



UNIVERSIDAD DEL AZUAY  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
ESCUELA DE CONTABILIDAD SUPERIOR

“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO  
DEL HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN CUMPLIMIENTO A LA  
LOSEP”

Tesis previa a la obtención del título de:  
INGENIEROS EN CONTABILIDAD Y AUDITORIA

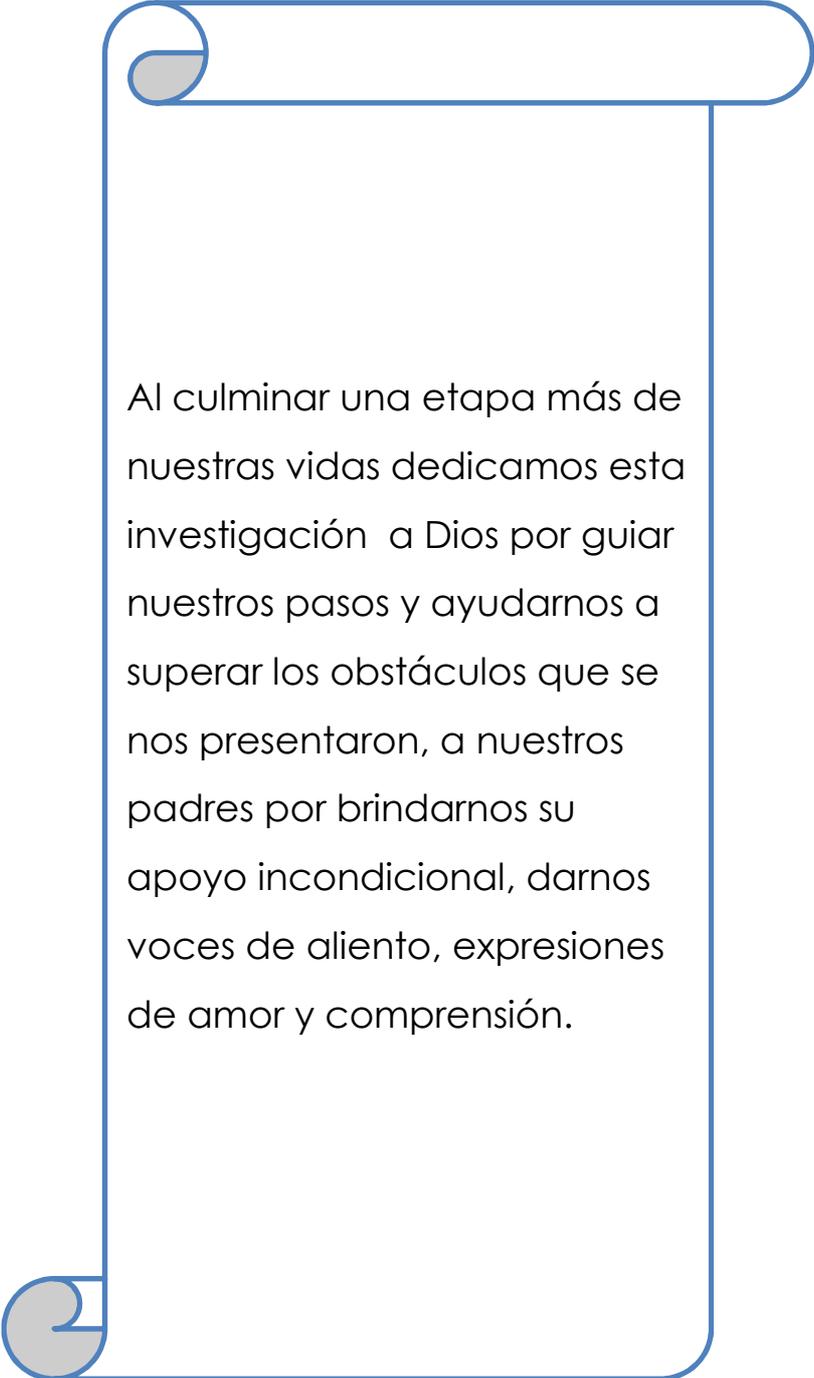
Autores:  
MIRIAM JANNETH SANMARTIN QUEZADA  
ANDRES OSWALDO ZHINGRI VELASQUEZ

Director:  
ING. MIGUEL ANGEL ARPI

CUENCA - ECUADOR

2013

## DEDICATORIA



Al culminar una etapa más de nuestras vidas dedicamos esta investigación a Dios por guiar nuestros pasos y ayudarnos a superar los obstáculos que se nos presentaron, a nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional, darnos voces de aliento, expresiones de amor y comprensión.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos primero a Dios por darnos fortaleza y la constancia para cumplir nuestros objetivos propuestos, al Ing. Miguel Ángel Arpi: Director de tesis quien nos guio constantemente durante el desarrollo de la investigación. También agradecemos de manera especial al Hospital General Vicente Corral Moscoso y a todos los servidores públicos que nos brindaron las facilidades necesarias para realizar la investigación.

## **RESPONSABILIDAD**

Los conceptos y opiniones que se vierten en el presente trabajo son de  
responsabilidad de los autores

**(f)** \_\_\_\_\_

**Miriam Janneth Sanmartín Quezada**

**(f)** \_\_\_\_\_

**Andrés Oswaldo Zhingri Velásquez**

## INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESPONSABILIDAD.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS.....	v
INDICE DE ANEXOS.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I:	
ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	
1.1. Introducción.....	2
1.2. Antecedentes Históricos.....	2
1.3. Plan estratégico.....	3
1.3.1. Misión.....	3
1.3.2. Visión.....	4
1.3.3. Objetivos.....	5
1.3.4. Valores Corporativos.....	6
1.3.5. Políticas.....	6
1.3.6. Estrategias Maestras.....	7
1.3.7. Análisis FODA.....	7
1.3.8. Estructura Organizacional por Procesos.....	9
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN	
2.1. Introducción.....	13
2.2. Auditoría de Gestión.....	13
2.2.1. Definición.....	13

2.2.2. Alcance.....	14
2.2.3. Objetivos.....	15
2.2.4. Enfoque de la Auditoría.....	15
2.2.5. Control interno .....	17
2.2.6. Indicadores de gestión.....	21
2.2.7. Papeles de trabajo.....	22
2.2.8. Técnicas de auditoría de gestión.....	23
2.2.9. Programas de auditoría.....	27
2.2.10. Riesgos de Auditoría.....	28
2.3. El Control de Gestión.....	29
2.3.1. Definición de control.....	29
2.3.2. Propósito de Control de Gestión.....	30
2.3.3. Instrumentos para el Control de Gestión .....	31
2.3.4. Elementos de Gestión.....	31
2.3.5. Aspectos que deben ser verificados por el Control de Gestión.....	33
2.4. Fases de la auditoría de gestión.....	36
2.4.1. Conocimiento Preliminar.....	36
2.4.2. Planificación.....	37
2.4.3. Ejecución.....	40
2.4.4. Comunicación de Resultados.....	41
2.4.5. Supervisión y Monitoreo.....	42

### CAPITULO III

#### APLICACIÓN DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO EN CUMPLIMIENTO A LA LOSEP

3.1. Fase I: Conocimiento preliminar.....	44
3.1.1. Cedula Narrativa.....	54
3.1.2. Revisión de papeles de trabajo.....	60
3.1.3. Evaluación del Control Interno.....	60
3.1.4. Enfoque de la Auditoría.....	80

3.2. Fase II: Planificación.....	82
3.2.1. Análisis de la información y documentación.....	82
3.2.2. Evaluación del Control Interno por Componentes.....	83
3.2.2.3 Gestión de Talento Humano.....	83
3.2.3. Memorando de Planificación.....	89
3.2.4. Elaboración de Planes y Programas de trabajo.....	106
3.3. Fase III: Ejecución de la Auditoría.....	119
3.3.1. Preparación de papeles de trabajo.....	120
3.3.2. Hojas de Resumen de Hallazgos .....	155
3.3.2.1 Hallazgos Generales.....	155
3.3.2.2 Hallazgos Específicos.....	172
3.3.3. Definición de la estructura del informe.....	195
3.4. Fase IV: Comunicación de Resultados.....	196
3.4.1. Informe de Auditoría.....	197
3.5. Fase V: Seguimiento y Monitoreo.....	223
3.5.1. Cronograma de Cumplimiento de Recomendaciones.....	223
CAPITULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	227
4.1. Conclusiones y Recomendaciones.....	227
4.2. Bibliografía.....	228

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.- FODA Ponderado.....	229
ANEXO 2.- Manual de Referencia COSO.....	234
ANEXO 3.-Modelo de encuestas aplicadas.....	238
ANEXO 4.- Evaluación específica hojas complementarias UATH.....	242
ANEXO 5.- Entrevista al Jefe de Bioseguridad hojas complementarias.....	259
ANEXO 6.- Cálculos para la obtención de la muestra.....	269

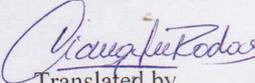
## **RESUMEN**

La presente investigación consiste en la Auditoría de Gestión al Hospital General Vicente Corral Moscoso, durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2012 al 31 de Diciembre de 2012, a l Proceso de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP, el objetivo es medir y evaluar el grado de eficiencia y economía en el uso de los recursos y la eficacia en el logro de objetivos, metas, leyes y normas que lo rigen. Y luego de la aplicación de las cinco fases: conocimiento preliminar, planificación, ejecución, comunicación de resultados y supervisión y monitoreo, se emite un informe con los respectivas conclusiones y recomendaciones para su mejoramiento.

## ABSTRACT

The present research consists of an Audit Management in *Hospital General Vicente Corral Moscoso* Hospital during January 1<sup>st</sup> – December 31<sup>st</sup> 2012 to the Human Talent Management process regarding the fulfillment of the LOSEP (Organic Law of the Public Server). The purpose was to evaluate the level of efficiency and economy in the use of resources as well as the efficacy in the achievement of the objectives, goals, laws, and regulations that rule the institution. After the application of the five phases: preliminary knowledge, planning, execution, communication of results, and supervision and monitoring, we provided a report with the corresponding conclusions and recommendations for the improvement of this process.



  
Translated by,  
Diana Lee Rodas

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene por objeto aplicar los conocimientos adquiridos durante nuestra vida universitaria, es por ello que el siguiente tema tiene por objeto la realización de una Auditoría de Gestión a los Procesos de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP del HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO" cuyo objetivo principal es asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

En la actualidad el hospital se encuentra en un proceso de transición debido a la intervención del gobierno, que busca optimizar los servicios de salud con el fin de garantizar los mismos a toda la población. Por lo tanto al realizar el trabajo de investigación en el hospital, que será de gran importancia porque permitirá establecer deficiencias o irregularidades, con las cuales podremos emitir recomendaciones que garantice a la máxima autoridad una mejor toma de decisiones para la entidad.

Para ejecutar este trabajo se vio la necesidad de desarrollar cuatro capítulos los cuales son:

Capítulo I: comprende aspectos generales de la entidad como antecedentes, misión, visión, objetivos, estructura organizacional, etc.

Capítulo II: comprende los fundamentos teóricos de la Auditoría de Gestión que servirán de base para la aplicación.

Capítulo III: consiste en la aplicación de las fases de la Auditoría de Gestión al proceso de Talento Humano del Hospital.

Capítulo IV: se expondrá las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación realizado.

## CAPITULO 1

### ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

#### 1.1. Introducción

El objetivo de este capítulo es conocer antecedentes importantes del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se conocerá el plan estratégico del hospital: su misión, elementos de la misión, su visión, elementos de la visión, sus objetivos estratégicos, sus valores corporativos, sus políticas y sus estrategias maestras.

Se revisara el análisis FODA, con el fin de conocer los factores internos (fortalezas y debilidades), y los factores externos (oportunidades y amenazas), siendo este una herramienta necesaria para el análisis estratégico que se puede aplicar para conocer de manera objetiva la situación real en la que se encuentra el hospital.

Finalmente se conocerá la estructura organizacional por procesos del hospital, con el propósito de ver los procesos que tiene la institución y cómo funcionan cada uno de ellos.

#### 1.2. Antecedentes Históricos<sup>1</sup>

El Hospital se fundó el 12 de abril de 1977, el mismo que fue creado como una respuesta a la gran demanda de pacientes debido al incremento poblacional de la provincia del Azuay y del Austro.

El Ministerio de Salud se ve obligado a crear el nuevo hospital por lo que el Hospital viejo San Vicente de Paul solo disponía de 100 camas y ya no era suficiente para abastecer a toda la población de la provincia.

Por lo tanto se crea el nuevo Hospital con una capacidad instalada de 300 camas, con un área de emergencias más amplia, consulta externa, hospitalización y se establece con cuatro especialidades.

---

<sup>1</sup> Entrevista con el Dr. Miguel Peñafiel, Coordinador de Gestión Técnica Hospitalaria

El nombramiento al Hospital se dio por el Ministro de Salud Dr. Asdrúbal de la Torre quien lo nombro "Hospital Regional Vicente Corral Moscoso" en honor al Medico Vicente Corral Moscoso, quien fue un Médico Cirujano muy notable cuyos aciertos para diagnosticar las enfermedades eran muy precisos por lo que se decía que poseía el mejor ojo clínico de la ciudad, trataba a todos sus pacientes y enfermos por sus nombres, con muestras de afabilidad y le gustaba ser acomedido con sus pacientes a los que ayudaba cuanto podía.

A partir del año 2000 se cambia el nombre de Hospital Regional, tipificándole como Hospital General Provincial y Docente, se le da el nombre de General debido a la gran variedad de servicios que ofrece, Provincial porque está dirigido a todas las provincias aledañas a las del Azuay y docente debido a que las instalaciones de la facultad de medicina de la Universidad de Cuenca se encuentran junto al Hospital, lo cual le da un nivel superior con respecto a los demás hospitales.

En la actualidad el Hospital General Vicente Corral Moscoso ofrece una amplia variedad de servicios como: ambulancia, banco de leche, banco de sangre, banco de ojos, consulta externa, cuidados intensivos, emergencia, hospitalización, neonatología, oncología, quirófanos, rehabilitación, imagenología, laboratorio clínico, patología, nutrición y dieta.

### **1.3. Plan Estratégico<sup>2 3</sup>**

#### **1.3.1 Misión**

Somos una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de

---

<sup>2</sup> [http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura\\_procesos.pdf](http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura_procesos.pdf)

<sup>3</sup> Entrevista con la Dra. Roció Palacios Jefe de Control de Calidad Hospitalaria

nuestros productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario/ a ciudadanos que es nuestra razón de ser.

### 1.3.1.1 Elementos de la Misión

Elementos	KIPs
Servicios hospitalarios de segundo nivel Enfocado integral. Cumpliendo normas y lineamientos del SNS. Impulsa la investigación. Impulsa la formación profesional. Satisfacción del usuario.	Demanda del servicio, oferta del servicio. Satisfacción en la atención: encuestas, buzones de quejas evaluar las gestión Hospitalaria auditoria de protocolos y programas. Monitoreo y evaluación de normas. Número de trabajos de investigación realizados.

### 1.3.2 Visión

Al 2013 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de la salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contrareferencia, sustentado en los principios generales del Sistema Nacional de Salud: Inclusión y Equidad Social, Bioética, enfoque de género, generacional, interculturalidad. Con calificada y reconocida acción de su talento humanos especializado y capacidad, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana.

## Elementos de la Visión

Elementos	KIPs
Procesos Gerenciales. Resolver problemas de salud de un Hospital de especialidades. Satisfacción de la demanda. Presupuesto acorde a las necesidades reales. Talento humanos especializados y capacitados. Infraestructura funcional. Tecnología avanzada. Participación social y veeduría ciudadana.	Medir la eficiencia y la eficacia y la demanda y oferta. Satisfacción del usuario: buzones de quejas, encuestas. Eficiencia del gasto. Talento humano disponible/demanda. Número de capacitaciones realizadas. Infraestructura instalada/infraestructura planificada. Asistencia reuniones asistidas/número de reuniones planificadas.

### 1.3.3 Objetivos Estratégicos

- Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen las barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.
- Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de los principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.
- Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencia de enfermedad, maternidad.
- Promover procesos de formación continua del personal de salud.
- Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.

- Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico.
- Desarrollar y aplicar normas de bioseguridad.

#### 1.3.4 Valores Corporativos

- **Responsabilidad social:** esfuerzo institucional al servicio de la colectividad.
- **Comportamiento ético:** respetando los derechos que asisten al paciente.
- **Solidaridad:** brindar ayuda a las clases más vulnerables.
- **Universalidad:** atención a todos los usuarios sin distingo de raza, religión, sexo.
- **Calidez:** buen trato en la prestación del servicio.
- **Compromiso:** empoderamiento individual de la misión hospitalaria.

#### 1.3.5 Políticas

- El enfoque basado en procesos fundamentara la gestión Hospitalaria.
- El sistema informático integrado en red, respaldara los procesos de administración de la información institucional.
- La gestión hospitalaria se respaldara en la estructuración y acciones de los comités institucionales de: Bioseguridad, Riesgos de Trabajo, Bioética, Clínica VIH SIDA, Farmacología, Adquisiciones, Técnicas, Banco de Leche; entre otros.
- Participación social y veeduría ciudadana.
- Atención con calidad y calidez.

#### 1.3.6 Estrategias Maestras

- **Coordinación Institucional** con los organismos que conforman la red del Sistema Nacional de Salud.
- **Alianzas estratégicas con proveedores** de bienes y servicios.
- **Cooperación de organizaciones internacionales** para la dotación de equipos multidisciplinario en recursos profesionales y equipamiento.
- **Convenio interinstitucionales** Universidad, INNFA, Municipio, Consejo Provincial y otros.
- **Capacidad continuo e investigación** con institucionales del sector público.
- **Planificación operativa**
- **Gestión de procesos**

### 1.3.7 Análisis FODA

#### Factores Internos

##### FORTALEZAS

- Personal capacitado y especializado
- Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades
- Infraestructura adecuada
- Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas
- Docencia hospitalaria
- Ubicación geográfica, vías de acceso y transporte
- Programas de Salud Pública de exclusividad
- Otras fuentes de ingreso: SOAT

##### DEBILIDADES

- Disminución de la carga horaria de profesionales y trabajadores
- Reducción de la capacidad Instalada
- Edad promedio del personal (55 a 70)
- Existen casos de maltrato al usuario
- Demanda insatisfecha en determinadas especializadas
- Parcial involucramiento del personal en los procesos de cambio
- Algunas obra de infraestructuras inconclusas

- Elevado ausentismo del personal por enfermedad
- Presupuesto histórico
- Aplicación parcial de protocolos
- Personal de salud inestable por contratos
- Cultura organizacional altamente conflictiva
- Poco empoderamiento en los roles de liderazgo
- Inexistencia de estudio real de costos de la cartera de servicios
- Convenio con universidades no actualizadas
- No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por procesos

### **OPORTUNIDADES**

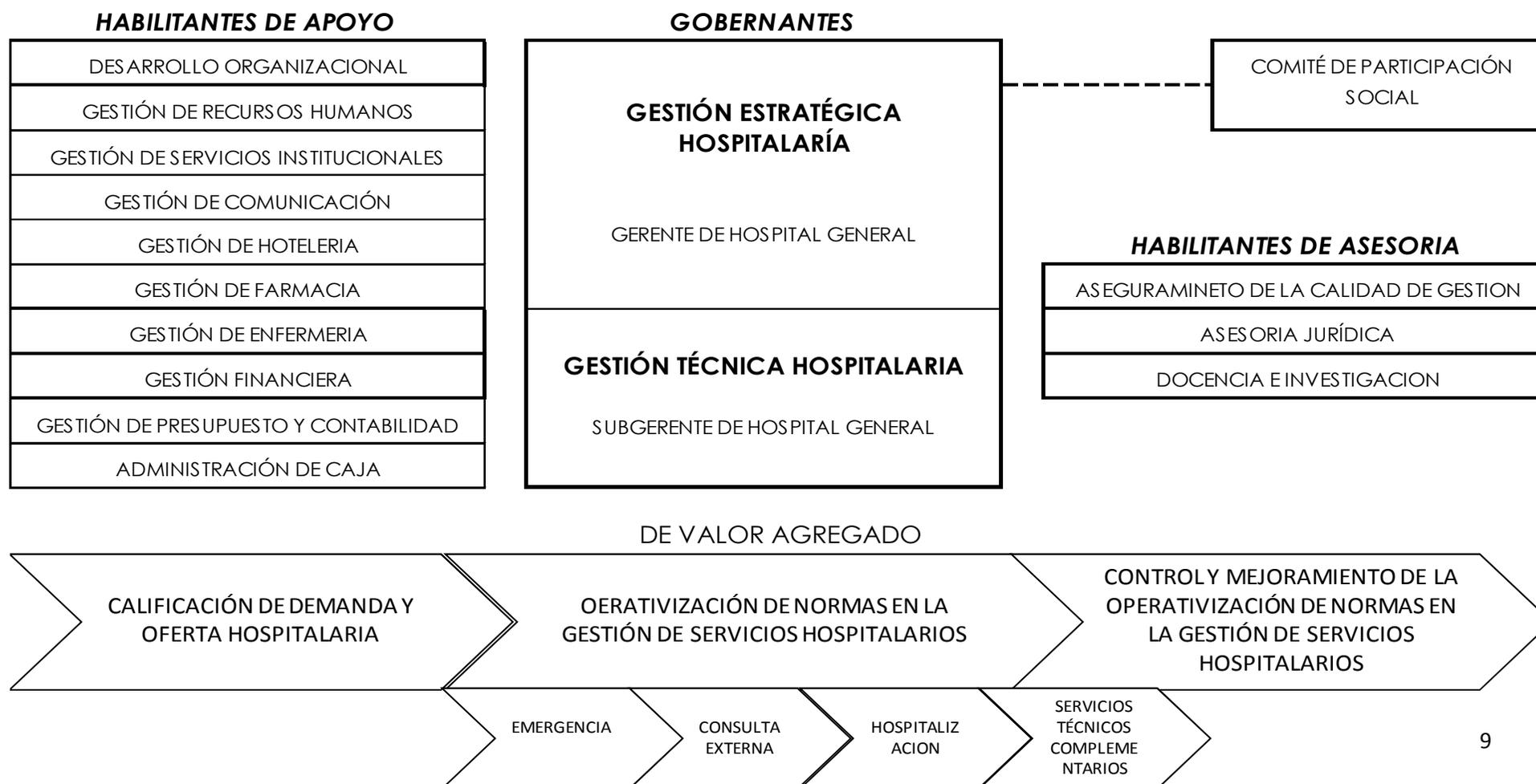
- Preferencia del usuario de otras provincias
- Alianzas estratégicas con proveedores
- Convenios interinstitucionales
- Modelo piloto para determinados programas
- Realización de proyectos de investigación
- Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública
- Presentación de Proyectos Operativo a organismos internacionales OPS-OMS

### **AMENAZAS**

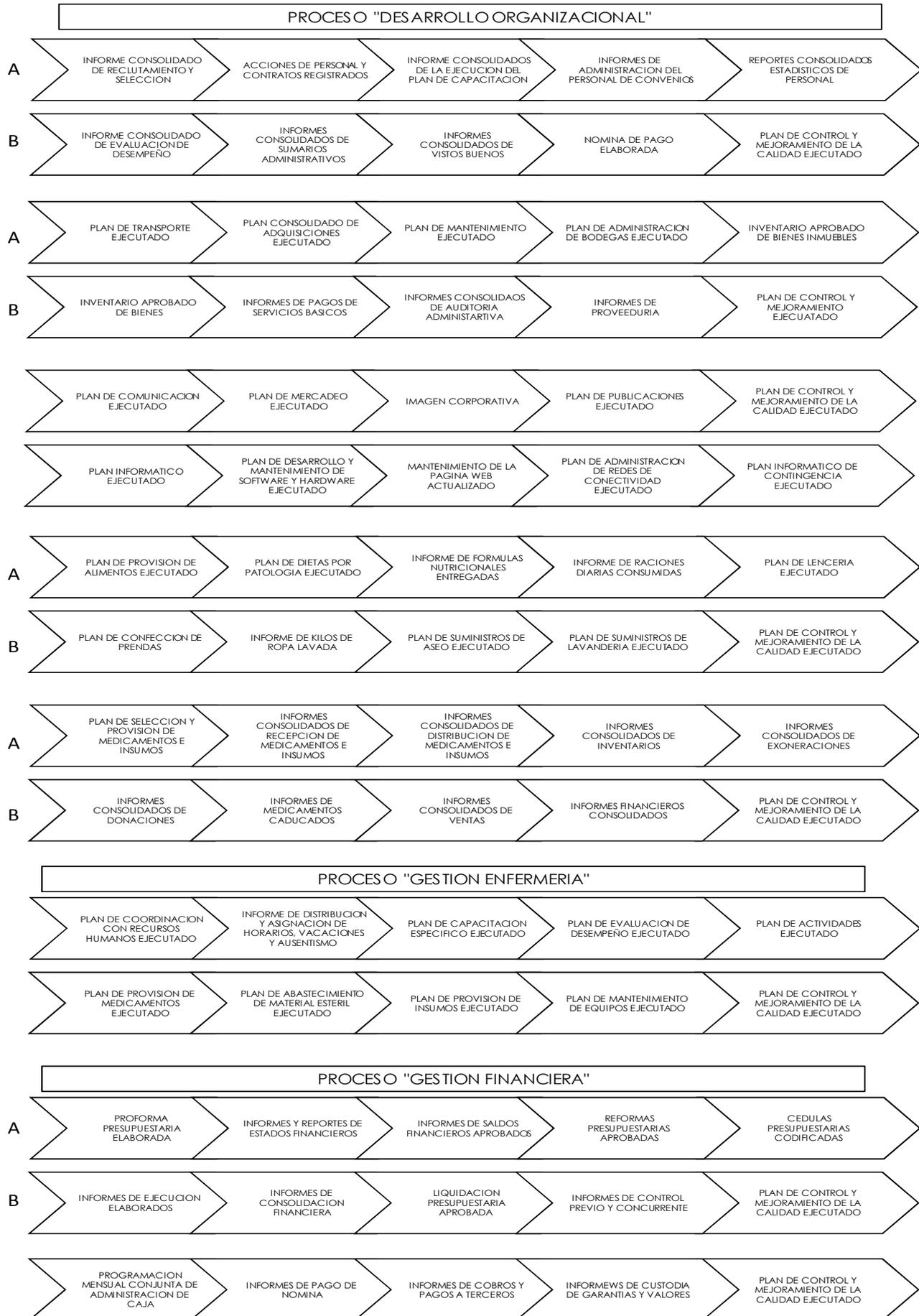
- Capacidad resolutive rápida de las Instituciones privadas
- Centralización administrativa y financiera
- Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia provincial y nacional
- Entrega inoportuna de presupuesto para ejecutar los programas Sociales: SOAT
- El usuario no valora los servicios que brinda el hospital

### 1.3.8 Estructura Organización por Procesos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS  
HOSPITAL GENERAL



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
PROCESOS DE APOYO - HOSPITAL GENERAL**



## MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PROCESOS DE APOYO - HOSPITAL GENERAL



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PROCESOS GENERADORES DE VALOR AL CLIENTE EXTERNO - HOSPITAL GENERAL

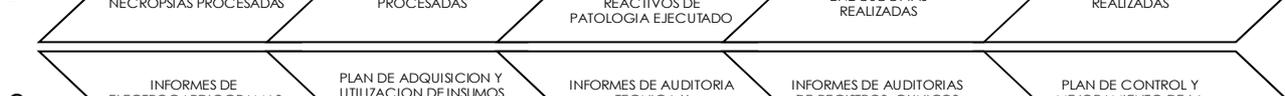
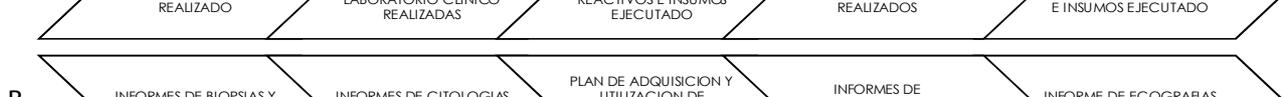
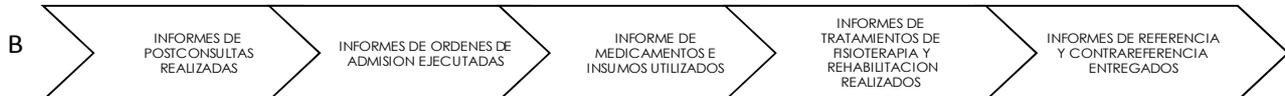
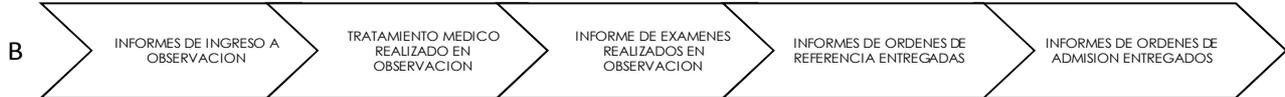
PROCESO "CALIFICACION HOSPITALARIA de demanda y oferta de salud"



PROCESO "SALUD PUBLICA operativización - control - mejoramiento"



PROCESO "SERVICIO DE SALUD operativización - control - mejoramiento"



## CAPITULO 2

### MARCO TEÓRICO DE AUDITORIA DE GESTIÓN

#### 2.1. Introducción

En este capítulo abarcaremos principalmente los fundamentos y herramientas de la auditoria, así como los aspectos metodológicos esenciales de la auditoria de gestión.

Daremos a conocer la definición de la auditoria de gestión, así como su alcance, su objetivo y su enfoque.

También abarcaremos otros temas de importancia dentro de la auditoria como es el Control Interno y el Control de Gestión, sus definiciones, propósitos y aspectos relevantes.

Se definirá lo que son los indicadores de gestión, las técnicas de verificación de la auditoria, los papeles de trabajo y los riesgos existentes dentro de la auditoria de gestión.

Finalmente daremos a conocer las fases de la auditoria de gestión, su objetivo, las principales actividades y los productos que se obtienen dentro de cada una de las fases de la auditoria.

#### 2.2. Auditoria de Gestión

##### 2.21. Definición <sup>4</sup>

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

---

<sup>4</sup> Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro, Pag.40

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

Gestión comprende todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento; además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia.

### **2.2.2. Alcance<sup>5</sup>**

La Auditoría de Gestión puede abarcar a toda entidad o a parte de ella, en este último caso por ejemplo un proyecto, un proceso, una actividad, un grupo de operaciones, etc. Pero el alcance también comprende la cobertura a operaciones recientemente ejecutadas o en ejecución, denominada operaciones corrientes.

La Auditoría de Gestión examina en forma detallada cada aspecto operativo, administrativo y financiero de la organización, por lo que, en la determinación del alcance debe considerarse principalmente lo siguiente:

- a) Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.
- b) Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.
- c) Evaluación de la eficiencia y economía en el uso de los recursos, entendido como rendimiento efectivo, u operaciones al costo mínimo posible sin desperdicio innecesario; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.

---

<sup>5</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 29

- d) Medición del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información operativa.
- e) Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones.
- f) Control sobre la identificación de riesgos, su profundidad e impacto y adopción de medidas para eliminarlos o atenuarlos.
- g) Control de legalidad y de la forma como se protegen los recursos.
- h) Evaluación del ambiente y mecanismos de control interno sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores y auditados; el mismo debe quedar bien definido en la fase de Conocimiento Preliminar, porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o sea la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.

### **2.2.3. Objetivo <sup>6</sup>**

- Promover la optimización de los niveles de eficiencia, eficacia, economía, calidad e impacto de la gestión pública.
- Determinar el grado de cumplimiento de objetivos y metas.
- Verificar el manejo eficiente de los recursos.
- Satisfacer las necesidades de la población.

### **2.2.4. Enfoque de la Auditoría<sup>7</sup>**

La Contraloría General del Estado se proyecta a la ejecución de auditorías de gestión con un enfoque integral, por tanto, se concibe como una Auditoría de Economía y Eficiencia, una Auditoría de Eficacia, y una Auditoría de tipo Gerencial-Operativo y de Resultados.

---

<sup>6</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 29

<sup>7</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 30

Es una Auditoría de Economía y Eficiencia porque está orientada hacia la adquisición económica de los recursos (insumos) y su utilización eficiente o provechosa en la producción de bienes, servicios u obra, expresada en una producción maximizada en la cantidad y calidad producida con el uso de una determinada y mínima cantidad de recursos, es decir, incrementar la productividad con la reducción de costos.

Es una Auditoría de Eficacia porque está orientada a determinar el grado en que una entidad, programa o proyecto están cumpliendo los objetivos, resultados o beneficios preestablecidos, expresados en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc.

Es una Auditoría con enfoque Gerencial-operativo y de resultados, porque evalúa la gestión realizada para la consecución de los objetivos y metas mediante la ejecución de planes, programas, actividades, proyectos y operaciones de una entidad, expresados en la producción de bienes, servicios y obras en la calidad y cantidad esperados, y que sean socialmente útiles, y cuyos resultados sean medibles por su calidad e impacto.

Cabe indicar en este capítulo aspectos importantes del hospital relacionadas con las seis e.

La ecología, el hospital en la actualidad se preocupa por el medio ambiente, para lo cual tiene un proceso de bioseguridad que es el encargado de manejar los desechos contaminantes y no contaminantes de una forma segura que garantiza la seguridad de las personas y del medio ambiente.

La equidad, el hospital cuenta con personal masculino como femenino pero no se puede decir que sea de forma equitativa por lo que existe mayor personal femenino de acuerdo a la nómina de empleados proporcionada en el mes de octubre de 2012, pero al decir de cargos superiores si se observa que existe una equidad de género.

La ética, el hospital cuenta con un comité de ética que es el encargado de dictar las normas, deberes y derechos de los empleados, además de establecer políticas disciplinarias.

### **2.2.5. Control Interno**

“Un proceso, efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto de personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Honestidad y responsabilidad,
- Eficacia y eficiencia en las operaciones,
- Fiabilidad de la información
- Salvaguarda de los recursos; y,
- Cumplimiento de las leyes y normas.”<sup>8</sup>

La estructura de control interno de una entidad consiste en las políticas y procedimientos establecidos para proporcionar una seguridad razonable de poder lograr los objetivos específicos de la entidad, relevantes y de interés para la auditoría de gestión, como son:

- Salvaguardar los bienes, valores, propiedades y demás activos de la entidad.
- Promover la eficiencia del personal, minimizar los errores humanos y detectar rápidamente los que se produzcan.
- Dificultar la comisión de hechos irregulares y facilitar su descubrimiento si se produjeran.
- Garantizar la razonabilidad de la información contable y administrativa en general.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro, Pag.83

<sup>9</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoria de Gestión, Pag. 35

### 2.2.5.1. COSO ERM

**COSO** (Committee of Sponsoring Organizations), consiste en un comité creado en Estados Unidos en el año de 1985, en donde se incluyen las participaciones de auditores internos, contadores, administradores y otros.

**ERM** (Enterprise Risk Management), es un conjunto de acciones (proceso) llevadas a cabo por el directorio, la gerencia y el resto del personal de una entidad, aplicado en la definición de la estrategia y que abarca a toda la empresa, destinado a identificar acontecimientos eventuales que puedan afectar a la entidad y a procurar que los riesgos estén dentro del nivel de riesgo aceptado para proveer una seguridad razonable con respecto al logro de los objetivos de la entidad".<sup>10</sup>

#### Componentes del COSO ERM<sup>11</sup>

Componentes del COSO ERM



#### 1.- Ambiente de Control

El ambiente interno abarca el tono de una organización y establece la base de cómo el personal de la entidad percibe y trata los riesgos, incluyendo la filosofía de administración de riesgo y el riesgo aceptado, la integridad, valores éticos y el ambiente en el cual ellos operan.

<sup>10</sup> [http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM\\_2005.PDF](http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM_2005.PDF)

<sup>11</sup> [http://actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/Nasaudit-COSO\\_II\\_Enterprise\\_Risk\\_Management\\_Primer\\_Parte.pdf](http://actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/Nasaudit-COSO_II_Enterprise_Risk_Management_Primer_Parte.pdf)

Los factores que se contempla son:

- ✓ Filosofía de la administración de riesgos
- ✓ Apetito al riesgo
- ✓ Integridad y valores éticos
- ✓ Visión del Directorio
- ✓ Compromiso de competencia profesional
- ✓ Estructura organizativa
- ✓ Asignación de autoridad y responsabilidad
- ✓ Políticas y prácticas de recursos humanos

## **2.- Establecimiento de Objetivos**

Los objetivos deben existir antes de que la dirección pueda identificar potenciales eventos que afecten su consecución. La administración de riesgos corporativos asegura que la dirección ha establecido un proceso para fijar objetivos y que los objetivos seleccionados apoyan la misión de la entidad y están en línea con ella, además de ser consecuentes con el riesgo aceptado.

## **3.- Identificación de Eventos**

Los eventos internos y externos que afectan a los objetivos de la entidad deben ser identificados, diferenciando entre riesgos y oportunidades. Estas últimas revierten hacia la estrategia de la dirección o los procesos para fijar objetivos.

Técnicas e identificación de riesgos

- ✓ Existen técnicas focalizadas en el pasado y otras en el futuro
- ✓ Existen técnicas de diverso grado de sofisticación
- ✓ Análisis PEST (Factores políticos o gubernamentales, económicos, tecnológicos y sociales).
- ✓ Análisis FODA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas)

#### **4.- Evaluación de Riesgos**

Los riesgos se analizan considerando su probabilidad e impacto como base para determinar cómo deben ser administrados. Los riesgos son evaluados sobre una base inherente y residual bajo las perspectivas de probabilidad (posibilidad de que ocurra un evento) e impacto (su efecto debido a su ocurrencia), con base en datos pasados internos (pueden considerarse de carácter subjetivo) y externos (más objetivos).

#### **5.- Respuesta al Riesgo**

La dirección selecciona las posibles respuestas - evitar, aceptar, reducir o compartir los riesgos - desarrollando una serie de acciones para alinearlos con el riesgo aceptado y las tolerancias al riesgo de la entidad.

Las categorías de respuesta al riesgo son:

- ✓ Evitarlo: Se toman acciones de modo de discontinuar las actividades que generan riesgo.
- ✓ Reducirlo: Se toman acciones de modo de reducir el impacto, la probabilidad de ocurrencia del riesgo o ambos.
- ✓ Compartirlo: Se toman acciones de modo de reducir el impacto o la probabilidad de ocurrencia al transferir o compartir una porción del riesgo.
- ✓ Aceptarlo: No se toman acciones que afecten el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo.

#### **6.- Actividades de Control**

Las políticas y procedimientos se establecen e implantan para ayudar a asegurar que las respuestas a los riesgos se llevan a cabo efectivamente.

Existen controles como:

- ✓ Controles preventivos: diseñados para evitar riesgos, errores o incidentes antes de su ocurrencia.
- ✓ Controles detectivos: diseñados para detectar de forma rápida riesgos, errores o incidentes.
- ✓ Controles Correctivos: diseñados para remediar o reducir daños como consecuencia de riesgos, errores o incidentes ocurridos.

## **7.- Información y Comunicación**

La información relevante se identifica, captura y comunica en forma y plazo adecuado para permitir al personal afrontar sus responsabilidades. Una comunicación efectiva debe producirse en un sentido amplio, fluyendo hacia abajo, a través, y hacia arriba de la entidad.

## **8.- Monitoreo**

La totalidad de la administración de riesgos corporativos es monitoreada y se efectúan las modificaciones necesarias. Este monitoreo se lleva a cabo mediante actividades permanentes de la dirección, evaluaciones independientes o ambas actuaciones a la vez. La administración de riesgos corporativos no constituye estrictamente un proceso en serie, donde cada componente afecta sólo al siguiente, sino un proceso multidireccional e iterativo en el cual casi cualquier componente puede e influye en otro.

### **2.2.6. Indicadores de Gestión <sup>12</sup>**

Los indicadores son instrumentos que permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente y cualitativamente las variables asociadas a las metas, en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa al respecto de sus similares de otras realidades. Los indicadores de gestión pueden ser utilizados para evaluar la entidad como un todo y también respecto de

---

<sup>12</sup> Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro, Pag.123

todas las actividades que se ejecutan, para cualquier función, área o rubro que se quiera medir.

### **2.2.7. Papeles de Trabajo<sup>13</sup>**

Los papeles de trabajo, se definen como el conjunto de cédulas, documentos y medios magnéticos (tendencia a la auditoría cero papeles) elaborados u obtenidos por el auditor, producto de la aplicación de las técnicas, procedimientos y más prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

Por tanto, constituyen los registros y documentos mantenidos por el auditor de los procedimientos por él seguidos, de las comprobaciones parciales que realizó, de la obtenida y de las conclusiones a las que arribó en relación con su examen; pueden incluir: programas de trabajo, análisis, anotaciones, documentos de la entidad o de terceros, cartas de confirmación y manifestaciones del cliente, extractos de documentos de la institución y planillas o comentarios preparados u obtenidos por el auditor.

Los propósitos principales de los papeles de trabajo son:

- Constituir el fundamento que dispone el auditor para preparar el informe de la auditoría.
- Servir de fuente para comprobar y explicar en detalle los comentarios, conclusiones y recomendaciones que se exponen en el informe de auditoría.
- Constituir la evidencia documental del trabajo realizado y de las decisiones tomadas, todo esto de conformidad con las NAGA.

Los objetivos de los papeles de trabajo son los siguientes:

- Respalda el contenido del informe preparado por el auditor
- Cumplir con las normas de auditoría emitidas por la Contraloría General

---

<sup>13</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 60-67

## 2.2.8. Técnicas de Auditoría de Gestión <sup>14</sup>

En la Auditoría de gestión las técnicas utilizadas constituyen métodos prácticos de investigación y prueba, que el auditor emplea a base de su criterio o juicio según las circunstancias, unas son utilizadas con mayor frecuencia que otras, a fin de obtener la evidencia o información adecuada y suficiente para fundamentar sus opiniones y conclusiones contenidas en el informe.

Entre las técnicas más utilizadas tenemos:

VERIFICACIÓN	TÉCNICAS
Ocular	a) Comparación b) Observación c) Rastreo
Verbal	a) Indagación b) Entrevista c) Encuesta
Escrita	a) Análisis b) Conciliación c) Confirmación d) Tabulación
Documental	a) Comprobación b) Cálculo c) Revisión Selectiva
Física	a) Inspección

**Comparación.**- Es la determinación de la similitud o diferencias existentes en dos o más hechos u operaciones; mediante esta técnica se compara las operaciones realizadas por la entidad auditada, o los resultados de la auditoría con criterios normativos, técnicos y prácticas establecidas,

<sup>14</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 56

mediante lo cual se puede evaluar y emitir un informe al respecto. Fases: 3 Ejecución y 4 Comunicación de Resultados.

**Observación.-** Es la verificación visual que realiza el auditor durante la ejecución de una actividad o proceso para examinar aspectos físicos, incluyendo desde la observación del flujo de trabajo, documentos, materiales, etc. Fases: 1 Conocimiento preliminar, 2 Planificación y 3 Ejecución.

**Rastreo.-** Es el seguimiento y control de una operación, dentro de un proceso o de un proceso a otro, a fin de conocer y evaluar su ejecución. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Indagación.-** Es la obtención de información verbal mediante averiguaciones o conversaciones directas con funcionarios de la entidad auditada o terceros sobre las operaciones que se encuentran relacionadas, especialmente de hechos o aspectos no documentados. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Entrevista.-** Entrevistas a funcionarios de la entidad auditada y terceros con la finalidad de obtener información, que requiere después ser confirmada y documentada. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Encuesta.-** Encuestas realizadas directamente o por correo, con el propósito de recibir de los funcionarios de la entidad auditada o de terceros, una información de un universo, mediante el uso de cuestionarios cuyos resultados deben ser posteriormente tabulados. Fase: 3 Ejecución.

**Análisis.-** Consiste en la separación y evaluación crítica, objetiva y minuciosa de los elementos o partes que conforman una operación, actividad, transacción o proceso, con el propósito de establecer su propiedad y conformidad con criterios normativos y técnicos; como por ejemplo, el análisis de la documentación interna y externa de la entidad hasta llegar a una deducción lógica; involucra la separación de las diversas partes y determina el efecto inmediato o potencial. Fases: 1 Conocimiento Preliminar, 2 Planificación, 3 Ejecución y 5 Seguimiento.

**Conciliación.-** Consiste en hacer que concuerden dos conjuntos de datos relacionados, separados e independientes; por ejemplo, analizar la información producida por las diferentes unidades operativas o administrativas, con el objeto de hacerles concordantes entre sí y a la vez determinar la validez y veracidad de los registros, informes y resultados bajo examen. Fase: 3 Ejecución.

**Confirmación.-** Comunicación independiente y por escrito, de parte de los funcionarios que participan o ejecutan las operaciones, y/o de fuente ajena a la entidad auditada, para comprobar la autenticidad de los registros y documentos sujetos al examen, así como para determinar la exactitud o validez de una cifra, hecho u operación. Fase: 3 Ejecución.

**Tabulación.-** Consiste en agrupar resultados importantes obtenidos en área, segmentos o elementos examinados que permitan llegar a conclusiones. Fase: 3 Ejecución.

**Comprobación.-** Consiste en verificar la existencia, legalidad, autenticidad y legitimidad de las operaciones realizadas por una entidad, a través de él examen de la documentación justificatoria o de respaldo. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Cálculo.-** Consiste en la verificación de la exactitud y corrección aritmética de una operación o resultado, presentados en informes, contratos, comprobantes y otros. Fase: 3 Ejecución.

**Revisión Selectiva.-** Consiste en una breve o rápida revisión o examen de una parte del universo de datos u operaciones, con el propósito de separar y analizar los aspectos que no son normales y que requieren de una atención especial y evaluación durante la ejecución de la auditoría. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Inspección.-** Esta técnica involucra el examen físico y ocular de activos, obras, documentos, valores y otros, con el objeto de establecer su existencia y autenticidad; requiere en el momento de la aplicación la combinación de otras técnicas, tales como: indagación, observación,

comparación, rastreo, análisis, tabulación y comprobación. Fase. 3  
Ejecución.

Además de las técnicas indicadas, en la auditoría de gestión se conocen otras como las siguientes:

**Verificación.-** Está asociada con el proceso de auditoría, asegura que las cosas son como deben ser, podría verificarse operaciones del período que se audita y otras de períodos posteriores. Fases: 2 Planeamiento y 3 Ejecución

**Investigación.-** Examina acciones, condiciones y acumulaciones y procesamientos de activos y pasivos, y todas aquellas operaciones relacionadas con éstos. Fases: 1 Conocimiento preliminar, 2 Planificación, 3 Ejecución y 5 Seguimiento

**Evaluación.-** Es el proceso de arribar a una conclusión de auditoría a base de las evidencias disponibles. Fases: en todas, especialmente en la Fase 5 Comunicación de Resultados.

**Medición.-** Consiste en medir la eficacia, economía, eficiencia, ecología y ética de una entidad. Fase 3 de ejecución. En la auditoría de gestión, también se puede aplicar determinadas prácticas como las que se definen a continuación:

**Síntomas.-** Son los indicios de algo que está sucediendo o va a ocurrir, que advierten al auditor de la existencia de un área crítica o problema y que le orienta para que haga énfasis en el examen de determinados rubros, áreas u operaciones, para definir las técnicas a utilizarse y obtener la evidencia requerida. Fases: 1 Conocimiento Preliminar, 2 Planificación y 3 Ejecución.

**Intuición.-** Es la capacidad de respuesta o reacción rápida manifestada por auditores con experiencia, ante la presencia de ciertos síntomas que inducen a pensar en la posibilidad de un hallazgo. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Sospecha.-** Es la acción de desconfiar de una información que por alguna razón o circunstancia no se le otorga el crédito suficiente; la sospecha

obliga a que el auditor valide dicha información y obtenga documentación probatoria. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Síntesis.-** Preparación resumida de hechos, operaciones o documentos de carácter legal, técnico, financiero, administrativo o de otra índole. Fases: 1 Conocimiento Preliminar y 3 Ejecución.

**Muestreo Estadístico.-** Es la aplicación de los procedimientos de auditoría a una proporción inferior al ciento por ciento de las operaciones de una entidad, proyecto, programa o actividad, con el propósito de evaluar las características y de inferir a su universo. Fase: 3 Ejecución.

### 2.2.9. Programas de Auditoría<sup>15</sup>

Los programas de auditoría son elaborados por el auditor, con el propósito de establecer la conexión entre los objetivos y los procedimientos que seguirán en la fase de ejecución del trabajo de campo. Es un esquema secuencial, lógico y flexible que puede ser modificado y que además permite el seguimiento y supervisión de la labor.

Entre los beneficios de emitir un programa tenemos:

- Concesión entre los objetivos y los procedimientos
- Guía para obtener evidencia competente, relevante y suficiente
- Marco para distribuir el trabajo en el equipo de auditoría
- Medio de transferencia de conocimientos al personal nuevo
- Base para documentar el trabajo realizado y ejercer la supervisión y control de calidad.

Los procedimientos de los programas de auditoría de gestión deben reunir ciertas características básicas tales como:

- Cubrir los objetivos y criterios de auditoría
- Estar claramente establecidos

---

<sup>15</sup> Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro, Pag.189-190

- Formularse con el suficiente detalle, de manera que puedan ser entendidos fácilmente.
- Estar organizados de una manera lógica
- Fomenten un método eficiente de recolección de evidencia suficiente y pertinente
- Tomar en cuenta cualquier trabajo o investigación relacionada sobre el asunto.

Entre las principales características de los programas podemos decir que:

- Son específicos para cada auditoría.
- Se desarrollan después de conocer la entidad, definir los objetivos y el alcance de la auditoría y establecer los criterios.
- Se desarrolla antes de recolectar evidencia
- Pueden ser revisados en cualquier momento durante la ejecución.
- Se establecen para cada objetivo de la auditoría.
- Son flexibles de acuerdo a las necesidades del auditor.

#### **2.2.10. Riesgo de Auditoría<sup>16</sup>**

Al ejecutarse la Auditoría de Gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes que afecten los resultados del auditor expresados en su informe. Por lo tanto deberá planificarse la auditoría de modo tal que se presenten expectativas razonables de detectar aquellos errores que tenga importancia relativa; a partir de:

- Criterio profesional del auditor
- Regulaciones legales y profesionales
- Identificar errores con efectos significativos

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

---

<sup>16</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 51

- **Riesgo Inherente:** Es la posibilidad de error definida por la naturaleza propia del componente, se lo establece antes de evaluar el control interno.
- **Riesgo de Control:** Es la posibilidad de que los controles internos incluidos la unidad de auditoría interna no detecten errores significativos. Se lo establece luego de evaluar el control interno.
- **Riesgo de Detección:** Es la posibilidad de que el auditor no detecte errores significativos con la aplicación de sus procedimientos. De la combinación de los riesgos inherentes y de control el auditor debe aprender a administrar este riesgo.

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

- Conocer los riesgos propios de la actividad, del entorno y la naturaleza propia de la información
- Considerar lo adecuado del diseño del Sistema de Control Interno y probar la eficacia de sus procedimientos
- Determinar procedimientos sustantivos contenidos en el programa a aplicar, luego de haber evaluado el Sistema de Control Interno
- Extensión de las pruebas sustantivas aplicables a la Empresa hacia los terceros vinculados

## 2.3. El Control de Gestión

### 2.3.1. Definición de Control<sup>17</sup>

El control es un conjunto de mecanismos utilizados para asegurar y evaluar el cumplimiento de los objetivos y planes diseñados y para que los actos administrativos se ajusten a las normas legales.

El control de gestión es el examen de eficiencia y eficacia de la gerencia, mediante la evaluación de los procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño y la identidad de la

---

<sup>17</sup> Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro, Pag.24

distribución del excedente que éstas producen, así como de los beneficios de su actividad.

### **2.3.2. Propósito de Control de Gestión<sup>18</sup>**

Al Estado le corresponde proveer de obras, servicios y bienes al pueblo como retribución a la contribución que éste realiza, mediante los tributos que entrega, es ahí donde nace su real derecho de exigir que los mismos sean de buena calidad, y entregados en forma oportuna a su servicio; pero también le interesa a la sociedad saber que la producción sea como consecuencia de una gestión pública, que procure la máxima productividad a un costo razonable que significa la utilización óptima de los recursos financieros materiales y humanos disponibles, evitando el desperdicio de los mismos o la apropiación indebida para fines particulares sin importar el perjuicio que se cause a la sociedad y describiendo el fraude y los indicios de responsabilidad penal.

La gestión pública necesariamente tiene que realizarse como un imperativo social, entendido esto, que las autoridades, directivos y funcionarios que prestan su contingente en los diversos Poderes del Estado y en las instituciones y organismos públicos, manifiesten y actúen con profesionalismo, mística de servicio y transparencia. La gestión gubernamental, comprende todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento; además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia.

El Estado, al igual que en la actividad privada, requieren tener Metas, Misión, Visión, poder medir resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía, para lo cual el Estado necesita implantar y profundizar una Cultura de Servicio.

---

<sup>18</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 13

### 2.3.3. Instrumentos para el Control de Gestión<sup>19</sup>

El control de gestión como cualquier sistema, posee unos instrumentos para entenderlo, manejarlo y evaluarlo, entre ellos se encuentran:

- **Índices:** Permiten detectar variaciones con relación a metas o normas.
- **Indicadores:** Son los cocientes que permiten analizar rendimientos.
- **Cuadros de Mandos:** Permiten la dirección y enfoque hacia los objetivos.
- **Gráficas:** Representación de información (variaciones y tendencias).
- **Análisis comparativo:** Compararse con el mejor, para lograr una mayor superación.
- **Control Integral:** Participación sistemática de cada área organizacional en el logro de los objetivos.
- **Flujogramas:** Representación simbólica o pictórica de un procedimiento administrativo.

Uno de los instrumentos para lograr un buen control de gestión es la utilización de indicadores de eficiencia, eficacia, economía, calidad e impacto.

### 2.3.4. Elementos para el Control de Gestión<sup>20</sup>

El Estado requiere de planificación estratégica y de parámetros e indicadores de gestión cuyo diseño e implantación es de responsabilidad de los administradores de las instituciones públicas en razón de su responsabilidad social de rendición de cuentas y de demostrar su gestión y sus resultados, y la del auditor gubernamental evaluar la gestión, en cuanto a las síes "E".

**Economía.-** son los instrumentos correctos a menos costo, o la adquisición de recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, al precio convenido, y teniendo en cuenta la

---

<sup>19</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 14

<sup>20</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 14-16

adecuada calidad. La responsabilidad gerencial también se define por el manejo de los recursos en función de su rentabilidad.

**Eficiencia.**- insumos que producen los mejores resultados con el menor costo o la utilización provechosa de los recursos, en otros términos, 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; incluye la relación de los recursos programados con los realmente utilizados para el cumplimiento de las actividades; por tanto, es la relación entre el rendimiento de los bienes, servicios u otros resultados y los recursos utilizados para producirlos. La eficiencia es lograr que las normas de consumo y de trabajo sean correctas y que la producción y los servicios se ajusten a las mismas; que se aprovechen al máximo las capacidades instaladas; que se cumplan los parámetros técnicos - productivos, que garanticen la calidad; que las mermas y los desperdicios que se originen en el proceso productivo o en el servicio prestado sean los mínimos; y, que todos los trabajadores conozcan la labor a realizar. Se manifiesta en la misión o finalidad compartida, tener objetivos y políticas, una estructura operativa definida, disponer del personal idóneo, y tener una cultura de perfeccionamiento.

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

La eficacia se determina comparando lo realizado con los objetivos previamente establecidos, o sea la medición del cumplimiento de objetivos y metas. Se mide la eficacia investigando las necesidades de sus clientes

actuales y potenciales, como también del desempeño de los competidores actuales y potenciales, la permanente relación con los clientes, la consulta de su grado de satisfacción y la respuesta a sus reclamos y sugerencias.

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

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

**Equidad.-** Implica distribuir y asignar los recursos entre toda la población, teniendo en cuenta el territorio en su conjunto, la necesidad de estimular las áreas cultural y económicamente deprimidas, y con absoluto respeto a las normas constitucionales y legales imperantes sobre el reparto de la carga tributaria, los gastos, las inversiones, las participaciones, las subvenciones y transferencias públicas.

### **2.3.5. Aspectos que deben ser verificados por el Control de Gestión<sup>21</sup>**

**Liderazgo y Compromiso de la Dirección.-** sería indagar cómo los máximos responsables de la institución están involucrados en crear condiciones, asignar recursos para el logro de metas de calidad, sostener y apoyar sus valores en conducir la organización hacia la excelencia.

**Valores de la Institución.-** en cuanto a comprobar la vigencia de los principios del servidor público, es decir el auditor deberá verificar si esos principios están presentes en el quehacer institucional.

**Gestión para lograr Calidad.-** se refiere a las políticas y prácticas aplicadas para involucrar a las jefaturas de los distintos niveles, profesionales, técnicos y

---

<sup>21</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 20-21

administrativos, y a los representantes de los trabajadores en la gestión y supervisión de la calidad.

**Satisfacción del Usuario.-** correspondería al conocimiento y habilidad de la institución haya sido capaz de detectar y satisfacer las expectativas y necesidades presentes y futuras del usuario, utilizando las estrategias y planes para mejorar y crear un ambiente que privilegie la orientación del usuario. En consecuencia, deberá comprobarse los mecanismos que utiliza la organización para conocer, antes, durante y después del servicio prestado, grado de satisfacción o insatisfacción de los usuarios con relación a los diferentes servicios que la entidad entrega, y esto a su vez comparar con otras organizaciones nacionales y extranjeras.

**Desarrollo de las Personas y la Organización.-** corresponde a los esfuerzos que realiza la organización para crear un ambiente que privilegie la participación de los funcionarios, el despliegue de su creatividad, la interacción de cooperación y colaboración en el mejoramiento de los procesos y de la entrega final del servicio. Para obtener una mejor gestión de personal, se debe motivar e incrementar la responsabilidad, autoridad y capacidad del personal.

**Planificación.-** examina los procesos de planificación realizados por la institución para definir y logro de los objetivos estratégicos, operativos y financieros que se ha propuesto, según la orientación de las políticas más generales vigentes, se incluye además, el proceso de generación de planes de corto, mediano y largo plazo relacionado con el mantenimiento o mejoramiento de los servicios entregados. Deberá conocerse la misión, visión y objetivos generales priorizados por la entidad con el propósito de lograr altos niveles de calidad en el servicio, comprobando que para cada objetivo general, incluyendo los referentes a calidad.

**Gestión de la Calidad de los Servicios y/o Productos Entregados.-** se refiere a los procesos sistemáticos utilizados por la institución para asegurar la ejecución o entrega de sus productos o servicios cada vez con mejor calidad. Se evaluará además el control de dichos procesos y su mejoramiento continuo, el modo de asegurar la entrega de servicios, el

cumplimiento de programas de manera que satisfagan crecientemente el usuario y aseguren el uso eficiente de los recursos institucionales.

Un aspecto importante es determinar la forma como la entidad prioriza sus metas con relación al mantenimiento y mejoramiento continuo de la calidad de sus procesos, servicios o el desarrollo de sus programas. También debemos considerar los métodos de identificación de debilidades en los procesos las medidas aplicadas para el mejoramiento efectivo, las metas planteadas y las medidas de descentralización y de desconcentración.

**Información y Análisis.**- se refiere a la efectividad, alcance, validez, análisis y utilización de los datos e información considerados en la gestión de la institución. Determina cómo estos son pertinentes al tipo de organismo o entidad y a sus propósitos, y si permiten mejorar permanentemente los procesos para alcanzar la satisfacción del usuario, el bienestar del personal y una óptima utilización de los recursos disponibles.

**Relación con la Comunidad y el Medio Ambiente.**- se refiere a los esfuerzos de mejoramiento realizados por la entidad con relación a su entorno natural y social. Cómo trabaja por afectar positivamente su entorno y cómo mejora sus distintos procesos para conseguirlo. Además analiza los distintos esfuerzos realizados para preservar el medio ambiente y la conservación de los recursos, incluso la conducta ética de la organización o entidad traducida en acciones concretas. También se considera la efectividad y transparencia con que el servicio o institución informa a la comunidad de sus actividades. Para ello se analizan los siguientes aspectos:

- Información y percepción de la comunidad y
- Protección del medio ambiente y conservación de los recursos.

**Resultados.**- es la relación con los niveles de calidad y el mejoramiento obtenido sobre la base del análisis de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, y del análisis de las distintas operaciones del servicio, mismos que deberían estar contenidos en Indicadores de Gestión.

## **2.4. Fases de la Auditoría de Gestión**

### **2.4.1. Conocimiento Preliminar <sup>22</sup>**

#### **Objetivo**

Consiste en obtener un conocimiento integral de la entidad, dando mayor énfasis a su actividad principal; lo que nos permitirá una adecuada planificación, ejecución y consecución de resultados de la Auditoría a un costo y tiempo razonable.

#### **Actividades**

1. Visita a las instalaciones, para observar el desarrollo de las actividades y operaciones, y visualizar el funcionamiento en conjunto.
2. Revisión de los archivos corriente y permanente de los papeles de trabajo de auditorías anteriores; y/o recopilación de informaciones y documentación básica para actualizarlos.
  - a) La visión, misión, los objetivos, metas, planes direccionales y estratégicos.
  - b) La actividad principal que realiza la entidad, tecnología, proveedores, clientes; etc.
  - c) La situación financiera, la estructura organizativa y funciones, los recursos humanos, la clientela, etc.
  - d) De los directivos, funcionarios y empleados, sobre: liderazgo; actitudes no congruentes con objetivos trazados; el ambiente organizacional, la visión y la ubicación de la problemática existente.
3. Determinar los criterios, parámetros e indicadores de gestión, que constituyen puntos de referencia que permitirán posteriormente compararlos con resultados reales de sus operaciones, y determinar si estos resultados son superiores, similares o inferiores a las expectativas. De no disponer la entidad de indicadores, el equipo de trabajo conjuntamente con funcionarios de la entidad desarrollarán los indicadores básicos.

---

<sup>22</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 108-109

4. Detectar la fuerzas y debilidades; así como, las oportunidades y amenazas en el ambiente de la Organización, y las acciones realizadas o factibles de llevarse a cabo para obtener ventaja de las primeras y reducir los posibles impactos negativos de las segundas.
5. Evaluación de la Estructura de Control Interno que permite acumular información sobre el funcionamiento de los controles existente y para identificar a los componentes (áreas, actividades, rubros, cuentas, etc.) relevantes para la evaluación de control interno y que en las siguientes fases del examen se someterán a las pruebas y procedimientos de auditoría. Dependiendo de la naturaleza de la entidad, magnitud, complejidad y diversidad de sus operaciones, podrá identificarse los componentes a sus correspondientes subcomponentes.
6. Definición del objetivo y estrategia general de la auditoría a realizarse.

### **Productos**

- Archivo permanente actualizado de papeles de trabajo.- es todo tipo de documentos cuya información es permanente y sirve de consulta y guía para la evaluación de políticas y procedimientos de la entidad.
- Documentación e información útil para la planificación
- Objetivos y estrategia general de la auditoría

#### **2.4.2. Planificación<sup>23</sup>**

### **Objetivos**

Consiste en orientar la revisión hacia los objetivos establecidos para los cual debe establecerse los pasos a seguir en la presente y siguientes fases y las actividades a desarrollar. La planificación debe contener la precisión de los objetivos específicos y el alcance del trabajo por desarrollar considerando entre otros elementos, los parámetros e indicadores de gestión de la entidad; la revisión debe estar fundamentada en programas detallados para los componentes determinados, los procedimientos de auditoría, los

---

<sup>23</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 133-134

responsable, y las fecha de ejecución del examen; también debe preverse la determinación de recursos necesarios tanto en número como en calidad del equipo de trabajo que será utilizado en el desarrollo de la revisión, con especial énfasis en el presupuesto de tiempo y costos estimados; finalmente, los resultados de la auditoría esperados, conociendo de la fuerza y debilidades y de la oportunidades de mejora de la Entidad, cuantificando en lo posible los ahorros y logros esperados.

### **Actividades**

Las tareas en la fase de planificación son las siguientes:

1. Revisión y análisis de la información y documentación obtenida en la fase anterior, para obtener un conocimiento integral del objeto de la entidad, comprender la actividad principal y tener los elementos necesarios para la evaluación de control interno y para la planificación de la auditoría de gestión.
2. Evaluación de Control Interno relacionada con el área o componente objeto del estudio que permitirá acumular información sobre el funcionamiento de los controles existentes, útil para identificar los asuntos que requieran tiempo y esfuerzos adicionales en la fase de "Ejecución"; a base de los resultados de esta evaluación determinará la naturaleza y alcance del examen, confirmar la estimación de los requerimientos de personal, programar su trabajo, preparar los programas específicos de la siguiente fase y fijar los plazos para concluir la auditoría y presentar el informe, y después de la evaluación tendrá información suficiente sobre el ambiente de control, los sistemas de registro e información y los procedimientos de control. La evaluación implica la calificación de los riesgos de auditoría que son: a) Inherente (posibilidad de errores e irregularidades); b) De Control (procedimientos de control y auditoría que no prevenga o detecte); y c) De Detección (procedimientos de auditoría no suficientes para descubrirlos); y d) Otras clases de riesgo, en sus diferentes áreas u operaciones a las que está expuesta la entidad.

Los resultados obtenidos servirán para: a) Planificar la auditoría de gestión; b) Preparar un informe sobre el control interno.

3. A base de las fase 1 y 2 descritas, el supervisor conjunto con el jefe de equipo y con el aporte de los demás integrantes del equipo multidisciplinario, prepararán un Memorando de Planificación
4. Elaboración de programas detallados y flexibles, confeccionados específicamente de acuerdo con los objetivos trazados. El supervisor con el jefe de equipo preparan programas de auditoría en los que se incluyan objetivos específicos y procedimientos específicos con la calificación del riesgo de auditoría, por cada uno de los componentes.

### **Productos**

- Memorando de Planificación.- es un documento en el cual debe constar las generalidades de la entidad, los aspectos relevantes de la evaluación de control interno y las áreas seleccionadas. Se indicarán los riesgos de auditoría y los componentes que serán examinados, el objeto y alcance de la auditoría, los indicadores de gestión, la conformación del equipo de trabajo, los recursos estimados para llevar a cabo el trabajo, el plazo previsto para su ejecución y el cronograma de actividades a realizar.
- Programas de Auditoría para cada componente (proyecto, programa o actividad).- son elaborados por el auditor con el propósito de establecer la conexión entre los objetivos y los procedimientos que seguirán en la fase de ejecución del trabajo de campo.

### 2.4.3. Ejecución <sup>24</sup>

#### Objetivos

En esta etapa, se ejecuta la auditoría, pues en esta instancia se desarrolla los hallazgos y se obtienen toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada (suficiente, competente y relevante), basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentan las conclusiones y recomendaciones de los informes.

#### Actividades

1. Aplicación de los programas detallados y específicos para cada componente significativo y escogido para examinarse, que comprende la aplicación de las técnicas de auditoría tradicionales, tales como: inspección física, observación, cálculo, indagación, análisis, etc.
2. Preparación de los papeles de trabajo, que junto a la documentación relativa a la planificación y aplicación de los programas, contienen la evidencia suficiente, competente y relevante.
3. Elaboración de hojas resumen de hallazgos significativos por cada componente examinado, expresados en los comentarios; los mismos que deben ser oportunamente comunicados a los funcionarios y terceros relacionados.
4. Definir la estructura del informe de auditoría, con la necesaria referencia a los papeles de trabajo y a la hoja resumen de comentarios, conclusiones y recomendaciones.

#### Productos

- Papeles de trabajo.- se definen como el conjunto de cédulas, documentos y medios magnéticos (tendencia a la auditoría cero papeles) elaborados u obtenidos por el auditor, producto de la aplicación de las técnicas, procedimientos y más prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

---

<sup>24</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 167

- Hojas resumen de hallazgos significativos por cada componente.- es un documento en donde el auditor describe los aspectos positivos y negativos del examen realizado exponiendo la condición, criterio, causa, efecto, conclusión y recomendaciones necesarias.

#### **2.4.4. Comunicación de Resultados <sup>25</sup>**

##### **Objetivos**

Además de los informes parciales que puedan emitirse, como aquel relativo al control interno, se preparará un informe final, el mismo que en la auditoría de gestión difiere, pues no sólo que revelará las deficiencias existentes como se lo hacía en las otras auditorías, sino que también, contendrá los hallazgos positivos; pero también se diferencia porque en el informe de auditoría de gestión, en la parte correspondiente a las conclusiones se expondrá en forma resumida, el precio del incumplimiento con su efecto económico, y las causas y condiciones para el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía en la gestión y uso de recursos de la entidad auditada.

##### **Actividades**

1. Redacción del informe de auditoría, en forma conjunta entre los auditores con funciones de jefe de grupo y supervisor, con la participación de los especialistas no auditores en la parte que se considere necesario.
2. Comunicación de resultados; si bien esta se cumple durante todo el proceso de la auditoría de gestión para promover la toma de acciones correctivas de inmediato, es menester que el borrador del informe antes de su emisión, deba ser discutido en una Conferencia Final con los responsables de la Gestión y los funcionarios de más alto nivel relacionados con el examen; esto le permitirá por una parte reforzar y perfeccionar sus comentarios, conclusiones y recomendaciones; pero

---

<sup>25</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 167

por otra parte, permitir que expresen sus puntos de vista y ejerzan su legítima defensa.

### **Productos**

- Informe de Auditoría, síntesis del informe y memorando de antecedentes
- Acta de conferencia final de la lectura del informe de auditoría.

#### **2.4.5. Supervisión y Monitoreo<sup>26</sup>**

### **Objetivos**

Con posterioridad y como consecuencia de la auditoría de gestión realizada, los auditores internos y en su ausencia los auditores externos que ejecutaron la auditoría, deberán realizar el seguimiento correspondiente:

### **Actividades**

Los Auditores efectuarán el seguimiento de las recomendaciones, acciones correctivas y determinación de responsabilidades derivadas, en la entidad, en la Contraloría, Ministerio de Salud Pública, Ministerio Público y Función Judicial, con el siguiente propósito:

- a) Para comprobar hasta qué punto la administración fue receptiva sobre los comentarios (hallazgos), conclusiones y las recomendaciones presentadas en el informe, efectúa el seguimiento de inmediato a la terminación de la auditoría, después de uno o dos meses de haber recibido la entidad auditada el informe aprobado.
- b) De acuerdo al grado de deterioro de las 6 "E" y de la importancia de los resultados presentados en el informe de auditoría, debe realizar una comprobación de cursado entre uno y dos años de haberse concluido la auditoría.

---

<sup>26</sup> Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría de Gestión, Pag. 224

- c) Determinación de responsabilidades por los daños materiales y perjuicio económico causado, y comprobación de su resarcimiento, reparación o recuperación de los activos.

### **Productos**

- Cronograma para el cumplimiento de recomendaciones
- Encuesta sobre el servicio de auditoría
- Constancia del seguimiento realizado
- Documentación y papeles de trabajo que respalden los resultados de la fase de seguimiento.

## CAPITULO 3

### APLICACIÓN DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN A LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO EN CUMPLIMIENTO A LA LOSEP

#### 3.1. Fase I: Conocimiento preliminar

En este capítulo se desarrollaran las fases de Auditoria de Gestión, para iniciar se realizara el conocimiento preliminar del Hospital General Vicente Corral Moscoso, para dar a conocer sus operaciones y funcionamiento, y se recolecta la información necesaria como es el plan estratégico, reglamentos, y demás documentos de la entidad.

## ORDEN DE TRABAJO PROVISIONAL

OFICIO: 001

ORDEN DE TRABAJO #: 1

Cuenca 06 de Noviembre de 2012

Señores

Miriam Sanmartín: Auditor Operativo

Andrés Zhingri: Auditor Operativo

Cuenca

De mis consideraciones

De conformidad con lo previsto en el diseño de tesis previo a la obtención del título, dispongo a ustedes la realización de la "Auditoria de Gestión a los Procesos de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP del HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO"

El alcance del examen cubre el periodo comprendido, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 en aplicación de la LOSEP. Se realiza principalmente para detectar aspectos positivos y negativos dentro de la gestión empresarial: eficiencia y eficacia del personal, niveles de autoridad, cumplimiento de leyes y normativas tanto internas como externas, consecución de objetivos institucionales, plan estratégico (misión, visión, objetivos, metas, estrategias, políticas y valores institucionales), reglamento interno y sus funciones, la estructura organizacional por procesos y controles internos que posee la entidad.

De acuerdo al cronograma de las actividades, el examen se ha previsto un tiempo de duración de 41 días laborables.

El producto a obtenerse en esta fase, es realizar un conocimiento general y un diagnóstico de la Entidad, determinando las áreas de resultado clave (ARC), a base del cual se emitirá un reporte de avance de esta primera etapa.

Atentamente

Ing. Miguel Ángel Arpi  
AUDITOR GENERAL

## NOTIFICACIÓN INICIO DE UNA AUDITORIA

### Oficio # 1

Asunto: Notificación inicio de examen

Cuenca, 06 de Noviembre de 2012

Dr.

Edgar Zúñiga Feijoó  
GERENTE GENERAL

De mis consideraciones

De conformidad con lo previsto en el diseño de tesis previo a la obtención del título, notifico a usted, que la Unidad de Auditoria de Gestión, iniciará el examen especial al HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO por el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2012 al 31 de Diciembre de 2012.

Objetivo general

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización.
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas.
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad.
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso.
- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética.
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

Para esta acción de control el equipo de auditores estará conformado por los señores: Andrés Zhingri Auditor Operativo y Miriam Sanmartín Auditor Operativo; por lo que agradeceré disponer se preste la colaboración necesaria para la ejecución del trabajo indicado.

Atentamente

Ing. Miguel Ángel Arpi

AUDITOR GENERAL

**NOTIFICACIÓN INICIO DE UNA AUDITORIA A LOS DIGNATARIOS,  
FUNCIONARIOS, SERVIDORES Y DEMAS PERSONAS VINCULADAS CON EL  
EXAMEN.**

Sección: Proceso de Gestión de Talento Humano  
Asunto: Notificación inicio de examen.

Cuenca, 06 de Noviembre de 2012.

Dr.

Claudio Ortiz Urgilez

JEFE DE PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Presente

De mis consideraciones:

De conformidad con lo dispuesto en el diseño de tesis previo a la obtención del título, notificó a usted que la Unidad de Auditoría de Gestión, iniciará el examen especial al Proceso de Gestión de Talento Humano por el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2012 al 31 de Diciembre de 2012.

Objetivo general

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización.
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas.
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad.
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso.
- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética.
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

Agradeceré enviar respuesta señalando nombres y apellidos completos, número de ciudadanía, dirección domiciliaria y número de teléfono, cargo y período de gestión, a nuestra oficina ubicada en la calle Galápagos 4-135 e Imbabura.

Atentamente,

Andrés Zhingri

AUDITOR OPERATIVO

Miriam Sanmartín

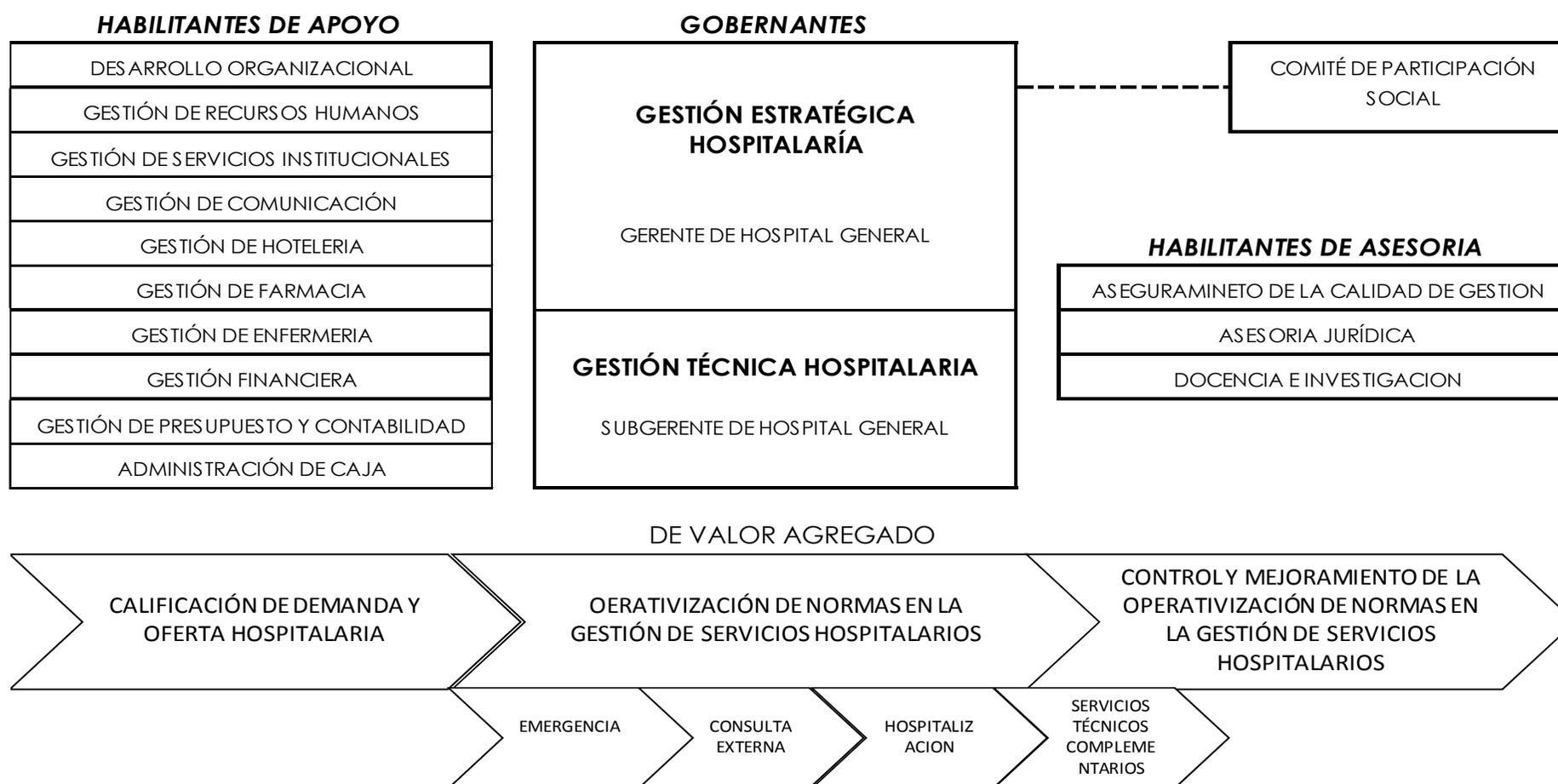
AUDITOR OPERATIVO

## VISITA PREVIA

1. **Nombre de la entidad:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
2. **Dirección:** Av. 12 Abril y Los Arupos
3. **Teléfono:** 4096000 / (593-7) 4096006
4. **Fecha de creación:** El hospital se fundó el 12 de Abril de 1977

**5. Organigrama estructural:**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS  
 HOSPITAL GENERAL



## 6. Objetivos de la entidad:

- Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen las barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.
- Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de los principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.
- Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencia de enfermedad, maternidad.
- Promover procesos de formación continua del personal de salud.
- Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.
- Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico.
- Desarrollar y aplicar normas de bioseguridad.

## 7. Ex funcionarios y funcionarios principales:

- Dr. Edgar Zuñiga                      Ex Director General
- Dr. Claudio Ortiz                      Jefe de Gestión de Talento Humano
- Dr. Geovani Gaón                      Director General

## 8. Sistema de control interno:

Según el acuerdo N°039-CG "Normas de Control Interno para la Entidades, Organismos del Sector Público y Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos"<sup>27</sup>, establece:

---

<sup>27</sup> Acuerdo N° 39-CG, Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos, Normas Generales 100-01 al 100-04

El control interno será de responsabilidad de cada institución del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos y tendrá como finalidad crear las condiciones para el ejercicio del control.

### **El Objeto del control interno**

El control interno de las entidades, organismo del sector público y personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos para alcanzar la misión institucional, deberá contribuir al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Promover la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones bajo principios éticos y de transparencia.
- Garantizar la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información.
- Cumplir con las disposiciones legales y la normativa de la entidad para otorgar bienes y servicios públicos de calidad.
- Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.

### **Responsables del control interno**

El diseño, establecimiento, mantenimiento, funcionamiento, perfeccionamiento, y evaluación del control interno es responsabilidad de la Máxima Autoridad, de los directivos y demás servidoras y servidores de la entidad, de acuerdo con sus competencias.

### **Rendición de cuentas**

La Máxima Autoridad, los directivos y demás servidoras y servidores, según sus competencias, dispondrán y ejecutarán un proceso periódico, formal y oportuno de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales y de los resultados esperados

## 9. Generales.

### La entidad:

- Funciona en base a leyes y reglamentos. (Ministerio de Salud Pública, Código de Trabajo, Contraloría General del Estado, LOSEP, LOTAIP, Plan Nacional del Buen Vivir).
- El Hospital cuenta con los siguientes procesos los cuales se dividen en: HABILITANTES DE APOYO que está conformado por: Desarrollo Organizacional, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de Servicios Institucionales, Gestión de Comunicación, Gestión de Hotelería, Gestión de Farmacia, Gestión de Enfermería, Gestión Financiera, Gestión de Presupuesto y Contabilidad y Administración de Caja.
- GOBERNANTES está conformado por: Gestión Estratégica Hospitalaria, Gerente de Hospital General, Gestión Técnica Hospitalaria, y Subgerente de Hospital General.
- HABILITANTES DE ASESORIA este proceso está conformado por: Aseguramiento de Calidad de Gestión, Asesoría Jurídica y Docencia e Investigación.
- La comunicación jefes-empleados actualmente es mediante autorizaciones y carteleras ubicadas en las diferentes áreas.
- Brindan capacitaciones continuamente a los empleados de acuerdo a su área de trabajo y las necesidades de cada persona.
- Los servicios que brinda el hospital no causan un impacto ambiental, debido a que este cuenta con control de bioseguridad que se encarga de manejar los desechos de la manera más segura.
- Su administración se maneja por una estructura funcional por procesos.

## 10. Recursos y tiempos requeridos.

### 1. Recursos que se requieren:

**Humanos.**

**a)** Equipo multidisciplinario

**Materiales.**

**b)** Materiales de oficina. (Hojas, lápices, borradores, calculadoras, etc.)

**c)** Computadoras (2)

**d)** Cámara de video.

**e)** Cámara fotográfica.

### 2. Materiales.

**Tiempo estimado**

**a)** 41 días.

**Calendario.**

**b)** días laborables.

Atentamente:

Ing. Miguel Arpi

AUDITOR GENERAL.

### 3.1.1. Cedula Narrativa

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>CÉDULA NARRATIVA</b>	<b>P/T N° 001</b>
<b>COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:</b> Hospital General Vicente Corral Moscoso <b>PERIODO A EXAMINARSE:</b> 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012		
<p>El día 27 de Agosto se presentó la solicitud al Hospital por parte de los estudiantes de la Universidad del Azuay cuyo objetivo era la obtener la autorización para realizar una auditoría de gestión con fines académicos.</p> <p>Se recibe la carta de aceptación por parte del Gerente General Dr. Edgar Zuñiga el día 28 de Agosto del 2012 en la cual autoriza a los estudiantes la realización de la Auditoria de Gestión previo a la obtención del título en el Proceso de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP.</p> <p>En el mes de Noviembre se efectuó la visita al Hospital General Vicente Corral Moscoso, gracias a la ayuda de la Dr. María Jiménez Asistente de Recursos Humanos y al Dr. Miguel Peñafiel Coordinador de Gestión Técnica Hospitalaria se pudo observar y conocer aspectos tales como:</p> <p>El hospital se fundó el 12 de Abril de 1977 el mismo que fue creado como una respuesta a la gran demanda de pacientes debido al incremento poblacional de la provincia del Azuay y del Austro.</p>		
<b>REVISADO POR:</b> Ing. Miguel Ángel Arpi <b>REALIZADO POR:</b> Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín		<b>1/6</b>



## CÉDULA NARRATIVA

P/T N° 001

**COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:** Hospital General Vicente Corral Moscoso  
**PERIODO A EXAMINARSE:** 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012

El nombramiento al Hospital se dio por el Ministro de Salud Dr. Asdrúbal de la Torre, quien lo nombro "Hospital Regional Vicente Corral Moscoso" en honor al Médico cirujano Vicente Corral Moscoso.

La entidad se encuentra ubicada en la Av. 12 de Abril y los Arupos, la misma que cuenta con una amplia infraestructura para brindar los servicios de salud a la provincia y se encuentra conformada por procesos que son:

### HABILITANTES DE APOYO

Está conformado por:

Desarrollo Organizacional, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de Servicios Institucionales, Gestión de Comunicación, Gestión de Hotelería, Gestión de Farmacia, Gestión de Enfermería, Gestión Financiera, Gestión de Presupuesto y Contabilidad y Administración de Caja.

### GOBERNANTES

Está conformado por:

Gestión Estratégica Hospitalaria, Gerente de Hospital General, Gestión Técnica Hospitalaria, y Subgerente de Hospital General.

**REVISADO POR:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**REALIZADO POR:** Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín

2/6



## CÉDULA NARRATIVA

P/T N° 001

**COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**PERIODO A EXAMINARSE:** 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012

### HABILITANTES DE ASESORIA

Este proceso está conformado por:

Aseguramiento de Calidad de Gestión, Asesoría Jurídica y Docencia e Investigación.

### DE VALOR AGREGADO

Este proceso está conformado por:

Calidad de Demanda y Oferta Hospitalaria, Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios es mismo que está compuesto por: Enfermería, Consulta externa, Hospitalización, Servicios técnicos complementarios y Control y Mejoramiento de la Operativización de Normas en la Gestión de Servicios Hospitalarios.

La entidad también cuenta con un plan estratégico digital y físico el mismo que se encuentra a disposición de los empleados en la página web del hospital, además la entidad posee un reglamento interno de trabajo y un contrato colectivo el mismo que está expuesto a los empleados en el área de Administración.

En cuanto a la administración del hospital podemos decir que el año 1976 la estructura orgánica funcional se manejaba por un sistema vertical el cual estaba conformado por departamentos, pero a partir del año 2004 se cambia esta estructura por departamentos a una estructura orgánica funcional por procesos.

**REVISADO POR:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**REALIZADO POR:** Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín

**3/6**



Ministerio de Salud  
Pública

## CÉDULA NARRATIVA

P/T N° 001

**COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**PERIODO A EXAMINARSE:** 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012

En cuanto al tema legal el hospital funciona en base de leyes y reglamentos que son:

Ministerio de Salud Pública, Código de Trabajo,

Contraloría General del Estado, LOSEP, LOTAIP, Plan Nacional del Buen Vivir

La comunicación jefes-empleados actualmente es directa, además los avisos importantes se publican en las carteleras que se encuentran ubicadas por todo el hospital.

Como parte del ambiente de control la entidad posee un sistema de seguridad y vigilancia mediante cámaras de seguridad y guardias que se encuentran en diferentes lugares del hospital; adicionalmente para control de asistencia posee un reloj digital y además existe un control personalizado por parte del Jefe del proceso de Gestión de Talento Humano el cual verifica que los empleados estén cumpliendo con las funciones asignadas.

En el hospital se pudo observar que cuenta con las señalética adecuada como: salidas de emergencia, avisos de peligro (riesgo biológico, alta tensión), avisos de salida, extintores, entre otros.

**REVISADO POR:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**REALIZADO POR:** Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín

4/6



Ministerio de Salud  
Pública

## CÉDULA NARRATIVA

P/T N° 001

**COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**PERIODO A EXAMINARSE:** 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012

En la entrada principal observamos que el hospital cuenta con una cartelera informativa sobre la ubicación de consultorios, el nombre del Médico y su especialidad.

La entidad cuenta con un análisis FODA; en cuanto a los indicadores de gestión la ley establece que estos deberán ser personales tanto para el área de consulta interna y externa, como para la parte administrativa

Los servicios que brinda el hospital en la actualidad no causan un impacto ambiental grave, debido a que este cuenta con control de bioseguridad que se encarga de manejar y clasificar los desechos de manera segura, utilizan recipientes y fundas apropiadas de colores (rojo: para los desechos infecciosos y especiales, negro: para desechos comunes, gris: para depositar material reciclable y verdes: para desechos orgánicos).

Los desechos son almacenados dentro del hospital en lugares apropiados los cuales se clasifican en: almacenamiento de generación, almacenamiento intermedio y almacenamiento final, en este último la EMAC es la encargada de su recolección para ser enviado al relleno sanitario los desechos comunes, orgánicos y reciclables, mientras que los desechos infecciosos y especiales son entregados a la empresa GADERE S.A. para su incineración.

**REVISADO POR:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**REALIZADO POR:** Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín

5/6



Ministerio de Salud  
Pública

## CÉDULA NARRATIVA

P/T N° 001

**COMPONENTE SUJETO A EXAMEN:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**PERIODO A EXAMINARSE:** 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2012

También se pudo observar que los diferentes procesos del hospital cuentan con un espacio necesario para su funcionamiento a excepción del proceso de Gestión de Talento Humano el cual cuenta con nueve empleados dentro una locación reducida, por lo que el espacio para empleados es mínimo lo cual complica la movilización y el cumplimiento de labores.

**REVISADO POR:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**REALIZADO POR:** Andrés Zhingri , Miriam Sanmartín

6/6

### 3.1.2. Revisión de Papeles de Trabajo

Los papeles de trabajo revisados hasta el momento son:

- La Orden de Trabajo provisional, en la cual se pide realizar una Auditoría de gestión a los Procesos de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP del HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO por parte de los señores Andrés Zhingri y Miriam Sanmartín, además se especifica el alcance de la auditoría así como el tiempo de duración de la misma.
- Notificación Inicio de una Auditoría, en este documento se especifica a la Máxima Autoridad del hospital el objetivo general y los objetivos específicos del motivo de nuestra auditoría.
- Notificación Inicio de una Auditoría específica, de igual manera en este documento se da a conocer el objetivo general y los objetivos específicos al jefe del proceso en el cual va a realizarse la auditoría, en este caso va dirigido al jefe del proceso de Gestión de Talento Humano.
- Visita Previa, en este documento constan aspectos generales del Hospital General Vicente Corral Moscoso.
- Cédula Narrativa, este documento es uno de los más importantes porque se hace constar aspectos relevantes de la visita realizada a la entidad, que a futuro servirá para determinar posibles hallazgos.

### 3.1.3. Evaluación del Control Interno

El control interno es un proceso que es aplicado a la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos públicos y se alcancen los objetivos. Se aplicaran los componentes del control interno que se incluirá el ambiente de control, establecimiento de objetivos, identificación de eventos, evaluación del riesgo, respuesta al riesgo, actividades de control, información y comunicación, y supervisión y monitoreo.

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N° 002

No	FACTOR	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
<b>AMBIENTE INTERNO DE CONTROL</b>						
1	Integridad y Valores éticos	1 ¿Posee la entidad un código de ética?	X			
		2 ¿Las relaciones con los empleados, proveedores, clientes, acreedores, aseguradoras, auditores, etc., se basa en la honestidad y equidad?	X			
		3 Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal	X			
		4 ¿Los funcionarios y empleados presentan denuncias sin temor a represalias?		X		
2	Filosofía y Estilo de la Alta Dirección	5 ¿La filosofía y estilo de la administración se reflejan en la forma en que se establece las políticas, objetivos, estrategias su difusión y la responsabilidad de informar sobre su cumplimiento?	X			
		6 ¿Participa la dirección a menudo en las operaciones de alto riesgo o es extremadamente prudente a la hora de aceptar el riesgo?			X	
		7 ¿El Director, incentiva y compromete a sus servidores en el cumplimiento de las leyes y otras disposiciones?	X			
		8 ¿El Director, cuida la imagen institucional?	X			
		9 ¿La administración presenta oportunamente información financiera y de gestión?		X		
3	Administración	10 La entidad observa la constitución, la LOSEP, el Código de Trabajo y demás leyes	X			
		11 La entidad actualiza los reglamentos internos	X			
		12 La junta directiva está organizado de acuerdo con el reglamento interno de la entidad	X			
		13 La administración brinda atención a novedades importantes y por ende a la violación de su código de ética	X			
4	Estructura Organizativa	14 ¿Existen idoneidad en la estructura funcional?	X			
		15 ¿Existen manuales de procesos	X			
		16 ¿Se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad?		X		
		17 ¿Existe comunicación interna y externa?	X			

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº 002

		18 ¿Se actualiza la Estructura Organizacional por procesos?		X		
5	Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida	19 ¿Existe responsabilidad y delegación de autoridad?	X			
		20 ¿Existe normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo?		X		
		21 ¿El número de personal está de acuerdo con el tamaño de la entidad así como la naturaleza y complejidad de sus actividades y sistemas?	X			
6	Gestión del Capital Humano	22 ¿Existe un sistema de gestión de recursos humanos?	X			
		23 ¿Existe políticas y procedimientos para la contratación, formación, promoción y remuneración de los empleados?	X			
		24 ¿Se aplican sanciones disciplinarias?	X			
		25 ¿Se revisan los expedientes de los candidatos a puestos de trabajo?	X			
		26 ¿Existen métodos para motivar a los empleados?		X		
		27 ¿Existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal?	X			
		28 ¿Se ha conformado el Comité de talento humano, para la evaluación del desempeño?	X			
		29 ¿La administración del talento humano cuenta con políticas de clasificación, valoración, reclutamiento, selección, contratación, formación, evaluación, remuneración y estipulaciones del personal?	X			
		30 ¿La entidad orienta al personal sobre la misión, visión, institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?	X			
		31 ¿La entidad cuenta con un plan de incentivos en relación con los objetivos y logros alcanzados?			X	
		32 ¿La dirección de Recursos Humanos ha identificado los requerimientos de especialización del personal en áreas técnicas y de servicio?		X		

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº

002

7	Responsabilidad Transparencia	33 ¿Se establecen los objetivos con indicadores de rendimiento?	X		
		34 ¿Existen políticas de responsabilidad en todos los niveles de la entidad y se verifica su cumplimiento?	X		
		35 ¿Existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado?	X		
		36 ¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión?		X	
<b>ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS</b>					
8	Objetivos y Estratégicos	37 La entidad cuenta con un plan estratégico difundido interno y externamente.	X		
		38 ¿La entidad cuenta con misión, visión, objetivos y las maneras para conseguirlos?	X		
		39 ¿Los diferentes niveles de la entidad cumplen con estos objetivos y sus respectivas estrategias?	X		
		40 ¿La entidad ha formulado indicadores de gestión institucionales y por cada dirección, que permitan medir y cuantificar las metas, objetivos y actividades planificadas con lo ejecutado?		X	
9	Objetivos Específicos	41 ¿Se ha fijado objetivos específicos (operativos, de información y cumplimiento) en los diferentes niveles y actividades de la entidad tales como; direcciones, unidades y secciones?			X
		42 ¿Existe una conexión de los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la entidad?			X
		43 ¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos?			X
		44 ¿Se identifican factores críticos de éxito, indicadores de gestión, en cada dirección, unidad, sección y a sus integrantes			X
		45 ¿El personal de la entidad participa en la propuesta de objetivos y consecución de los mismos?	X		
		46 ¿Existe la comunicación oportuna y suficiente para comunicar los objetivos a los empleados de la entidad?			X

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N° 002

10	Relación entre objetivos y componentes del CORRE	47 ¿Existe compromiso de los directores y de todos los niveles de alcanzar los objetivos cumpliendo los controles y la gestión de los riesgos?	X			
		48 ¿Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado de la organización en la producción de sus servicios?	X			
		49 ¿En razón de que la organización ha asumido nuevas competencias, ha actualizado el marco normativo que viabilice las mismas?			X	
11	Consecución de objetivos	50 ¿Existe calidad de la información sobre eventos extremos relacionados con los objetivos, principalmente los estratégicos y de operación?			X	
		51 ¿Se cuenta con la supervisión adecuada para medir el grado de consecución de los objetivos en todos niveles organizacionales?	X			
		52 ¿La entidad cuenta con el apoyo del Director y de los directores de los informes de auditores internos, principalmente en lo relativo a deficiencias y recomendaciones?			X	
		53 ¿El Director ha incorporado controles en los procesos para cumplir a cabalidad con los objetivos propuestos?	X			
		54 ¿Se han implantado mecanismos de calidad en la supervisión de todos los niveles administrativos?	X			
		55 ¿Existen informes de cumplimiento de indicadores y estándares?			X	
		56 ¿Se evalúa periódicamente el POA a fin de tomar las acciones correctivas?	X			

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N° 002

12	Riesgo aceptado y Niveles de tolerancia	57 ¿Apoyo del Director y Directivos para determinar el nivel de riesgo aceptable y su tolerancia?	X		
		58 ¿Existe fijación del riesgo aceptado para los objetivos establecidos?	X		
		59 ¿Existe supervisión y evaluaciones internas para medir la razonabilidad de los niveles de riesgo aceptado así como, su tolerancia, con base en los resultados obtenidos?	X		
		60 ¿Existe atención de los directivos a los cambios ocurridos entre el riesgo aceptado y los resultados?	X		
<b>IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS</b>					
13	Factores Internos y Externos	61 ¿El Director cuenta con el apoyo de las autoridades para determinar los factores de riesgo Internos y Externos?	X		
		62 ¿Existen mecanismos para identificar eventos de riesgo tanto Internos como Externos?	X		
		63 ¿Los empleados y demás personal de la entidad aportan para la determinación de estos riesgos?	X		
		64 ¿Participan los empleados y personal clave en la determinación de los factores de riesgo?	X		
14	Identificación de Eventos	65 ¿Existe confiabilidad de la metodología utilizada para identificar eventos que puedan afectar el logro de los objetivos?	X		
		66 ¿El personal de la entidad participa en la identificación de eventos?		X	
		67 ¿Se ha implantado técnicas para la identificación de eventos tales como: inventario de eventos, análisis interno, talleres de trabajo y entrevistas, análisis del flujo del proceso que puedan afectar el logro de objetivos?	X		

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº 002

15	Categoría de eventos	68 ¿Existe idoneidad de la metodología utilizada para sistematizar y ordenar los eventos identificados?			X
		69 ¿Existe apoyo de la administración a las acciones orientadas a categorizar los eventos relacionados con la misión de la entidad?	X		
		70 Relacionar las categorías de eventos con los objetivos. Implantar políticas y procedimientos para informar a los trabajadores de la organización, las categorías de eventos y su relación con los objetivos.	X		
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>					
16	Estimación de probabilidad de Impacto	71 ¿La entidad cuenta con el apoyo del Director General y Directores para planeación y ejecución de los estudios de probabilidades e impactos de los riesgos?			X
		72 ¿Se evalúa los riesgos periódicamente para conocer la forma en que los eventos potenciales impactan en la consecución de los objetivos organizacionales?			X
		73 ¿Se evalúa los acontecimientos desde la perspectiva de la probabilidad e impacto, a base de métodos cualitativos y cuantitativos?			X
17	Evaluación de Riesgos	74 ¿Existe idoneidad de la metodología y recursos utilizados para establecer y evaluar los riesgos?			X
		75 ¿Se han implantados técnicas de evaluación de riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos tales como: benchmarking, modelos probabilísticas y modelos no probabilísticas?			X
		76 ¿Existe información provista por el establecimiento de objetivos e identificación de eventos para evaluar los riesgos?			X
		77 ¿La documentación recopilada de los estudios efectuados es de calidad?			X
		78 ¿Existe transparencia de la información sobre los resultados de la evaluación del riesgo?			X

<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO					P/T N° 002
<b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTIÓN					
18	Riesgos originados por los cambios	79 ¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante los cambios que pueden afectar a la entidad? 80 ¿La información interna y externa ayuda a conocer hechos que pueden generar cambios significativos en la entidad? 81 ¿Se monitorea los nuevos riesgos organizacionales originados por cambios que pueden afectar la consecución de los objetivos tales como: cambios en el entorno operacional, en el contexto económico, legal y social; nuevo personal, sistemas de información nuevos o modernizados, rápido crecimiento de la organización, tecnologías modernas, nuevos servicios y actividades, reestructuraciones internas, transacciones con el extranjero.	X	X	
<b>RESPUESTA A LOS RIESGOS</b>					
19	Categorías de Respuesta	82 ¿Existen mecanismos para el análisis de alternativas? 83 ¿Existe la evidencia suficiente que respalde al análisis de alternativas? 84 ¿La administración determina la cartera de riesgos, y si el riesgo residual global concuerda con el riesgo aceptados por la entidad? 85 ¿La organización ha establecido las respuestas a los riesgos identificados, tales como: evitar, reducir, compartir y aceptar los riesgos? 86 ¿Existe apoyo de la administración a las acciones orientadas al estudio de alternativas?	X	X	X
20	Decisión de Respuesta	87 ¿Existen mecanismos para la toma de decisiones? 88 ¿Existe la evidencia suficiente que respalde la toma de decisiones? 89 ¿El Director General, Directivos y el personal tienen los conocimientos necesarios para tomar la mejor decisión? 90 ¿Para decidir la respuesta a los riesgos, el Director General y los Directivos consideran los costos y beneficios de las respuestas potenciales, las posibles oportunidades para alcanzar los objetivos organizacionales? 91 ¿Se comunica a los diferentes niveles organizacionales, las decisiones tomadas?	X	X	X

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN  
002

P/T N°

**ACTIVIDADES DE CONTROL**

21	Integración con las decisiones sobre riesgos.	92 ¿Existe calidad de información y comunicación sobre las decisiones adoptadas por la dirección sobre el estudio de los riesgos? 93 ¿La entidad a base de las respuestas al riesgo seleccionadas, implantan mecanismos de control para disminuir los riesgos y alcanzar los objetivos estratégicos, operacionales, información y cumplimiento? 94 ¿Se establece una matriz que relacione los riesgos seleccionados con los controles establecidos con el objetivo de brindar una seguridad razonable de que los riesgos se mitigan y de los objetivos se alcanzan?	X	X	X	Se establecen los riesgos pero no de manera técnica
22	Principales actividades de control.	95 ¿Existe apoyo de la administración para el diseño y aplicación de los controles en función de los riesgos? 96 ¿Existen mecanismos para analizar las alternativas de controles a seleccionar? 97 ¿El Director emite políticas y procedimientos de las actividades de control, en todos los niveles de la organización encargados de ejecutarlos? 98 ¿Las actividades de control, incluyen los controles preventivos, Detectivos, manuales, informáticos y de dirección? 99 ¿La entidad implantan actividades de control en función de los riesgos y objetivos tales como: revisiones y supervisiones, gestión directa de funciones o actividades, procesamiento de la información, repetición, validación, aseguramiento, especialización funcional, controles físicos, indicadores de rendimiento y segregación de funciones?	X	X	X	DPS dicta políticas y el Hospital es Unid Ejecutora  existen controles como vacunación y prendas de protección  revisiones de que el personal usa todos los implementos necesarios para su trabajo
		100 ¿Existe un plan estratégico de tecnologías de información que guarde relación con los objetivos institucionales y la gestión de los riesgos?			X	Estamos atrasados, no hay programa específico, hay uno que sirve para consulta externa

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N°

002

23	Controles sobre los sistemas de información.	101 ¿Existe apoyo del Director para la implantación de planes estratégicos de tecnología de información?	X		
		102 ¿Se han implantado actividades de control de los sistemas de información que incluyan a las fases informatizadas dentro del software para controlar el proceso?			X
		103 ¿Se han establecido controles generales sobre la gestión de la tecnología de información, su infraestructura, la gestión de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software?			X
		104 ¿Se han implantado controles de aplicación relacionados con la integridad, exactitud, autorización y validez de la captación y procesamiento de datos?			X
		105 ¿Se han realizado controles de aplicación tales como: captación de errores en los datos, dígitos de control, listados predefinidos de datos, pruebas de razonabilidad de datos y pruebas lógicas?		X	
<b>INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>					
24	Cultura de información en todos los niveles.	106 ¿Existen políticas organizacionales relativas a la información y comunicación así como su difusión en todos los niveles?	X		cada mes se elabora un informe explicativo
		107 ¿Se ha establecido comunicación en sentido amplio, que facilite la circulación de la información tanto formal como informal en las direcciones, es decir ascendente, transversal, horizontal y descendente?		X	
		108 ¿El Director ha dispuesto a todo el personal la responsabilidad de compartir la información con fines de gestión y control?		X	
		109 ¿Los informes deben reunir atributos tales como cantidad suficiente para la toma de decisiones, información disponible en tiempo oportuno, datos actualizados y que corresponden a fechas recientes?		X	se emiten informes mensuales, trimestrales y anuales

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº 002

		110 ¿La información de las operaciones sustantivas y adjetivas se produce periódicamente, y se difunden en forma sistemática a los niveles responsables de la gestión de la entidad?	X		
		111 ¿Se comunica al personal sobre los resultados periódicos de las direcciones y unidades de operación, con el fin de lograr su apoyo, en la consecución de los objetivos de la entidad?	X		
		112 ¿Se han implantado de políticas organizacionales de información y comunicación y su difusión en todos los niveles?	X		
25	Herramienta para la supervisión.	113 ¿Se suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente?	X		
		114 ¿La información constituye una herramienta de supervisión, para conocer si se han logrado los objetivos, metas e indicadores?	X		
26	Sistemas estratégicos e integrados.	115 ¿Existen sistemas y procedimientos para la integración de todos los procesos de la entidad?	X		se emite el POA pero no se desarrolla con tecnologías de información
		116 ¿Se ha emitido un plan estratégico de tecnologías de información que guarde relación con los objetivos organizacionales y la gestión de los riesgos?	X		
		117 ¿Existen políticas que permitan la integración de la información?	X		
		118 ¿Los sistemas de información organizacional son ágiles y flexibles para integrarse eficazmente con los trabajadores?	X		
		119 ¿Los sistemas de información integran la totalidad de operaciones, permitiendo que en tiempo real, el Director, directivos y demás servidores, accedan a la información financiera y operativa, para controlar las actividades?	X		

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº 002

27	Contabilidad de la información.	120 ¿Existen sistemas y procedimientos que aseguran la confiabilidad de los datos?	X		Es coherente ya que esto va a la DPS y MSP en Quito
		121 ¿Se realiza con frecuencia la supervisión de los procesos y de la información?	X		
		122 ¿La información además de oportuna, es confiable?	X		
		123 ¿El flujo de información en tiempo real, es coherente con el ritmo de trabajo del Director y directivos, evitando la "sobrecarga de información"?	X		
		124 ¿La información es de calidad, su contenido es adecuado, oportuno, esta actualizado, es exacto, está accesible?	X		
		125 ¿La información identifica los riesgos sobre errores e irregularidades, a través de los controles establecidos?	X		
		126 ¿Existen mecanismos de control por parte de la auditoría interna para evaluar los procesos y los sistemas de información?		X	
28	Comunicación interna.	127 ¿Se comunica oportunamente al personal respecto de sus responsabilidades?	X		Es prohibido la visita de los proveedores
		128 ¿Se denuncia posibles actos indebidos?	X		
		129 ¿Las autoridades toman en cuenta las propuestas del personal respecto de formas de mejorar la productividad y la calidad?		X	
		130 ¿Existe comunicación con clientes y proveedores?		X	
		131 ¿La comunicación interna sobre procesos y procedimientos se alinea con la cultura deseada por el Director y directivos?	X		
		132 ¿Los trabajadores saben cómo sus actividades se relacionan con el trabajo de los demás?	X		
		133 ¿La unidad de comunicación han establecidos líneas de comunicación para la denuncia de posibles actos indebidos?	X		
					A veces existen problemas Ej.: horario de la limpieza

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N° 002

		134 ¿Se ha establecido un nivel de comunicación sobre las normas éticas de la organización?	X			
		135 ¿La entidad ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área u operación?	X			
		136 ¿Se comunica a terceros sobre el grado de ética de la entidad?	X			
29	Comunicación Externa	137 ¿La administración toma en cuenta requerimientos de clientes, proveedores, organismos reguladores y otros?	X			Actualización constante por Compras Públicas
		138 ¿Se actualiza permanentemente la página WEB de la entidad?	X			
		139 Los reportes periódicos internos sirven de base para la preparación de los informes de gestión del Director a los empleados al terminar cada periodo anual	X			
		140 La unidad de comunicación ha implantado canales externos a los usuarios sobre el diseño o calidad de los servicios.		X		
		141 ¿En los mecanismos de comunicación existen manuales, políticas, instructivos, escritos internos, correos electrónicos, novedades en los tabloneros de anuncios, videos y mensajes en la página web?	X			
		142 ¿En la comunicación a los trabajadores las obras y acciones hablan más las palabras?	X			
		143 ¿Se ha difundido al personal el compromiso de la administración en la entrega de información a los organismos de control?	X			
<b>SUPERVISIÓN Y MONITOREO</b>						
30	Supervisión Permanente	144 ¿Se compara los registros del sistema contable con los activos fijos de la entidad con frecuencia?		X		
		145 ¿Se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de riesgos?		X		

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T Nº 002

		146 ¿Las deficiencias en el sistema de control interno, son puestas en conocimiento del Director por la Auditoría con recomendaciones para su corrección?	X		
		147 Los directores deben definir los procedimientos para que se informe de las deficiencias de control interno.	X		
		148 ¿Se ha implantado herramientas de evaluación, que incluyan listas de comprobación, cuestionarios, cuadros de mando y técnicas de diagramas de flujo?		X	
		149 ¿Los auditores y asesores internos y externos deben facilitar periódicamente recomendaciones para reforzar la gestión de riesgos corporativos?		X	
		150 ¿La entidad cuenta con una estructura organizativa racional que incluya las actividades de supervisión apropiadas que permitan comprobar que las funciones de control se ejecutan y que en caso de deficiencias importantes sean identificadas?	X		
31	Supervisión Interna	151 ¿Se ha tomado en cuenta resultados de auditorías anteriores?	X		
		152 ¿Existe planes de acción correctiva?	X		
		153 ¿La auditoría interna accede a la información sin restricción para que actúe con oportunidad?	X		
		154 ¿Existe apoyo a la UAI para que oriente sus actividades a la evaluación de riesgos importantes, relacionados con actividades que generan valor?	X		
		155 ¿Existe apoyo del Director y Directivos a la ejecución del POA de auditoría interna?	X		

**ENTIDAD:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** AUDITORIA DE GESTIÓN

P/T N° 002

32	Supervisión Externa	156 ¿Las autoridades toman atención a los informes de auditores internos, externos y SRI?	X		
		157 ¿Existen planes de acción correctiva y el grado del cumplimiento del mismo?	X		
		158 ¿Existe coordinación entre auditores internos y externos?	X		
		159 ¿ El Director y Directores disponen el cumplimiento inmediato y obligatorio de las recomendaciones de los informes de auditoría interna y de la CGA	X		

**Calificación del Control Interno**

Suficiente desde el 66% en adelante	X
Medianamente suficiente del 52% al 65%	----
Insuficiente de 0% al 51%	----

**66.03%**

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## **Resultados de Control Interno**

### **Ambiente de Control**

#### **Aspectos Negativos**

- En la entidad no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad
- En esta entidad no existen métodos de motivación para los empleados
- Los funcionarios y personal del hospital no presenta denuncias porque siempre va haber sanciones y represalias
- En la entidad no se revisan de forma periódica los informes financieros y de gestión
- No existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripción de los puestos de trabajo

#### **Aspectos Positivos**

- El gerente de la entidad siempre incentiva y compromete a los servidores públicos en el cumplimiento de leyes y normas
- La entidad si observa las leyes y reglamentos como son la LOSEP, Código de Trabajo, LOTAIP, LOSCCA, Leyes del Ministerio de Salud Publica entre otras
- El número del personal si está de acuerdo al tamaño de la entidad así como la naturaleza y complejidad de sus actividades
- La entidad si cuenta con un sistema de gestión de talento humano, además existen políticas y procedimientos para la contratación, promoción y remuneración de los empleados
- El hospital cuenta con un comité de Talento Humano es mismo que se encarga de revisar los expedientes de aspirantes a contratar y evaluar el desempeño de los trabajadores
- La administración del talento humano si cuenta con políticas de clasificación, valoración, reclutamiento, selección, contratación, formación y estipulaciones del personal

## **Establecimiento de Objetivos**

### **Aspectos Negativos**

- La entidad no cuenta con indicadores de gestión institucionales que permitan medir y cuantificar las metas, objetivos y actividades planificadas con lo ejecutado
- No existe una comunicación oportuna y suficiente para comunicar los objetivos a los empleados

### **Aspectos Positivos**

- La entidad si cuenta con la visión, misión y las maneras necesarias para cumplirlas
- El personal de la entidad si participara en la propuesta de objetivos y consecución de los mismos
- Si existe compromiso de los directores para alcanzar los objetivos cumpliendo los controles de gestión de los riesgos
- Si se evalúa periódicamente el POA de la entidad
- La entidad si cuenta con el apoyo del Director General para determinar el nivel de riesgo aceptable y su tolerancia
- La entidad si tiene supervisión y evaluación internas para medir la razonabilidad de los niveles de riesgo aceptado en base a los resultados obtenidos

## **Identificación de eventos**

### **Aspectos Positivos**

- El hospital si cuenta con mecanismos para identificar eventos de riesgo
- Todo el personal de la entidad si aportan para la identificación de riesgos
- La entidad si ha implementado técnicas para identificar los eventos tales como: inventario de eventos, análisis interno, talleres de trabajo que puedan afectar el logro de los objetivos

## **Evaluación del Riesgo**

### **Aspectos Negativos**

- La entidad no monitorea los nuevos riesgos organizacionales originados por cambios que puedan afectar la consecución de objetivos

### **Aspectos Positivos**

- La información interna y externa si ayuda a conocer hechos que pueden generar cambios significativos en la organización

## **Respuesta a los Riesgos**

### **Aspectos Negativos**

- La administración del hospital no determina la cartera de riesgos.
- El Director General y los Directivos no consideran los costos y beneficios de las respuestas potenciales, las posibles oportunidades para alcanzar los objetivos organizacionales.

### **Aspectos positivos**

- El Director General, Directivos y el personal si cuenta con los conocimientos necesarios para tomar las mejores decisiones.
- El Hospital si cuenta con mecanismos para el análisis de alternativas.

## **Actividades de Control**

### **Aspectos negativos**

- El hospital no establece una matriz que relacione los riesgos seleccionados con los controles establecidos con el objetivo de brindar una seguridad razonable de que los riesgos se mitigan y de los objetivos se alcanzan.
- No se han realizado controles de aplicación tales como: listados predefinidos de datos, pruebas de razonabilidad de datos y pruebas lógicas.

### **Aspectos positivos**

- Si existe calidad de información y comunicación sobre las decisiones adoptadas por la dirección sobre el estudio de los riesgos.
- El hospital si implanta mecanismos de control para disminuir los riesgos y alcanzar los objetivos estratégicos, operacionales, información y cumplimiento.
- El Director si emite políticas y procedimientos de las actividades de control, en todos los niveles de la organización encargados de ejecutarlos.

### **Información y comunicación**

#### **Aspectos negativos**

- Las autoridades no toman en cuenta las propuestas del personal respecto de formas de mejorar la productividad y la calidad.
- Los sistemas de información organizacional no son ágiles y flexibles para integrarse eficazmente con los trabajadores.
- No existen mecanismos de control por parte de la auditoría interna para evaluar los procesos y los sistemas de información.
- La unidad de comunicación no ha implantado canales externos a los usuarios sobre el diseño o calidad de los servicios.

#### **Aspectos positivos**

- La entidad si ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada proceso u operación.
- Si se establece comunicación en sentido amplio, que facilite la circulación de la información tanto formal como informal en dirección ascendente, horizontal y descendente.
- Los informes si reúnen atributos tales como: cantidad suficiente para la toma de decisiones, información disponible en tiempo oportuno, datos actualizados y que corresponden a fechas recientes.

- Si se comunica al personal sobre los resultados periódicos de las direcciones y unidades de operación, con el fin de lograr su apoyo, en la consecución de los objetivos de la entidad.
- La información si constituye una herramienta de supervisión, para conocer si se han logrado los objetivos, metas e indicadores.
- Si se realiza con frecuencia la supervisión de los procesos y de la información.
- Si se ha difundido al personal el compromiso de la administración en la entrega de información a los organismos de control.
- Si se actualiza permanentemente la página WEB de la entidad.

## **Supervisión y monitoreo**

### **Aspectos negativos**

- No se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de riesgos.
- No se compara los registros del sistema contable con los activos fijos de la entidad con frecuencia.
- No se ha implantado herramientas de evaluación, que incluyan listas de comprobación, cuestionarios, cuadros de mando y técnicas de diagramas de flujo.

### **Aspectos positivos**

- Las deficiencias en el sistema de control interno, si son puestas en conocimiento del Director por la Auditoría con recomendaciones para su corrección.
- El Director y Directores si disponen el cumplimiento inmediato y obligatorio de las recomendaciones de los informes de auditoría interna y de la CGA.
- Las autoridades si toman atención a los informes de auditores internos, externos y SRI.
- La auditoría interna si accede a la información sin restricción para que actúe con oportunidad.

### 3.1.4. Enfoque de la Auditoría

#### **Motivo de la auditoría**

El motivo por el cual se está realizando la Auditoría de Gestión en el Hospital General Vicente Corral Moscoso es para evaluar la gestión del proceso de contratación del personal de acuerdo al cumplimiento con la LOSEP; para ello se aplicaran las Normas de Auditoría de General Aceptación así como las normas internacionales.

#### **Objetivo general**

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

#### **Objetivos específicos:**

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización.
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas.
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad.
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso.
- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética.
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

#### **Alcance**

La auditoría de Gestión al Hospital General Vicente Corral Moscoso se realizara al Proceso de Gestión de Talento Humano en el periodo comprendido, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 en razón de que se designaron nuevas autoridades para la administración y gobierno de la institución.

## Enfoque

La Auditoría de Gestión que se aplicara a la entidad será de forma parcial, la cual está enfocada a verificar y evaluar la gestión de la entidad, el cumplimiento de objetivos, metas, políticas y detectar aspectos positivos y negativos y emitir las debidas recomendaciones.

## Componentes y Subcomponentes

Después de haber realizado la visita al Hospital, se pudo observar que la mayor debilidad se encuentra en función del personal contratado, para ratificar esta razón se aplicó un control interno general, por tanto vamos a dar atención prioritaria; al componente que será objeto de análisis:

- **Componente:** Proceso de Gestión de Talento Humano
  - **Subcomponente:** Reclutamiento y Colocación del personal
    - **Inicio**
      - Requerimiento del Hospital
        - Necesidad del proceso
        - Informe de la necesidad
        - Aprobación del informe de requerimiento
      - Publicación en la prensa
      - Recepción de carpetas
      - Selección y análisis de carpetas
        - Comisión de análisis ( Un integrante de talento humano, Jefe del proceso del requerimiento y la Directora del Hospital)

- o Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades
- Entrevistas
- Contratación y ubicación en el puesto de trabajo
  - o Reunión de bienvenida
  - o Comunicación de deberes y obligaciones
  - o Capacitación del uso de equipos
  - o Ubicación en el lugar de trabajo

### **3.2. Fase II: Planificación**

La fase de planificación, consiste en orientar la auditoria hacia los objetivos establecidos, por lo cual debe establecer los pasos a seguir en la presente y siguientes fases y las actividades a desarrollarse, haciendo constar quienes ejecutaran las actividades de auditoria, la fecha de ejecución del examen; y poner énfasis en el presupuesto de tiempo y costos estimados necesarios para cada actividad a desarrollarse.

#### **3.2.1. Análisis de la información y documentación**

La información y documentación recopilada de la entidad son: Reseña Histórica, Plan Estratégico, Análisis FODA, Escrituras y leyes en las que se basa el hospital, con las cuales analizaremos con el fin de tener una visión específica que nos permita recopilar la evidencia suficiente y necesaria para encontrar aspectos tanto positivos como negativos y dar las respectivas recomendaciones.



		<b>EVALUACIÓN ESPECIFICA DE CONTROL INTERNO</b>			<b>Hoja No. 2</b>
<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTION <b>COMPONENTE:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>SUBCOMPONENTE:</b> PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO					
		P/T N° 003			
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	
4	Describa en hojas adicionales: El plan de recursos humanos: - ¿Quién coordina? - ¿Quién (s) participa (n) - ¿Quién lo aprueba? - ¿Qué fuentes de información se utilizan para su elaboración. - Se identifican personas responsables por cada actividad? - Los Analistas de Personal preparan planes y programas de trabajo específicos?	X			POA Dr. Claudio Ortiz Todo el equipo Anexo 4 Dr. Roció Palacios Anexo Documentales y estadísticas  Siempre apegados a la matriz mayor que es el POA
5	Se ha definido políticas para la administración de personal respecto a: - Contratación de personal - Selección y Reclutamiento - Formación y Capacitación - Evaluación del Desempeño - Promociones (carrera administrativa) - Remuneraciones y otros beneficios - Asignación de funciones según formación y experiencia. - Rotación de personal (traslados y/o movilización)	X			Normas técnicas amparados por el Código de trabajo y la LOSEP porque dentro de la entidad existen dos tipos de trabajadores
6	¿Se ha determinado parámetros e indicadores que le permitan evaluar su gestión y el impacto del servicio que presta? En caso afirmativo indique: - Se cuenta con datos estadísticos o históricos. - Encuestas o cuestionarios para medir la satisfacción de las necesidades.  Brinde documentación al respecto.	X			mediante formularios Anexo 4

 Ministerio de Salud Pública	<b>EVALUACIÓN ESPECIFICA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>Hoja No. 3</b>			
<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTION <b>COMPONENTE:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO P/T N° 003 <b>SUBCOMPONENTE:</b> PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO					
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	
7	¿Se hacen provisiones de personal? Si la respuesta es afirmativa: Se relacionan con los objetivos y necesidades institucionales Se ligan a los planes anuales Explique, ¿Cómo se interrelacionan las actividades de la unidad con el proceso de formulación presupuestaria?		X   X  X  X		Anexo 4
8	¿Se han definido sistemas de control y evaluación?	X			
9	¿Se hace o existe control de gestión en la unidad?	X			Todos los meses
10	¿Hay un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos?		X		Anexo 4
11	¿Se hace el seguimiento de esos planes?		X		Debido al tiempo no se hace de forma constante y rápido

**EJECUCION**

Son preguntas orientadas a conocer lo relativo al desarrollo de las actividades de la Unidad y adicionalmente, conocer acerca del control gerencial del área.

12	Cómo se manejan los diferentes subsistemas de Administración de Personal:		X		
13	Tiene la Unidad de Recursos Humanos, manuales de procedimientos para guiar la gestión que realiza en los diferentes subsistemas de personal - Cuáles - Se encuentran aprobados- Fechas - Tiene aplicación en la práctica		X		Se gobierna con disposición administrativa

 Ministerio de Salud Pública		<b>EVALUACIÓN ESPECIFICA DE CONTROL INTERNO</b>			<b>Hoja No. 4</b>
<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTION <b>COMPONENTE:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>SUBCOMPONENTE:</b> PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO					
		P/T N° 003			
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	
14	¿Se examina con regularidad los manuales, reglamentos, procedimientos, políticas y demás normas en materia de administración de personal?		X		
15	¿Se dispone de un manual ocupacional que defina las funciones de cada uno de los servidores y los niveles de autoridad y responsabilidad? - Fecha de aprobación - Ha sido actualizado Fecha: - Es de conocimiento del personal - Tiene aplicación en la práctica	X	X X X		Manual Genérico e Institucional Anexo 4  No están aprobados
16	Se aplica un proceso para la selección de personal: Describa en hoja adicional	X			Anexo 4
17	¿Existe un proceso para la inducción del personal? Describa en hoja adicional	X			Anexo 4
18	¿El personal está cumpliendo funciones según el puesto para el cual fue nombrado? Si no lo hace, explique porqué Ha determinado algunos casos? Describa en hoja adicional	X			Anexo 4
19	¿Qué sistemas de Clasificación de Puesto se aplica? Descríbalos	X			Anexo 4
20	¿Qué Régimen de Remuneraciones se aplica? - Institucional? - Sujeto a leyes de Escalafón Profesional?	X X			Anexo 4
21	Existe rotación de personal - Cuál es el índice de rotación Alto-Medio-Bajo - Cuáles son las causas - Cuáles son las áreas de mayor rotación Existen estadísticas al respecto	X  X			Depende de los servicios  Medio Necesidades Institucionales Servicios Generales

 Ministerio de Salud Pública		<b>EVALUACIÓN ESPECIFICA DE CONTROL INTERNO</b>			<b>Hoja No. 5</b>
<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTION <b>COMPONENTE:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>SUBCOMPONENTE:</b> PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO					
		P/T N° 003			
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	
22	¿Qué actividades de motivación se encuentran vigentes? - Descríbalos		X		
23	¿Cuál es el grado de formación del personal de la entidad por niveles? Señale en hoja adicional				
24	¿La institución le ofrece algún sistema de incentivos? En caso afirmativo describa cuáles son?		X		Para ascender a cargos superiores se debe concursar, si es bajo LOSEP es mediante un concurso abierto
25	¿Son bajas las tasas de ausentismo en la entidad? En caso afirmativo adjuntar documentación probatoria.	X			Anexo 4
26	¿Cuenta la institución con un sistema de Evaluación de Desempeño? - Qué parámetros utiliza - Con qué frecuencia se aplica - Qué fin da a sus resultados	X			Ministerio de Salud Formularios de evaluación Dos veces al año Anexo 4
27	¿Cuenta la institución con un Código de Ética?		X		
28	¿Son adecuadas las condiciones físicas en las que se desenvuelve el empleado?		X		
29	Se han establecido procedimientos para presentar quejas y/o reclamos.	X			
30	¿Existen políticas disciplinarias en la entidad?	X			Apegadas a la Ley

 Ministerio de Salud Pública	<b>EVALUACIÓN ESPECIFICA DE CONTROL INTERNO</b>	<b>Hoja No. 6</b>			
<b>ENTIDAD:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>TIPO DE EXAMEN:</b> AUDITORIA DE GESTION <b>COMPONENTE:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO <b>SUBCOMPONENTE:</b> PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO					
				P/T N° 003	
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	

### SISTEMATIZACION

Políticas, prácticas y métodos de registro para ejecutar las actividades de administración de recursos humanos. Así mismo, analizar el grado de sistematización para obtener el nivel de satisfacción que el sistema de información brinda.

31	¿Cuáles son los informes principales que genera la unidad respecto al manejo de recursos humanos? - Con qué frecuencia se emiten - A quienes se dirigen	X			Anexo 4
32	Se utiliza esa información para monitorear la gestión de recursos humanos respecto a: - Selección de personal, ingresos, bajas, traslados, promociones, licencias, ausentismo.	X			
33	¿Se provee de esta información a otras unidades?	X			
34	Considera usted que el sistema de información de recursos humanos provee en tiempo y forma la información que necesita para la planificación, toma de decisiones y control.	X			
35	¿Mantiene la institución una base de datos desde la cual puede desarrollar análisis de recursos humanos cuando surge la necesidad? Explique.		X		Se está implementando
36	¿Qué propuesta haría para cambiar la forma como está funcionando el área de Recursos Humanos? Describa en una hoja adicional: Políticas - Estrategias - Metas - Acciones				Anexo 4
	ELABORADO POR: Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín REVISADO POR: Ing. Miguel Ángel Arpi FECHA: 08/11/2012				
	<b>FIRMA Y SELLO:</b> Dr. Claudio Ortiz Coordinador del Proceso de Talento Humano				



## 5. RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES

### 5.1 Materiales

### 5.2 Viáticos y pasajes

#### PRESUPUESTO

DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
<b>Materiales y suministros</b>			
Hojas e impresiones	600	0,02	12,00
Carpetas	7	0,15	1,05
Archiveros	1	2,00	2,00
Esferos	4	0,35	1,40
Lápiz	4	0,40	1,60
Perforadora	1	3,50	3,50
Grapadora	1	4,00	4,00
Grapas	1	1,00	1,00
Notas adhesivas	2	2,75	5,50
Copias	600	0,01	6,00
Anillados	3	4,00	12,00
Alimentación	10	1,50	15,00
Transporte	45	1,00	45,00
Servicios básicos (energía eléctrica)			30,00
Gastos de celular			10,00
Gastos de internet			25,00
<b>TOTAL</b>			<b>175,05</b>

## 6. ENFOQUE DE LA AUDITORIA

### 6.1 Información General de la Entidad

#### MISIÓN

Somos una entidad hospitalaria que se basa en las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo

de nuestros productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario/ a ciudadanos que es nuestra razón de ser.

## **VISIÓN**

Al 2013 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de la salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contrareferencia, sustentado en los principios generales del Sistema Nacional de Salud: Inclusión y Equidad Social, Bioética, enfoque de género, generacional, interculturalidad. Con calificada y reconocida acción de su talento humanos especializado y capacidad, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana.

## **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen las barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.
- Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de los principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.
- Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencia de enfermedad, maternidad.
- Promover procesos de formación continua del personal de salud.
- Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.
- Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico.
- Desarrollar y aplicar normas de bioseguridad.

## **VALORES CORPORATIVOS**

- Responsabilidad social: esfuerzo institucional al servicio de la colectividad
- Comportamiento ético: respetando los derechos que asisten al paciente

- Solidaridad: brindar ayuda a las clases más vulnerables
- Universalidad: Atención a todos los usuarios sin distinción de raza, religión, sexo
- Calidez: buen trato en la prestación del servicio
- Compromiso: empoderamiento individual de la misión hospitalaria

## POLÍTICAS

- El enfoque basado en procesos fundamentará la gestión Hospitalaria
- El sistema informático integrado en red, respaldará los procesos de administración de la información institucional.
- La gestión hospitalaria se respaldará en la estructuración y acciones de los comités institucionales de: Bioseguridad, Riesgos de Trabajo, Bioética, Clínica VIH SIDA, Farmacología, Adquisiciones, Técnicas, Banco de Leche; entre otros.
- Participación social y veeduría ciudadana.
- Atención con calidad y calidez.

## ESTRATEGIAS MAESTRAS

- **Coordinación institucional** con los organismos que conforman la red del Sistema Nacional de Salud.
- **Alianzas estratégicas con proveedores** de bienes y servicios.
- **Cooperación de organizaciones internacionales** para la dotación de equipos multidisciplinario en recursos profesionales y equipamiento.
- **Convenio interinstitucionales** Universidad, INNFA, Municipio, Consejo Provincial y otros.
- **Capacidad continuo e investigación** con institucionales del sector público.
- **Planificación operativa**
- **Gestión de procesos**

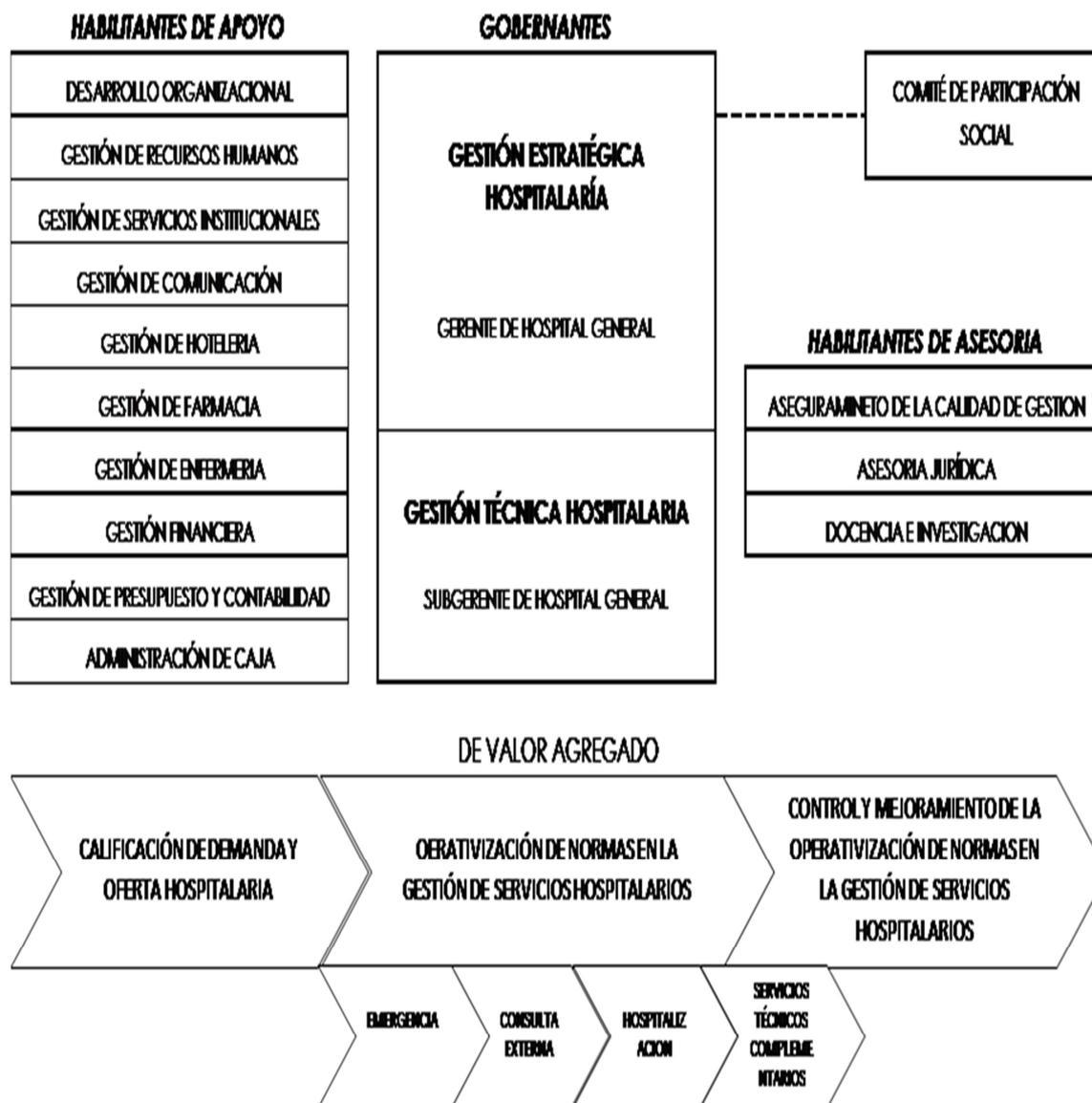
## SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL

El Hospital General Vicente Corral Moscoso ofrece una amplia variedad de servicios como: ambulancia, banco de leche, banco de sangre, banco de ojos, consulta externa, cuidados intensivos, emergencia, hospitalización, neonatología, oncología, quirófanos, rehabilitación, imagenología, laboratorio clínico, patología, nutrición y

dieta.

## ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS<sup>28</sup>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS  
HOSPITAL GENERAL



<sup>28</sup> [http://hvc.m.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura\\_procesos.pdf](http://hvc.m.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura_procesos.pdf)

## **PRINCIPALES FUERZAS Y DEBILIDADES <sup>29</sup>**

### **FORTALEZAS**

- Personal capacitado especializado.
- Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades.
- Infraestructura adecuada
- Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas
- Docencia hospitalaria
- Ubicación geográfica, vías de acceso y transporte
- Programas de Salud Pública de exclusividad
- Otras fuentes de ingreso: SOAT

### **DEBILIDADES**

- Disminución de la carga horaria de profesionales y trabajadores
- Reducción de la capacidad instalada
- Edad promedio del personal (55 a 70)
- Existen casos de maltrato al usuario
- Demanda insatisfecha en determinadas especializadas
- Parcial involucramiento del personal en los procesos de cambio
- Algunas obra de infraestructuras inconclusas
- Elevado ausentismo del personal por enfermedad
- Presupuesto histórico
- Aplicación parcial de protocolos
- Personal de salud inestable por contratos
- Cultura organizacional altamente conflictiva
- Poco empoderamiento en los roles de liderazgo
- Inexistencia de estudio real de costos de la cartera de servicios
- Convenio con universidades no actualizadas
- No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por procesos

## **PRINCIPALES OPORTUNIDADES Y AMENAZAS<sup>29</sup>**

### **OPORTUNIDADES**

- Preferencia del usuario de otras provincias
- Alianzas estratégicas con proveedores
- Convenios interinstitucionales
- Modelo piloto para determinados programas
- Realización de proyectos de investigación
- Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública
- Presentación de Proyectos Operativo a organismos internacionales OPS-OMS

### **AMENAZAS**

- Capacidad resolutive rápida de las Instituciones privadas
- Centralización administrativa y financiera
- Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia provincial y nacional
- Entrega inoportuna de presupuesto para ejecutar los programas Sociales: SOAT
- El usuario no valora los servicios que brinda el hospital

---

<sup>29</sup> Entrevista con la Dra. Roció Palacios, Jefe de Control de Calidad Hospitalaria

## COMPONENTES ESCOGIDOS PARA LA FASE DE EJECUCIÓN

Para el presente examen se ha seleccionado el siguiente componente:

- Proceso de Gestión de Talento Humano

### COMPONENTES O SUBCOMPONENTES.

**COMPONENTE:** Proceso de Gestión de Talento Humano

**SUBCOMPONENTE:** Reclutamiento y Colocación del personal

#### PROCESO.

- Requerimiento del hospital
- Publicación en la prensa
- Recepción de carpetas
- Selección y análisis de carpetas
- Entrevistas
- Contratación y ubicación en el puesto de trabajo

## 6.2 Enfoque de Auditoria

### Misión

Contribuir con la entidad en el logro de sus objetivos actuando de forma independiente, objetiva y asesora, mediante la evaluación de los sistemas de control, de la administración del riesgo y de los procesos de dirección que se aplican.

### Visión

Mantenerse como la actividad fiscalizadora, independiente, dinámica, objetiva y asesora establecida para agregar valor y mejorar las actividades de la institución.

### **Objetivo General**

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

### **Objetivo Especifico**

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso
- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

## **6.3 Objetivo:**

### **6.3.1 Objetivo General**

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

## **6.4 Alcance:**

La auditoría de Gestión al Hospital General Vicente Corral Moscoso se realizara al Proceso de Gestión de Talento Humano en el periodo comprendido, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 en razón de que se designaron nuevas autoridades para la administración y gobierno de la institución.

## 6.5 Indicadores de Gestión:

### Ausentismo

Formula: 
$$\frac{\text{Horas- hombre ausente}}{\text{Horas- hombre trabajadas}}$$

### Índice de rotación de trabajadores

Formula : 
$$\frac{\text{Total de trabajadores retirados}}{\text{Numero promedio de trabajadores}}$$

### Indicador horas- trabajador

Formula: 
$$\frac{\text{Horas- hombre trabajadas}}{\text{Numero promedio de trabajadores}}$$

### Capacitación

Formula : 
$$\frac{\text{Total de horas de capacitación}}{\text{Total de trabajadores}}$$

### Índice de frecuencia

Formula: 
$$\frac{\# \text{ de faltas en el periodo}}{\# \text{ de horas trabajadas por periodo}}$$

### Costo de personal- horas extras

Formula: 
$$\frac{\text{Horas extras}}{\text{Horas normales totales}}$$

### Índice de participación de la contratación

Formula : 
$$\frac{\text{Valor total- contratación del periodo}}{\text{Presupuesto de inversión de la entidad}}$$

### Empleados titulados

Formula : 
$$\frac{\text{Número de titulados}}{\text{Número total de empleados}}$$

### Edad por genero

Formula: 
$$\frac{\text{Total de hombres}}{\text{Total de trabajadores}} \times 100$$

## 6.6 Resumen de los Resultados de la Evaluación del Control Interno.

Luego de haber realizado la evaluación del control interno mediante su respectivo cuestionario, podemos recalcar aspectos positivos y negativos como:

## **Resultados de Control Interno**

### **Ambiente de Control**

#### **Aspectos Negativos**

- En la entidad no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad
- En esta entidad no existen métodos de motivación para los empleados
- Los funcionarios y personal del hospital no presenta denuncias porque siempre va haber sanciones y represalias
- En la entidad no se revisan de forma periódica los informes financieros y de gestión
- No existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripción de los puestos de trabajo

#### **Aspectos Positivos**

- El gerente de la entidad siempre incentiva y compromete a los servidores públicos en el cumplimiento de leyes y normas
- La entidad si observa las leyes y reglamentos como son la LOSEP, Código de Trabajo, LOTAIP, LOSCCA, Leyes del Ministerio de Salud Publica entre otras
- El número del personal si está de acuerdo al tamaño de la entidad así como la naturaleza y complejidad de sus actividades
- La entidad si cuenta con un sistema de gestión de talento humano, además existen políticas y procedimientos para la contratación, promoción y remuneración de los empleados
- El hospital cuenta con un comité de Talento Humano es mismo que se encarga de revisar los expedientes de aspirantes a contratar y evaluar el desempeño de los trabajadores
- La administración del talento humano si cuenta con políticas de clasificación, valoración, reclutamiento, selección, contratación, formación y estipulaciones del personal

## **Establecimiento de Objetivos**

### **Aspectos Negativos**

- La entidad no cuenta con indicadores de gestión institucionales que permitan medir y cuantificar las metas, objetivos y actividades planificadas con lo ejecutado
- No existe una comunicación oportuna y suficiente para comunicar los objetivos a los empleados

### **Aspectos Positivos**

- La entidad si cuenta con la visión, misión y las maneras necesarias para cumplirlas
- El personal de la entidad si participara en la propuesta de objetivos y consecución de los mismos
- Si existe compromiso de los directores para alcanzar los objetivos cumpliendo los controles de gestión de los riesgos
- Si se evalúa periódicamente el POA de la entidad
- La entidad si cuenta con el apoyo del Director General para determinar el nivel de riesgo aceptable y su tolerancia
- La entidad si tiene supervisión y evaluación internas para medir la razonabilidad de los niveles de riesgo aceptado en base a los resultados obtenidos

## **Identificación de eventos**

### **Aspectos Positivos**

- El hospital si cuenta con mecanismos para identificar eventos de riesgo
- Todo el personal de la entidad si aportan para la identificación de riesgos
- La entidad si ha implementado técnicas para identificar los eventos tales como: inventario de eventos, análisis interno, talleres de trabajo que puedan afectar el logro de los objetivos

## **Evaluación del Riesgo**

### **Aspectos Negativos**

- La entidad no monitorea los nuevos riesgos organizacionales originados por cambios que puedan afectar la consecución de objetivos

### **Aspectos Positivos**

- La información interna y externa si ayuda a conocer hechos que pueden generar cambios significativos en la organización

### **Respuesta a los Riesgos**

#### **Aspectos Negativos**

- La administración del hospital no determina la cartera de riesgos.
- El Director General y los Directivos no consideran los costos y beneficios de las respuestas potenciales, las posibles oportunidades para alcanzar los objetivos organizacionales.

#### **Aspectos positivos**

- El Director General, Directivos y el personal si cuenta con los conocimientos necesarios para tomar las mejores decisiones.
- El Hospital si cuenta con mecanismos para el análisis de alternativas.

### **Actividades de Control**

#### **Aspectos negativos**

- El hospital no establece una matriz que relacione los riesgos seleccionados con los controles establecidos con el objetivo de brindar una seguridad razonable de que los riesgos se mitigan y de los objetivos se alcanzan.
- No se han realizado controles de aplicación tales como: listados predefinidos de datos, pruebas de razonabilidad de datos y pruebas lógicas.

#### **Aspectos positivos**

- Si existe calidad de información y comunicación sobre las decisiones adoptadas por la dirección sobre el estudio de los riesgos.
- El hospital si implanta mecanismos de control para disminuir los riesgos y alcanzar los objetivos estratégicos, operacionales, información y cumplimiento.

- El Director si emite políticas y procedimientos de las actividades de control, en todos los niveles de la organización encargados de ejecutarlos.

## **Información y comunicación**

### **Aspectos negativos**

- Las autoridades no toman en cuenta las propuestas del personal respecto de formas de mejorar la productividad y la calidad.
- Los sistemas de información organizacional no son ágiles y flexibles para integrarse eficazmente con los trabajadores.
- No existen mecanismos de control por parte de la auditoría interna para evaluar los procesos y los sistemas de información.
- La unidad de comunicación no ha implantado canales externos a los usuarios sobre el diseño o calidad de los servicios.

### **Aspectos positivos**

- La entidad si ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada proceso u operación.
- Si se establece comunicación en sentido amplio, que facilite la circulación de la información tanto formal como informal en dirección ascendente, horizontal y descendente.
- Los informes si reúnen atributos tales como: cantidad suficiente para la toma de decisiones, información disponible en tiempo oportuno, datos actualizados y que corresponden a fechas recientes.
- Si se comunica al personal sobre los resultados periódicos de las direcciones y unidades de operación, con el fin de lograr su apoyo, en la consecución de los objetivos de la entidad.
- La información si constituye una herramienta de supervisión, para conocer si se han logrado los objetivos, metas e indicadores.
- Si se realiza con frecuencia la supervisión de los procesos y de la información.
- Si se ha difundido al personal el compromiso de la administración en la entrega de información a los organismos de control.
- Si se actualiza permanentemente la página WEB de la entidad.

## Supervisión y monitoreo

### Aspectos negativos

- No se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de riesgos.
- No se compara los registros del sistema contable con los activos fijos de la entidad con frecuencia.
- No se ha implantado herramientas de evaluación, que incluyan listas de comprobación, cuestionarios, cuadros de mando y técnicas de diagramas de flujo.

### Aspectos positivos

- Las deficiencias en el sistema de control interno, si son puestas en conocimiento del Director por la Auditoría con recomendaciones para su corrección.
- El Director y Directores si disponen el cumplimiento inmediato y obligatorio de las recomendaciones de los informes de auditoría interna y de la CGA.
- Las autoridades si toman atención a los informes de auditores internos, externos y SRI.
- La auditoría interna si accede a la información sin restricción para que actúe con oportunidad.

## 6.7 Grado de Confianza Programada y Controles de Efectividad y Eficiencia

### PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

PROCESO/ CONTROLES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
o Necesidad del proceso	10	9
o Informe de la necesidad	10	8
o Aprobación del informe de requerimiento	10	9
o Publicación en la prensa	10	9
o Recepción de carpetas	10	8
o Comisión de análisis	10	9
o Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades	10	10
o Entrevistas	10	8
o Reunión de bienvenida	10	7
o Comunicación de deberes y obligaciones	10	8
o Capacitación del uso de equipos	10	9
o Ubicación en el lugar de trabajo	10	7
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>101</b>

	<b>Calificación</b>	*100
Nivel de confianza =	_____	
	<b>Ponderación</b>	
Nivel de confianza =	101 _____	*100
	120	
Nivel de confianza =	84,17	%

**La entidad se encuentra en un riesgo bajo,  
con una confianza alta**

**7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD DE LA PLANIFICACION**

**8. FIRMAS DE APROBACION DE LA PLANIFICACION**

### **3.2.4. Elaboración de Planes y Programas de trabajo**

#### **PLAN DE AUDITORIA**

De conformidad con lo previsto en el diseño de tesis previo a la obtención del título, dispongo a ustedes la realización de la "Auditoria de Gestión a los Procesos de Gestión de Talento Humano en cumplimiento a la LOSEP del HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO"

#### **Misión**

Contribuir con la entidad en el logro de sus objetivos actuando de forma independiente, objetiva y asesora, mediante la evaluación de los sistemas de control, de la administración del riesgo y de los procesos de dirección que se aplican.

#### **Visión**

Mantenerse como la actividad fiscalizadora, independiente, dinámica, objetiva y asesora establecida para agregar valor y mejorar las actividades de la institución.

#### **Objetivo General**

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

#### **Objetivos Específicos**

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso

- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

## Organigrama



## Presupuesto

DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
<b>Materiales y suministros</b>			
Hojas e impresiones	600	0,02	12,00
Carpetas	7	0,15	1,05
Archiveros	1	2,00	2,00
Esferos	4	0,35	1,40
Lápiz	4	0,40	1,60
Perforadora	1	3,50	3,50
Grapadora	1	4,00	4,00
Grapas	1	1,00	1,00
Notas adhesivas	2	2,75	5,50
Copias	600	0,01	6,00
Anillados	3	4,00	12,00
Alimentación	10	1,50	15,00
Transporte	45	1,00	45,00
Servicios básicos (energía eléctrica)			30,00
Gastos de celular			10,00
Gastos de internet			25,00
<b>TOTAL</b>			<b>175,05</b>

EXÁMENES	DÍAS	HORAS LABORABLES	HORAS TRABAJO BIMENSUAL
Proceso de Talento Humano	41	8	328
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>		<b>328</b>

**COSTO HORA/HOMBRE=** Presupuesto/Horas del plan bimensual

**COSTO HORA/HOMBRE=** 175,05/328

**COSTO HORA/HOMBRE=** 0,54

## PRESUPUESTO DE TIEMPO

FASES	DÍAS ESTIMADOS
FASE I <b>CONOCIMIENTO PRELIMINAR</b>	4
FASE II <b>PLANIFICACIÓN</b>	14
FASE III <b>EJECUCIÓN</b>	18
FASE IV <b>COMUNICACIÓN DE RESULTADOS</b>	3
FASE V <b>SEGUIMIENTO</b>	2
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>

## RECURSOS HUMANOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS
Auditor General	Ing. Miguel Ángel Arpi
Auditor Operativo	Andrés Oswaldo Zhingri Velásquez
Auditor Operativo	Miriam Janneth Sanmartín Quezada

## NOMINA DEL PERSONAL DE AUDITORIA

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	TIEMPO REQUERIDO
Ing. Miguel Ángel Arpi	Auditor General	41
Andrés Oswaldo Zhingri Velásquez	Auditor Operativo	41
Miriam Janneth Sanmartín Quezada	Auditor Operativo	41
		123 días

## PLAN ANUAL DE CONTROL BIMENSUAL

### RECURSO HUMANO DE LA UNIDAD DE AUDITORIA

#### DIAS/HOMBRES DISPONIBLES

	NUMERO	DIAS/ HOMBRE
Auditor General	1	41
Auditor Operativo	1	41
Auditor Operativo	1	41
<b>TOTAL DIAS/HOMBRE (D/H)</b>	<b>3</b>	<b>123</b>

#### DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

	%	D/H
Actividades Planificadas y Arrastres	87,80	108
Imprevistos	12,20	15
<b>TOTAL DIAS/HOMBRE (D/H)</b>	<b>100,00</b>	<b>123</b>

**HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**  
**PLAN DE CONTROL BIMENSUAL**  
**CÁLCULO DIAS/HOMBRE (D/H) DISPONIBLES PARA EL CONTROL**

**CÁLCULO DIAS LABORABLES**

<b>TOTAL días calendario del año</b>		59
<u>Menos:</u>		
- Fines de semana	16	
- Vacaciones y onomástico	2	
- Capacitación	0	
<b>TOTAL días deducibles</b>		<u>18</u>
<b><u>TOTAL DIAS LABORABLES AÑO</u></b>		<b><u>41</u></b>

**NÚMERO DE PERSONAL DESTINADO AL CONTROL:**

- Auditor General	1	
- Auditor Operativo	1	
- Auditor Operativo	1	
<u>TOTAL DE PERSONAL</u>		<u>3</u>

**DIAS LABORABLES FUNCIONARIOS = DIAS-HOMBRE**

- Auditor General	41 Días
- Auditor Operativo	41 Días
- Auditor Operativo	41 Días
<b><u>TOTAL DIAS-HOMBRE (D/H)</u></b>	<b>123 días</b>

**DISTRIBUCION DE LOS DIAS / HOMBRE DISPONIBLES:**

- Arrastres	0
- Actividades Planificadas	100
- Imprevistos	23
<u>TOTAL DIAS/HOMBRE (D/H)</u>	<b><u>123</u></b> <b>D/H</b>













Ministerio de Salud  
Pública

## PROGRAMA DE TRABAJO

### HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** Auditoria de Gestión

**COMPONENTE:** Reclutamiento y Colocación del personal

**SUBCOMPONENTE:** Entrevistas

No.	DESCRIPCION	REF	ELABORADO POR	FECHAS
	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar que se haya llevado a cabo la entrevista</li> </ul>		Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín	27/11/2012
	<p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar el control interno.</li> <li>✓ Utilizar técnicas que me permitan recopilar evidencia.</li> </ul>	P/T 003	Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín	27/11/2012
	<p><b>RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incumplimiento con la hora pactada para la entrevista</li> </ul>			
	<p><b>CALIFICACIÓN:</b> Moderada</p>		Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín	27/11/2012
	<p><b>PROCEDIMIENTO ESPECIFICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programar el tiempo necesario para la realización de las entrevistas</li> </ul>			

## PROGRAMA DE TRABAJO

### HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**TIPO DE EXAMEN:** Auditoria de Gestión

**COMPONENTE:** Reclutamiento y Colocación del personal

**SUBCOMPONENTE:** Contratación y ubicación en el puesto de trabajo

No.	DESCRIPCION	REF	ELABORADO POR	FECHAS
	<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar que se les comunique a los empleados de sus derechos, obligaciones y bajo que leyes y reglamentos se encuentran contratados</li> <li>✓ Verificar que sea capacitado para el manejo de los equipos</li> </ul> <p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar el control interno.</li> <li>✓ Utilizar técnicas que me permitan recopilar evidencia.</li> </ul> <p><b>RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Renuncia del trabajador al poco tiempo de haberlo contratado</li> </ul> <p><b>CALIFICACIÓN:</b> Alta</p> <p><b>PROCEDIMIENTO ESPECIFICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar pruebas de aptitud y psicológicas a los aspirantes antes de su contratación</li> </ul>	P/T 003	<p>Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín</p> <p>Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín</p> <p>Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín</p>	<p>27/11/2012</p> <p>27/11/2012</p> <p>27/11/2012</p>

### **3.3. Fase III: Ejecución de la Auditoría**

Se ejecuta propiamente la auditoría, se desarrollan los hallazgos y se obtiene toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada, basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentar las conclusiones y recomendaciones del informe.

### 3.3.1 Preparación de papeles de trabajo

#### Técnicas de Verificación Ocular- Observación

P/T N° 004

#### Hospital General Vicente Corral Moscoso

En la visita preliminar se pudo observar que la entidad cuenta con la debida señalética de acuerdo al Manual de Señalética del Ministerio de Salud Pública.



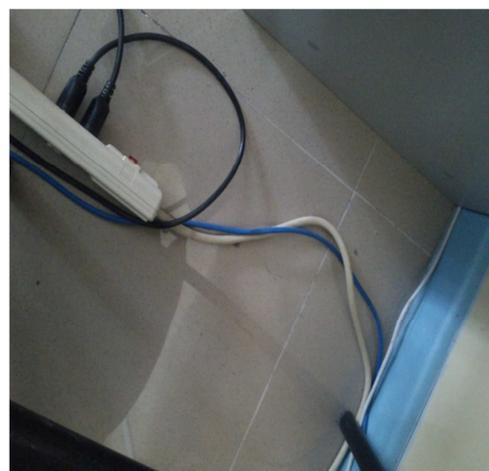
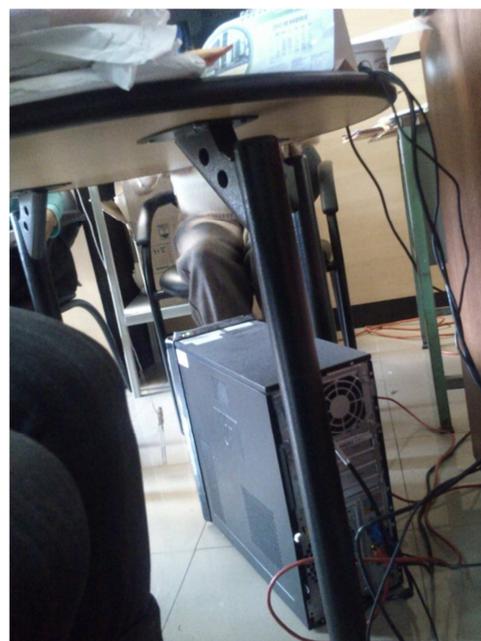
**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi  
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Ocular- Observación

P/T N° 005

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

En la visita preliminar se pudo observar que el proceso de Gestión de Talento Humano no cuenta con las debidas instalaciones eléctricas.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO													
UNIVERSO		295											
MUESTRA		152											
PROCESO		Revisión de los expedientes											
No.	Nombre del Servidor Público	Expediente individual	Cédula de identidad	Certificado de Votación	Título de estudios	Capacitación	Declaración Juramentada	Certificado del MRL	Vacaciones	Permisos	Capacitación virtual MRL	Ingreso al IESS	Formulario Eval 01
1	Norma Llerena Cortez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Isabel Córdova Orellana	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
3	Carlos Durango Dávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Gerardo Feican Cisneros	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
5	Santiago Lituma Cobos	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
6	Filiberto Rodas López	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
7	Wladimir Serrano Barbecho	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
8	Ronal Saria Parra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
9	Cornelio Vicuña Arellano	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
10	Telmo Tapia Peña	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
11	Dra. María Bustamante Salamea	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
12	Carmen Cueva Vega	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	X	X	X
13	Lilian Orellana García	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	José Rodríguez González	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	Vladimir Roca Calderón	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	Gilberto Pesantez Cuesta	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	Edgar Vanegas Astudillo	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
18	Rene Aguirre Paredes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
19	José Tobar Campoverde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
20	Patricio Giovanni Gaón	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
21	Nancy Ortiz Segarra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
22	Víctor Peñafiel Ochoa	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
23	Laura Abad Cedillo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
24	Yolanda Arias Maldonado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
25	Mirian Alvarado Contreras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
26	Martha Montoya Romero	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
27	María Roldan Riquetty	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
28	Bertha Carpio Montero	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
29	Sara Alvarado Maldonado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30	Marcela Merchán Manzano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31	Alicia Hurtado Cárdenas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
32	Cesar Arévalo Romero	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
33	Claudio Ayora Carchi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
34	Francisco Figueroa Morales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
35	Bolívar Serrano Hinojoza	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓
36	Luis Figueroa Segarra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
37	Teresa Quezada Ramírez	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	✓
38	María Loyola Crespo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
39	María Carvallo Lovato	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
40	María Arévalo Pérez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO													
UNIVERSO		295											
MUESTRA		152											
PROCESO		Revisión de los expedientes											
No.	Nombre del Servidor Público	Expediente individual	Cédula de identidad	Certificado de votación	Título de estudios	Capacitación	Declaración Juramentada	Certificado del MRL	Vacaciones	Permisos	Capacitación virtual MRL	Ingreso al IESS	Formulario Eval 01
41	Reina Palacios Parra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
42	Lucia Cárdenas Vargas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
43	Gladys Reinoso Salinas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
44	Anita Dávila Astudillo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
45	Mirian Palacios Abril	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓
46	María García Viony	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
47	Roció Cabrera Rojas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
48	Hermita Prado Idrovo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
49	Elsa Arévalo León	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
50	Hilda Vélez Loja	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
51	Rosa Bermeo Cando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
52	Clara Tamayo Jiménez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
53	Elsa Granda Auquilla	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
54	Carmita Rodríguez Calabay	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
55	Carmen Cajamarca Guamán	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓
56	Nancy Figueroa Mendieta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
57	Mercedes Ramones Córdova	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
58	Alejandrina Ramón Ávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
59	Ana Roldan Llenez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
60	María Sánchez Carabajo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
61	Celia Patiño Encalada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
62	Nora Pinos Abad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
63	Piedad Velezela Ávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
64	Lupe Torres Piedra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
65	Beatriz Calle Ortiz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
66	Miriam Cañar Toledo	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓
67	Ana Quinde Deleg	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
68	Hada Sari Segovia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
69	Bertha Montaña Peralta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
70	Melva Romero Naranjo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
71	Lilia Campoverde Clavijo	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
72	Olga Quezada Quinde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
73	Rosa Chávez Sandoval	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
74	Enma Dávila Benavidez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
75	Lucia Tello Brito	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
76	Carmen Peralta Tenezela	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
77	Frida Mendosa Mogrovejo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
78	Nancy Delgado Molina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
79	Miryam Placencia Arévalo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO													
UNIVERSO		295											
MUESTRA		152											
PROCESO		Revisión de los expedientes											
No.	Nombre del Servidor Público	Expediente individual	Cédula de identidad	Certificado de Votación	Título de estudios	Capacitación	Declaración Juramentada	Certificado del MRL	Vacaciones	Permisos	Capacitación virtual MRL	Ingreso al IESS	Formulario Eval 01
78	Nancy Delgado Molina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
79	Miryam Placencia Arévalo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
80	Nanzi Arias Maldonado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
81	Libia Vintimilla Seminario	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
82	Piedad Andrade Rodríguez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
83	Martha Zhindon Galán	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
84	Edgar Carvajal Floro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
85	María Aguirre Paredes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
86	Tito Astudillo Astudillo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
87	Gustavo Moreno Aguilar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓
88	Ruth Almeida Toral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
89	Saida Encalada Vásquez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
90	Sonia Zambrano Cevallos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
91	Ana Ortega Cortazar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
92	Yolanda Neira Cárdenas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
93	María López Arévalo	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	✓
94	Carmen Sarmiento León	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
95	Eufemia Álvarez Guerra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
96	Zoila Ramón Ávila	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
97	Juan Gallegos Merchán	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
98	Edmundo Cabrera Pacheco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
99	Martha Tello Ulloa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓
100	Norma Molina Cobo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓
101	Francisco Rivera Molina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
102	Marcia Sacoto Barahona	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓
103	Hilda Benavides Naranjo	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
104	María Cabrera Pinos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓
105	María Timbe Ortiz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
106	María Pesantez Illescas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
107	Estrella Marín Toledo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
108	Filomena Espinosa Aguirre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
109	Dolores Carrasco Contreras	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
110	José Moscoso Corea	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
111	María Maldonado Gonzales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓
112	Isabel Salas Miranda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
113	Jhon Juárez Lucero	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
114	Zoila Pérez Duchimaza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
115	Marcelo Vicuña Zamora	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
116	Marco Palacios Quezada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓

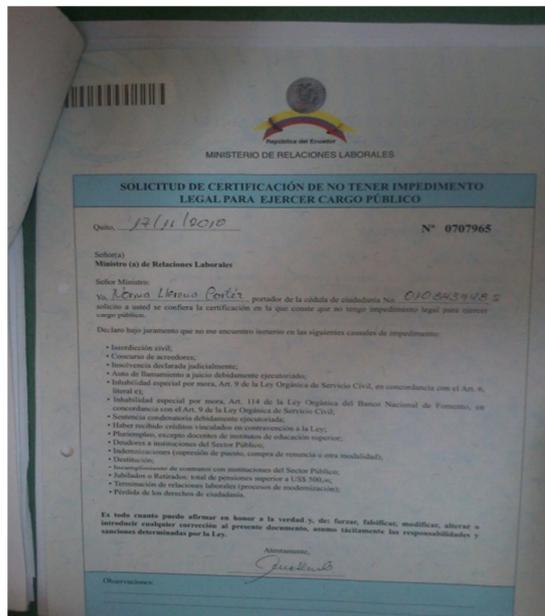
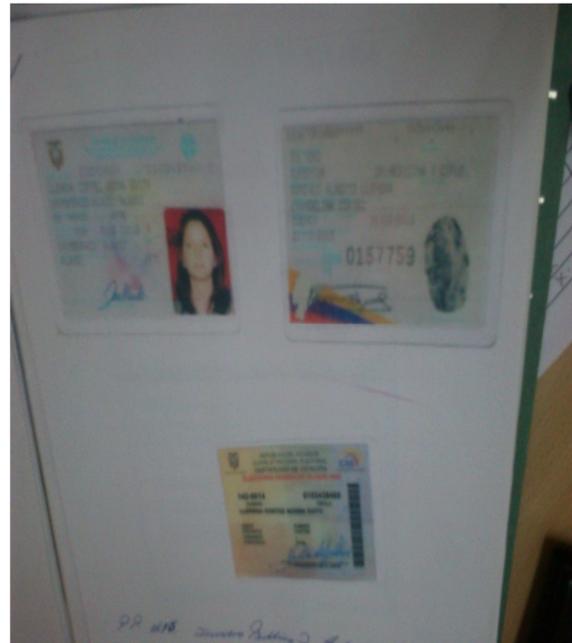
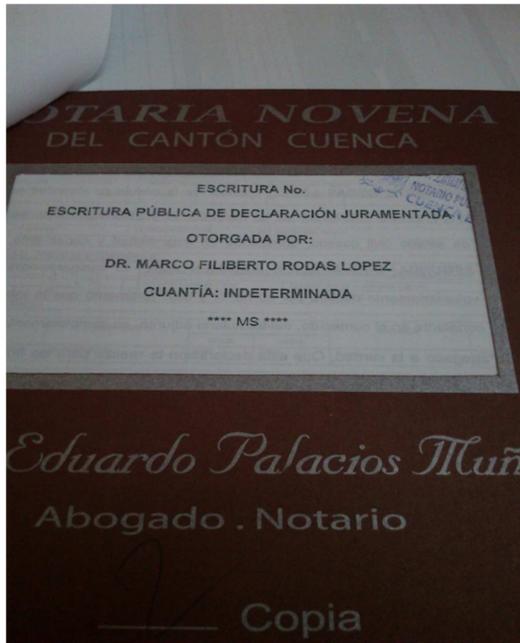
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO													
UNIVERSO		295											
MUESTRA		152											
PROCESO		Revisión de los expedientes											
No.	Nombre del Servidor Público	Expediente individual	Cédula de Identidad	Certificado de Votación	Título de estudios	Capacitación	Declaración Juramentada	Certificado del MRL	Vacaciones	Permisos	Capacitación virtual MRL	Ingreso al IESS	Formulario Eval 01
117	Pablo Bolaños Domínguez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓
118	Boris Calle Ulloa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
119	Ximena Bermeo Guartambel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
120	Paola Andrade Moreno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
121	Elsa Pulla Yanos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓
122	Pablo Cabrera Ramos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
123	Maritza Barbecho Narea	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
124	César Polo Molina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
125	Galo Pachar Domínguez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
126	Jorge Gusñay Savichay	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
127	Esteban Padron Martínez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
128	Lucia Siavichay Vélez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
129	Jaime Ulloa Maurat	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
130	German García Pinos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
131	Sayonara Zhaputt Cabrera	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
132	Mónica Placencia Orellana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓
133	José Fajardo Vallejo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
134	Julio Andrade Valdez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
135	Juan Narváez Chacha	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
136	Juan Patiño Mogrovejo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
137	Henry Javier Pérez Mesa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓
138	Lourdes Roque Nieto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
139	María Solís Moreira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
140	Jesús Ortiz Seminario	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
141	Juan López Bueno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
142	Sandra Peña Patiño	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
143	Gladys Nicollalde Creamer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓
144	María Zari Muñoz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
145	Claro Neira Alvarado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
146	Enrique Peralta Pintado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓
147	María Guamán Sánchez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
148	Irene Illescas Mogrovejo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X
149	Carla Morales Rodríguez	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
150	Mónica Pacurucu Jara	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
151	José Miranda Ochoa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
152	Jaime Vintimilla Ugalde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓

### Técnicas de Verificación Física - Inspección

P/T N° 006

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Expedientes revisados de acuerdo al trabajo de campo.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi  
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Física - Inspección

P/T N° 007

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Expedientes revisados de acuerdo al trabajo de campo.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

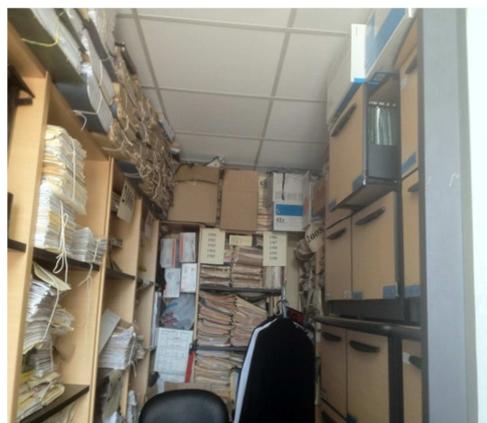
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Ocular - Observación

P/T N° 008

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

En la visita preliminar se pudo observar que la entidad no cuenta con un Archivo central para guardar información de varios años. (Ref. H. Hallazgos #15)



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

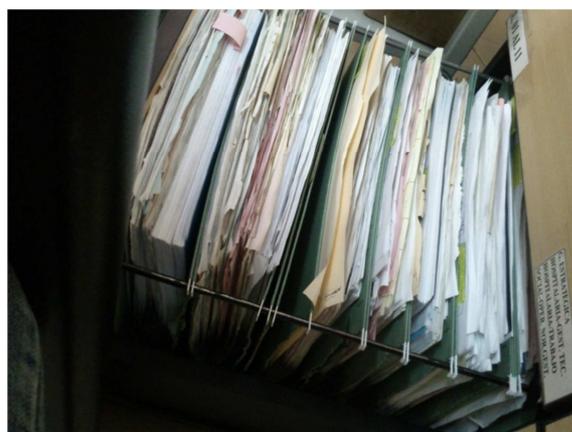
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Ocular - Observación

P/T N° 009

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

En la visita preliminar se pudo observar que mantienen ordenada la documentación.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Ocular - Observación

P/T N° 010

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

En la visita preliminar se pudo observar que el espacio físico del proceso de Gestión de Talento Humano es inadecuado.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO											
<b>UNIVERSO</b>		295									
<b>MUESTRA</b>		152									
<b>PROCESO</b>		Revisión de los contratos									
No.	Nombre del Servidor Público	Antecedentes LOSEP	Objeto del contrato	Cuantía y pago	Sujeción	Plazo del contrato	Terminación del contrato	Seguro Social	Jurisdicción y competencia	Documentos Habilitantes	Firmas y sellos
1	Lic. Paola Andrade Madero	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Dr. Boris Calle Ulloa	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Dr. Marco Palacios	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Sra. María Vidal González	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Dr. Jorge Guzmán S.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	Dr. César Polo Molina	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Médico Pablo Cabrera Ramos	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	Médica Elsa Pulla Llanos	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	Dr. Jaime Ulloa M.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Dr. José Efraín Fajardo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	Dra. Juana Narváez Duy	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	Dr. José Mirando Ochoa	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	Dr. Jaime Vintimilla Ugalde	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	Dra. Mónica Placencia O.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	Dr. Enrique Peralta Pintado	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	Dra. Irene Illescas Mogrovejo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	Dr. Jesús Ortiz Seminario	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	Dra. Sandra Peña Patiño	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	Lic. María Zara Muñoz	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	Lic. Juan Patiño Mogrovejo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	Lic. Lourdes Roque Nieto	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	Lic. Lorena Tamayo Aguiñe	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23	Tnlg. Rosalba Carrión Jiménez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
24	Lic. Rosa Paucar Sánchez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25	Sra. Daniela Seminario	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
26	Dra. Ana Garate Andrade	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27	Srta. Vanessa Jarrin Córdova	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
28	Lic. Enma Baculima Yunga	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29	Lic. María Calle Soliz	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30	Lic. Martha Castillo Gonzales	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
31	Lic. Amanda Castro Espinoza	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
32	Lic. Rut Díaz Lalanguí	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
33	Lic. Fani Guillen Cordero	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
34	Lic. Alexandra Huilca G.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
35	Lic. Elvia Sumba Capa	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
36	Lic. Narcisa Mogrovejo L.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
37	Lic. Fanny Narváez Narváez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
38	Lic. María Pacheco Paredes	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
39	Lic. Patricia Pintado Quito	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
40	Lic. Eulalia Rodríguez Q.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO											
<b>UNIVERSO</b>		295									
<b>MUESTRA</b>		152									
<b>PROCESO</b>		Revisión de los contratos									
No.	Nombre del Servidor Público	Antecedentes LOSEP	Objeto del contrato	Cuantía y pago	Sujeción	Plazo del contrato	Terminación del contrato	Seguro Social	Jurisdicción y competencia	Documentos Habilitantes	Firmas y sellos
41	Dra. Ximena Margoth Bermeo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42	Dr. Pablo Enrique Bolaños	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
43	Dra. Lucia Ximena Siavinchay	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
44	Dr. Esteban Patricio Padron	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
45	Dr. Galo Blas Patricio Pachar	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
46	Médica Maritza Barbecho	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
47	Médica María Mendoza	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
48	Dr. German Gustavo García	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
49	Dr. Julio Cesar Andrade Valdez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
50	Dr. Eugenio Patricio Idrivo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
51	Dr. Hugo Eduardo Ortiz	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
52	Dra. Mónica Pacurucu	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
53	Dra. Sayonara Zaputt	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
54	Dr. Claro Vladimiro Neira	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
55	Bioquímica María Guamán	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
56	Dra. Carla Johana Morales	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
57	Sr. Juan Andrade López Bueno	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
58	Lic. Gladys Nicolalde	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
59	Lic. Juan Carlos Narváez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
60	Lic. Henry Javier Pérez Mesa	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
61	Lic. María Consuelo Solís	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
62	Dr. Freddy Geovany Benalcazar	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
63	Lic. Rosa Magali Marcillo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
64	Sra. Mariela Alexandra Peña	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
65	Lic. Sandra Fabiola Abril	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
66	Sr. Fernando José Carrasco	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
67	Lic. María Esther Baculima	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
68	Lic. Ana Lucia Cabrera	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
69	Lic. Gloria Caracondo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
70	Lic. Sandra Elizabeth Castillo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
71	Lic. Martha Fabiola Chunir	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
72	Lic. Elena Emperatriz Fernández	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
73	Lic. María Patricia Hidalgo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
74	Lic. Inés Roció Inga Guallpa	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
75	Lic. María Isabel Mendoza	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
76	Lic. Mirian Susana Narváez	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
77	Lic. Claudia Naula	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
78	Lic. Jenny Teresa Peralta	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO											
<b>UNIVERSO</b>		295									
<b>MUESTRA</b>		152									
<b>PROCESO</b>		Revisión de los contratos									
No.	Nombre del Servidor Público	Antecedentes LOSEP	Objeto del contrato	Cuantía y pago	Sujeción	Plazo del contrato	Terminación del contrato	Seguro Social	Jurisdicción y competencia	Documentos Habilitantes	Firmas y sellos
79	Lic. Elida Beatriz Quichimbo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
80	Lic. Ana del Roció Ruiz	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓
81	Lic. Norma Isabel Tacuri	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
82	Sra. Gladys Cumanda Castillo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
83	Sra. Vilma Mariluz Pando	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
84	Lic. Diana Gioconda Picon	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
85	Odontóloga Laura Medina	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
86	Lic. Patricia Sánchez M.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
87	Lic. Aida Vizhñay Fernández	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X
88	Sra. Silvia Trelles Torres	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
89	Lic. Rosa Sarmiento Arcentales	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
90	Lic. Fanny Rodríguez Quezada	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
91	Médica. Marcia Parra Tenesaca	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
92	Dr. Freddy Cárdenas Heredia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
93	Dr. Agustín Vintimilla Moscoso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
94	Dr. Santiago Reinoso Quezada	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
95	Dr. Diego Maldonado Vega	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
96	Dra. Andrea Astudillo Carrera	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
97	Dr. Raúl Vintimilla Ávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
98	Dr. Máximo Orellana Izquierdo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
99	Dr. Diego Serrano Piedra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
100	Dr. Esteban Rerban Espinoza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
101	Dr. Eugenio Pesantez Regalado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
102	Dr. Álvaro González Ortega	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
103	Sra. Juana Zamora Astudillo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
104	Sr. Iván Velesaca Morocho	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
105	Sra. Daniela Montilla Jácome	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
106	Srta. Nancy Álvarez Armijos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
107	Sra. Ximena Ordoñez Espinoza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
108	Sra. Tania Bustamante Fajardo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
109	Sra. Reina Elizabeth Ríos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
110	Sr. Jorge Carrión Rocano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
111	Sra. Rosa Rivera Rivera	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
112	Bioquímica F. Cinthya Bravos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
113	Bioquímica Ana Carrión Jara	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
114	Dra. Bernardita Cárdenas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
115	Sra. Edmita Cabrera Barzalla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
116	Sr. Cristian Loor Ortega	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

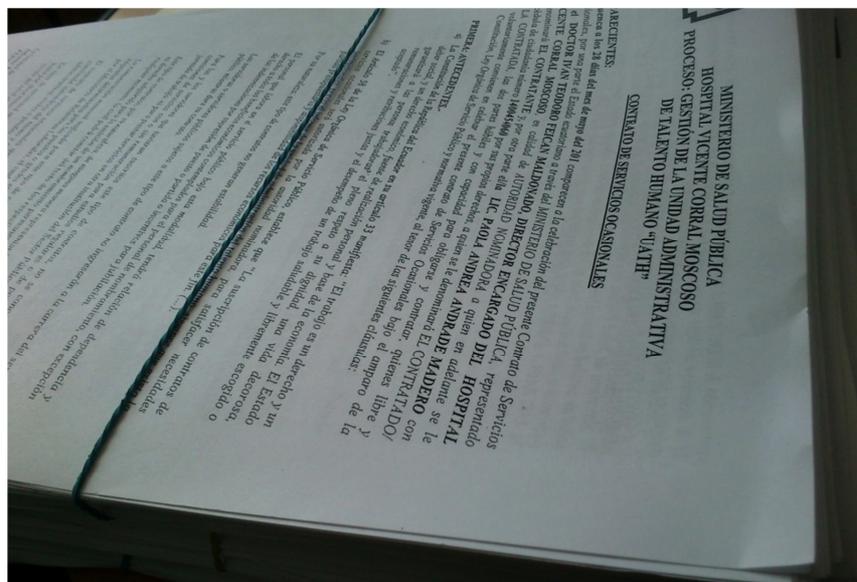
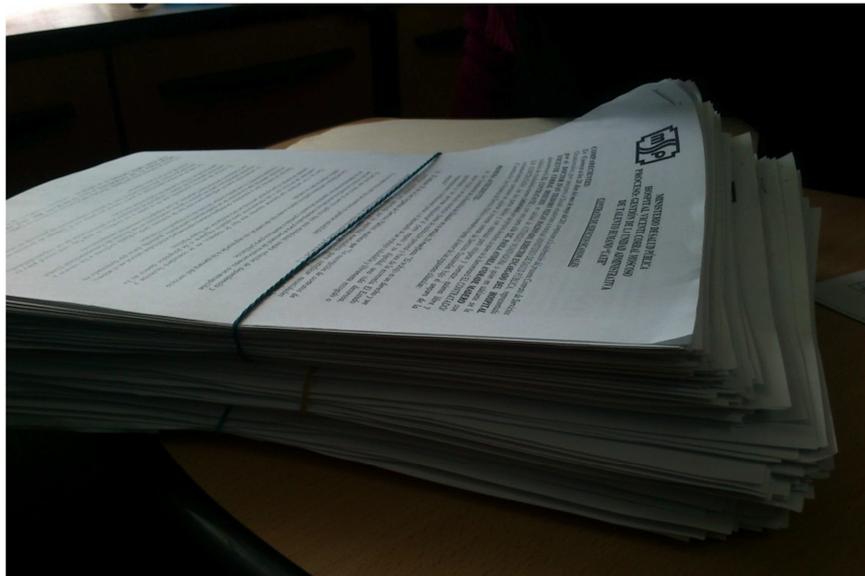
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO											
<b>UNIVERSO</b>		295									
<b>MUESTRA</b>		152									
<b>PROCESO</b>		Revisión de los contratos									
No.	Nombre del Servidor Público	Antecedentes LOSEP	Objeto del contrato	Cuantía y pago	Sujeción	Plazo del contrato	Terminación del contrato	Seguro Social	Jurisdicción y competencia	Documentos Habilitantes	Firmas y sellos
117	Dr. Boris Sánchez Landi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
118	Lic. Fanny Yumbra Saeteros	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
119	Ing. Eléctrico. Freddy Yerovi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
120	Sra. Mónica Gutiérrez S.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
121	Sra. Ximena Cabrera Zenteno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
122	Bioquímica Francisco Bermeo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
123	Sr. Ricardo Obaco Malla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
124	Lic. Diana Pacheco Mora	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
125	Lic. Nube Chuqui Ortiz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
126	Dr. Hwang Wan Tae Sik	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
127	Ing. Luis Cherrez Ávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
128	Dra. Ana Abril Reinoso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
129	Farmacéutica. Erika Becerra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
130	Lic. Neli Matailo Matailo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
131	Bioquímica Nube Tenezaca	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
132	Bioquímica Mayra Castro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
133	Farmacéutica Edgar Cuzco T.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
134	Bioquímica Adriana Cando	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
135	Lic. Lucía Pacheco Mora	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
136	Lic. María Merchán Coronel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
137	Lic. Alba García Angamarca	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
138	Lic. Molina Machuca	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
139	Lic. Mariela Morales Matute	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
140	Dr. José Gonzalo Carrión	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
141	Dr. Gerardo Abad Crespo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
142	Dr. Carlos Darquea Arias	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
143	Lic. Miriam Hidalgo Arévalo	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
144	Dr. Jorge Saquicela Peña	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
145	Dr. William Ayara Calle	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
146	Dra. Flor Bermeo Alvarado	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
147	Dr. German Fernández de Córdova	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
148	Dra. María Illescas Reinoso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
149	Tecnólogo Francisco Dávila	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
150	Lic. Imagenología Dorys Yanza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
151	Bioquímica. Elsa Vicuña Vicuña	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
152	Srta. Elvia Seminario Benavides	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

### Técnicas de Verificación Ocular - Observación

P/T N° 011

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Contratos revisados de acuerdo al trabajo de campo.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi  
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Verbal, Ocular y Física

P/T N° 012

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Entrevista al Lcdo. Farfán Jefe de Bienes Públicos el día 17 de Diciembre a las 9:30AM

#### 1. ¿Hable del proceso de evaluación y control por parte del MSP?

Luego de que se realizó la evaluación interna al manejo de desechos hospitalarios se obtuvo un resultado del 40%; por lo cual la entidad se ubica en la categoría d (deficiente) de acuerdo al Reglamento para el Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador, Capítulo III: Del Nivel de Cumplimiento "Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizara mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:"

Categoría	Denominación	Porcentaje
A	Adecuada	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%

En la actualidad se está implementando puntos ecológicos en todo el hospital, los mismos que cuentan con sus rótulos para el adecuado almacenamiento de desechos.

**Técnicas de Verificación Verbal, Ocular y Física**

P/T N° 012

**Hospital General Vicente Corral Moscoso**

Entrevista al Lcdo. Farfán Jefe de Bienes Públicos el día 17 de Diciembre a las 9:30AM



Además el hospital deberá de concientizar a los empleados, trabajadores y pacientes de los desechos que se debe de depositar en cada recipiente.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Verbal, Ocular y Física

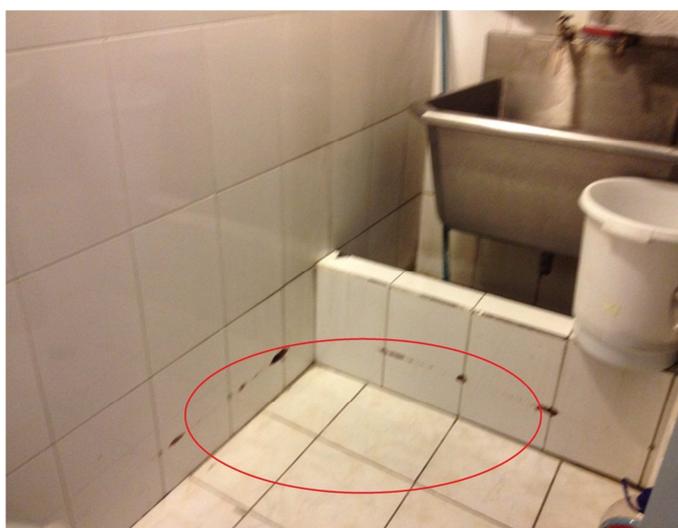
P/T N° 013

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Entrevista al Lcdo. Farfán Jefe de Bienes Públicos el día 17 de Diciembre a las 9:30AM

#### ¿Cuáles son los sitios de almacenamiento de los desechos en el hospital?

El hospital por el momento no cuenta con las instalaciones adecuadas para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios como podemos ver a continuación.



**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi  
**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

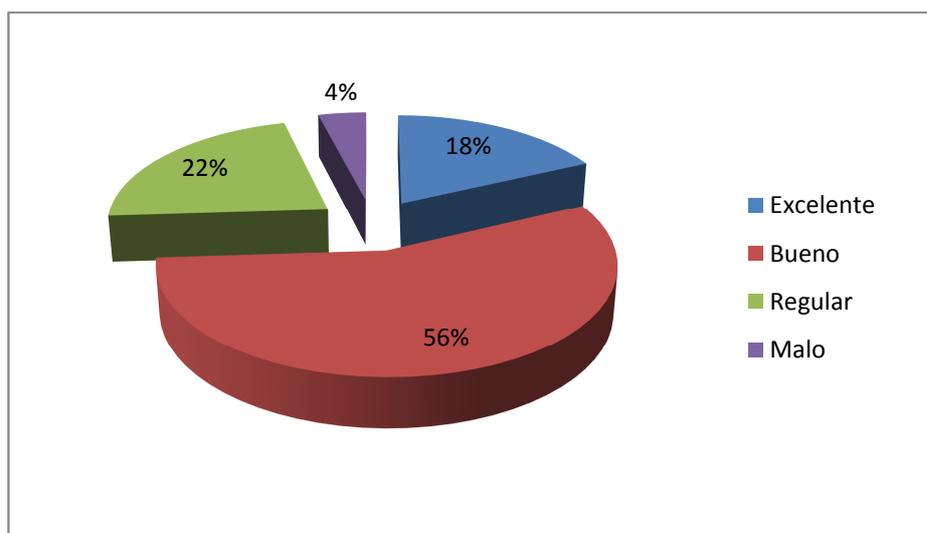
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 1

¿Cómo considera usted la atención que brindan los servidores públicos?

Excelente	18%
Bueno	56%
Regular	22%
Malo	4%



De acuerdo con las encuestas realizadas podemos conocer que la atención que brinda el hospital es buena con un 56%, lo cual indica que la atención se encuentra en un rango aceptable, seguido se encuentra una atención regular con un 22%.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

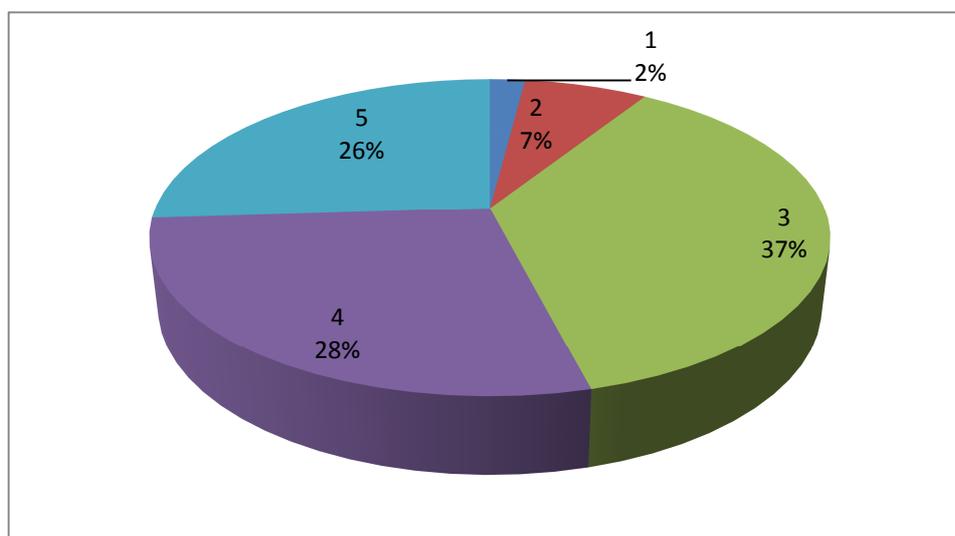
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 2

Califique la calidad del servicio que prestan en un rango del 1 al 5 (considerando que 1 es la calificación más baja y 5 la más alta)

1	2%
2	7%
3	37%
4	28%
5	26%



Los resultados luego de haber realizado las encuestas nos dicen que la calidad de servicio que ofrece la entidad es regular, con un 37%, seguido de un calidad de servicio buena con un 28%.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

### Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

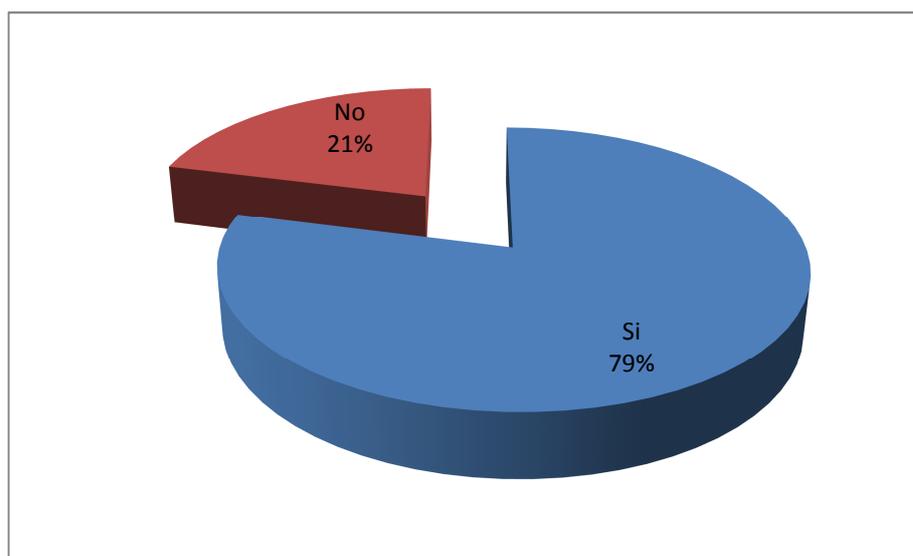
Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 3

¿Considera usted que el espacio físico es el adecuado para la atención?

Si 79%

No 21%



El 79% de las personas encuestadas nos respondieron que el espacio físico de la entidad es el adecuado para prestar los servicios.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

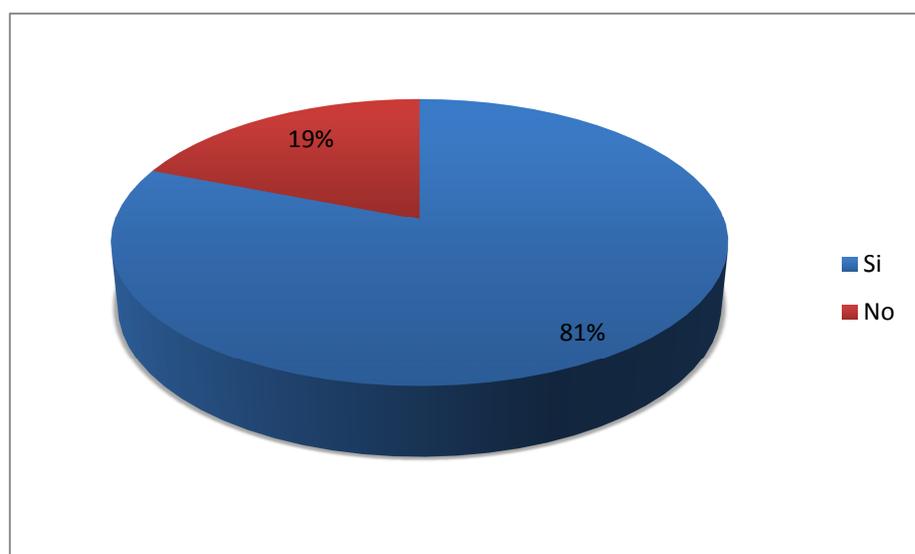
Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 4

¿Considera usted que el personal de la entidad está capacitada para brindar el servicio?

Si 81%

No 19%



El 81% de las personas nos respondieron que el personal del hospital está capacitado para brindar el servicio, mientras que el 19% afirmó que no se encuentra capacitado.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

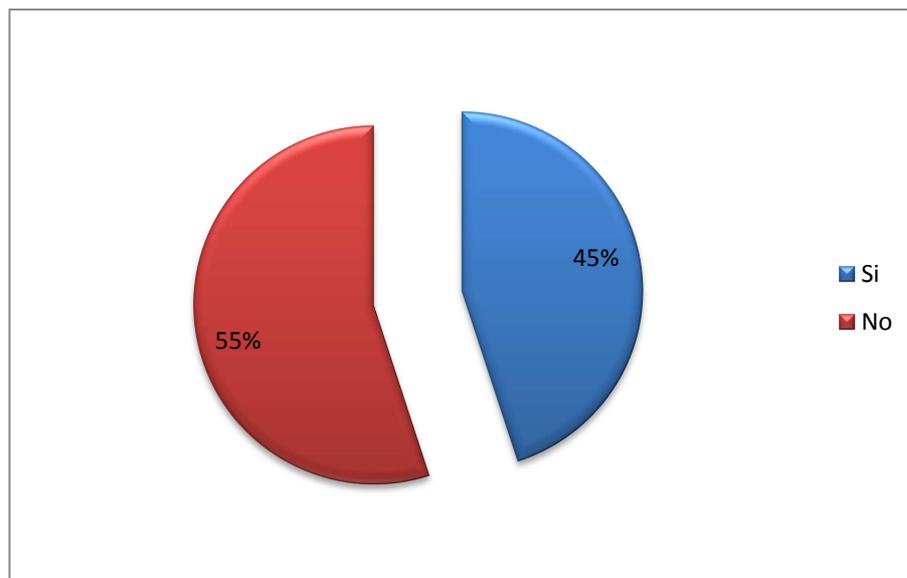
Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 5

¿El tiempo para obtener su trámite fue el adecuado?

Si 45%

No 55%



El 55% de las personas encuestadas indicaron que su trámite no se realizó en el tiempo adecuado, mientras que el 45% se siente conforme con el tiempo para su atención.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

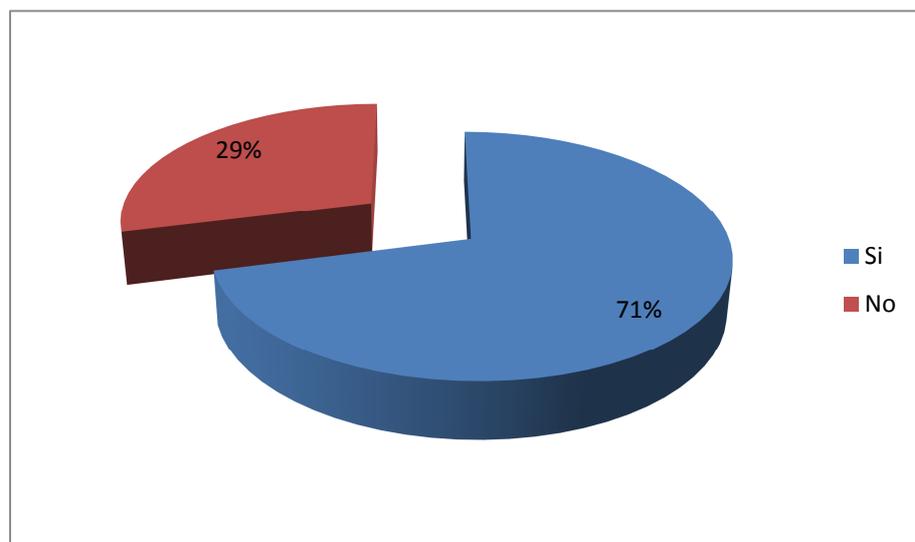
Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 6

¿Las áreas de espera, baños, consultorios y quirófanos se encuentran en buen estado?

Si 71%

No 29%



El 71% de las personas encuestadas nos indicaron que las áreas de espera, consultorios y baños se encuentran en buen estado, el 29% indico que no se encuentran en buen estado, cabe recalcar que este porcentaje es para la sección de los baños.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 014

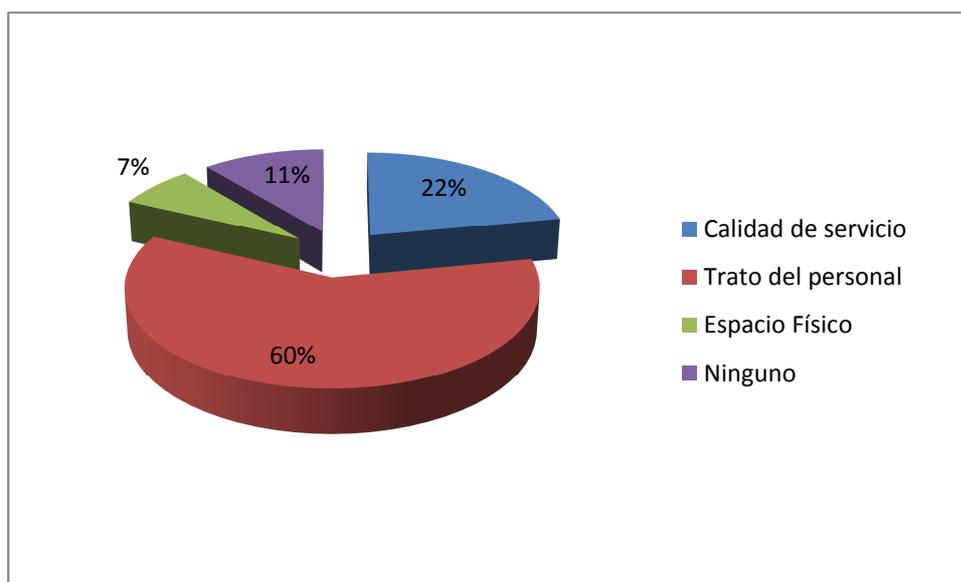
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los pacientes de consulta externa

#### Pregunta 7

¿Cuáles de los siguientes aspectos usted considera que puedan ser mejorados?

Calidad de servicio	22%
Trato del personal	60%
Espacio Físico	7%
Ninguno	11%



El 60% de las personas indicaron que el hospital debe mejorar en cuanto al trato del personal hacia los pacientes, mientras que el 22% indica que se debe de mejorar la calidad de servicio.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

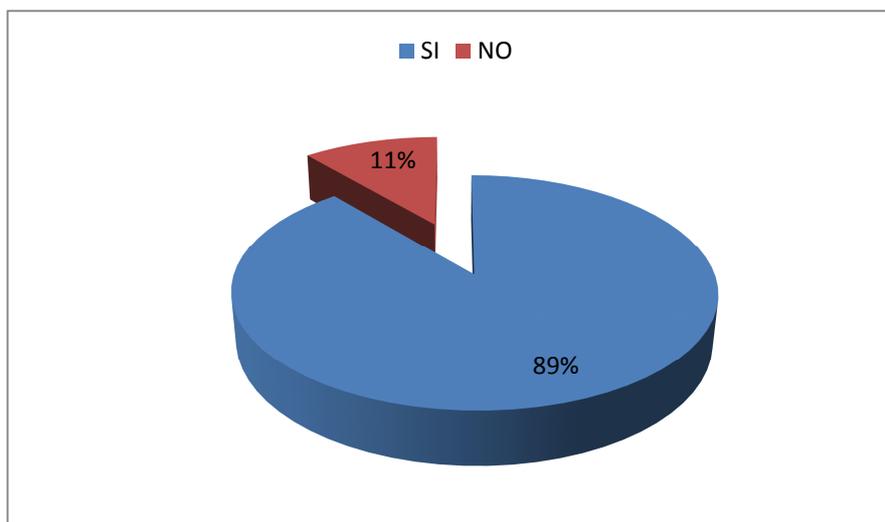
Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 1

¿Al momento de su contratación le informaron las funciones a desempeñar?

SI 89%

NO 11%



Los resultados obtenidos nos indican que el 89% del personal de Talento Humano al momento de su contratación le informaron de las funciones a desempeñar, mientras que el 11% restante nos dice que no les comunicaron de las funciones a realizar.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

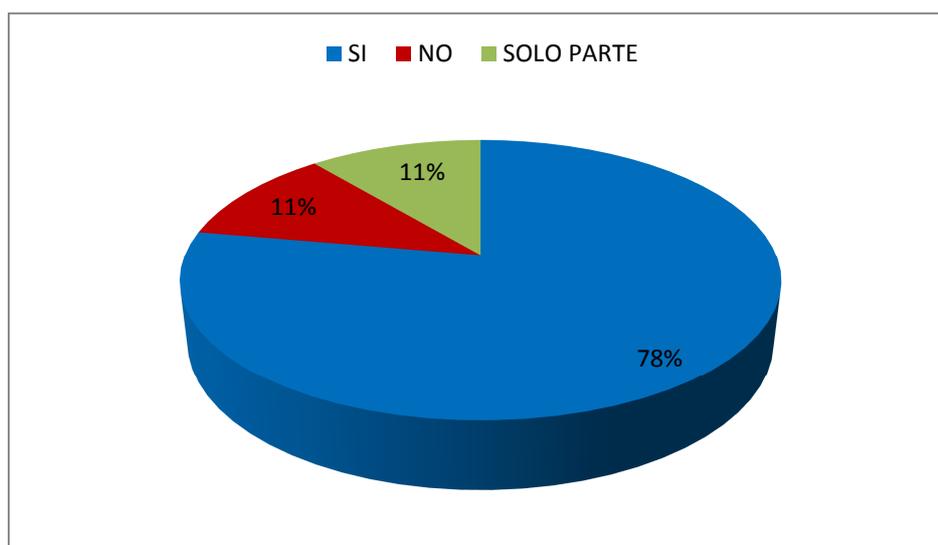
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 2

¿Conoce usted el plan estratégico de la entidad (misión, visión, objetivos, estrategias)?

SI	78%
NO	11%
O SOLO PARTE	11%



De acuerdo a las encuestas realizadas indican que el 78% del personal de Talento Humano si conoce el plan estratégico, mientras que el 11% no está al tanto y el 11% restante del personal solo conocen una parte del plan estratégico.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

### Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

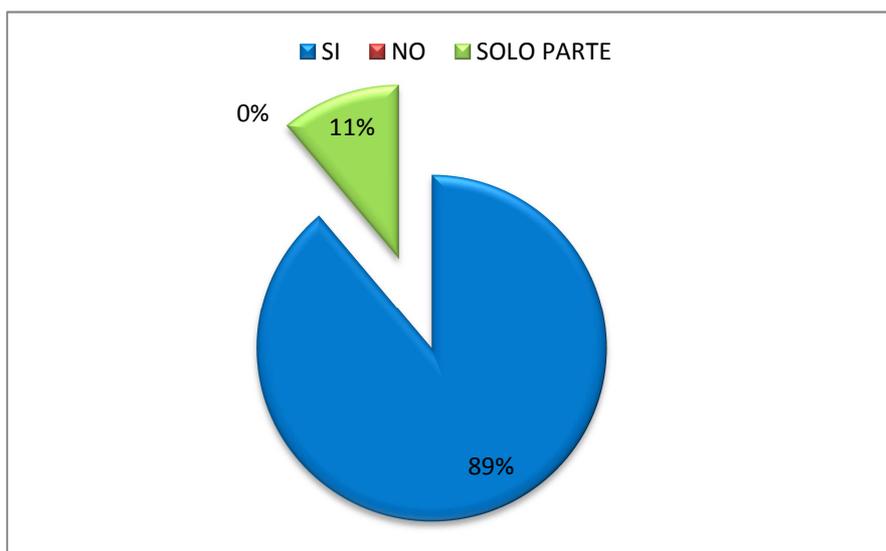
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 3

¿Conoce usted los derechos y obligaciones dentro de la entidad?

SI	89%
NO	0%
O SOLO PARTE	11%



Los resultados obtenidos nos indican que el 89% del personal conoce sus derechos y obligaciones, mientras que el 11% solo conoce una parte.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

### Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

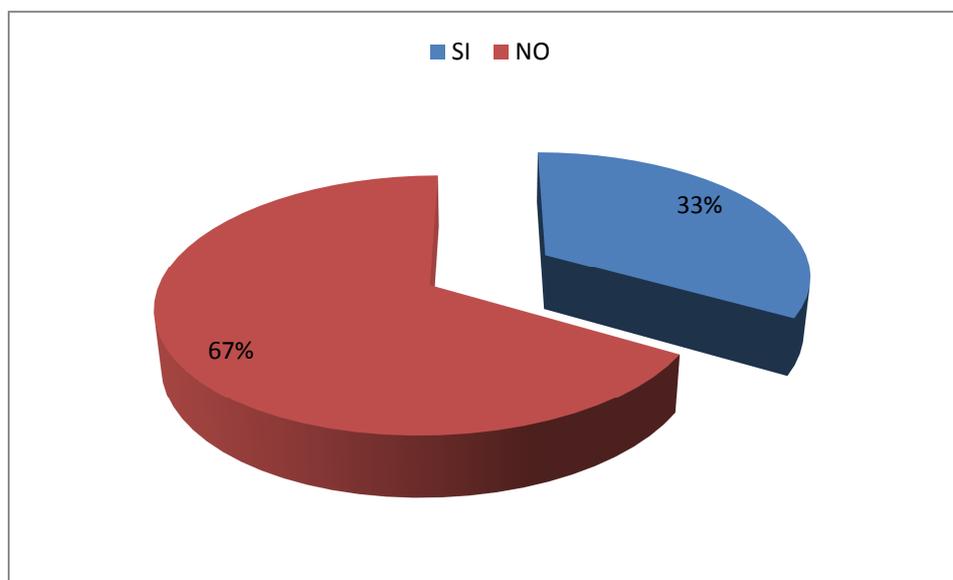
#### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 4

¿Se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso?

SI	33%
NO	67%



El 67% de los encuestados manifiestan que no existe el personal suficiente para realizar las labores dentro de la Unidad de Talento Humano, mientras que el 33% indican que se cuenta con el personal suficiente.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

### Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

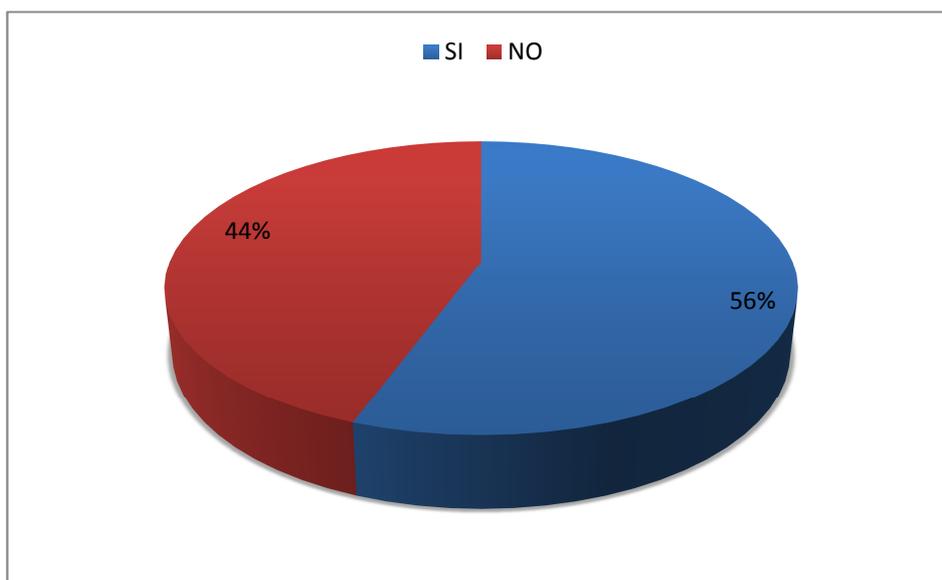
#### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 5

¿Cuenta usted con los equipos e insumos necesarios para la realización de sus labores?

SI	56%
NO	44%



Los resultados obtenidos indican que el 56% del personal cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar su trabajo, mientras que el 44% restante no dispone de lo necesario para realizar sus labores.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

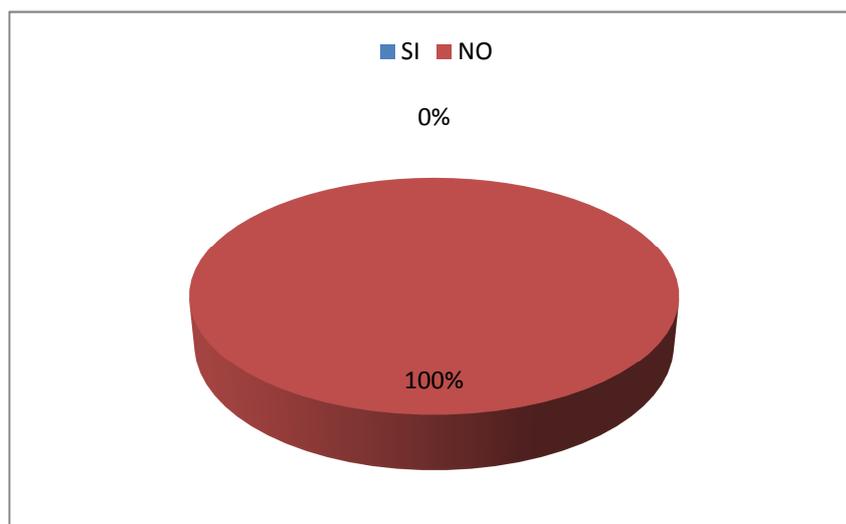
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 6

¿El espacio físico es el adecuado para el desarrollo de sus labores?

SI	0%
NO	100%



El 100% del personal de UATH indica que el espacio físico no es el apropiado para desarrollar sus labores.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

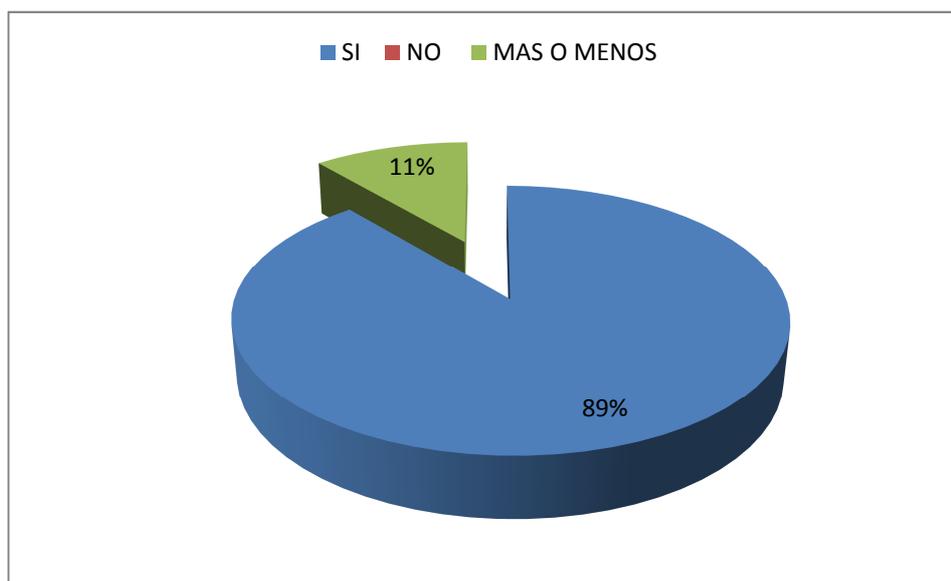
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 7

¿Existe una buena comunicación entre jefes y subordinados?

SI	89%
NO	0%
MAS O MENOS	11%



El 89% de las personas encuestadas manifestaron que existe una buena comunicación entre jefes y subordinados, mientras que el 11% restante indico que la comunicación se encuentra en un nivel medio.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de verificación Verbal – Encuestas

P/T N° 015

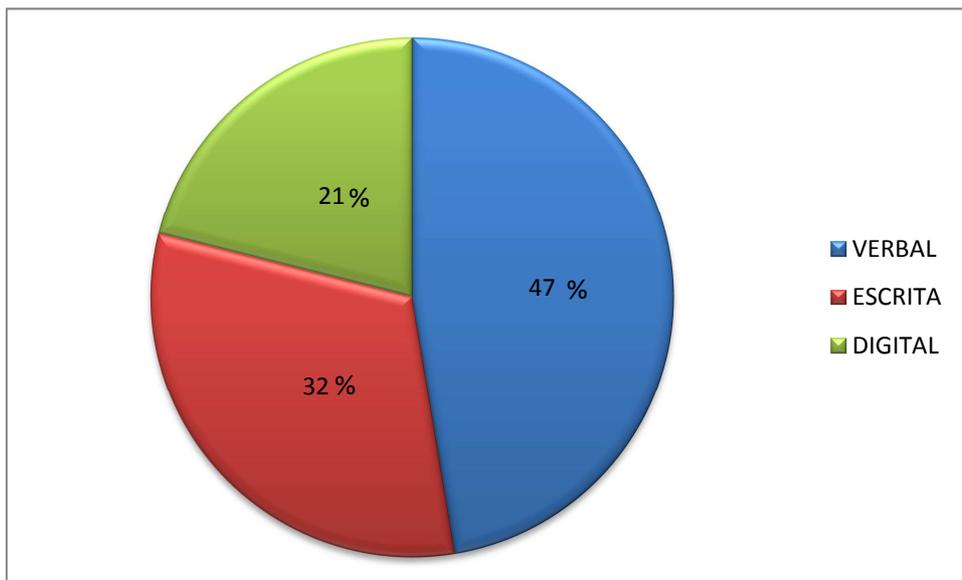
### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Encuestas realizadas a los servidores públicos del proceso de Talento Humano

#### Pregunta 8

##### 1. La comunicación con el personal es de forma:

VERBAL	47%
ESCRITA	32%
DIGITAL	21%



El 47% de las personas encuestadas manifestaron que la mayor parte de la comunicación es de forma verbal, seguido de un 32% indicando que lo hacen de forma escrita, mientras que el 21% indicó que es de forma digital. En esta pregunta cabe indicar que la persona encuestada puede marcar una, dos o las tres opciones.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

## Técnicas de Verificación Documental- Calculo

P/T N° 016

### Hospital General Vicente Corral Moscoso

Fórmula aplicada para verificar, si la entidad cumple con lo dispuesto en el Art. 58 de la LOSEP: la contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el 20% de la totalidad del personal de la entidad.

Total empleados 700

Total contratos bajo LOSEP 295

700	100%
295	= <b>42,12%</b>

La entidad sobrepasa el 20% del personal contratado bajo LOSEP y no comunico al MRL, por lo que no cuenta con el respectivo permiso.

**Supervisado por:** Ing. Miguel Ángel Arpi

**Realizado por:** Andrés Zhingri, Miriam Sanmartín

### 3.3.2. Hojas de Resumen de hallazgos por componente

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<b>HOJA DE HALLAZGO GENERAL # 1</b>	<b>Ref. P/T N° 002</b>
<b>Componente sujeto a examen:</b> HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO		
<b>No se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad</b>		
<b>Condición:</b> En base al cuestionario de control interno se determinó que en la entidad no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad.		
<b>Criterio:</b> En razón del análisis efectuado en la institución es importante que los niveles de autoridad sean identificados con claridad, es decir que todos los niveles deben estar organizados en orden jerárquicos.		
<b>Causa:</b>		
Cambios constantes de autoridades Falta de comunicación al personal contratado del orden jerárquico de la entidad Por la magnitud de la organización		
<b>Efecto:</b>		
Si no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad, se pueden llegar a dar interpretaciones incorrectas sobre en qué nivel o en que puesto se encuentra cada empleado.		
<b>Conclusión:</b> En base al cuestionario de control interno se determinó que en la entidad no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad y en razón del análisis efectuado en la institución es importante que los niveles de autoridad sean identificados con claridad, es decir que todos los niveles deben estar organizados en orden jerárquicos, las causas principales pueden ser por los cambios constantes de autoridades, falta de comunicación al personal contratado del orden jerárquico de la entidad y por la magnitud de la organización, por lo que ocasionaría interpretaciones incorrectas sobre en qué nivel o en que puesto se encuentra cada empleado.		
<b>Recomendación:</b> Al Director General: definir claramente los niveles de autoridad, de los diferentes procesos del hospital y comunicar a los empleados mediante correo electrónico.		

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad no cuenta con el Plan Estratégico exhibido en lugares visibles para dar a conocer al personal**

**Condición:** En base a la visita preliminar se determinó que la entidad no cuenta con un plan estratégico en lugares visibles.

**Criterio:** En toda entidad es importante que el personal, trabajadores, pacientes o terceros vean y conozcan el plan estratégico de la institución.

**Causa:**

Falta de un lugar adecuado para exhibir el Plan Estratégico

Por cambios constantes de los Directivos de la entidad

**Efecto:** Personal desinformado del Plan Estratégico de la entidad

El personal no tiene conocimiento de lo que es y de lo que quiere llegar a ser la institución dentro del área de salud, por ende no existe un compromiso para alcanzar las metas y objetivos.

**Conclusión:** En base a la visita preliminar se determinó que la entidad no cuenta con un plan estratégico en lugares visibles y en toda entidad es importante que el personal, trabajadores, pacientes o terceros vean y conozcan el plan estratégico. Esto se da debido a que no existe un lugar adecuado para exhibir el plan estratégico, por cambios constantes de los directivos de la entidad o por falta de interés por parte de la alta dirección; por lo que conlleva a un personal desinformado de lo que es y de lo que quiere llegar a ser la institución dentro del área de salud, por ende no existe un compromiso para alcanzar las metas y objetivos.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad no cuenta con el Plan Estratégico exhibido en lugares visibles para dar a conocer al personal**

**Recomendación:** Al Director General: exhibir en lugares visibles el plan estratégico, y conversar con el centro de cómputo para poner como fondo de pantalla de cada uno de los computadores del personal con el fin de que conozcan y se familiaricen con lo que persigue la institución.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Calificación deficiente en el manejo de desechos hospitalarios**

**Condición:** En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad al momento de la evaluación Interna sobre el manejo de desechos hospitalarios obtuvo una calificación del 40% y se ubica en la categoría D (deficiente).

**Criterio:** De acuerdo al Reglamento para el "Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador, Capitulo III: Del Nivel de Cumplimiento"

"Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizara mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:"

Categoría	Denominación	Porcentaje
A	Adecuada	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%

**Causa:**

Por falta de interés de la máxima autoridad en capacitar a los empleados y trabajadores.

El personal de la entidad no conoce sobre el manejo de los desechos hospitalarios

Por falta de ética profesional.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Calificación deficiente en el manejo de desechos hospitalarios**

**Efecto:**

El personal no está capacitado para el manejo de los desechos.

La entidad no obtuvo una buena calificación.

**Conclusión:** En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad al momento de la evaluación Interna utilizando los parámetros de MSP sobre el manejo de desechos hospitalarios obtuvo una calificación del 40% y se ubica en la categoría D (deficiente) y de acuerdo al Reglamento para el "Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador, Capitulo III: Del Nivel de Cumplimiento" "Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizara mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:"

Categoría	Denominación	Porcentaje
A	Adecuada	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%

Esto se pudo dar por falta de interés de la máxima autoridad en capacitar a los empleados y trabajadores, porque el personal no conoce sobre el manejo de los desechos hospitalarios y por la falta de ética profesional lo que conlleva a que la entidad haya obtenido una calificación insatisfactoria en cuanto a manejo de los desechos.

Si la entidad no mejora rápidamente este aspecto, y si el MSP hace la evaluación respectiva en el cual se obtenga una calificación igual o inferior al 40%, el hospital no



## HOJA DE HALLAZGO GENERAL # 3

Ref. P/T N° 012

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**Calificación deficiente en el manejo de desechos hospitalarios**

podrá renovar su permiso de funcionamiento y se verá en la obligación de cerrar sus instalaciones.

**Recomendación:** Al Director General y al Jefe de Bienes Públicos se recomienda que capaciten y concienticen mediante charlas con profesionales del área al personal de la entidad de cómo se debe de manejar los desechos que produce la institución, además de entregar los recipientes apropiados, con los respectivos rótulos para cada área.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Infraestructura inadecuada para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios**

**Condición:** En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad no cuenta con una infraestructura adecuada para el almacenamiento secundario de los desechos hospitalarios.

**Criterio:** De acuerdo al Reglamento de "Manejo de Desechos Sólidos en los establecimientos de salud de la República del Ecuador", "Art 21, establece que todas las áreas de almacenamiento secundario y terciario deberán de tener buena iluminación y ventilación, pisos y paredes lisas, instalaciones de agua fría y caliente para llevar a cabo operaciones de limpieza diaria; un desagüe apropiado para un drenaje fluido. La puerta deberá permanecer cerrada bajo llave, para garantizar la protección e integridad de los recipientes y el acceso exclusivo del personal autorizado."

**Causa:**

Al momento de la construcción del hospital no se realizó una planificación para el almacenamiento secundario de desechos.

**Efecto:**

Espacio reducido para el almacenamiento de desechos.

**Conclusión:** En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad no cuenta con una infraestructura adecuada para el almacenamiento secundario de los desechos hospitalarios y de acuerdo al Reglamento de "Manejo de Desechos Sólidos en los establecimientos de salud de la República del Ecuador", "Art 21, establece que todas las áreas de almacenamiento

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Infraestructura inadecuada para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios**

secundario y terciario deberán de tener buena iluminación y ventilación, pisos y paredes lisas, instalaciones de agua fría y caliente para llevar a cabo operaciones de limpieza diaria; un desagüe apropiado para un drenaje fluido. La puerta deberá permanecer cerrada bajo llave, para garantizar la protección e integridad de los recipientes y el acceso exclusivo del personal autorizado."

Esto se debe que al momento de la construcción del hospital no se realizó una planificación para el almacenamiento secundario de desechos por lo que el espacio es reducido, además no cuenta con las instalaciones necesarias y el lugar ya no se encuentra en buenas condiciones para almacenar los desechos.

**Recomendación:** Al Director General y al Jefe de Bienes Públicos: realizar un estudio de la infraestructura con la finalidad de establecer un espacio adecuado en cada piso del hospital para el almacenamiento secundario, además de adecuarlo según lo estipula la ley y verificar que se realice un mantenimiento constante a estas instalaciones para evitar cualquier inconveniente a futuro.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**El tiempo para obtener el tramite no es el adecuado**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el tiempo no es el adecuado para la obtención de trámites.

**Criterio:** De acuerdo a la Ley de derechos y amparo al paciente "Art. 2. - Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía".

**Causa:**

Incremento de la demanda.

**Efecto:**

Demora en la obtención de trámites.

Pacientes inconformes.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el tiempo no es el adecuado para la obtención de trámites y de acuerdo a la Ley de derechos y amparo al paciente "Art. 2. - Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía", esto se da por el incremento de la demanda, lo cual conlleva a una demora en la obtención de trámites y a pacientes inconformes.

**Recomendación:** Al Director General: realizar un análisis para ver en qué parte se genera la demora, y tomar decisiones sobre como cubrir con el incremento de la demanda.



## HOJA DE HALLAZGO GENERAL # 6

Ref. P/T N° 014

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**Calidad regular del servicio que presta la entidad**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que la calidad del servicio que presta el hospital es regular.

**Criterio:** De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud "Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético".

**Causa:**

Equipos en mal estado.

Falta de medicamentos.

Incremento de la demanda poblacional.

**Efecto:**

Pérdida de vidas humanas.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que la calidad del servicio que presta el hospital es regular y de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud "Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético",

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Calidad del servicio que presta la entidad**

esto se pueda dar porque los equipos se encuentran en mal estado, por la falta de medicamentos y por el incremento de la demanda poblacional, lo cual conlleva a pérdida de vidas humanas.

**Recomendación:** Al Director General: hacer evaluaciones periódicas mediante encuestas a los pacientes con el propósito de verificar la calidad del servicio y tomar las medidas correctivas necesarias.

Cabe indicar que de acuerdo a la ayuda prestada por nosotros en la realización de encuestas a los pacientes del hospital se pudo comprobar que la calidad de servicio es regular debido a que los equipos no se encuentran en buen estado, además a que no existe la partida presupuestaria para el mantenimiento de los mismos. También se observó que la entidad no cuenta con los medicamentos necesarios.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad cuenta con la respectiva señalética**

**Condición:** En base a la visita preliminar se determinó que la entidad cuenta con una apropiada señalética.

**Criterio:** De acuerdo al Manual de Señalética establece que es importante una identidad grafica de señalización eficaz y clara que permita crear un sistema de codificación de señales y signos destinados a guiar dentro de la institución e informar a los pacientes respecto a su ubicación.

**Causa:**

Crear una imagen moderna.

La señalética resulta sencilla y de fácil entendimiento e identificación, creando un vínculo de conocimiento y confianza entre la institución y los ciudadanos.

**Efecto:**

Mejor accesibilidad a los servicios requeridos.

Facilita la comunicación.

Informa, identifica y orienta.

Ayuda a controlar la contaminación visual.

**Conclusión:** En base a la visita preliminar se determinó que la entidad cuenta con una apropiada señalética y de acuerdo al Manual de Señalética establece que es importante una identidad grafica de señalización eficaz y clara que permita crear un sistema de codificación de señales y signos destinados a guiar dentro de la institución e informar a los pacientes respecto a su ubicación lo que conlleva a que la entidad tenga una imagen moderna y además la señalética resulta sencilla y de

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad cuenta con la respectiva señalética**

fácil entendimiento e identificación, creando un vínculo de conocimiento y confianza entre la institución y los ciudadanos y mejoramos accesibilidad a los servicios requeridos, se facilita la comunicación, y ayuda a controlar la contaminación visual.

**Recomendación:** Al Director General se recomienda verificar que toda la señalética de la entidad este de acuerdo al Manual de Señalética del MSP, e incorporar en la entrada principal mapas de ubicación.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Buena atención que brindan los Servidores Públicos**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que la atención de los Servidores Públicos es buena.

**Criterio:** De acuerdo a la Ley de derechos y amparo al paciente "Art. 2. - Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía".

**Causa:**

Correcta entrega de turnos para un mismo Servidor Público.

Buena comunicación entre Servidores Públicos y pacientes.

**Efecto:**

Excelente atención de los Servidores Públicos.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que la atención de los Servidores Públicos es buena y de acuerdo a la Ley de derechos y amparo al paciente "Art. 2. - Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía", esto se puede dar por la correcta entrega de turnos para un mismo Servidor Público, porque existe buena comunicación entre Servidores Públicos y pacientes, lo cual conlleva a una excelente atención por parte de estos.

**Recomendación:** Al Director General y líderes de cada proceso: cursos o charlas sobre relaciones entre Servidores Públicos y pacientes.



## HOJA DE HALLAZGO GENERAL # 9

Ref. P/T N° 014

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

### **Personal de la entidad capacitado para brindar el servicio**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el personal de la entidad está capacitado para brindar el servicio.

**Criterio:** En razón de los resultados obtenidos es importante que la entidad capacite al personal para brindar un servicio de calidad a los pacientes.

**Causa:**

Cumplimiento de las capacitaciones según el PAC para el personal de la entidad.

**Efecto:**

Mejores conocimientos del personal.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el personal de la entidad está capacitado para brindar el servicio y en razón de los resultados obtenidos es importante que la entidad capacite al personal para brindar un servicio de calidad a los pacientes, esto se da por el cumplimiento de las capacitaciones según el PAC, lo cual conlleva a mejores conocimientos del personal.

**Recomendación:** Al Director General y Jefe de Recursos Humanos: establecer las capacitaciones necesarias al momento de realizar el PAC.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Espacio físico adecuado para la atención de consulta externa**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el espacio físico del hospital es el adecuado para la atención.

**Criterio:** En toda entidad de salud pública es importante contar con un espacio físico adecuado para brindar una atención de calidad.

**Causa:**

Adecuada infraestructura por la gestión del gobierno.

**Efecto:**

Pacientes cómodos.

Personal puede desempeñar mejor sus funciones.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que el espacio físico del hospital es el adecuado para la atención y en toda entidad de salud pública es importante contar con un espacio físico adecuado para brindar una atención de calidad, esto se da por la adecuada infraestructura, lo cual conlleva a que los pacientes se encuentren cómodos y que el personal desempeñe mejor sus funciones.

**Recomendación:** Al Director General: realizar un análisis para ver la mejor distribución del espacio físico para cada proceso, y ver si habría la necesidad de agrandar este.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Las áreas de espera, baños y consultorios se encuentran en buen estado**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que las áreas de espera, baños y consultorios se encuentran en buen estado.

**Criterio:** En toda entidad de salud pública es importante que las áreas de espera, baños y consultorios mantengan asepsia.

**Causa:**

Mantenimiento constante de las áreas y baños.

Higiene por parte de los pacientes.

**Efecto:**

Buena imagen del Hospital.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que las áreas de espera, baños y consultorios se encuentran en buen estado y en toda entidad de salud pública es importante que las áreas de espera, baños y consultorios mantengan asepsia, esto se da por el mantenimiento constante de las áreas y baños, porque existe higiene por parte de los pacientes, lo cual conlleva a que el hospital tenga una buena imagen.

**Recomendación:** Al Director General: comprobar si los horarios de limpieza son los adecuados y planificarlos de mejor manera si fuere necesario.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Falta de un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos**

**Condición:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno se determinó que el proceso de Talento Humano no cuenta con un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos.

**Criterio:** A razón del análisis realizado en todo proceso debe existir un plan de acción para corregir posibles desviaciones, este plan permitirá evaluar el cumplimiento y tomar las medidas correctivas necesarias para lograr los objetivos, políticas y procedimientos que no se estén cumpliendo.

**Causa:**

Omisión en la realización del POA.

No creen que es conveniente realizar un plan de acción.

**Efecto:**

No se puede corregir a tiempo posibles desviaciones en objetivos, políticas y procedimientos.

**Conclusión:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno se determinó que el proceso de Talento Humano no cuenta con un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos y a razón del análisis realizado en todo proceso debe existir un plan de acción para evitar posibles desviaciones, este plan permitirá evaluar el cumplimiento y tomar las medidas correctivas necesarias. La causa puede ser por la omisión en la realización del POA o porque no creen que sea conveniente realizar un plan de acción y esto ocasionaría que no se puedan corregir a tiempo posibles desviaciones en el cumplimiento de objetivos.



## HOJA DE HALLAZGO ESPECIFICO # 12

Ref. P/T N° 003

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Falta de un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos**

**Recomendación:** Al Jefe de Gestión de Talento Humano: en el próximo POA considerar un plan de acción para evitar desviaciones en el cumplimiento de objetivos, metas y políticas del proceso.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad no cuenta con el permiso para sobrepasar el 20% del personal contratado bajo LOSEP**

**Condición:** En base al análisis realizado a la LOSEP se determinó que la entidad sobrepasa del 20% de la totalidad del personal contratado bajo LOSEP y no cuenta con la respectiva autorización del MRL.

**Criterio:** De acuerdo a la LOSEP Art. 58.- **De los contratos de servicios ocasionales.- párrafo dos establece que:** La contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte por ciento de la totalidad del personal de la entidad contratante; en caso de que se superare dicho porcentaje deberá contarse con la autorización previa del Ministerio de Relaciones Laborales, estos contratos no podrán exceder de doce meses de duración o hasta que culmine el tiempo restante del ejercicio fiscal en curso. Se exceptúa de este porcentaje a aquellas instituciones u organismos de reciente creación que deban incorporar personal bajo esta modalidad, hasta que se realicen los correspondientes concursos de selección de méritos y oposición y en el caso de puestos que correspondan a proyectos de inversión o comprendidos en la escala del nivel jerárquico superior. Por su naturaleza, este tipo de contratos no generan estabilidad.

**Causa:**

Se excede el 20% de la contratación del personal bajo LOSEP por necesidades institucionales.

**Efecto:**

La entidad estaría sujeta a sanciones por parte del Ministerio de Relaciones Laborales, porque no cumple con el debido proceso, para sobrepasar el 20% de contratación del personal bajo LOSEP.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**La entidad no cuenta con el permiso para sobrepasar el 20% del personal contratado bajo LOSEP**

**Conclusión:** En base al análisis realizado a la LOSEP se determinó que la entidad sobrepasa el 20% de la totalidad del personal contratado bajo LOSEP y no cuenta con la respectiva autorización del MRL y de acuerdo al Art. 58.- de la LOSEP **De los contratos de servicios ocasionales.- párrafo dos establece que:** La contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte por ciento de la totalidad del personal de la entidad contratante; en caso de que se superare dicho porcentaje deberá contarse con la autorización previa del Ministerio de Relaciones Laborales, la causa por lo que la entidad ha excedido dicho porcentaje es por las necesidades institucionales lo que conlleva a que la entidad estaría sujeta a sanciones por parte del Ministerio de Relaciones Laborales, porque no cumple con el debido proceso, para sobrepasar el 20% de contratación del personal bajo LOSEP.

**Recomendación:** Al Director General y Jefe de Recursos Humanos se recomienda comunicar al MRL que la entidad sobrepasó el 20% de la contratación bajo LOSEP con los datos correspondientes de la no observancia del Art. 58 de la misma, además solicitar un tiempo prudente para gestionar el permiso correspondiente, y la institución debería de tratar de enmarcarse en el 20% esto se puede realizar mediante la revisión de los contratos que estas próximos a terminarse para evitar cualquier inconveniente a futuro.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Espacio físico inadecuado**

**Condición:** En base a la técnica ocular de observación y encuestas realizadas al personal de la UATH se determinó que el espacio físico no es adecuado para el desarrollo de las actividades.

**Criterio:** A razón lógica el espacio físico en el que labora el personal debe ser adecuado para potenciar la capacidad del capital humano y se debe considerar aspectos como:

Una adecuada distribución del espacio físico que contribuya a facilitar la circulación de las personas, la realización y su supervisión.

**Causa:**

Mala distribución de espacios para los diferentes procesos.

Incremento de personal.

**Efecto:**

Incomodidad para el desempeño de las actividades.

Ocasiona stress y malestar al personal y por ende el nivel de productividad no es óptimo.

**Conclusión:** En base a la técnica ocular de observación se determinó que el espacio físico no es adecuado para el desarrollo de las actividades y a razón lógica el espacio físico en el que labora el personal debe ser adecuado para potenciar la capacidad del capital humano y se debe considerar aspectos como: una adecuada distribución del espacio físico para facilitar la circulación de las personas, la realización del trabajo y supervisión.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Espacio físico inadecuado**

Esto se puede dar por una mala distribución de espacios para los diferentes procesos y por el incremento de personal, lo que ocasiona incomodidad para el desempeño de las actividades, stress y malestar al personal y por ende el nivel de productividad no es óptimo.

**Recomendación:** Al Jefe de Gestión de Talento Humano: enviar una solicitud al Director General para reubicación de la locación del personal del proceso de Talento Humano.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Espacio reducido para almacenamiento de documentos de varios años**

**Condición:** En base a la observación se determinó que el proceso no cuenta con el espacio adecuado para almacenamiento de documentos.

**Criterio:** de acuerdo al examen efectuado se determinó que la entidad no cuenta con un archivo central para almacenar documentación que se encuentra en estado pasivo por lo que mantienen en lugar reducido toda esta documentación.

**Causa:**

Omisión en la planificación al hacer la distribución de espacios.  
No prever que se necesitaría un archivo central.

**Efecto:**

Acumulación de documentos.  
Requerimiento de mayor espacio físico.

**Conclusión:** En base a la observación se determinó que el proceso no cuenta con el espacio adecuado para almacenamiento de documentos y de acuerdo al examen efectuado se determinó que la entidad no cuenta con un archivo central para almacenar documentación que se encuentra en estado pasivo por lo que mantienen en lugar reducido toda esta documentación, esto se debe por la omisión en la planificación al hacer la distribución de espacios y no prever que se necesitaría un archivo central lo que conlleva a una acumulación de documentos y requerimiento de mayor espacio físico.

**Recomendación:** Al Director General y al Jefe de Talento Humano: establecer un lugar adecuado para ubicar un archivo central para almacenar la documentación que se encuentra en estado pasivo.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**El proceso de Talento Humano no realiza la motivación correspondiente al personal**

**Condición:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno, se determinó que el proceso de Talento Humano no realiza actividades de motivación para el personal.

**Criterio:** a razón del análisis efectuado, es importante que la entidad cuente con actividades de motivación, con el fin de que los empleados se sientan felices y a la vez comprometidos con la institución.

**Causa:**

Falta de coordinación entre el proceso de Talento Humano y el personal.

Falta de recursos económicos.

No consta en el POA.

**Efecto:**

Personal no se sienten parte de la entidad.

Personal desmotivado en la realización de sus actividades.

**Conclusión:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno, se determinó que el proceso Gestión de Talento Humano no realiza actividades de motivación para el personal y de acuerdo al criterio del auditor, es importante que la entidad cuente con actividades de motivación con el fin de que los empleados se sientan felices y a la vez comprometidos con la institución, esto se da por la falta de coordinación entre el proceso de Talento Humano y el personal, por la falta de recursos económicos o por no constar en el POA, lo cual conlleva a que el personal no se sienten parte de la entidad y a la vez desmotivado en la realización de sus actividades.



## HOJA DE HALLAZGO ESPECIFICO # 16

Ref. P/T N° 003

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**El proceso de Talento Humano no realiza la motivación correspondiente al personal**

**Recomendación:** al Jefe de Gestión Talento Humano: incluir dentro del POA actividades de motivación para el personal, como: charlas motivacionales para mejorar el autoestima y las relaciones interpersonales.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Instalaciones eléctricas inadecuadas**

**Condición:** En base a la visita preliminar, se determinó que el proceso de Gestión de Talento Humano no cuenta con instalaciones eléctricas adecuadas.

**Criterio:** a razón de la visita preliminar es importante que el proceso cuente con instalaciones eléctricas apropiadas, con el fin de proteger la integridad física tanto de las personas como de los equipos de computación.

**Causa:**

Mala distribución del cableado y equipos de computación.

Espacio físico reducido.

Falta de canaletas y protección de cables.

**Efecto:**

Puede ocasionar cortos circuitos.

Accidentes del personal.

Perdida de información y daño de equipos.

**Conclusión:** En base a la visita preliminar, se determinó que el proceso de Gestión de Talento Humano no cuenta con instalaciones eléctricas adecuadas y de acuerdo al criterio del auditor, es importante que el proceso cuente con instalaciones eléctricas apropiadas, con el fin de proteger la integridad física tanto de las personas como de los equipos de computación, esto se da por la mala distribución del cableado y equipos de computación, por el espacio físico reducido o por la falta de canaletas y protección de cables, lo cual puede ocasionar cortos circuitos, accidentes del personal y pérdida de información y daño de equipos.

**HOJA DE HALLAZGO ESPECIFICO # 17****Ref. P/T N° 005****Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**Instalaciones eléctricas inadecuadas**

**Recomendación:** al Jefe de Gestión Talento Humano: realizar las debidas instalaciones y distribución del cableado, usando canaletas o protecciones que garanticen la seguridad del personal y de los equipos de computación.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**No se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas al personal de Talento Humano, se determinó que el personal no es el suficiente para realizar las labores del proceso, se quiere contratar un Abogado y Una Trabajadora Social.

**Criterio:** a razón del análisis efectuado, es importante que la entidad cuente con el personal suficiente para desempeñar las funciones del proceso, con el fin de evitar la sobrecarga de actividades para el personal.

ver en parte o para que falta el personal en talento humano

**Causa:**

Falta de recursos económicos para la contratación de nuevo personal.

Omisión en la realización del POA.

**Efecto:**

Sobrecarga de actividades para el personal.

Stress y mal desempeño del personal.

**Conclusión** En base a las encuestas realizadas al personal de Talento Humano, se determinó que el personal no es el suficiente para realizar las labores del proceso, se quiere contratar un Abogado y Una Trabajadora Social y a razón del análisis efectuado, es importante que la entidad cuente con el personal suficiente para desempeñar las funciones del proceso, con el fin de evitar la sobrecarga de actividades para el personal, esto se da por la falta de recursos económicos para la contratación de nuevo personal, omisión en la realización del POA, lo cual conlleva a la sobrecarga de actividades para el personal, stress y mal desempeño del mismo.



## HOJA DE HALLAZGO ESPECIFICO # 18

Ref. P/T N° 015

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**No se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso**

**Recomendación:** al Jefe de Gestión Talento Humano: incluir dentro del POA la contratación de nuevo personal para el proceso, además de realizar una evaluación para comprobar si es necesario incluir nuevo personal para el proceso.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**El personal no cuenta con los equipos e insumos necesarios para desempeñar sus funciones**

**Condición:** En base a las encuestas realizadas al personal del proceso de Gestión de Talento Humano, se determinó que el personal no cuenta con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus actividades.

**Criterio:** a razón del análisis efectuado, es importante que el personal del proceso cuente con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus labores.

**Causa:**

Omisión en la realización del PAC.

**Efecto:**

Mal desempeño del personal.

Demora con la realización de actividades.

**Conclusión:** En base a las encuestas realizadas al personal del proceso de Talento Humano, se determinó que el personal no cuenta con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus actividades y a razón del análisis efectuado es importante que el personal de la entidad cuente con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus labores, esto se debe a la omisión en la realización del PAC, a la falta de recursos económicos para la compra de equipos e insumos, lo cual conlleva al mal desempeño del personal y a la demora con la realización de actividades.

**Recomendación:** al Jefe de Gestión Talento Humano: incluir dentro del PAC los equipos y materiales necesarios para el personal.

Cabe mencionar en este caso que en el transcurso del análisis se efectuaron ciertos cambios en cuanto al mobiliario del proceso de Talento Humano.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Disminución de las tasas de Ausentismo**

**Condición:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno, se determinó que el proceso de Talento Humano ha logrado disminuir las tasas de ausentismo reduciendo de un 70% a 20%.

**Criterio:** a razón del análisis efectuado, es importante que la institución mantenga un nivel bajo de ausentismo con la finalidad de tener una mayor productividad.

Cabe mencionar en caso de que el personal no justifique su ausencia será sancionado de acuerdo a la LOSEP Art. 43 establece las Sanciones disciplinarias.- Las sanciones disciplinarias por orden de gravedad son las siguientes:

- a) Amonestación verbal;
- b) Amonestación escrita;
- c) Sanción pecuniaria administrativa;
- d) Suspensión temporal sin goce de remuneración; y,
- e) Destitución.

La amonestación escrita se impondrá cuando la servidora o servidor haya recibido, durante un mismo mes calendario, dos o más amonestaciones verbales.

La sanción pecuniaria administrativa o multa no excederá el monto del diez por ciento de la remuneración, y se impondrá por reincidencia en faltas leves en el cumplimiento de sus deberes. En caso de reincidencia, la servidora o servidor será destituido con sujeción a la ley. Las sanciones se impondrán de acuerdo a la gravedad de las faltas.

**Causa:**

Control de asistencia con la implantación de relojes biométricos.

Verificación de la permanencia del personal por el jefe del proceso de Talento Humano.

**Efecto:**

Disminución de la tasa de ausentismo.

Mayor productividad en cada proceso.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Disminución de las tasas de Ausentismo**

**Conclusión:** En base al cuestionario de evaluación específica de control interno, se determinó que el proceso de Talento Humano ha logrado disminuir las tasas de ausentismo reduciendo de un 70% a 20%, a razón del análisis efectuado, es importante que la institución mantenga un nivel bajo de ausentismo con la finalidad de tener una mayor productividad.

Cabe mencionar en caso de que el personal no justifique su ausencia será sancionado de acuerdo a la LOSEP Art. 43 establece las Sanciones disciplinarias.- Las sanciones disciplinarias por orden de gravedad son las siguientes:

- a) Amonestación verbal;
- b) Amonestación escrita;
- c) Sanción pecuniaria administrativa;
- d) Suspensión temporal sin goce de remuneración; y,
- e) Destitución.

La amonestación escrita se impondrá cuando la servidora o servidor haya recibido, durante un mismo mes calendario, dos o más amonestaciones verbales.

La sanción pecuniaria administrativa o multa no excederá el monto del diez por ciento de la remuneración, y se impondrá por reincidencia en faltas leves en el cumplimiento de sus deberes. En caso de reincidencia, la servidora o servidor será destituido con sujeción a la ley. Las sanciones se impondrán de acuerdo a la gravedad de las faltas.

La disminución de la tasa de ausentismo se dio por el control de asistencia con la implantación de relojes biométricos, por la verificación de la permanencia del personal por el jefe del proceso de Talento Humano, lo que conlleva a una mayor productividad en los procesos.

**Recomendación:** al Jefe de Gestión Talento Humano: mejorar el sistema de control de asistencia de los relojes biométricos, además de implementar el sistema informático que se encuentra pendiente.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
**Revisión de contratos**

**Condición:** En base a la revisión de campo se determinó que los contratos están elaborados de acuerdo a la LOSEP

**Criterio:** En base a la LOSEP Capítulo II: DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO "Art. 58.- De los contratos de servicios ocasionales.- La suscripción de contratos de servicios ocasionales será autorizada por la autoridad nominadora, para satisfacer necesidades institucionales, previo el informe de la unidad de administración del talento humano, siempre que exista la partida presupuestaria y disponibilidad de los recursos económicos para este fin.

La contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte por ciento de la totalidad del personal de la entidad contratante; en caso de que se superare dicho porcentaje deberá contarse con la autorización previa del Ministerio de Relaciones Laborales, estos contratos no podrán exceder de doce meses de duración o hasta que culmine el tiempo restante del ejercicio fiscal en curso. Se exceptúa de este porcentaje a aquellas instituciones u organismos de reciente creación que deban incorporar personal bajo esta modalidad, hasta que se realicen los correspondientes concursos de selección de méritos y oposición y en el caso de puestos que correspondan a proyectos de inversión o comprendidos en la escala del nivel jerárquico superior. Por su naturaleza, este tipo de contratos no generan estabilidad.

El personal que labora en el servicio público bajo esta modalidad, tendrá relación de dependencia y derecho a todos los beneficios económicos contemplados para el personal de nombramiento, con excepción de las indemnizaciones por supresión de puesto o partida o incentivos para jubilación.

pactada con sujeción a los niveles de las escalas de remuneraciones unificadas establecidas por el Ministerio de Relaciones Laborales; certificación de disponibilidad

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Revisión de contratos**

Las servidoras o servidores públicos sujetos a este tipo de contrato no ingresarán a la carrera del servicio público, mientras dure su contrato.

Para las y los servidores que tuvieran suscritos este tipo de contratos, no se concederá licencias y comisiones de servicios con o sin remuneración para estudios regulares o de postgrados dentro de la jornada de trabajo, ni para prestar servicios en otra institución del Sector Público.

Este tipo de contratos, por su naturaleza, de ninguna manera representará estabilidad laboral en el mismo, ni derecho adquirido para la emisión de un nombramiento permanente, pudiendo darse por terminado en cualquier momento, lo cual podrá constar del texto de los respectivos contratos.

La remuneración mensual unificada para este tipo de contratos, será la fijada conforme a los valores y requisitos determinados para los puestos o grados establecidos en las Escalas de Remuneraciones fijadas por el Ministerio de Relaciones Laborales, el cual expedirá la normativa correspondiente.

El contrato de servicios ocasionales que no se sujete a los términos de esta Ley, será causal para la conclusión automática del mismo y originará en consecuencia la determinación de las responsabilidades administrativas, civiles o penales de conformidad con la ley.

En caso de necesidad institucional se podrá renovar por única vez el contrato de servicios ocasionales hasta por doce meses adicionales salvo el caso de puestos comprendidos en proyectos de inversión o en la escala del nivel jerárquico superior".

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
**Revisión de contratos**

"Art. 145.- Contenido del contrato de servicios ocasionales.- El contrato de servicios ocasionales contendrá básicamente: lugar y fecha de celebración, comparecientes, antecedentes, objeto del contrato, descripción de las actividades a cumplir, plazo de duración, la posibilidad de subrogar o encargar a puestos, la remuneración pactada con sujeción a los niveles de las escalas de remuneraciones unificadas establecidas por el Ministerio de Relaciones Laborales; certificación de disponibilidad y partida presupuestaria correspondiente; el dictamen favorable emitido por la UATH; y, la determinación de que el mismo por su naturaleza pueda darse por terminado en cualquier momento."

**Causa:**

Responsabilidad y profesionalismo por parte de los Servidores Públicos.

**Efecto:**

Una buena administración de parte de la Unidad de Talento Humano

**Conclusión:** En base a la revisión de campo se determinó que los contratos están elaborados de acuerdo a la LOSEP Capitulo II: DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO Art. 58.- De los contratos de servicios ocasionales y el Art. 145 contrato de servicios ocasionales en el mismo que se establece lugar y fecha de celebración, comparecientes, antecedentes, objeto del contrato, descripción de las actividades a cumplir, plazo de duración, la posibilidad de subrogar o encargar a puestos, la remuneración pactada con sujeción a los niveles de las escalas de remuneraciones unificadas establecidas por el Ministerio de Relaciones Laborales; certificación de disponibilidad y partida presupuestaria correspondiente; el dictamen favorable emitido por la UATH; y, la determinación de que el mismo por su naturaleza pueda darse por terminado en cualquier momento. Esto se da por la responsabilidad y profesionalismo por parte de los Servidores Públicos lo que conlleva a una buena administración de parte de la Unidad de Talento Humano.

**Recomendación:** Al Jefe de Gestión de Talento Humano: se siga cumpliendo con la LOSEP.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Revisión de la documentación de los expedientes**

**Condición:** En base a la revisión de campo se determinó que existe la documentación necesaria en los expedientes

**Criterio:** De acuerdo a la LOSEP Capítulo I: DEL INGRESO AL SERVICIO PÚBLICO

“Art. 5.- Requisitos para el ingreso.- Para ingresar al servicio público se requiere:

- a) Ser mayor de 18 años y estar en el pleno ejercicio de los derechos previstos por la Constitución de la República y la Ley para el desempeño de una función pública;
- b) No encontrarse en interdicción civil, no ser el deudor al que se siga proceso de concurso de acreedores y no hallarse en de estado insolvencia fraudulenta declarada judicialmente;
- c) No estar comprendido en alguna de las causales de prohibición para ejercer cargos públicos;
- d) Cumplir con los requerimientos de preparación académica y demás competencias exigibles previstas en esta Ley y su Reglamento;
- e) Haber sufragado, cuando se tiene obligación de hacerlo, salvo las causas de excusa previstas en la Ley;
- f) No encontrarse en mora del pago de créditos establecidos a favor de entidades u organismos del sector público, a excepción de lo establecido en el Artículo 9 de la presente Ley;
- g) Presentar la declaración patrimonial juramentada en la que se incluirá lo siguiente:
- h) Haber sido declarado triunfador en el concurso de méritos y oposición, salvo en los casos de las servidoras y servidores públicos de elección popular o de libre nombramiento y remoción; e,
- i) Los demás requisitos señalados en la Constitución de la República y la Ley”.

**Causa:**

El Jefe y el personal del proceso están al tanto de la LOSEP  
Existe mayor control por parte de la Autoridades Superiores

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Revisión de la documentación de los expedientes**

**Efecto:**

Aplicación correcta de leyes y normas (LOSEP), con el fin de evitar sanciones en el futuro

**Conclusión:** En base a la revisión de campo se determinó que existe la documentación necesaria en los expedientes y de acuerdo a la LOSEP Capítulo I: DEL INGRESO AL SERVICIO PÚBLICO Art: 5. El cual establece los requisitos necesarios para el ingreso al Servicio Público. Esto se puede dar porque el Jefe y el personal del proceso están al tanto de la LOSEP, existe mayor control por parte de la Autoridades Superiores lo cual conlleva a la aplicación correcta de leyes y normas (LOSEP), con el fin de evitar sanciones en el futuro.

**Recomendación:** Al Jefe de Gestión de Talento Humano: seguir cumpliendo las leyes y normas propuestas por la entidades reguladoras

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
**Carpeta individual para cada Servidor Público**

**Condición:** En base a la revisión de campo se determinó que si existe un carpeta individual para cada Servidor Público.

**Criterio:** De acuerdo al Instructivo de Organización Básica y Gestión de Archivos Administrativos establece que:

Clasificar.- se determina a que proceso pertenece.

Codificar.- se pone el encabezado bajo el cual se va archivar (nombre de cada trabajador).

Archivar.- comprende la colocación de los documentos en los respectivos estantes los mismos que deben rótulos apropiados para su fácil ubicación.

**Causa:**

Muebles y enseres necesarios para archivar documentos.

Existe una persona encargada para archivar los documentos.

**Efecto:**

Rapidez y facilidad para buscar información.

Evitar la pérdida de expedientes.

**Conclusión:** En base a la revisión de campo se determinó que si existe un carpeta individual para cada Servidor Público y de acuerdo al Instructivo de Organización Básica y Gestión de Archivos Administrativos establece que los archivos deben ser clasificados de acuerdo al proceso al que pertenece, codificados con el nombre o su código para ser archivados y colocados en los respectivos estantes, los cuales deben de tener rótulos apropiados para la fácil ubicación de expedientes, por lo tanto la entidad cuenta con muebles y enseres necesarios para dichos documentos y además existe una persona encargada de archivarlos, lo que facilita y agiliza la búsqueda de la información y se evita la perdida de documentos.

**Componente sujeto a examen:** HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Carpeta individual para cada Servidor Público**

**Recomendación:** Al Jefe de Gestión de Talento Humano: que el orden de los expedientes se encargue una solo persona para evitar confusión, además que exista un almacenamiento en orden secuencial de acuerdo a las fechas en que se recibe la documentación.

### **3.3.3. Definición de la estructura del informe**

El informe es el producto final del examen realizado en el cual se exponen las conclusiones, detalles y recomendaciones que se consideren pertinentes de acuerdo con los resultados de las revisiones efectuadas. El mismo que está conformado por:

#### **Introducción**

- Caratula
- Índice y abreviaturas
- Carta de presentación

#### **Capítulo I: Enfoque de la Auditoria**

- Motivo
- Objetivos
- Alcance
- Enfoque
- Componentes auditados
- Indicadores utilizados

#### **Capítulo II: Información de la entidad**

- Misión
- Visión
- Objetivos estratégicos
- Valores Corporativos
- Políticas
- Análisis FODA
- Estructura organizacional por procesos

#### **Capítulo III: Resultados Generales**

Comentarios, conclusiones y recomendaciones sobre la entidad, relaciona con la evaluación del control interno, entrevistas, encuestas y la visita preliminar.

## **Capítulo IV: Resultados Específicos**

Se expone los comentarios, conclusiones y recomendaciones del componente analizado, relacionado con el control específico de control interno realizado al Jefe de Talento Humano, entrevistas, visita preliminar y encuestas.

### **3.4. Fase IV: Comunicación de Resultados**

Se prepara un informe final el cual contendrá hallazgos positivos y negativos, conclusiones y recomendaciones necesarias de acuerdo a los resultados de los exámenes realizados.

#### **3.4.1. Informe de Auditoría**



# Ministerio de Salud Pública

**UNIDAD DE AUDITORIA**

**INFORME GENERAL**

**“AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADA AL HOSPITAL GENERAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO”**

**COMPONENTE:**

Proceso de Gestión de Talento Humano

**PERIODO**

01 DE ENERO DE 2012 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012

## ÍNDICE

### **Capítulo I: Enfoque de la Auditoria**

Motivo

Objetivos

Alcance

Enfoque

Componente auditado

Indicadores utilizados

### **Capitulo II: Información de la entidad**

Misión

Visión

Objetivos Estratégicos

Valores Corporativos

Políticas

Análisis FODA

Estructura organizacional por procesos

### **Capitulo III: Resultados Generales**

No se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad

Conclusión

Recomendación: #1

La entidad no cuenta con el Plan Estratégico exhibido en lugares visibles para dar a conocer al personal

Conclusión

Recomendación: #2

Calificación deficiente en el manejo de desechos hospitalarios

Conclusión

Recomendación: #3

Infraestructura inadecuada para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios

Conclusión

Recomendación: #4

Calidad regular del servicio que presta la entidad

Conclusión

Recomendación: #5

#### **Capítulo IV: Resultados Específicos**

La entidad no cuenta con el permiso para sobrepasar el 20% del personal contratado bajo LOSEP

Conclusión

Recomendación: #6

Espacio físico inadecuado

Conclusión

Recomendación: #7

Espacio reducido para almacenamiento de documentos de varios años

Conclusión

Recomendación: #8

Instalaciones eléctricas inadecuadas

Conclusión

Recomendación: #9

No se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso

Conclusión

Recomendación: #10

El personal no cuenta con los equipos e insumos necesarios para desempeñar sus funciones

Conclusión

Recomendación: #11

## ABREVIATURAS

COSO.....	Committee of Sponsoring Organization. (Gestión de Riesgo Empresarial – Marco Integrado)
ERM.....	Enterprise Risk Management (Administración de Riesgo Empresarial)
POA.....	Plan Operativo Anual
PAC.....	Plan Anual de Contratación
LOSEP.....	Ley Orgánica del Servicio Público
FODA.....	Fortaleza, oportunidades, debilidades, amenazas
MSP.....	Ministerio de Salud Pública
MRL.....	Ministerio de Relaciones Laborales
HVCM.....	Hospital Vicente Corral Moscoso
CGE.....	Contraloría General del Estado
UATH.....	Unidad de Admiración de Talento Humano

Cuenca, 31 de Diciembre de 2012

Oficio No. 1

**Sección:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**Asunto:** Convocatoria a conferencia final

Dr. Patricio Giovanni Gaón

**Director General**

De mis consideraciones

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 21 de su Reglamento, notifico a usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de Gestión, por el periodo comprendido entre el 01/01/2012 y el 31/12/2012, realizado mediante orden de trabajo No 1.

Dicho acto se llevara a cabo en el Hospital General Vicente Corral Moscoso el día 02 de Enero de 2013 a las 9h00 Am, en caso de no poder asistir personalmente, agradeceré notificar por escrito, indicando el nombre, apellido y cargo de la persona que lo hará en su representación.

Atentamente

**AUDITOR GENERAL**

Ing. Miguel Ángel Arpi

Cuenca, 31 de Diciembre de 2012

Oficio No. 2

**Sección:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**Asunto:** Convocatoria a conferencia final

Dr. Claudio Ortiz

**Jefe de Gestión de Talento Humano**

De mis consideraciones

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 21 de su Reglamento, notifico a usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de Gestión, por el periodo comprendido entre el 01/01/2012 y el 31/12/2012, realizado mediante orden de trabajo No 1.

Dicho acto se llevara a cabo en el Hospital General Vicente Corral Moscoso el día 02 de Enero de 2013 a las 9h00 Am, en caso de no poder asistir personalmente, agradeceré notificar por escrito, indicando el nombre, apellido y cargo de la persona que lo hará en su representación.

Atentamente

**AUDITOR GENERAL**

Ing. Miguel Ángel Arpi

Cuenca, 31 de Diciembre de 2012

Oficio No. 3

**Sección:** Hospital General Vicente Corral Moscoso

**Asunto:** Carta de Presentación del Informe

Dr. Patricio Giovanni Gaón

**Director General**

De mis consideraciones

Hemos efectuado la "Auditoria de Gestión a los Procesos de Gestión de Talento Humano del Hospital General Vicente Corral Moscoso en Cumplimiento a la LOSEP", por el periodo comprendido entre el 01-01-2012 y el 31-12-2012.

Nuestro examen se efectuó de acuerdo con las Normas Ecuatorianas de Auditoria Gubernamental emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado para obtener certeza razonable de que la información y la documentación examinada no contiene exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente que las operaciones a las cuales corresponden, se hayan ejecutado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, políticas y demás normas aplicables.

Debido a la naturaleza especial del examen, los resultados se encuentran expresados en los comentarios, conclusiones y recomendaciones, que constan en el presente informe.

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 92 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las recomendaciones deberán ser aplicadas de manera inmediata y con carácter de obligatorio.

Atentamente

**AUDITOR GENERAL**

Ing. Miguel Ángel Arpi

## Capítulo I

### Enfoque de la Auditoría

#### Motivo de la auditoría

El motivo por el cual se está realizando la Auditoría de Gestión en el Hospital General Vicente Corral Moscoso es para evaluar la gestión del proceso de contratación del personal de acuerdo al cumplimiento con la LOSEP; para ello se aplicaran las Normas de Auditoría de General Aceptación así como las normas internacionales.

#### Objetivo general

Asistir a los miembros del hospital principalmente a la alta dirección en el cumplimiento eficaz, eficiente y económico de sus responsabilidades de acuerdo al plan estratégico y cumplimiento de la LOSEP de la entidad.

#### Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de la LOSEP dentro de la organización.
- Determinar si los objetivos y metas propuestas han sido logradas.
- Conocimiento del plan estratégico de la entidad.
- Comprobar la eficacia y eficiencia del proceso.
- Conocer si existe un código de conducta basado en valores de ética.
- Conocer el grado de compromiso de la Dirección para con la Entidad
- Verificar el tratamiento de desechos hospitalarios

#### Alcance

La auditoría de Gestión al Hospital General Vicente Corral Moscoso se realizara al Proceso de Gestión de Talento Humano en el periodo comprendido, entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012 en razón de que se designaron nuevas autoridades para la administración y gobierno de la institución.

## Enfoque

La Auditoría de Gestión que se aplicara a la entidad será de forma parcial, la cual está enfocada a verificar y evaluar la gestión de la entidad, el cumplimiento de objetivos, metas, políticas y detectar aspectos positivos y negativos y emitir las debidas recomendaciones.

## Componentes y Subcomponentes

Después de haber realizado la visita al Hospital, se pudo observar que la mayor debilidad se encuentra en función del personal contratado, para ratificar esta razón se aplicó un control interno general, por tanto vamos a dar atención prioritaria; al componente que será objeto de análisis:

- **Componente:** Proceso de Gestión de Talento Humano
  - **Subcomponente:** Reclutamiento y Colocación del personal
    - **Inicio**
      - Requerimiento del Hospital
        - Necesidad del proceso
        - Informe de la necesidad
        - Aprobación del informe de requerimiento
      - Publicación en la prensa
      - Recepción de carpetas
      - Selección y análisis de carpetas
        - Comisión de análisis ( Un integrante de talento humano, Jefe del proceso del requerimiento y la Directora del Hospital)

- Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades
- Entrevistas
- Contratación y ubicación en el puesto de trabajo
  - Reunión de bienvenida
  - Comunicación de deberes y obligaciones
  - Capacitación del uso de equipos
  - Ubicación en el lugar de trabajo

## **Indicadores utilizados**

De acuerdo con los indicadores de gestión planteados en el memorándum de planificación, los cuales sirven de ayuda para la obtención de evidencias y determinar hallazgos que nos permitan emitir recomendaciones, siempre será de gran importancia desarrollar estos porque son una parte importante de una auditoria y más si se trata de una entidad pública, pero en esta ocasión no se podrán aplicar dichos indicadores debido a que el hospital no puede proporcionar la información adecuada porque no manejan estadísticamente los datos que se indican en las formulas, lo cual ha sido un inconveniente porque no podremos demostrar de manera global el desempeño del personal de la entidad, con indicadores como de ausentismo, índice de rotación del personal, indicador de capacitación, índice de participación de la contratación, empleados titulados, edad por género, entre otros.

Es por tal motivo que solamente se planteara los indicadores con el propósito de que el hospital a futuro los pueda incorporar y desarrollar de manera que estos sean una herramienta de ayuda para mejorar el funcionamiento de la entidad.

Cabe recalcar que el hospital no puede proporcionar esta información debido a que estos indicadores son de manera global, de lo contrario el hospital cuenta con indicadores de desempeño que miden el cumplimiento de manera individual las funciones del personal.

## Capítulo II

### Información de la entidad

#### Misión

Somos una entidad hospitalaria que se basa en las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de nuestros productos y servicios, para satisfacer las demandas del usuario/ a ciudadanos que es nuestra razón de ser.

#### Visión

Al 2013 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de la salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contrareferencia, sustentado en los principios generales del Sistema Nacional de Salud: Inclusión y Equidad Social, Bioética, enfoque de género, generacional, interculturalidad. Con calificada y reconocida acción de su talento humanos especializado y capacidad, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana.

#### Objetivos Estratégicos

- Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen las barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.
- Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de los principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.

- Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencia de enfermedad, maternidad.
- Promover procesos de formación continua del personal de salud.
- Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y postparto.
- Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico.
- Desarrollar y aplicar normas de bioseguridad.

### **Valores Corporativos**

- Responsabilidad social: esfuerzo institucional al servicio de la colectividad
- Comportamiento ético: respetando los derechos que asisten al paciente
- Solidaridad: brindar ayuda a las clases más vulnerables
- Universalidad: Atención a todos los usuarios sin distingo de raza, religión, sexo
- Calidez: buen trato en la prestación del servicio
- Compromiso: empoderamiento individual de la misión hospitalaria

### **Políticas**

- El enfoque basado en procesos fundamentara la gestión Hospitalaria
- El sistema informático integrado en red, respaldara los procesos de administración de la información institucional.
- La gestión hospitalaria se respaldara en la estructuración y acciones de los comités institucionales de: Bioseguridad, Riesgos de Trabajo, Bioética, Clínica VIH SIDA, Farmacología, Adquisiciones, Técnicas, Banco de Leche; entre otros.
- Participación social y veeduría ciudadana.
- Atención con calidad y calidez.

## Análisis FODA

### Factores Internos

#### FORTALEZAS

- Personal capacitado especializado.
- Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades.
- Infraestructura adecuada
- Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas
- Docencia hospitalaria
- Ubicación geográfica, vías de acceso y transporte
- Programas de Salud Pública de exclusividad
- Otras fuentes de ingreso: SOAT

#### DEBILIDADES

- Disminución de la carga horaria de profesionales y trabajadores
- Reducción de la capacidad Instalada
- Edad promedio del personal (55 a 70)
- Existen casos de maltrato al usuario
- Demanda insatisfecha en determinadas especializadas
- Parcial involucramiento del personal en los procesos de cambio
- Algunas obra de infraestructuras inconclusas
- Elevado ausentismo del personal por enfermedad
- Presupuesto histórico
- Aplicación parcial de protocolos
- Personal de salud inestable por contratos
- Cultura organizacional altamente conflictiva
- Poco empoderamiento en los roles de liderazgo
- Inexistencia de estudio real de costos de la cartera de servicios
- Convenio con universidades no actualizadas
- No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por procesos

## **OPORTUNIDADES**

- Preferencia del usuario de otras provincias
- Alianzas estratégicas con proveedores
- Convenios interinstitucionales
- Modelo piloto para determinados programas
- Realización de proyectos de investigación
- Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública
- Presentación de Proyectos Operativo a organismos internacionales

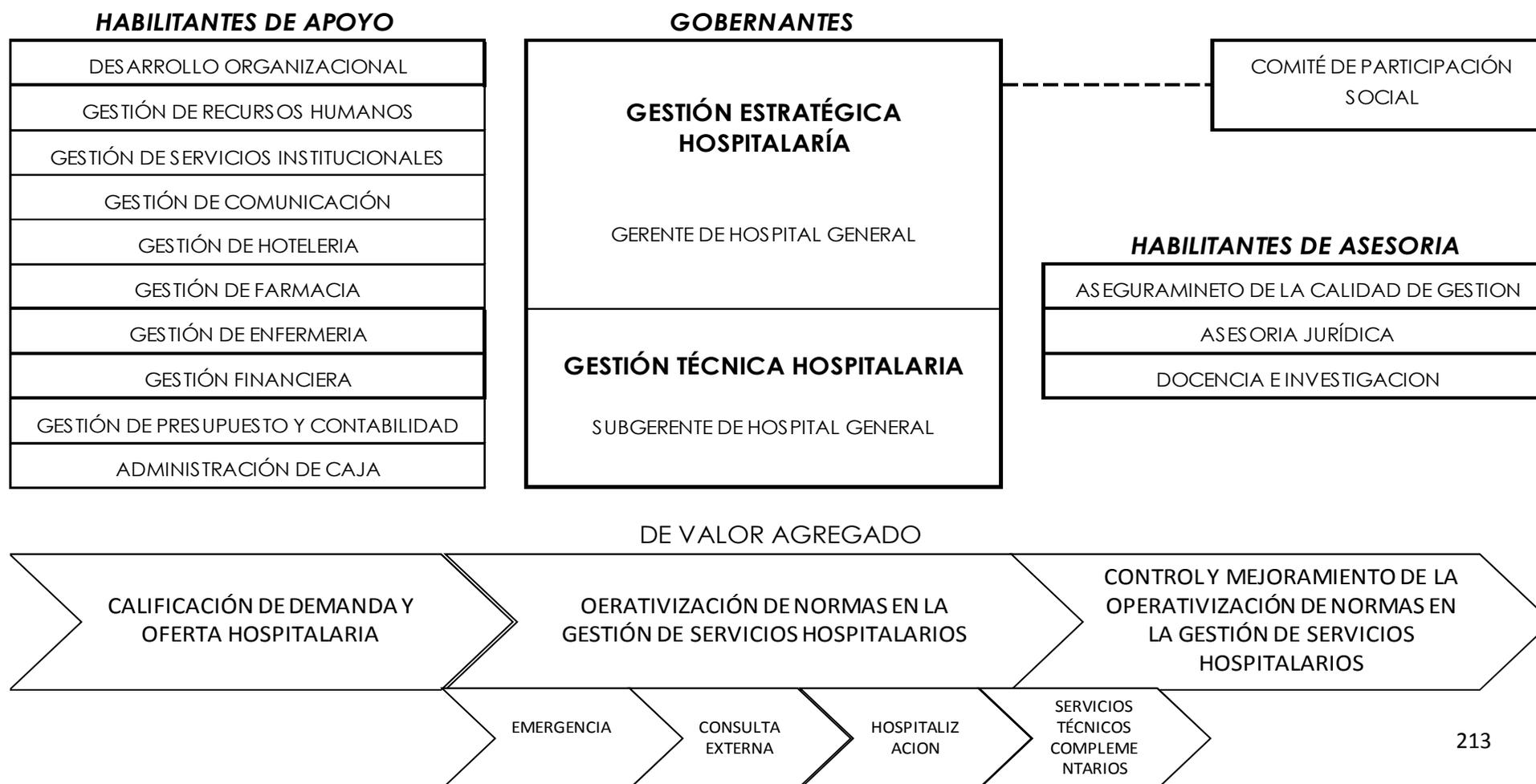
OPS-OMS

## **AMENAZAS**

- Capacidad resolutive rápida de las Instituciones privadas
- Centralización administrativa y financiera
- Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia provincial y nacional
- Entrega inoportuna de presupuesto para ejecutar los programas Sociales: SOAT
- El usuario no valora los servicios que brinda el hospital

### 1.3.8 Estructura Organización por Procesos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS  
HOSPITAL GENERAL



## Capítulo III

### Resultados Generales

#### **No se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad**

En base al cuestionario de control interno se determinó que en la entidad no se identifica con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad y en razón del análisis efectuado en la institución es importante que los niveles de autoridad sean identificados con claridad, es decir que todos los niveles deben estar organizados en orden jerárquicos, las causas principales pueden ser por los cambios constantes de autoridades, falta de comunicación al personal contratado del orden jerárquico de la entidad y por la magnitud de la organización, por lo que ocasionaría interpretaciones incorrectas sobre en qué nivel o en que puesto se encuentra cada empleado.

#### **Conclusión**

Si dentro de la entidad no se identifica los niveles de autoridad con claridad, el personal desconoce de su propio nivel jerárquico, además de desconocer el nivel jerárquico de sus compañeros.

#### **Recomendación: #1**

Al Director General: definir claramente los niveles de autoridad, de los diferentes procesos del hospital y comunicar a los empleados mediante correo electrónico.

#### **La entidad no cuenta con el Plan Estratégico exhibido en lugares visibles para dar a conocer a los empleados**

En base a la visita preliminar se determinó que la entidad no cuenta con un plan estratégico en lugares visibles y en toda entidad es importante que el personal, trabajadores, pacientes o terceros vean y conozcan el plan estratégico. Esto se da debido a que no existe un lugar adecuado para exhibir el plan estratégico, por cambios constantes de los directivos de la

entidad o por falta de interés por parte de la alta dirección; por lo que conlleva a un personal desinformado de lo que es y de lo que quiere llegar a ser la institución dentro del área de salud, por ende no existe un compromiso para alcanzar las metas y objetivos.

### **Conclusión**

La entidad no cuenta con un lugar apropiado para la exhibición del plan estratégico, por lo que existe un personal desinformado de los objetivos que persigue el hospital.

### **Recomendación: #2**

Al Director General: exhibir en lugares visibles el plan estratégico, y conversar con el centro de cómputo para poner como fondo de pantalla de cada uno de los computadores del personal con el fin de que conozcan y se familiaricen con lo que persigue la institución.

### **Calificación deficiente en el manejo de desechos hospitalarios**

En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad al momento de la evaluación Interna utilizado los parámetros de MSP sobre el manejo de desechos hospitalarios obtuvo una calificación del 40% y se ubica en la categoría D (deficiente) y de acuerdo al Reglamento para el "Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador, Capítulo III: Del Nivel de Cumplimiento" "Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizara mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:"

Categoría	Denominación	Porcentaje
A	Adecuada	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%

Esto se pudo dar por falta de interés de la máxima autoridad en capacitar a los empleados y trabajadores, porque el personal no conoce sobre el manejo de los desechos hospitalarios y por la falta de ética profesional lo que conlleva a que la entidad haya obtenido una calificación insatisfactoria en cuanto a manejo de los desechos.

Si la entidad no mejora rápidamente este aspecto, y si el MSP hace la evaluación respectiva en el cual se obtenga una calificación igual o inferior al 40%, el hospital no podrá renovar su permiso de funcionamiento y se verá en la obligación de cerrar sus instalaciones.

### **Conclusión**

Luego de la entrevista realiza se concluye que el hospital tiene una calificación deficiente en cuanto al manejo de desechos hospitalario, lo que ocasionaría el cierre de la entidad a menos de que se corrigiere a tiempo.

### **Recomendación: #3**

Al Director General y al Jefe de Bienes Públicos se recomienda que capaciten y concienticen mediante charlas con profesionales del área al personal de la entidad de cómo se debe de manejar los desechos que produce la institución, además de entregar los recipientes apropiados, con los respectivos rótulos para cada área.

### **Infraestructura inadecuada para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios**

En base a la entrevista realizada al Lcdo. Edgar Farfán Jefe de Bienes Públicos se determinó que la entidad no cuenta con una infraestructura adecuada para el almacenamiento secundario de los desechos hospitalarios y de acuerdo al Reglamento de "Manejo de Desechos Sólidos en los establecimientos de salud de la República del Ecuador", "Art 21, establece que todas las áreas de almacenamiento secundario y terciario

deberán de tener buena iluminación y ventilación, pisos y paredes lisas, instalaciones de agua fría y caliente para llevar a cabo operaciones de limpieza diaria; un desagüe apropiado para un drenaje fluido. La puerta deberá permanecer cerrada bajo llave, para garantizar la protección e integridad de los recipientes y el acceso exclusivo del personal autorizado."

Esto se debe que al momento de la construcción del hospital no se realizó una planificación para el almacenamiento secundario de desechos por lo que el espacio es reducido, además no cuenta las instalaciones necesarias y el lugar ya no se encuentra en buenas condiciones para almacenar los desechos.

### **Conclusión**

La entidad mantiene una infraestructura inadecuada para almacenamiento secundario de desechos, razón por la cual debe ser analizada para su remodelación apropiada.

### **Recomendación: #4**

Al Director General y al Jefe de Bienes Públicos: realizar un estudio de la infraestructura con la finalidad de establecer un espacio adecuado en cada piso del hospital para el almacenamiento secundario, además de adecuarlo según lo estipula la ley y verificar que se realice un mantenimiento constante a estas instalaciones para evitar cualquier inconveniente a futuro.

### **Calidad regular del servicio que presta la entidad**

En base a las encuestas realizadas a los pacientes del hospital, se determinó que la calidad del servicio que presta el hospital es regular y de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud "Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y

eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético", esto se pueda dar porque los equipos se encuentran en mal estado, por la falta de medicamentos y por el incremento de la demanda poblacional, lo cual conlleva a pérdida de vidas humanas.

### **Conclusión**

A razón del análisis efectuado se concluye que los servicios prestados por la entidad son regulares debido a que ciertos equipos se encuentran obsoletos o en mantenimiento.

### **Recomendación: #5**

Al Director General: hacer evaluaciones periódicas mediante encuestas a los pacientes con el propósito de verificar la calidad del servicio y tomar las medidas correctivas necesarias.

Cabe indicar que de acuerdo a la ayuda prestada por nosotros en la realización de encuestas a los pacientes del hospital se pudo comprobar que la calidad de servicio es regular debido a que los equipos no se encuentran en buen estado, además a que no existe la partida presupuestaria para el mantenimiento de los mismos. También se observó que la entidad no cuenta con los medicamentos necesarios.

## **Capitulo IV**

### **Resultados Específicos**

#### **La entidad no cuenta con el permiso para sobrepasar el 20% del personal contratado bajo LOSEP**

En base al análisis realizado a la LOSEP se determinó que la entidad sobrepasa el 20% de la totalidad del personal contratado bajo LOSEP y no cuenta con la respectiva autorización del MRL y de acuerdo al Art. 58.- de la LOSEP **De los contratos de servicios ocasionales.- párrafo dos establece que:** La contratación de personal ocasional no podrá sobrepasar el veinte

por ciento de la totalidad del personal de la entidad contratante; en caso de que se superare dicho porcentaje deberá contarse con la autorización previa del Ministerio de Relaciones Laborales, la causa por lo que la entidad ha excedido dicho porcentaje es por las necesidades institucionales lo que conlleva a que la entidad estaría sujeta a sanciones por parte del Ministerio de Relaciones Laborales, porque no cumple con el debido proceso, para sobrepasar el 20% de contratación del personal bajo LOSEP.

### **Conclusión**

Debido a la necesidad institucional, la entidad sobrepasa el porcentaje permitido de contratación de personal bajo LOSEP, el mismo que se encuentra en discusión con las autoridades pertinentes.

### **Recomendación: #6**

Al Director General y Jefe de Recursos Humanos se recomienda comunicar al MRL que la entidad sobrepasó el 20% de la contratación bajo LOSEP con los datos correspondientes de la no observancia del Art. 58 de la misma, además solicitar un tiempo prudente para gestionar el permiso correspondiente, y la institución debería de tratar de enmarcarse en el 20% esto se puede realizar mediante la revisión de los contratos que estas próximos a terminarse para evitar cualquier inconveniente a futuro.

### **Espacio físico inadecuado**

En base a la técnica ocular de observación se determinó que el espacio físico no es adecuado para el desarrollo de las actividades y a razón lógica el espacio físico en el que labora el personal debe ser adecuado para potenciar la capacidad del capital humano y se debe considerar aspectos como: una adecuada distribución del espacio físico para facilitar la circulación de las personas, la realización del trabajo y supervisión.

Esto se puede dar por una mala distribución de espacios para los diferentes procesos y por el incremento de personal, lo que ocasiona incomodidad

para el desempeño de las actividades, stress y malestar al personal y por ende el nivel de productividad no es óptimo.

### **Conclusión**

El personal de la unidad de talento humano se encuentra incomodo en el desempeño de sus funciones debido a que no cuentan con el espacio físico suficiente.

### **Recomendación: #7**

Al Jefe de Gestión de Talento Humano: enviar una solicitud al Director General para reubicación de la locación del personal del proceso de Talento Humano.

### **Espacio reducido para almacenamiento de documentos de varios años**

En base a la observación se determinó que el proceso no cuenta con el espacio adecuado para almacenamiento de documentos y de acuerdo al examen efectuado se determinó que la entidad no cuenta con un archivo central para almacenar documentación que se encuentra en estado pasivo por lo que mantienen en lugar reducido toda esta documentación esto se debe por la omisión en la planificación al hacer la distribución de espacios y no prever que se necesitaría un archivo central lo que conlleva a una acumulación de documentos y requerimiento de mayor espacio físico.

### **Conclusión**

Debido a la infraestructura que mantiene el hospital desde su construcción, no se ha planificado un espacio para un archivo central en el cual se almacene toda esta documentación.

### **Recomendación: #8**

Al Director General y al Jefe de Talento Humano: establecer un lugar adecuado para ubicar un archivo central para almacenar la documentación que se encuentra en estado pasivo.

### **Instalaciones eléctricas inadecuadas**

En base a la visita preliminar, se determinó que el proceso de Gestión de Talento Humano no cuenta con instalaciones eléctricas adecuadas y de acuerdo al criterio del auditor, es importante que el proceso cuente con instalaciones eléctricas apropiadas, con el fin de proteger la integridad física tanto de las personas como de los equipos de computación, esto se da por la mala distribución del cableado y equipos de computación, por el espacio físico reducido o por la falta de canaletas y protección de cables, lo cual puede ocasionar cortos circuitos, accidentes del personal y pérdida de información y daño de equipos.

### **Conclusión**

El proceso de talento humano no cuenta con instalaciones eléctricas apropiadas debido a la mala distribución de los puestos de trabajo por lo que no existe un cableado adecuado para los equipos informáticos.

### **Recomendación: #9**

Al Jefe de Gestión Talento Humano: realizar las debidas instalaciones y distribución del cableado, usando canaletas o protecciones que garanticen la seguridad del personal y de los equipos de computación.

### **No se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso**

En base a las encuestas realizadas al personal de Talento Humano, se determinó que el personal no es el suficiente para realizar las labores del proceso, se quiere contratar un Abogado y Una Trabajadora Social y a razón del análisis efectuado, es importante que la entidad cuente con el personal suficiente para desempeñar las funciones del proceso, con el fin de evitar la sobrecarga de actividades para el personal, esto se da por la falta de recursos económicos para la contratación de nuevo personal, por la omisión en la realización del POA, lo cual conlleva a la sobrecarga de actividades para el personal, stress y mal desempeño del mismo.

## **Conclusión**

El proceso de talento humano requiere contratar personal adicional para cubrir puestos que se encuentran vacantes, además de evitar la sobrecarga de actividades al personal actual.

### **Recomendación: # 10**

Al Jefe de Gestión Talento Humano: incluir dentro del POA la contratación de nuevo personal para el proceso, además de realizar una evaluación para comprobar si es necesario incluir nuevo personal para el proceso.

### **El personal no cuenta con los equipos e insumos necesarios para desempeñar sus funciones**

## **Conclusión**

En base a las encuestas realizadas al personal del proceso de Talento Humano, se determinó que el personal no cuenta con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus actividades y a razón del análisis efectuado es importante que el personal de la entidad cuente con los equipos y materiales necesarios para la realización de sus labores, esto se debe a la omisión en la realización del PAC, a la falta de recursos económicos para la compra de equipos e insumos, lo cual conlleva al mal desempeño del personal y a la demora con la realización de actividades.

## **Conclusión**

El personal de la unidad de talento humano no dispone de las herramientas e insumos necesarios para el desarrollo de sus actividades, por lo que existe incomodidad al tener que usar entre todos, la misma herramienta.

### **Recomendación: #11**

Al Jefe de Gestión Talento Humano: incluir dentro del PAC los equipos y materiales necesarios para el personal.

Cabe mencionar en este caso que en el transcurso del análisis se efectuaron ciertos cambios en cuanto al mobiliario del proceso de Talento Humano.

### 3.5 Fase V: Seguimiento y Monitoreo

#### 3.5.1. Cronograma de Cumplimiento de Recomendaciones

No.	CARGOS/RECOMENDACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
	<b>Al Director General:</b>													
1	Definir claramente los niveles de autoridad, de los diferentes procesos del hospital y comunicar a los empleados mediante correo electrónico.													
2	Exhibir en lugares visibles el plan estratégico, y conversar con el centro de cómputo para poner como fondo de pantalla de cada uno de los computadores del personal con el fin de que conozcan y se familiaricen con lo que persigue la institución.													
3	Se recomienda que capaciten y concienticen mediante charlas con profesionales del área al personal de la entidad de cómo se debe manejar los desechos que produce la institución, además de entregar los recipientes apropiados, con los respectivos rótulos para cada área.													

No.	CARGOS/RECOMENDACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
	<b>Al Director General:</b>													
4	Realizar un estudio de la infraestructura con la finalidad de establecer un espacio adecuado en cada piso del hospital para el almacenamiento secundario, de adecuarlo a lo estipula la ley y verificar que se realice un mantenimiento constante a estas instalaciones para evitar cualquier inconveniente a futuro.													
5	Hacer evaluaciones periódicas mediante encuestas a los pacientes con el propósito de verificar la calidad del servicio y tomar las medidas correctivas necesarias.													

No.	CARGOS/RECOMENDACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
	<b>Al Director General:</b>													
6	Se recomienda comunicar al MRL que la entidad sobrepasó el 20% de la contratación bajo LOSEP, además solicitar un tiempo prudente para gestionar el permiso correspondiente, y la institución debería de tratar de enmarcarse en el 20% esto se puede realizar mediante la revisión de los contratos que estas próximos a terminarse para evitar cualquier inconveniente a futuro													
7	Enviar una solicitud al Director General para reubicación de la locación del personal del proceso de Talento Humano.													
8	Establecer un lugar adecuado para ubicar un archivo central para almacenar la documentación que se encuentra en estado pasivo.													

No.	CARGOS/RECOMENDACIONES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLES
	<b>Al Director General:</b>													
9	Realizar las debidas instalaciones y distribución del cableado, usando canaletas o protecciones que garanticen la seguridad del personal y de los equipos de computación.													
10	Incluir dentro del PAC los equipos y materiales necesarios para el personal. Cabe mencionar en este caso que en el transcurso del análisis se efectuaron ciertos cambios en cuanto al mobiliario del proceso de Talento Humano.													
11	Incluir dentro del PAC los equipos y materiales necesarios para el personal. Cabe mencionar en este caso que en el transcurso del análisis se efectuaron ciertos cambios en cuanto al mobiliario del proceso de Talento Humano.													

## Capítulo IV

### 4.1. Conclusiones y recomendaciones

Al culminar este trabajo podemos observar que esta auditoria es de gran importancia porque logramos poner en práctica nuestros conocimientos adquiridos durante nuestra vida universitaria, por lo que nuestra conclusión es que este trabajo será un insumo de gran ayuda para el hospital porque el Director General podrá observar todas las recomendaciones que hemos efectuado y así tendrá una alternativa para tomar decisiones que puedan mejorar el funcionamiento del hospital.

También podemos concluir que toda la información proporcionada por el hospital es fidedigna, además de que la información siempre se encontró a disposición de nosotros y el personal de la entidad nos brindó toda la ayuda necesaria para el desarrollo del trabajo con el fin de proporcionar datos reales.

Para finalizar este trabajo de auditoria es una experiencia porque nos acerca a la realidad de la vida profesional, a que nos enfrentamos en el momento que seamos profesionales, además de que se pudo observar que la teoría que se aprende en la universidad se la utiliza en la práctica aunque con ciertas diferencias dependiendo de la entidad que se examine.

## 4.2. Bibliografía

### Normativa y Reglamentos

- Contraloría General del Estado, Manual de Auditoria de Gestión
- Manual Especifico de Auditoria de Gestión, Eco, Cubero Teodoro
- Acuerdo N° 39-CG, Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos, Normas Generales 100-01 al 100-04
- Ley Orgánica del Servicio Público –LOSEP
- Manual de Señalética del MSP
- Reglamento para el manejo adecuado de los desechos infecciosos generados en las instituciones de Salud en el Ecuador – Registro Oficial N° - 338

### Vínculos de Internet

- Estructura por procesos del Hospital  
[http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura\\_procesos.pdf](http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/estructura_procesos.pdf)
- Control Interno  
[http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM\\_2005.PDF](http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM_2005.PDF)  
[http://actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/Nasaudit-COSO II Enterprise Risk Management Primera Parte.pdf](http://actualicese.com/Blogs/DeNuestrosUsuarios/Nasaudit-COSO_II_Enterprise_Risk_Management_Primer_Parte.pdf)
- Ley de Derechos y Amparo al Paciente  
<http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/LEY-DE-DERECHOS-Y6-AMPARO-AL-PACIENTE.pdf>
- Bioseguridad – Desechos Hospitalarios  
<http://www.cuenca.gov.ec/?q=node/10755>

## ANEXO 1.- FODA Ponderado

ANALISIS FODA PONDERADO				
Factores Internos	Tipo Factor	% Ponderación	Calificación	Calificación Ponderada
1. Personal capacitado especializado	Fortaleza	12%	4	0,48
2. Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades	Fortaleza	11%	4	0,44
3. Infraestructura adecuada	Fortaleza	10%	4	0,4
4. Centro de referencia pública y privada con atención de 24 horas	Fortaleza	9%	3	0,27
5. Docencia hospitalaria	Fortaleza	5%	3	0,15
6. Ubicación geográfica, vías de acceso y transporte	Fortaleza	5%	4	0,2
7. Programas de Salud Pública de exclusividad	Fortaleza	6%	4	0,24
8. Otras fuentes de ingreso: SOAT	Fortaleza	2%	3	0,06
1. Disminución de la carga horaria de profesionales y trabajadores	Debilidad	1%	2	0,02
2. Reducción de la capacidad Instalada	Debilidad	3%	1	0,03
3. Edad promedio del personal (55 a 70)	Debilidad	2%	2	0,04
4. Existen casos de maltrato al usuario	Debilidad	3%	1	0,03
5. Demanda insatisfecha en determinadas especializadas	Debilidad	5%	1	0,05
6. Parcial involucramiento del personal en los procesos de cambio	Debilidad	2%	2	0,04

8. Elevado ausentismo del personal por enfermedad	Debilidad	3%	1	0,03
9. Presupuesto histórico	Debilidad	3%	1	0,03
10. Aplicación parcial de protocolos	Debilidad	1%	1	0,01
11. Personal de salud inestable por contratos	Debilidad	3%	2	0,06
12. Cultura organizacional altamente conflictiva	Debilidad	3%	1	0,03
13. Poco empoderamiento en los roles de liderazgo	Debilidad	2%	2	0,04
14. Inexistencia de estudio real de costos de la cartera de servicios	Debilidad	2%	2	0,04
15. Convenio con universidades no actualizadas	Debilidad	1%	1	0,01
16. No existe reglamentación interna para aplicar la Estructura por procesos	Debilidad	3%	1	0,03
	$\Sigma$	100%		2,79

Supera el margen mínimo de seguridad (2,5) ya que se obtuvo 2,79 lo que nos indica que existe más Fortalezas que Debilidades.

### **Conclusión:**

Como una de sus mayores fortalezas se encuentra el personal capacitado especializado, siendo este un factor muy importante debido que tratan con vidas humanas, de igual manera otro factor a considerar es que el hospital cuenta con una infraestructura adecuada, así como también de contar con programas de salud pública de exclusividad.

En cuanto a sus debilidades vemos que la entidad debe tomar correctivos para cubrir la demanda insatisfecha en determinadas especialidades, además se debe establecer una reglamentación interna para aplicar la estructura por procesos, de igual forma se debe considerar los casos de maltrato al usuario.

<b>ANALISIS FODA PONDERADO</b>				
<b>Factores Externos</b>	<b>Tipo Factor</b>	<b>% Ponderación</b>	<b>Calificación</b>	<b>Calificación Ponderada</b>
1. Preferencia del usuario de otras provincias	Oportunidad	5%	3	0,15
2. Alianzas estratégicas con proveedores	Oportunidad	15%	4	0,6
3. Convenios interinstitucionales	Oportunidad	9%	4	0,36
4. Modelo piloto para determinados programas	Oportunidad	6%	3	0,18
5. Realización de proyectos de investigación	Oportunidad	5%	4	0,2
6. Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública	Oportunidad	18%	4	0,72
7. Presentación de Proyectos Operativo a organismos internacionales OPS-OMS	Oportunidad	12%	4	0,48
1. Capacidad resolutive rápida de las Instituciones privadas	Amenaza	3%	1	0,03
2. Centralización administrativa y financiera	Amenaza	9%	1	0,09
3. Funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia provincial y nacional	Amenaza	8%	1	0,08
4. Entrega inoportuna de presupuesto para ejecutar los programas Sociales: SOAT	Amenaza	3%	1	0,03
5. El usuario no valora los servicios que brinda el hospital	Amenaza	7%	1	0,07
	$\Sigma$	100%		2,99

Supera el margen de seguridad (2,5) ya que se obtuvo 2,99 lo que nos indica que existen más Oportunidades que Amenazas.

Conclusión:

Como resultado del análisis obtenido se considera una oportunidad importante a las políticas de salud nacional que apoyan a la salud pública, así también como contar con alianzas estratégicas con proveedores y presentar proyectos operativos a organismos internacionales OPS – OMS.

En cuanto a sus amenazas se observa que la entidad mantiene una centralización administrativa y financiera, de igual forma existe un funcionamiento inadecuado del sistema de referencia y Contrarreferencia provincial y nacional, y por otra parte siendo una amenaza considerable el usuario no valora los servicios que brinda el hospital.

## ANEXO 2.- Manual de Referencia COSO

### HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

MANUAL DE REFERENCIA COSO			
PROCESOS	TIPO OBJETIVO	RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requerimiento del Hospital</b></li> <li>○ Necesidad del proceso</li> <li>○ Informe de la necesidad</li> <li>○ Aprobación del informe de requerimiento</li> </ul>	<p>Operacional</p> <p>Operacional</p> <p>Administrativo</p>	<p>Necesidad no requerida</p> <p>Error de redacción</p> <p>Demora en la aprobación</p>	<p>Verificar que el personal este distribuido de acuerdo a las necesidades del proceso</p> <p>Revisión previa antes de enviar a la Dirección General</p> <p>Revisión constante del director de los informes recibidos</p>

MANUAL DE REFERENCIA COSO			
PROCESOS	TIPO OBJETIVO	RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación en la prensa</li> </ul>	Administrativo	Mala digitación	Delegar a una persona para que encargue de enviar la publicación por escrito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de carpetas</li> </ul>	Administrativo	Extravió de carpetas porque reciben varias personas las mismas	Delegar a una sola persona para la recepción de carpetas

MANUAL DE REFERENCIA COSO			
PROCESOS	TIPO OBJETIVO	RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Selección y análisis de carpetas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Comisión de análisis</li> <li>o Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades</li> </ul> </li> </ul>	Administrativo	Mala selección por la falta de integrantes de la comisión	Comunicar mediante memos de manera oportuna la reunión
	Operacional	Falsificación de la información de los aspirantes	Revisión exhaustivo de la información de los aspirantes

MANUAL DE REFERENCIA COSO			
PROCESOS	TIPO OBJETIVO	RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas</li> </ul>	Administrativ <ul style="list-style-type: none"> <li>o</li> </ul>	Impuntualidad en la hora de la entrevista	Determinar un día y hora adecuada para las entrevistas a los aspirantes

MANUAL DE REFERENCIA COSO			
PROCESOS	TIPO OBJETIVO	RIESGOS	ACTIVIDADES DE CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contratación y ubicación en el puesto de trabajo</b></li> <li>o Reunión de bienvenida</li> <li>o Comunicación de deberes y obligaciones</li> <li>o Capacitación del uso de equipos</li> <li>o Ubicación en el lugar de trabajo</li> </ul>	Operacional  Operacional  Operacional  Operacional	Mala comunicación  Mala enseñanza  Laborar	Entregar por escritos la información pertinente  Capacitación y entrega de manuales de los equipos  Emanación de olores, filtraciones

## MATRIZ DE PONDERACIÓN PROCESO DE TALENTO HUMANO

PROCESO/ CONTROLES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
o Necesidad del proceso	10	9
o Informe de la necesidad	10	8
o Aprobación del informe de requerimiento	10	9
o Publicación en la prensa	10	9
o Recepción de carpetas	10	8
o Comisión de análisis	10	9
o Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades	10	10
o Entrevistas	10	8
o Reunión de bienvenida	10	7
o Comunicación de deberes y obligaciones	10	8
o Capacitación del uso de equipos	10	9
o Ubicación en el lugar de trabajo	10	7
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>101</b>

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\text{Calificación}}{\text{Ponderación}} * 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{101}{120} * 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = 84,17 \quad \%$$

La entidad se encuentra en un riesgo bajo, con una confianza alta

		RIESGO			
ALTO		MODERADO		BAJO	
15%	50%	51%	75%	76%	95%
BAJO		MEDIO		ALTO	
CONFianza					

## ANEXO 3.-Modelo de encuestas aplicadas

### UNIVERSIDAD DEL AZUAY HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

El objetivo de la presente encuesta es conocer el grado de satisfacción de los servicios que brinda la entidad a sus pacientes. Le agradeceremos brindarnos un minuto de su tiempo.

Marque su respuesta con una x

**1. ¿Cómo considera usted la atención que brindan los servidores públicos?**

Excelente \_\_\_\_\_  
Bueno \_\_\_\_\_  
Regular \_\_\_\_\_  
Malo \_\_\_\_\_

**2. Califique la calidad del servicio que prestan en un rango del 1 al 5 (considerando que 1 es la calificación más baja y 5 la más alta).**

5 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
1 \_\_\_\_\_

**3. ¿Considera usted que el espacio físico es el adecuado para la atención?**

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

**4. ¿Considera usted que el personal de la entidad está capacitada para brindar el servicio?**

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

**5. ¿El tiempo para obtener su trámite fue el adecuado?**

Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

**6. ¿Las áreas de espera, baños, consultorios y quirófanos se encuentran en buen estado?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**7. ¿Cuáles de los siguientes aspectos usted considera que puedan ser mejorados?**

Calidad de servicio \_\_\_\_\_

Trato del personal \_\_\_\_\_

Espacio Físico \_\_\_\_\_

Ninguno \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

El objetivo de la presente encuesta es conocer información relacionada a Servidores Públicos del Proceso de Talento Humano en el ambiente de trabajo. Le agradeceremos brindarnos un minuto de su tiempo.

Marque su respuesta con una x

**1. ¿Al momento de su contratación le informaron las funciones a desempeñar?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**2. ¿Conoce usted el plan estratégico de la entidad (misión, visión, objetivos, estrategias)?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

O SOLO PARTE \_\_\_\_\_

**3. ¿Conoce usted sus derechos y obligaciones dentro de la entidad?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

O SOLO PARTE \_\_\_\_\_

**4. ¿Se cuenta con el personal suficiente para realizar las labores en el proceso?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuenta usted con los equipos e insumos necesarios para la realización de sus labores?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**6. ¿El espacio físico es el adecuado para el desarrollo de sus labores?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**7. ¿Existe buena comunicación entre jefes y subordinados?**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

MÁS O MENOS \_\_\_\_\_

**8. ¿La comunicación con el personal es de forma?**

VERBAL \_\_\_\_\_

ESCRITA \_\_\_\_\_

DIGITAL \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## ANEXO 4.- Evaluación específica hojas complementarias UATH

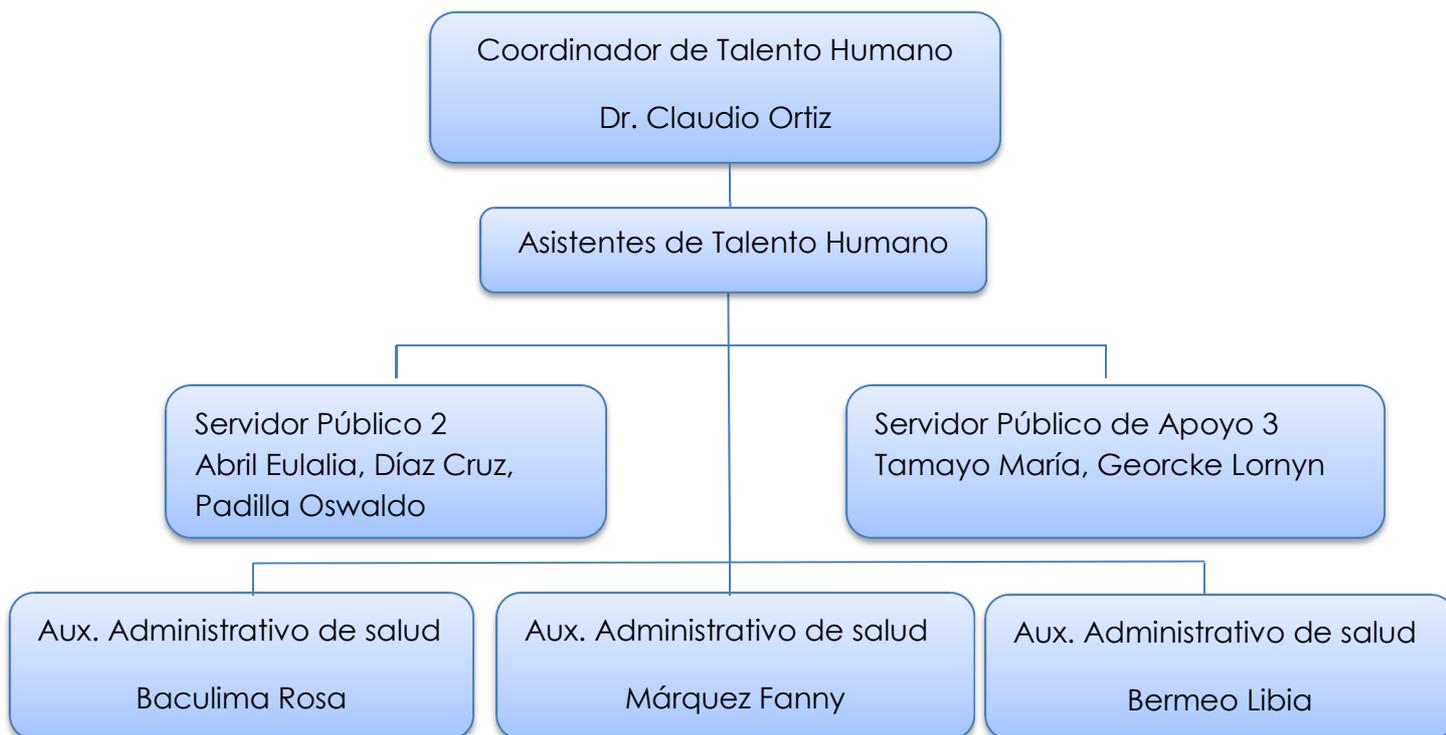
### Evaluación Específica de Control Interno Cuestionario de Talento Humano

#### PREGUNTA 2.

**¿El Reglamento Orgánico-Funcional vigente, define claramente la estructura organizativa de la unidad?**

Lo que define el reglamento Orgánico Funcional vigente son las obligaciones y derechos de los trabajadores, además las personas que laboran en la entidad están regidas bajo la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP) y reglamentos como es el Código de trabajo

**¿Cuál es la estructura organizativa de la Unidad de Recursos Humanos?**



## ¿Cuál es la misión, objetivos y estrategias de la unidad?

**Misión.-** Administrar y gestionar los recursos humanos, con sujeción a la Ley Orgánica del Líder Civil y Carrera Administrativa y sus reglamentos, al Código de Trabajo, Código de Procedimiento Civil, Acuerdos, Normas y procedimientos legales y a lo establecido en el presente manual.

Es la instancia con responsabilidad primaria en materia de administración y gestión de Recursos Humanos a nivel de la unidad operativa

Las competencias del Área de Recursos Humanos pueden dividirse las siguientes áreas:

- **Administración** propiamente dicha, que mantiene el control normativo de la planta de personal de manera de cumplir y hacer cumplir las previsiones contenidas en las normas vigentes
- **Desarrollo y gestión** de los recursos humanos del hospital, es decir la definición de planes de capacitación generales y específicos, análisis de potencial y desarrollo de aptitudes y actitudes en los agentes del establecimientos de acuerdo a las pautas establecidas en la legislación vigente, reglamentos y pautas técnicas de los entes rectores centralizados

Como sistema abierto, el Área de Recursos Humanos es responsable de mantener una conexión permanente con el contexto, desarrollando y adaptando los subsistemas que la componen a los cambios y necesidades de la organización y el medio. Esta visión adquiere mayor importancia dado el proceso de cambio en el que está inserta la organización y los sistemas de gestión.

Además el Área de Recursos Humanos, debe intervenir activamente en la aplicación de normas de Higiene y Seguridad Laboral.

Así mismo resulta imprescindible que el sector asuma un rol preponderante en las relaciones con el personal y en las comunicaciones internas.

## Las funciones actuales de la unidad de recursos humanos

Las funciones del proceso de Talento Humano son:

- a) Cumplir y hacer cumplir la presente ley, su reglamento general y las resoluciones del Ministerio de Relaciones Laborales, en el ámbito de su competencia;
- b) Elaborar los proyectos de estatuto, normativa interna, manuales e indicadores de gestión del talento humano;
- c) Elaborar el reglamento interno de administración del talento humano, con sujeción a las normas técnicas del Ministerio de Relaciones Laborales;
- d) Elaborar y aplicar los manuales de descripción, valoración y clasificación de puestos institucionales, con enfoque en la gestión competencias laborales;
- e) Administrar el Sistema Integrado de Desarrollo Institucional, Talento Humano y Remuneraciones;
- f) Realizar bajo su responsabilidad los procesos de movimientos de personal y aplicar el régimen disciplinario, con sujeción a esta ley, su reglamento general, normas conexas y resoluciones emitidas por el Ministerio de Relaciones Laborales;
- g) Mantener actualizado y aplicar obligatoriamente el Sistema Informático Integrado del Talento Humano y Remuneraciones elaborado por el Ministerio de Relaciones Laborales;
- h) Estructurar la planificación anual del talento humano institucional, sobre la base de las normas técnicas emitidas por el Ministerio de Relaciones Laborales en el ámbito de su competencia;
- i) Aplicar las normas técnicas emitidas por el Ministerio de Relaciones Laborales, sobre selección de personal, capacitación y desarrollo profesional con sustento en el Estatuto, Manual de Procesos de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Genérico e Institucional;
- j) Realizar la evaluación del desempeño una vez al año, considerando la naturaleza institucional y el servicio que prestan las servidoras y servidores a los usuarios externos e internos;

- k) Asesorar y prevenir sobre la correcta aplicación de esta Ley, su Reglamento General y las normas emitidas por el Ministerio de Relaciones Laborales a las servidoras y servidores públicos de la institución;
- l) Cumplir las funciones que esta ley dispone y aquellas que le fueren delegadas por el Ministerio de Relaciones Laborales;
- m) Poner en conocimiento del Ministerio de Relaciones Laborales, los casos de incumplimiento de esta Ley, su reglamento y normas conexas, por parte de las autoridades, servidoras y servidores de la institución. En el caso de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, sus entidades y regímenes descentralizados, las respectivas Unidades de Administración del Talento Humano, reportarán el incumplimiento a la Contraloría General del Estado;
- n) Participar en equipos de trabajo para la preparación de planes, programas y proyectos institucionales como responsable del desarrollo institucional, talento humano y remuneraciones;
- o) Aplicar el subsistema de selección de personal para los concursos de méritos y oposición, de conformidad con la norma que expida el Ministerio de Relaciones Laborales;
- p) Receptar las quejas y denuncias realizadas por la ciudadanía en contra de servidores públicos, elevar un informe a la autoridad nominadora y realizar el seguimiento oportuno;
- q) Coordinar anualmente la capacitación de las y los servidores con la Red de Formación y Capacitación Continuas del Servicio Público; y,
- r) Las demás establecidas en la ley, su reglamento y el
- s) ordenamiento jurídico vigente.

**DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE PUESTOS**

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PUESTO		4. RELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	5. INSTRUCCIÓN FORMAL REQUERIDA	
<b>Código:</b>	0.00.00.3.01.01.20.0	<b>INTERFAZ</b>  Personal de la Institución, Máxima Autoridad, SENRES, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Economía y Finanzas, y otras instituciones públicas y privadas.	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Superior
<b>Denominación:</b>	Director de Recursos Humanos		<b>Título Requerido:</b>	Ingeniería / Doctorado, Post- Grado
<b>Nivel:</b>	Directivo			<b>Area de Conocimiento:</b>
<b>Unidad o Proceso:</b>	Administración de Recursos Humanos			
<b>Rol:</b>	Dirección de Unidad / Proceso			
<b>Grupo Ocupacional:</b>				
<b>Nivel de Aplicación:</b>	Ámbito Nacional			
2. MISION		6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA		
Planificar, dirigir y controlar la ejecución de actividades técnicas de administración de recursos humanos.		<b>Tiempo de Experiencia:</b>	10 años o más	
		<b>Especificidad de la experiencia:</b>	Planificación estratégica. Diseño de procesos y estructuras organizacionales. Gestión de recursos humanos por competencias. Manejo de recursos organizacionales. Liderazgo y trabajo en equipo. Dirección y control de procesos de recursos humanos.	
3. ACTIVIDADES ESENCIALES		7. CONOCIMIENTOS		8. DESTREZAS
Dirige y evalúa la gestión de la Unidad de Administración Recursos Humanos, con el propósito de implementar acciones de desarrollo.		Control y evaluación de procesos de desarrollo institucional y recursos humanos		Desarrollo estratégico de los recursos humanos
Asesora a los servidores y autoridades de la institución en la gestión del desarrollo institucional y recursos humanos.		Planificación estratégica, producto, servicios, procesos, recursos humanos y clientes organizacionales.		Orientación y asesoramiento
Aprueba planes de mejoramiento y otros, referentes a la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Formulación de planes operativos y de contingencia a corto, mediano y largo plazo		Pensamiento estratégico
Suscribe informes técnicos legales para movimientos de personal		LOSCCA, reglamento de aplicación, normas y reglamentos internos.		Pensamiento analítico
Emite políticas para la elaboración de estudios técnicos de aplicación del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Planificación operativa de la gestión interna de la unidad o proceso		Pensamiento conceptual
Aprueba reformas y estrategias para el manejo del modelo de gestión de recursos humanos.		Análisis interpretativo de la información y emisión de nuevas alternativas de solución.		Planificación y gestión
Formula reformas a instrumentos, normas y disposiciones legales y técnicas.		Manejo sistémico de la gestión organizacional y recursos humanos integrada a las estrategias organizacionales.		Generación de ideas

**DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE PUESTOS**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		4. RELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	5. INSTRUCCIÓN FORMAL REQUERIDA	
<b>Código:</b>	0.00.00.3.01.01.01.0	<b>INTERFAZ</b>  Personal de la Institución, Director o Coordinador de Recursos Humanos, SENRES, Unidad Financiera, Ministerio de Trabajo y otras instituciones públicas y privadas	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Superior
<b>Denominación:</b>	Asistente de Recursos Humanos		<b>Título Requerido:</b>	Ingeniería / Doctorado
<b>Nivel:</b>	Profesional		<b>Área de Conocimiento:</b>	Recursos Humanos, Administración, Psicología
<b>Unidad o Proceso:</b>	Administración de Recursos Humanos			
<b>Grupo Ocupacional:</b>				
<b>Nivel de Aplicación:</b>	Ámbito Nacional			
2. MISIÓN		6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA		
Ejecución de actividades de apoyo de administración de recursos humanos.		<b>Tiempo de Experiencia:</b>	2 años	
		<b>Especificidad de la experiencia:</b>	Manejo de nómina de personal. Administración de recursos humanos. Identificación de necesidades de capacitación.	
3. ACTIVIDADES ESENCIALES		7. CONOCIMIENTOS	8. DESTREZAS	
Actualiza la nómina del personal de la institución.		Manejo de paquete informático - SIGEF	Habilidad analítica	
Ingresa y consolida información de evaluación de desempeño.		Manejo de paquete informático - SGRH	Organización de la información	
Recopila y consolida información para la elaboración de planes, programas, proyectos y otros, inherentes a la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de		Análisis de información y técnicas de documentación y archivo.	Recopilación de la información	
Actualiza la información de movimientos de personal.		Manejo de paquete informático - SGRH	Organización de la información	
Actualiza los registros y estadísticas del personal.		Manejo de paquete informático - SGRH	Habilidad analítica	
Recopila y consolida información de detección de necesidades de capacitación de la institución.		Aplicación de instrumentos de detección de necesidades de capacitación	Recopilación de la información	
Colabora en el desarrollo de eventos de capacitación proporcionando apoyo técnico y logístico.		Manejo de recursos materiales y colaboración activa.	Manejo de recursos materiales	

**DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE PUESTOS**

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PUESTO		4. RELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	5. INSTRUCCIÓN FORMAL REQUERIDA	
<b>Código:</b>	0.00.00.3.01.01.02.1	<b>INTERFAZ</b>  Personal de la Institución, Director o Coordinador de Recursos Humanos, SENRES, Ministerio de Trabajo y otras instituciones públicas y privadas.	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Superior
<b>Denominación:</b>	Analista de Recursos Humanos 1			<b>Título Requerido:</b>
<b>Nivel:</b>	Profesional		<b>Area de Conocimiento:</b>	
<b>Unidad o Proceso:</b>	Administración de Recursos Humanos			
<b>Rol:</b>	Ejecución de Procesos			
<b>Grupo Ocupacional:</b>				
<b>Nivel de Aplicación:</b>	Ámbito Nacional			
2. MISION		6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA		
Ejecutar actividades técnicas de administración de recursos humanos		<b>Tiempo de Experiencia:</b>	3 a 4 años	
		<b>Especificidad de la experiencia:</b>	Diseño de procesos y de estructuras organizacionales. Aplicación de instrumentos técnicos legales de recursos humanos. Auditorías administrativas. Administración de polizas de seguros.	
3. ACTIVIDADES ESENCIALES		7. CONOCIMIENTOS	8. DESTREZAS	
Elabora planes, programas, proyectos y otros, referentes a la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Políticas, normas, procedimientos e instrumentos de gestión de recursos humanos.	Generación de ideas	
Realiza diagnósticos de recursos humanos, funcionamiento de la estructura organizacional y de la planificación estratégica interna.		Desarrollo institucional y procesos de gestión de recursos humanos.	Monitoreo y control	
Realiza estudios técnicos de aplicación del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Políticas, normas, procedimientos e instrumentos de gestión de recursos humanos.	Pensamiento conceptual	
Realiza estudios técnicos para diseño o rediseño de procesos institucionales.		Gestión de procesos	Organización de sistemas	
Elabora informes técnicos legales para movimientos de personal		Constitución Política del Ecuador, LOSCCA y su Reglamento de aplicación; y leyes conexas.	Pensamiento crítico	
Analiza información para la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Análisis descriptivo de información	Pensamiento analítico	
Aplica instrumentos técnicos del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Políticas, normas, procedimientos e instrumentos de gestión de recursos humanos.	Pensamiento conceptual	

**DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE PUESTOS**

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PUESTO		4. RELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	5. INSTRUCCIÓN FORMAL REQUERIDA	
<b>Código:</b>	0.00.00.3.01.01.02.2	<b>INTERFAZ</b>  Personal de la Institución, Director o Coordinador de Recursos Humanos, SENRES, Ministerio de Trabajo y otras instituciones públicas y privadas	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Superior
<b>Denominación:</b>	Analista de Recursos Humanos 2			
<b>Nivel:</b>	Profesional			
<b>Unidad o Proceso:</b>	Administración de Recursos Humanos		<b>Título Requerido:</b>	Ingeniería / Doctorado
<b>Rol:</b>	Ejecución y Supervisión de Procesos		<b>Area de Conocimiento:</b>	Recursos Humanos, Administración, Psicología
<b>Grupo Ocupacional:</b>				
<b>Nivel de Aplicación:</b>	Ámbito Nacional			
2. MISION		6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA		
Ejecutar y supervisar actividades técnicas de administración de recursos humanos		<b>Tiempo de Experiencia:</b>	5 a 6 años	
		<b>Especificidad de la experiencia:</b>	Diseño de procesos y de estructuras organizacionales. Gestión de recursos humanos por competencias. Manejo instrumentos técnicos legales de recursos humanos. Auditorías administrativa. Manejo de equipos de trabajo.	
3. ACTIVIDADES ESENCIALES		7. CONOCIMIENTOS	8. DESTREZAS	
Evalúa los resultados de la gestión de recursos humanos, funcionamiento de la estructura organizacional y de la planificación estratégica.		Planificación operativa organizacional, control de procesos.	Identificación de problemas	
Conforma equipos de trabajo para elaborar planes, programas, proyectos y otros, referentes a la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Manejo sistémico de la gestión organizacional y recursos humanos.	Percepción de sistemas y entorno	
Revisa y asesora el desarrollo de estudios técnicos de aplicación del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Gestión de procesos de desarrollo institucional y subsistemas de recursos humanos.	Monitoreo y control	
Revisa y asesora en la elaboración de informes técnicos legales para movimientos de personal		LOSCCA y Reglamento de aplicación.	Orientación y asesoramiento	
Revisa y asesora el desarrollo de estudios técnicos para diseño o rediseño de procesos institucionales.		Productos y servicios organizacional y gestión de procesos.	Organización de sistemas	
Supervisa y ejecuta los procesos de auditorias trabajo.		Procesos de auditorias administrativas y Metodologías a utilizar	Pensamiento crítico	
Propone reformas a políticas, reglamentos internos, normas e instrumentos técnicos.		Gestión integral del desarrollo institucional y recursos humanos	Generación de Ideas	

**DESCRIPCIÓN Y PERFIL DE PUESTOS**

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PUESTO		4. RELACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	5. INSTRUCCIÓN FORMAL REQUERIDA	
<b>Código:</b>	0.00.00.3.01.01.02.3	<b>INTERFAZ</b>  Personal de la Institución, Director de Recursos Humanos, SENRES, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Economía y Finanzas y otras instituciones públicas y privadas	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Superior
<b>Denominación:</b>	Analista de Recursos Humanos 3			<b>Título Requerido:</b>
<b>Nivel:</b>	Profesional		<b>Area de Conocimiento:</b>	
<b>Unidad o Proceso:</b>	Administración de Recursos Humanos			
<b>Rol:</b>	Ejecución y Coordinación de Procesos			
<b>Grupo Ocupacional:</b>				
<b>Nivel de Aplicación:</b>	Ámbito Nacional			
2. MISION		6. EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA		
Ejecutar y coordinar actividades técnicas de administración de recursos humanos.		<b>Tiempo de Experiencia:</b>	7 a 9 años	
		<b>Especificidad de la experiencia:</b>	Planificación estratégica y operativa. Diseño de procesos y estructuras organizacionales. Gestión de recursos humanos por competencias. Manejo instrumentos técnicos y legales de recursos humanos. Evaluación y control de gestión organizacional.	
3. ACTIVIDADES ESENCIALES		7. CONOCIMIENTOS		8. DESTREZAS
Asesora a las autoridades y servidores de la institución en la gestión del desarrollo institucional y recursos humanos.		Planificación estratégica, producto, servicios, procesos, recursos humanos y clientes organizacionales.		Orientación y asesoramiento
Formula reformas y estrategias para el manejo del modelo de gestión organizacional y de recursos humanos (planificación estratégica, funcionamiento de la estructura organizacional y subsistemas de recursos humanos).		Manejo sistémico de la gestión organizacional y recursos humanos integrada a las estrategias organizacionales.		Generación de ideas
Establece planes de mejoramiento y otros, referentes a la administración del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Formulación de planes operativos y de contingencia a corto mediano y largo plazo		Pensamiento estratégico
Emite informes técnicos legales para movimientos de personal.		LOSCCA, reglamento de aplicación, normas y reglamentos internos.		Pensamiento analítico
Emite estudios técnicos de aplicación del Sistema Integrado de Desarrollo de Recursos Humanos.		Análisis interpretativo de la información		Pensamiento conceptual
Evalúa la gestión de la Unidad de Administración Recursos Humanos		Evaluación y control de procesos internos		Desarrollo estratégico de los recursos humanos Monitoreo y control
Determina lineamientos y procedimientos para efectuar auditorías de trabajo.		Metodologías de evaluación y control de resultados de los procesos de auditorías administrativas.		Pensamiento crítico

### **PREGUNTA 3**

#### **¿Ha establecido objetivos de corto o largo plazo?**

Uno de los objetivos a corto plazo que se ha cumplido parcialmente es la dotación de los relojes biométricos, faltando la implementación del sistema informático con el cual se podrá obtener un reporte de tiempos de trabajo, roles de pagos, entre otros servicios que brindara este nuevo sistema.

#### **¿Se controla con regularidad el desarrollo de recursos humanos y se confronta con las metas y objetivos determinados?**

La asistencia del personal del proceso de Talento Humano se controla mediante los relojes biométricos.

Para verificar la permanencia de los empleados en la entidad el Dr. Claudio Ortiz en un determinado tiempo del día delega a dos personas para que realicen el monitoreo en los diferentes procesos del hospital, cabe resaltar que la supervisión se lo realiza a un proceso o actividad específica debido a que recorrer todo el hospital tomaría un tiempo aproximado 3h00 a 3h30. Además del recorrido se elaboran un informe como complemento de este con las debidas observaciones para luego tomar las medidas correctivas necesarias.

En caso de encontrar errores o faltas se realizara el seguimiento respectivo y el único que podrá decidir las medidas correctiva será la máxima autoridad de la entidad.

### **PREGUNTA 4**

**El plan de recursos humanos es el: POA**

#### **¿Quién coordina?**

El POA lo coordina el Dr. Claudio Ortiz Jefe del Proceso de Talento Humano

#### **¿Quién (s) participa (n)?**

Para la elaboración del POA participa todo el equipo de Talento Humano porque necesariamente se requiere la información que maneja cada Servidor Público, y esta información sirve de base para realizar las

proyecciones anuales. Cabe recalcar que el Plan Operativo Anual (POA) en este año está un poco distante de la realidad porque lo planificado no se está cumpliendo y en muchos casos se ha incluido en la marcha nuevos aspectos debido a que se encuentran en un proceso de transición.

### **¿Quién lo aprueba?**

La persona que revisa y aprueba el POA es la Dr. Rocío Palacios Coordinadora de Aseguramiento de la Gestión de Calidad.

### **PREGUNTA 6**

#### **¿Se ha determinado parámetros e indicadores que le permitan evaluar su gestión y el impacto del servicio que presta?**

Para medir el desempeño del proceso de Talento Humano el Ministerio de Salud lo realiza mediante formularios llamados EVAL y en caso específico para este proceso se aplica el formulario de Nivel Óptimo, y los resultados son analizados por la autoridad superior.



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY**  
**HOSPITAL GENERAL DOCENTE "VICENTE CORRAL MOSCOSO"**

**FORMULARIO DE SUPERVISION DE PERMANENCIA A USUARIOS INTERNOS**

Fecha: .....

No. ....

**EL COORDINADOR DE LA UATH suscribe:**

Que el Sr./Sra. ....  
a partir de las. ....H....., no se encuentra en su lugar de trabajo, por lo que solicito a usted  
muy comedidamente, justificar en forma inmediata en la Oficina de Talento Humano su  
ausencia, caso contrario se procederá a la sanción por abandono de acuerdo a la Ley.

Firma del responsable de la UATH .....

**JUSTIFICACION PRESENTADA PO EL USUARIO INTERNO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma del Usuario Interno .....

**JUSTIFICACION VERIFICADA POR EL RESPONSABLE DE LA UATH:**

.....  
.....

Firma del responsable de la información .....

**OBSERVACIONES Y VISTO BUENO POR EL COORDINADOR DE LA UATH:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma del Coordinador de la UATH



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO  
DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO  
Tf. 409-6000 - uath@hvcm.gob.ec

**AYUDENOS A BRINDAR UNA MEJOR ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ**

ESTOS DATOS SON CONFIDENCIALES, Y SERÁN RETIRADOS POR PERSONAL AUTORIZADO DE LA UATH;  
SI NO LOS PUEDE LLENAR PIDA AYUDA A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA QUE NO LABORE EN EL  
HOSPITAL.

UNIDAD O GESTIÓN.....

FECHA : .....

1.- EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DURANTE EL PROCESO DEL TRÁMITE FUE CORDIAL:  
SI  NO

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNO DE ELLOS.- ,ANOTE SUS NOMBRES.....  
.....

2.-CONSIDERA QUE EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA INSTITUCIÓN ESTÁ CORRECTAMENTE CAPACITADO PARA BRINDAR EL SERVICIO  
SI  NO

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNO DE ELLOS.- ,ANOTE SUS NOMBRES.....  
.....

3.-EL TIEMPO PARA OBTENER SU TRÁMITE FUE EL ADECUADO: SI  NO

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNO DE ELLOS.- ANOTE SUS NOMBRES.....  
.....

4.-LAS PERSONAS QUE LO ATENDIERON BUSCARON TODAS LAS ALTERNATIVAS PARA SOLUCIONAR SU REQUERIMIENTO  
SI  NO

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNO DE ELLOS.- ,ANOTE SUS NOMBRES.....  
.....

5.-CONSIDERA QUE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CAVO PARA REALIZAR LOS TRÁMITES SON TRANSPARENTES  
SI  NO

HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON ALGUNO DE ELLOS.- ,ANOTE SUS NOMBRES.....  
.....

6.-LAS ÁREAS DE ESPERA, BAÑOS, ACCESOS PRINCIPALES, SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, SON CÓMODOS Y LIMPIOS  
SI  NO

EN CASO DE QUE RESPUESTA SEA NEGATIVA INDIQUE EL INCONVENIENTE:  
.....  
.....  
.....



### **PREGUNTA 15**

**¿Se dispone de un manual ocupacional que defina las funciones de cada uno de los servidores y los niveles de autoridad y responsabilidad?**

Se dispone de dos manuales que son el Manual Genérico y el Manual Institucional, los mismos que no están aprobados pero es de conocimiento del Ministerio de Salud que se aplica a nivel nacional por antonomasia porque no se tiene otro documento de ayuda.

Se aplica estos manuales debido a que el manual existente data del año 1984, el cual ya ha perdido toda vigencia en la actualidad.

### **PREGUNTA 16**

**Se aplica un proceso para la selección de personal**

El proceso es el siguiente:

- Requerimiento del Hospital
  - Necesidad del proceso
  - Informe de la necesidad
  - Aprobación del informe de requerimiento
- Publicación en la prensa
- Recepción de carpetas
- Selección y análisis de carpetas
  - Comisión de análisis ( Un integrante de talento humano, Jefe del proceso del requerimiento y la Directora del Hospital)
  - Seleccionar el mejor perfil de acuerdo a las necesidades
- Entrevistas
- Contratación y ubicación en el puesto de trabajo
  - Reunión de bienvenida
  - Comunicación de deberes y obligaciones
  - Capacitación del uso de equipos
  - Ubicación en el lugar de trabajo

### **PREGUNTA 17**

#### **¿Existe un proceso para la inducción del personal?**

El proceso de inducción del personal es de acuerdo a la LOSEP o código de trabajo. Antes de que el personal contratado ingrese a laborar se le indica cuáles son sus obligaciones, derechos, funciones, horarios y bajo que normas y leyes tienen que desarrollar su trabajo.

### **PREGUNTA 18**

#### **¿El personal está cumplimiento funciones según el puesto para el cual fue nombrado?**

En la actualidad la entidad se encuentra en una etapa de reestructuración por lo que en algunas ocasiones por la necesidad de la institución, mas no por la decisión arbitraria de la alta gerencia o del proceso de Talento humano; se ha tenido que cambiar a empleados de un proceso a otro

### **PREGUNTA 19**

#### **¿Qué sistemas de Clasificación de Puesto se aplica?**

El sistema de clasificación de puesto lo maneja directamente el Ministerio de Relaciones Laborales en forma conjunta con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas.

### **PREGUNTA 20**

#### **¿Qué Régimen de Remuneraciones se aplica?**

El régimen de remuneraciones está regulado por el Ministerio de Relaciones Laborales conjuntamente con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas.

### **PREGUNTA 25**

#### **¿Son bajas las tasas de ausentismo en la entidad?**

Las tasas de ausentismo en la entidad es de un 20% mensual, esto se debe a varias razones que son: por enfermedad, maternidad, paternidad, lactancia, permisos ocasionales y rehabilitaciones, este nivel de ausentismo se ha logrado disminuir con la implantación de relojes biométricos, debido a que anteriormente el nivel de ausentismo era mucho más alto, el cual bordeaba cerca del 70%. La meta de la unidad de Recursos Humanos es bajar el nivel de ausentismo del personal a un 13%

### **PREGUNTA 26**

#### **¿Cuenta la institución con un sistema de Evaluación de Desempeño?**

El Ministerio de Salud de Quito realiza evaluaciones para medir el desempeño, mediante formularios que son aplicados dos veces al año y los resultados obtenidos de los mismos sirven para ver la permanencia de los funcionarios, calidad, continuidad, y si el caso lo amerita les ayuda para una reubicación del funcionario.

### **PREGUNTA 31**

#### **¿Cuáles son los informes principales que genera la unidad respecto al manejo de recursos humanos?**

La documentación que genera la unidad con respecto al manejo de recursos humanos son:

- Informes técnicos de personal
- Informes de monitoreo
- Informe de permanencia y asistencia

La frecuencia con la que se emiten dichos informes es de una a dos veces por semana, los mismos que están dirigidos a la máxima autoridad de la entidad y otros organismos del Estado (Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio de Finanzas, Secretaria Nacional de Transparencia, Meritocracia, y demás organismos controladores).

### **PREGUNTA 36**

#### **¿Qué propuesta haría para cambiar la forma como está funcionando el área de Recursos Humanos?**

La propuesta que dio el Dr. Claudio Ortiz Coordinador de Talento humano fue:

- Mejorar el ambiente de trabajo en cuanto al espacio físico
- Mejorar la comunicación y apoyo de las Autoridades Superiores
- Mejorar el grado de desempeño de los Coordinadores y Líderes de los diferentes procesos en cuanto al desempeño de sus subordinados
- Mejorar la coordinación de autoridades superiores de la institución con diversas autoridades tanto del Ministerio de Salud como de otras instituciones del Estado en cuanto a requerimientos constantes de información

## **ANEXO 5.- Entrevista al Jefe de Bioseguridad hojas complementarias**

Lcdo. Edgar Farfán

Jefe de Bienes Públicos

Proceso de Bioseguridad

### **2. ¿El hospital en que reglamento se basa para el manejo de los desechos hospitalarios?**

El primer reglamento sobre el manejo de desechos hospitalarios se emitió en el año 1997, se han dado ciertas modificaciones como es la emisión del Manual de desechos hospitalarios 2<sup>da</sup> edición en el año 2001 en el cual se esclarecen ciertos puntos claves.

La última modificación que se ha dado a este reglamento es en el mes de Diciembre del año 2010

### **3. ¿Cuáles son las etapas del manejo de los desechos?**

Las etapas del manejo de los desechos son:

- Almacenamiento
  - Primario o de generación.- es el lugar en donde se generan los desechos
  - Secundarias.- es aquel que se realiza en pequeños centros de acopio temporales
  - Terciarias.- es el acopio de todos los desechos de la institución
- Clasificación
- Tratamiento y transporte

### **4. ¿Cómo se clasifican los desechos hospitalarios?**

Los desechos se clasifican en:

- Comunes.- son los que no presentan un riesgo para las personas y el ambiente y no requieren de un manejo especial
- Infecciosos.- son aquellos que contiene gérmenes patógenos implica un riesgo para la salud humana y el medio ambiente

entre ellos tenemos: cultivos de agentes infecciosos y desechos de producción biológica, desechos de anátomo – patógeno humanos, sangre y derivados, objetos cortopunzantes, entre otros.

- **Especiales.-** estos son generados en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que por sus características físicas químicas, representan un riesgo para los seres humanos y el medio ambiente y son los siguientes:

Desechos químicos peligrosos, desechos radioactivos y desechos farmacéuticos.

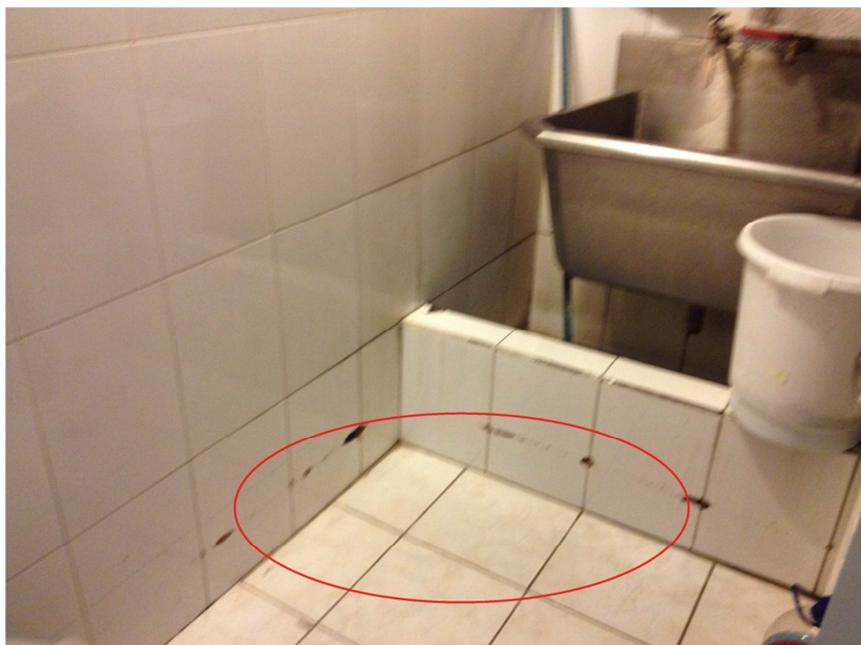
### 5. ¿Cuáles son los sitios de almacenamiento de los desechos en el hospital?

Los sitios de almacenamiento son

Almacenamiento primario.- es el lugar que se generan los desechos



El hospital por el momento no cuenta con las instalaciones adecuadas para el almacenamiento secundario de desechos hospitalarios como podemos ver a continuación



Almacenamiento terciario.- se puede observar que el espacio físico para el almacenamiento es el adecuado, además se encuentra a una distancia prudente de las instalaciones del hospital, tiene su debida señalética



Lugar de almacenamiento terciario



## Almacenamiento de desechos infecciosos



### 6. ¿Cuáles son las características de los recipientes y fundas para la separación de los desechos hospitalarios?

Las características de las fundas para los desechos hospitalarios son  
Espesor y resistencia: más de 35 micrómetros

Material: plástico biodegradable, opaco para impedir la visibilidad; y,

Volumen: de acuerdo a la cantidad de desechos generada en el servicio en el transcurso de la jornada laboral

## Fundas de colores para desechos hospitalarios



- Rojo. Para desechos infecciosos
- Negro. Para desechos comunes
- Verde. Para material orgánico
- Gris. Para material reciclable.



Los recipientes para objetos cortopunzantes serán de plástico rígido, resistente y opaco. La abertura de ingreso del recipiente no debe permitir la introducción de las manos. Su capacidad no debe exceder los 6 litros.



Los recipientes para los desechos especiales deberán ser de cartón. Los recipientes y fundas deberán ser rotulados de acuerdo al tipo de desechos que contienen, nombre del servicio que los genera, peso, fecha y nombre del responsable del manejo de los desechos en el servicio.

#### **7. ¿Qué tratamiento se les da a los desechos infecciosos?**

En la actualidad el hospital no se encarga del tratamiento de los desechos, debido a que la ley lo prohibido por lo que la EMAC a través de la empresa GADERE S.A se encarga de la recolección e incineración de los desechos



**8. ¿Cuál es el tratamiento para los desechos radioactivos?**

El tratamiento que se les da a los desechos radioactivos es almacenarlos en una bodega para bajar la carga bacteriana para después ser tratados como desechos infecciosos

**9. ¿Cuál es la ruta y horarios frecuentes de la recolección interna de los desechos?**

Los horarios de recolección son de 11: 30, 14:30 y 16:30 en los pisos hospitalarios y en emergencias son de 11:00, 14:00, 18:00 y 21:50, las rutas de recolección son de este a oeste y se transporta en un solo ascensor.



### 10. ¿Cuál es el tratamiento externo que se les da a los desechos?

El tratamiento externo lo realiza la EMAC, los desechos comunes son llevados al relleno sanitario de Pichancay y los desechos infecciosos son transportados por GADERE S.A para ser incinerados.

### 11. ¿Hable del proceso de evaluación y control por parte del MSP?

Luego de que se realizó la evaluación interna al manejo de desechos hospitalarios se obtuvo un resultado del 40%; por lo cual la entidad se ubica en la categoría d (deficiente) de acuerdo al Reglamento para el Manejo Adecuado de los Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud en el Ecuador, Capítulo III: Del Nivel de Cumplimiento

“Art. 43.- El proceso de evaluación se lo realizara mediante los instrumentos oficiales del Ministerio de Salud de acuerdo a la complejidad de la institución y cuyos parámetros de evaluación estarán dados por:”

Categoría	Denominación	Porcentaje
A	Adecuada	90-100%
B	Bueno	70-89%
C	Regular	41-69%
D	Deficiente	0-40%

En la actualidad se está implementando puntos ecológicos en todo el hospital, los mismos que cuentan con sus rótulos para el adecuado almacenamiento de desechos.



Además el hospital deberá de concientizar a los empleados, trabajadores y pacientes de los desechos que se debe de depositar en cada recipiente

## 12. ¿Cada que tiempo la EMAC recolecta los desechos?

La recolección de los desechos comunes se realiza los días lunes, miércoles y viernes y los desechos infecciosos se recolectan todos los días

## ANEXO 6.- Cálculos para la obtención de la muestra

El universo del proceso de determino mediante la aplicación de la formula estadística

### Formula

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{(\Sigma)^2 (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

n= Tamaño de la muestra

z =Nivel de confianza

N = Tamaño del Universo

P =Posibilidad de que ocurra el suceso

Q = Posibilidad de que no ocurra el suceso

E = Margen de error muestral

### Proceso de Gestión de Talento Humano

Expedientes

$$n = \frac{1,96^2 \cdot (295) \cdot (0,70) \cdot (0,30)}{(0,05)^2 (295 - 1) + 1,96^2 \cdot (0,70) \cdot (0,30)}$$

$$n = \frac{233,95}{1,53} = 152$$

## Contratos

$$n = \frac{1,96^2 \cdot (295) \cdot (0,70) \cdot (0,30)}{(0,05)^2 (295 - 1) + 1,96^2 \cdot (0,70) \cdot (0,30)}$$

$$n = \frac{233,95}{1,53} = 152$$

Debido a la magnitud de la entidad, y al trabajo que se realiza en la misma no se pudo revisar la totalidad de los contratos y expedientes por lo que se aplicó la fórmula estadística para agilizar el proceso de revisión.