios y otras acciones judiciales
- Poner en evidencia la idoneidad profesional del personal de auditoría

#### Secundarios

- Ayudar al auditor en el desarrollo de su trabajo.
- Facilitar la supervisión y permitir que el trabajo ejecutado pueda ser revisado por terceros.
- Constituir un elemento para la programación de exámenes posteriores en la misma entidad o en otras similares, por tal motivo en los legajos se incluirán los papeles de trabajo que se denominarán "Asuntos importantes para futuros exámenes", con información para ese fin.
- Los papeles de trabajo permitirán informar a los funcionarios y empleados de la entidad, sobre las desviaciones observadas y otros aspectos de interés sobre la gestión institucional, lo que se concretará igualmente en las conclusiones y recomendaciones.

- Los papeles de trabajo, preparados con habilidad y destreza profesional, sirven como evidencia del trabajo del auditor y de defensa contra posibles litigios o cargos en su contra.”<sup>26</sup>

### **Hallazgos de auditoría**

El hallazgo está definido como cualquier hecho o fenómeno que se encuentra fuera de lo normal dentro del proceso administrativo de la institución, el hallazgo, rompe los esquemas de lo habitual, es descubierto mediante la aplicación de los procedimientos de auditoría.

Para que un hallazgo obtenga su calificativo como tal, debe reunir o estar estructurado de los siguientes condicionantes:

**Condición.-** Se refiere a como el auditor, encuentra a un hecho, fenómeno o proceso dentro de la organización.

**Criterio.-** Este parámetro le permite al auditor, establecer el cómo se debería estar dando un hecho o proceso, de manera habitual.

---

<sup>26</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría Financiera; Pág. 232

**Causa.-** Establece los motivos que derivaron a la aparición de un hallazgo de auditoría, es decir, fija las razones bajo las cuales se originó el hecho.

**Efecto.-** El efecto se constituye en las repercusiones, sean estas reales o supuestas, que tendrán lugar en la administración de la entidad, por no haber aplicado el criterio dentro de sus actividades.

#### **FASE IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

En esta fase el auditor emite su criterio frente a los resultados de auditoría contemplados en el informe, el cual contendrá entre su estructura, las novedades más significativas que se presentaron en la ejecución de la auditoría.

#### **Actividades que se realizan en la fase de comunicación de resultados**

- Redacción del borrador del informe.
- Conferencia final para lectura de informe
- Obtención criterios entidad
- Emisión del informe final, síntesis y memorando de antecedentes.

## **Informe de auditoría**

El informe de auditoría, es el resultado del trabajo de evaluación que ha realizado el auditor, en él se plasman los comentarios, conclusiones y recomendaciones, sobre cada uno de los hallazgos determinados en la ejecución de la auditoría.

### **Características del informe de auditoría**

**Oportunidad.-** El informe de auditoría, debe ser elaborado meticulosamente y con la mayor prolijidad, de tal manera que sea puesto a consideración de la máxima autoridad de la institución, para la toma de medidas correctivas, de manera inmediata a la culminación del examen.

**Objetividad.-** En el informe de auditoría, constarán los criterios y recomendaciones, frente a los hallazgos determinados en la ejecución del examen, por este motivo, el auditor debe guardar profesionalismo, ética y neutralidad al expresarse.

**Concisión.-** El informe de auditoría, contendrá única y exclusivamente, datos relevantes y necesarios, sin detalles que disminuyan el valor del informe.

**Claridad.-** Los términos y lenguaje con los que el auditor elabore el informe de auditoría, deben ser comprensibles para todos los usuarios de la información.

**Tono constructivo.-** La auditoría se fundamenta en la asesoría administrativa a las organizaciones, es por ello que las opiniones del auditor, deben ser tendientes a la mejora institucional, mas no a causar zozobra a los funcionarios de la entidad.

#### **FASE V: SEGUIMIENTO Y CONTROL**

Una vez que ha transcurrido un lapso prudencial de tiempo, el auditor supervisará, si el máximo directivo de la entidad auditada, ha implementado las recomendaciones del informe de auditoría, en la administración del ente, según lo establecido en el cronograma para la implementación de sugerencias.

#### **Actividades que se realizan en la fase de comunicación de resultados**

- Comprobar si las recomendaciones han sido adoptadas por la entidad

- Recomprobación después de uno o dos años, sobre la efectividad de las sugerencias implementadas.

## **f. METODOLOGÍA**

### **MÉTODOS**

**Deductivo.-** Este método facilitará el realizar un estudio a profundidad, de la normativa legal aplicable al proceso de auditoría de gestión en la Clínica “San Pablo”, a más de permitir enfocarse, en cada uno de los departamentos que integran a la empresa bajo evaluación, para determinar las falencias que existen en las diferentes dependencias administrativas del ente.

**Inductivo.-** El método inductivo facilitará la obtención de un conocimiento global de los referentes teóricos, fundamentales para el proyecto de investigación.

**Analítico.-** Permitirá segmentar la información requerida para la investigación, es decir, ayudará a comprender cada uno de los componentes teóricos que conforman el marco conceptual del presente proyecto investigativo.

**Sintético.-** La aplicación del método sintético, es elemental para efectuar el diagnóstico a la empresa bajo análisis, de tal manera que se determine aquellas falencias que limitan a la entidad a ser auditada.

## **TÉCNICAS**

**Observación.-** Durante la ejecución de la auditoría de gestión, esta técnica pondrá de manifiesto los problemas más evidentes de la empresa, con lo cual se podrá recopilar evidencia pertinente y suficiente en la ejecución de la auditoría para sustentar los hallazgos encontrados.

**Entrevista.-** Con la aplicación de esta técnica, se obtendrá información vital sobre la empresa, concerniente a sus aspectos filosóficos, normatividad y procesos administrativos, de manera directa con los principales funcionarios de la Clínica.

**Revisión bibliográfica.-** Con la técnica de investigación bibliográfica, se obtendrá la mayoría de los referentes conceptuales y demás postulados, implementados en el marco teórico, mediante la búsqueda de la información requerida para el análisis y estructuración del proyecto.





## **h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

### **Talento humano**

**Coordinadora de la Carrera:** Dra. Beatriz Ordoñez González Mg. Sc.

**Docente:** Lcda. CPA. Alexandra Saritama Mg. Sc.

**Estudiante:** Jonathan David Sotomayor Flores

**Director de la Clínica:** Dr. Telmo León Ojeda

### **Recursos materiales y financieros**

- ✓ Computadora portátil
- ✓ Copias
- ✓ Esferos
- ✓ Carpetas
- ✓ Resmas de papel bond
- ✓ Cd
- ✓ Calculadora
- ✓ Internet
- ✓ Impresiones (Borradores y Tesis)
- ✓ Suministros de oficina
- ✓ Transporte
- ✓ Imprevistos

<b>PRESUPUESTO</b>	
<b>Ingresos</b>	
Aporte del Tesista	\$ 1.075,00
<b>Total de Ingresos</b>	<b>\$ 1.075,00</b>
<b>Egresos</b>	
Computadora portátil	\$ 700,00
Copias	\$ 15,00
Internet	\$ 60,00
Impresiones (Borradores y Tesis)	\$ 150,00
Suministros de oficina	\$ 40,00
Transporte	\$ 60,00
Imprevistos	\$ 50,00
<b>Total de egresos</b>	<b>\$ 1.075,00</b>
<b>FINANCIAMIENTO</b>	
<p>Los egresos y demás desembolsos necesarios para llevar a efecto la realización y ejecución del presente proyecto, serán afrontados en su totalidad por el tesista.</p>	

#### **i. BIBLIOGRAFÍA**

- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría de Gestión; Quito-Ecuador; Registro Oficial Nro. 469; Año 2001.
- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO; Manual de Auditoría Financiera; Quito-Ecuador; Año 2001.

- CUBERO Abril, Teodoro; Manual Específico de Auditoría de Gestión; Unidad de Auditoría Interna, Ilustre Municipio de Cuenca; Año 2009.
  
- MALDONADO, Milton K.; Auditoría de Gestión; Tercera edición; Quito-Ecuador; Año 2006.

**ÍNDICE**

CARÁTULA _____	i
CERTIFICACIÓN _____	ii
AUTORÍA _____	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN _____	iv
DEDICATORIA _____	v
AGRADECIMIENTO _____	vi
a. TÍTULO _____	1
b. RESUMEN _____	2
ABSTRACT _____	4
c. INTRODUCCIÓN _____	6
d. REVISIÓN DE LITERATURA _____	8
e. MATERIALES Y MÉTODOS _____	61
f. RESULTADOS _____	64
g. DISCUSIÓN _____	322
h. CONCLUSIONES _____	324
i. RECOMENDACIONES _____	325
j. BIBLIOGRAFÍA _____	326
k. ANEXOS _____	329
ÍNDICE _____	374