

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

CARRERA: CONTABILIDAD Y AUDITORÍA.

**Tesis previa a la obtención del Título de: Ingeniero en Contabilidad y
Auditoría**

TÍTULO:

**DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA DE LA
BENEMÉRITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA HOSPITAL
LEÓN BECERRA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

AUTORES:

Kenji Washington Eugenio Acosta
Lorgia Josefina Lozano Heredero

DIRECTORA:

Ing. ANA MARÍA LÓPEZ NEMTSEVA, Mg.

GUAYAQUIL – 2014

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de Kenji Washington Eugenio Acosta y Lorgia Josefina Lozano Heredero.

Guayaquil, 7 de Mayo del 2014.

Kenji Washington Eugenio Acosta
C.I. 0925823833

Lorgia Josefina Lozano Heredero
C.I. 0918545088

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis está dedicado a nuestros padres, por ser los pilares fundamentales de nuestras vidas como personas y profesionales, porque sin sus ejemplos y dedicación no habríamos hecho posible la existencia de los valores y responsabilidades que representamos, fruto de su perseverancia y consejos.

De igual manera dedicamos este trabajo a la Universidad Politécnica Salesiana sede Guayaquil, profesores y alumnos, para que sea ejemplo de dedicación y esfuerzo, y una ayuda en los futuros lineamientos de esta prestigiosa Institución.

Esto es por y para ustedes,

Kenji Eugenio

Lorgia Lozano

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque diariamente nos da clases de vida y en esta etapa nos enseñó que la dedicación y el esfuerzo tienen su fruto bien merecido como es el de concluir de forma satisfactoria una etapa de nuestra vida como es la profesional.

A nuestros padres: Sr. Jorge Lozano R. – Eliza Heredero D. y Sr. Washington Eugenio R. – Mery Acosta S., por ser todo en nuestras vidas y a quienes va dirigido este logro porque sin amor, esfuerzo y su fe en nosotros no hubiéramos podido llegar a esta meta.

A nuestra Tutora: Ing. Ana María López N., por ser nuestra guía en la elaboración del proyecto haciéndonos sentir en todo momento que contábamos no solo con una tutora sino también con una amiga, que iba caminando junto a nosotros en el desarrollo del proyecto animándonos constantemente.

A nuestros Profesores y a la Universidad, por abrirnos las puertas y su confianza, preparándonos con sus conocimientos y experiencias para triunfar en el campo laboral.

A nuestros amigos y demás familiares, por ser nuestro apoyo incondicional y darnos palabras de aliento en aquellos momentos que nos veían decaídos.

Con Cariño,

Kenji Eugenio Acosta

Lorgia Lozano Heredero

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
1.1. MARCO CONTEXTUAL.....	5
1.1.1. Antecedentes del Hospital León Becerra de Guayaquil.	5
1.1.2. Diagnóstico Institucional.	7
1.1.2.1. Macro Entorno.....	7
1.1.2.2. Micro Entorno.....	8
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
1.3.1. Antecedentes.	11
1.4. LA FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4.1. Problema General.....	15
1.4.2. Problemas Específicos.	15
1.5. MARCO METODOLÓGICO.....	16
1.5.1. Objetivo General.	16
1.5.2. Objetivos Específicos.	16
CAPÍTULO II	17
2. MARCO TEÓRICO.	17
2.1 MARCO REFERENCIAL.....	17
2.1.1. El Entorno Hospitalario.....	17
2.1.2. Auditoría Médica.	18
2.1.3. Auditoría.....	19
2.1.4. Auditor Interno.....	25
2.1.5. Control Interno.	28
2.1.6. Modelo COSO I.	30
2.1.7. Métodos de Evaluación del Control Interno.	31

2.1.8. Riesgos de Auditoría.....	32
2.1.9. Técnicas y Procedimientos de Auditoría.	35
2.1.10. Papeles de Trabajo.	38
2.1.11. Indicadores de Gestión.....	40
2.1.12. Normas de Calidad.	42
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	42
2.3. MARCO LEGAL	44
2.3.1. Marco Legal Tributario.	44
2.3.2. Marco Legal y Normativo Relacionado al Sector Salud.....	46
2.3.3. Constitución de la República del Ecuador.	46
2.3.4. Ley Orgánica de Salud.	48
2.3.5. Ley de Seguridad Social.	49
2.3.6. I.E.S.S.	50
CAPÍTULO III.....	53
3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	
REALIZADAS A FUNCIONARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL	
DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA EN EL HOSPITAL LEÓN	
BECERRA.	53
3.1. Levantamiento de Información.	53
3.2 Resumen, resultado de la entrevista y análisis de resultados de cada una de las entrevistas.....	53
3.2.1. Contadora.	53
3.2.2. Proveeduría.	59
3.2.3. Director Financiero.....	61
3.2.4. Estadísticas.	64
3.2.5. Auditor Médico.....	68
CAPÍTULO IV	73
4. DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA DEL	
HOSPITAL LEÓN BECERRA.	73
4.1. Departamento de Auditoría Interna.	73
4.2. Visión.	74
4.3. Misión.	74
4.4. Valores.....	74
4.5. Objetivos.....	76
4.5.1. Objetivo General.	76

4.5.2. Objetivos Específicos.	76
4.6. Administración del Departamento de Auditoría Interna.	77
4.7. Perfil del Auditor Interno.	78
4.8. Organigrama del Departamento de Auditoría Interna.	79
4.8.1. Posición dentro de la Estructura Organizacional.	79
4.8.2. Organigrama Departamental.	79
4.9. Organización del Departamento de Auditoría Interna.	80
4.9.1. Manual de Funciones del Personal del Departamento de Auditoría Interna.	81
4.9.2. Manual de Políticas y Procedimientos	103
4.10. Presupuesto del Departamento de Auditoría Interna.	200
4.11. Manual de Políticas de Control Interno	201
CONCLUSIONES.....	264
RECOMENDACIONES.....	265
BIBLIOGRAFÍA.....	267
ANEXOS.....	270

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1-1 DIFERENCIA ENTRE AUDITORÍA INTERNA Y EXTERNA	22
TABLA 1.1-2 INGRESOS ANUALES EN DÓLARES Y APORTES SOBRE INGRESOS	45

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 5-1 POSICIÓN DENTRO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	79
IMAGEN 5-2 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTAL	79

RESUMEN

El Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil es una Institución sin fines de lucro que brinda servicios de salud a la ciudadanía en general, en la actualidad se encuentra en un período de transición y tiene como objetivo mejorar sus procesos administrativos y financieros, así como los procesos internos de manera continua.

El objetivo del presente trabajo es proponer un Departamento de Auditoría Interna basado en los requerimientos de los Directivos del Hospital y enmarcado en los parámetros de leyes y normas de contabilidad y auditoría vigente, con la finalidad de tener mejor control de sus operaciones y a través de evaluaciones y seguimiento constante por parte de los auditores, detectar cualquier irregularidad y tomar medidas correctivas inmediatas.

Los problemas que se presentan en las distintas áreas administrativas y financieras también son producto de no contar con un sistema informático integral que cubra las necesidades de todas las áreas y poder así trabajar de forma paralela y bajo los mismos lineamientos.

La creación del Departamento de Auditoría Interna conlleva su estructura como tal y entre sus funciones está el de servir como órgano asesor en la toma de decisiones a los Directivos del Hospital en lo que se refiere a planes, programas y estrategias que permitan el logro de objetivos y metas institucionales de corto y largo plazo.

También se vio la necesidad de establecer un Manual de Políticas de Control Interno que sirva de guía y referencia a las diferentes áreas con la finalidad de mejorar los procesos, haciéndolos más ágiles, confiables y eficientes.

ABSTRACT

The Leon Becerra Hospital of Guayaquil is a nonprofit institution that provides health services to the general public. At present, it is in a transitional period and aims to improve its administrative, financial and internal processes in a continuous basis.

The purpose of this paper is to propose an Internal Audit Department, based on the requirements of the Hospital Managers and framed within the parameters of current law and the accounting and auditing standards, in order to have a better control of operations through assessments and ongoing monitoring by auditors to detect any irregularities and take immediate corrective action.

The problems that arise in the different administrative and financial areas are also result of not having an integrated computer system that meets the needs of all areas enabling to work in a parallel form and under the same guidelines.

The creation of the Internal Audit Department involves the structuring of this new department itself. Its main function will be to serve as an advisory body in decision-making to the hospital executives in regards to plans, programs and strategies that allow the achievement of short and long term institutional goals and objectives.

It was also necessary the development of an internal Control Policy Manual as a guide and reference for the different areas in order to improve processes, making them more agile, reliable and efficient.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado toma como referencia al Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, gracias al acuerdo de cooperación existente entre la Universidad Politécnica Salesiana sede Guayaquil y la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia.

Dicho acuerdo se basa en los principios de la Universidad y asiste de manera continua con el talento humano de los miembros de su comunidad estudiantil, para la realización de trabajos específicos que ayuden al mejoramiento continuo de la Institución aportando con los conocimientos adecuados y competentes que se adquieren en la vida estudiantil y profesional.

Actualmente el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil se encuentra en la implementación de un nuevo sistema general de administración que generará grandes cambios en todas las áreas, logrando así una óptima gestión administrativa y financiera.

Por esta razón, el principal objetivo de este proyecto es proponer al Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, el diseño de un Departamento de Auditoría Interna, enmarcado bajo los preceptos de leyes, normas y regulaciones vigentes y que sirva de apoyo a toda la organización y en especial a sus Directivos, con personal altamente calificado y que cuente con la debida pericia profesional en el desarrollo de sus funciones.

En el capítulo I encontramos el diseño de la investigación, es decir, el estudio preliminar del entorno sobre el cual está desarrollando sus actividades el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, una breve reseña histórica acerca de sus inicios, objetivo para el cual fue creado, diagnóstico institucional de todo su entorno, problemas actuales más relevantes, la importancia de contar con un departamento de auditoría interna, entre otros.

En el capítulo II encontramos el desarrollo de las teorías más relevantes aplicadas en el estudio y desarrollo del presente trabajo de investigación.

En el capítulo III detallaremos y analizaremos cualitativamente los problemas manifestados en las entrevistas realizadas a funcionarios y empleados del Hospital, para más adelante plantear la respectiva solución y la justificación de la necesidad del Departamento de Auditoría Interna en la Institución.

Y finalmente en el último capítulo, desarrollaremos la idea como tal, indicando misión, visión, valores y objetivos del Departamento de Auditoría Interna, posición dentro de la estructura organizacional, organigrama departamental, manual de funciones del personal que integra el departamento, manual de políticas y procedimientos y manual de políticas de control interno.

CAPÍTULO I

1.1. MARCO CONTEXTUAL.

1.1.1. Antecedentes del Hospital León Becerra de Guayaquil.

A inicios del siglo XX debido a la difícil situación de salud que atravesaba la infancia de Guayaquil, un grupo de guayaquileños, propusieron crear una Institución que mitigara esta precaria situación y sirviera a la niñez de escasos recursos económicos. Este grupo estuvo formado por: el Dr. León Becerra, Dr. Luis Felipe Borja, Sr. Alberto Reina. Dr. José María Estrada Coello, entre otros.

El 5 de octubre de 1905, con el objetivo de crear una institución de beneficencia pública la cual se denominara Sociedad Protectora de la Infancia, se reunieron un grupo selecto de caballeros: doctores César Borja Lavayen, León Becerra Camacho, Juan Cueva García, Francisco de P. Avilés Zerda, Alejandro Villamar, Samuel Mora Martínez, Carlos García Drouet, y don Homero Morla.

Una vez establecidos los estatutos de la sociedad, estos fueron enviados al Gobernador de la ciudad Guayaquil el 26 de diciembre de 1905, con el fin de que sean evaluados y aprobados y poder entrar en vigencia. Al mismo tiempo se enviaron comunicados a la clase pudiente solicitando su generosa contribución para esta naciente Institución creada en pro de la niñez guayaquileña.

Así mismo, el 10 de enero de 1906, mediante oficio emitido el 28 de diciembre de 1905. La Junta General, comunicó al Dr. César Borja que en virtud de su alto espíritu humanitario había sido nombrado Presidente de la Sociedad Protectora de la Infancia, por el año 1906.

Con el fin de buscar subvenciones para el sostenimiento de la Sociedad y asegurar su permanencia y acrecentamiento, el Directorio dirigió un oficio al Presidente del I. Consejo Cantonal, el mismo que tuvo la acogida esperada, recibiendo una contribución de cien sucres mensuales destinados a esta obra humanitaria en beneficio de la sociedad.

Otra honorable benefactora fue la dama porteña Doña Mercedes Flor de Morla, quien entregó un generoso donativo a favor del Dispensario Médico.

La segunda y tercera presidencia estuvo a cargo de los doctores Sr. León Becerra Camacho y Sr. José María Estrada respectivamente. El Dr. León Becerra duró en el cargo hasta su fallecimiento acaecido el 03 de marzo de 1921.

Con la donación que efectuó Doña Mercedes Flor de Morla, el Dispensario Médico pudo iniciar sus actividades el 2 de junio de 1906, en las instalaciones donadas por el Sr. Enrique Gallardo.

Durante su presidencia el Dr. León Becerra Camacho tuvo una idea visionaria, transformar el Dispensario en Hospital. Hecho por el cual la Sociedad Protectora de la Infancia en la inauguración de las instalaciones del Hospital del 10 de octubre de 1928, nombró al edificio con el nombre del socio fundador e ilustre galeno, Dr. León Becerra Camacho.

El Hospital está ubicado en las calle Bolivia, Fray Enrique Vacas Galindo, Eloy Alfaro y Chile; ocupa un área de 3.649 mtrs². Gran parte de este terreno fue donado por Doña Victoria Concha de Valdez, una de las benefactoras de la Sociedad Protectora de la Infancia.

En la actualidad, el Hospital mantiene sus operaciones a través de la autogestión, aportaciones del estado, y donaciones esporádicas de empresas privadas que son gestionadas por la presidencia del Hospital. También ha realizado alianzas estratégicas con aseguradoras.

El servicio médico que brinda se ha ampliado a personas adultas, atendiendo de esta manera cualquier requerimiento por parte de niños y adultos.

1.1.2. Diagnóstico Institucional.

1.1.2.1. Macro Entorno.

Entre los factores que afectan el correcto desempeño del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil podemos citar:

El Contexto Político: Actualmente se respeta el derecho de todos los ciudadanos en todo lo que respecta a salud, de niños y adultos mayores, que por tener bajos recursos no encajaban en un sistema de salud acorde a sus necesidades. Por ello en la nueva constitución política se destina cierto valor del presupuesto general del estado para este fin.

Según la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 13 nos indica que el financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.

El Contexto Económico: Tiene que ver con las partidas presupuestarias con relación a sectores de salud, entiéndase que estas asignaciones económicas las maneja el Ministerio de Salud Pública y de ahí por porcentajes a los diversos hospitales, centros de salud y centros móviles del sector público.

El Contexto Tecnológico: Se refiere a la falta de recursos propios para la adquisición de equipos médicos adecuados que eleven un alto nivel de asistencia médica, los concursos de licitación para la adquisición de estas tecnologías manejadas directamente por política gubernamental a través del ente regulador, el Ministerio de Salud Pública. Al Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil

aún le faltan equipos médicos de la más alta tecnología, motivos por los cuales se tienen convenios con otros centros hospitalarios que si los tienen, así como en laboratorios especializados. Los recursos económicos actuales del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil son limitados debido al déficit que maneja y que ha venido presentando desde administraciones anteriores, lo cual lo ha dejado en desventaja frente a otras casas de salud más moderna y con recursos de primera.

El Contexto Sociocultural: Tiene que ver con el índice de atención hospitalaria por sectores socioeconómicos, etnia, raza, sexo, entre la población de niños y adultos. Al Hospital mayormente asisten niños enfermos de sectores vulnerables como Guasmo, Suburbio, y otros de recintos rurales cercanos. También asisten adultos mayores por el convenio de salud existente entre este centro hospitalario y el Seguro Social.

El contexto medioambiental: Trata sobre el cumplimiento de las regulaciones internas y que estén acorde con las leyes y reglamentos de calidad y medio ambiente, y de igual manera la elaboración de medidas de bioseguridad y residuos sólidos, así como políticas de calidad ambiental y certificaciones ISO. Actualmente el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil no cuenta con certificación de calidad, lo que afecta a su desarrollo, lo cual es importante para una casa de salud y asistencia médica según la Organización Mundial de la Salud. Además de que es un derecho público al estar estipulado en los artículos de la Constitución Política del Ecuador, y es irrenunciable para el bienestar de los pobladores.

1.1.2.2. Micro Entorno.

En el análisis del Micro Entorno encontramos:

Los proveedores: Tiene relación con la adquisición de bienes y servicios para la operación normal del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil en todas sus áreas, aquí entran de manera general todas aquellas adquisiciones como suministros, materiales, insumos médicos, maquinarias, servicios de alimentación, mantenimiento, limpieza, medicinas, etc. El cambio constante de proveedores a

veces retrasa el suministro adecuado de medicamentos, así como también, el de otras áreas en lo que respecta a suministros y materiales lo que retrasa la entrega de trabajos específicos.

Los Reguladores: Los departamentos administrativos y de control interno, que deben velar por el fiel cumplimiento de normas, leyes y reglamentos del sector de asistencia a la salud, para desarrollar un nivel óptimo de servicio. Al no existir el correcto control, afecta el desenvolvimiento adecuado de los servicios que presta el Hospital y a su objetivo de mejoramiento continuo.

La Competencia: Las demás casas asistenciales como hospitales, centros de salud, clínicas privadas, etc. Al existir entidades que brinden un mejor servicio le restan credibilidad y podría verse afectado su sistema de asistencia en salud con el fin para el cual fue constituido.

Los Usuarios: En este sentido hablamos de la población en general, enfermos, niños, adultos y el personal del hospital. Siendo ellos la carta de presentación para los futuros usuarios. Ellos son la imagen de los servicios que pretenden realizar eficaz y eficientemente con alto grado de responsabilidad.

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El Hospital León Becerra es una de las Instituciones que han representado durante años a la ciudad de Guayaquil; siendo creado por la Sociedad Protectora de la Infancia. Se observa que cada día y cada noche durante innumerables años la Institución ha rescatado algún niño de la muerte siendo la prenda de heroísmo practicado por su personal de médicos, paramédicos, laboratoristas, empleados administrativos, entre otros.

El presente trabajo está enfocado en la planeación y creación de los parámetros, que definirán al Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil.

Es importante indicar que la auditoría interna cumple un papel fundamental dentro de cualquier empresa cuyas actividades y procesos son de magnitudes significativas, ya que permite a los directivos tener un mejor control en sus operaciones.

A través del Departamento de Auditoría Interna, la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil va a poder evaluar y detectar aquellas operaciones o procesos que no se estén realizando de manera eficaz y eficiente y dar las recomendaciones respectivas a fin de cumplir con cada uno de los objetivos planteados, entre esos el de brindar un servicio integral y de calidad.

Debido a la importancia de los controles internos que día tras día en todas las áreas de trabajo deben existir, dado que presta servicios de asistencia a la salud de niños y adultos debe brindar el mejor servicio trabajando día a día por mejorarlos.

La necesidad que tiene la Institución de crear un área de esta índole es para poder analizar toda la información y darle seguimiento a los procesos de cada área, con el objetivo de optimizar los recursos con que cuenta y brindar sobre todas las cosas, un nivel de servicio óptimo que prevalezca en los valores de la Institución y de su personal.

La Universidad Politécnica Salesiana sede Guayaquil a través de un grupo de estudiantes de la carrera brindará el apoyo necesario a este departamento luchando por dejar los vínculos que sean sustento de los valores en los profesionales que deseamos llevar como ejemplo.

Actualmente el Hospital ha estado en un período de inestabilidad administrativa y financiera debido a la falta de controles, el actual Director Financiero explicó que tuvo que tomar ciertas medidas y exigir el cumplimiento de la normativa vigente dentro de la Institución para lograr una estabilidad administrativa- financiera, pero que a pesar de los esfuerzos, aún hay áreas todavía vulnerables a riesgos de diversos tipos que necesitan un control profundo y extenso.

Los problemas más evidentes corresponden a las áreas financieras en este momento, que comprenden las áreas de contabilidad, recursos humanos, estadísticas, bodega y farmacia, admisión y pagaduría, así como la falta de un departamento de control que reporte de manera general y consolidada todas las áreas del Hospital. A pesar de haber realizado una reestructuración de personal, en la mayoría de las áreas, aún hace falta mucho y no se maneja una planificación general ni se hacen seguimientos al presupuesto.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.3.1. Antecedentes.

En la entrevista realizada el 26 de julio del 2013 a la contadora encargada, CPA. Leticia Zavala; indicó que la sostenibilidad económica del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil se da a través de la autogestión, aportaciones del estado a través del Ministerio de Salud y donaciones esporádicas de empresas privadas que son gestionadas por la Presidencia del Hospital. Estos ingresos son destinados a la mejora constante de sus procesos con el fin de brindar un servicio que cumpla con las expectativas de calidad, oportunidad y con un valor acorde a las limitaciones de sus destinatarios. Es necesario indicar que el Hospital cubre los desfases económicos que se puedan presentar en las otras tres Instituciones.

Como estrategia para recaudar ingresos el Hospital ha realizado alianzas mediante convenios con 16 aseguradoras y también mantiene un convenio con el IESS.

El Hospital cuenta con una nómina de 260 colaboradores que cubren las diferentes áreas y departamentos, en el organigrama de la Institución se puede apreciar que el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil tiene una estructura compleja con niveles jerárquicos bien delimitados y cuya información circula en forma vertical. Para el proceso operativo se visualizan dos direcciones, una técnica hospitalaria y otra administrativa, actualmente estas dos direcciones están supervisadas por el Director Financiero.

La Dirección Técnica Hospitalaria regenta los siguientes departamentos: acreditación y desempeño, infecciones nosocomiales, archivo y documentación; medicina, cirugía, anestesia, departamento auxiliar de diagnóstico de tratamiento, gineco-obstetricia, medicina crítica, odontología, investigación y docencia; bioseguridad, servicio social, jefatura matutina y vespertina; hospitalización, quirófano, terapia intensiva, emergencia, consulta externa y secretarías en general; y la Dirección Administrativa, está a cargo de los departamentos de: control de gestión, sistemas, servicios, servicios generales, bioestadísticas, organización y procesos; protección y educación. Es importante indicar que solo se han mencionado los departamentos principales y que de 9 de ellos se desprenden otros en sentido vertical.

El Director Financiero aparte de las dos direcciones mencionadas anteriormente está a cargo de los siguientes departamentos o áreas: farmacia, activos fijos, abastecimiento, planificación y presupuesto; contabilidad, crédito y cobranza; tesorería, convenios, pagos y caja.

Dentro de la estructura organizacional se visualiza que el Hospital cuenta con un departamento de auditoría médica, el mismo que está a cargo del Dr. Roberto Mena, profesional especializado en Brasil; y que se encarga de velar por el buen desarrollo de las operaciones de las áreas y departamentos a cargo de la dirección técnica.

1.3.2. El enunciado o la descripción de la situación problemática.

Toda la información expuesta aquí se basa en las entrevistas realizadas al Ing. Stewart Morán, actual director financiero; CPA. Leticia Zavala, contadora encargada; Sr. John Villamar, encargado del departamento de proveeduría y la Sra. Dora García responsable del departamento de estadísticas.

Como se mencionó en los antecedentes, el Hospital en la actualidad cuenta con un departamento de auditoría médica que se encarga de la supervisión y control de los departamentos que forman parte de la dirección técnica. Este departamento fue creado porque la falta de control estaba ocasionando severos problemas en este bloque, entre ellos, se destaca la preferencia en la asignación de número de pacientes,

negligencia médica, falta de ética y moral, falta de profesionalismo, etc. El Director Financiero indica que los problemas se han superado en un 80%.

Es importante mencionar que aunque en la actualidad el hospital cuenta con un departamento de auditoría médica, esto no es suficiente ya que el hospital engloba otras áreas que tienen el mismo grado de severidad de conflictos como son la parte administrativa y financiera, áreas que son parte fundamental para la supervivencia de la Institución.

El Director Financiero, Ing. Stewart Morán; indicó que el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil desde hace años viene arrojando déficit en sus resultados, y hace 3 años superó los \$1.700.000,00; como consecuencia de esto se ha tenido problemas con el pago a proveedores lo que ha ocasionado que muchos de ellos retiren la prestación del servicio y también se está incumpliendo el pago de honorarios a profesionales.

La falta de control y el no unificar criterios están haciendo que los procesos se vuelvan lentos e ineficientes en las áreas administrativas y financieras. El Hospital realiza sus operaciones con 5 sistemas informáticos diferentes, los cuales no están enlazados entre áreas lo que ocasiona retraso en la entrega de información, errores en la información proporcionada y manipulación ilimitada por parte de los usuarios. Los sistemas que se utilizan son:

1. El departamento contable utiliza el sistema informático WINGEST, programa español, el cual genera ciertos inconvenientes porque tiene diseño comercial. Este departamento realiza los depósitos y los balances de forma manual.
2. El departamento de gestión de talento humano utiliza el sistema informático AUTONÓMINA, a éste tiene acceso el departamento de contabilidad pero solo para consultas.
3. Los departamentos de admisión y estadísticas utilizan el LOFCLIC, programa peruano, solo tienen acceso estos departamentos.

4. Los departamentos de caja, proveeduría y farmacia trabajan con el SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIO, este sistema fue creado por el área de sistemas del Hospital pero está inconcluso, por lo que existe información que se maneja manualmente como es el caso del área de caja que sus ingresos diarios de cheques y tarjetas de crédito, son llevados de forma manual y registrados en un cuaderno. El departamento de contabilidad tiene acceso a este sistema solo para consultas.
5. El departamento de auditoría médica utiliza el sistema informático MAJOMA, al cual tiene acceso solo esta área.

A esto hay que añadir que existen ciertas áreas que realizan su trabajo de forma manual ya que no cuentan con un sistema informático como es el caso del departamento de estadísticas, que lleva su base de datos en Excel.

Los problemas detectados con anterioridad aún persisten y esto producto del manejo de varios sistemas informáticos, falta de un manual de procedimientos para cada uno de los departamentos y el no contar con un departamento que sea el encargado de vigilar que los procesos y procedimientos que efectúan estos departamentos sean realizados acorde a los lineamientos establecidos por la alta dirección y por órganos legales en lo que se refiere a materia contable-tributaria.

El Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil no cuenta con un departamento de auditoría que le permita a sus directivos saber si los controles internos son eficaces y funcionan según fueron establecidos. Este departamento tiene mucha relevancia a nivel organizacional porque aparte de velar por el buen funcionamiento de los controles internos ayuda a los directivos a la planificación y prevención, lo que garantizará la permanencia de la Institución y el logro de sus objetivos y metas propuestas.

La falta del departamento de auditoría interna no les permite a los directivos, detectar a tiempo algún hecho que esté afectando el buen desarrollo de las

actividades de la Institución y que de no ser corregido a tiempo le puede conllevar a serias circunstancias tanto administrativas como financieras.

Entre los hechos que se podrían detectar en un trabajo de auditoría están : las malas decisiones administrativas, ineficiencia en el puesto, desperdicio de recursos humano y físico, distorsión de la información, robos, estafas o fraudes, incumplimiento a normativas legales y tributarias, errores involuntarios, colusión, entre otros.

1.4. LA FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.4.1. Problema General.

La falta de controles actuales en el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, ha conllevado a irregularidades en el desempeño de los procesos de los distintos departamentos provocando ineficiencia en el uso de recursos.

1.4.2. Problemas Específicos.

1. Se detecta a destiempo acciones como fraudes o robos que pueden conllevar al declive de las operaciones de la Institución.
2. Se repiten errores constantemente en las actividades diarias del personal.
3. La carencia de una unidad asesora que ayude al control de los procesos para evitar pérdida de tiempo y derroche de recursos.

1.5. MARCO METODOLÓGICO.

1.5.1. Objetivo General.

Diseñar el Departamento de Auditoría Interna de la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, mediante el estudio de sus requerimientos operativos, administrativos y financieros; y acorde a sus limitaciones económicas, con el fin de mejorar el sistema de control interno y dar a los directivos recomendaciones oportunas para mejorar el desempeño de las áreas involucradas.

1.5.2. Objetivos Específicos.

1. Proponer a los directivos la estructura de un departamento de auditoría interna que se apegue a sus requerimientos y limitaciones económicas.
2. Estudiar el entorno hospitalario actual para en base a sus problemas sugerir los procesos básicos internos del departamento de auditoría del Hospital.
3. Sugerir un manual de políticas de control interno con recomendaciones generales para las áreas operativas, administrativas y financieras del Hospital con el fin de proponer mejoras en los controles y procesos de la unidad médica.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 MARCO REFERENCIAL.

Para el desarrollo de este proyecto se han utilizado algunas herramientas que se enfocan en el diseño de un departamento de auditoría interna en un centro hospitalario.

2.1.1. El Entorno Hospitalario.

2.1.1.1. El Hospital como Empresa.

(Marcombo, 1988, págs. 49-50) define actualmente a una empresa como un conjunto de bienes humanos, materiales y económicos que persiguen un fin único (...). El hospital se encuadra dentro del grupo de empresas de servicios que aportan al usuario una prestación general inmaterial, financiada por terceros.

En base a este concepto se puede definir al hospital como la interrelación entre capital, recurso humano, recursos materiales y económicos, donde la adecuada combinación de estos factores y la aplicación de normas y de estándares de calidad, permitirán responder de manera efectiva las necesidades de salud requeridas, generando la satisfacción tanto en el prestador del servicio como en los usuarios.

El hospital al igual que una empresa comercial combina factores de producción y da como resultado el servicio de asistencia sanitaria. Este tipo de empresas se comporta como un ente socio-tecno-económico porque busca ofrecer un servicio de calidad a un bajo costo.

Los procesos productivos del hospital son muy diversos y se agrupan en tres grandes apartados que se traducen en la obtención de:

Servicios Clínicos: Este proceso productivo tiene como finalidad contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Aplicando de manera eficiente todos los conocimientos, técnicas y herramientas para determinar con precisión la enfermedad y poder brindar un diagnóstico adecuado. Entre las especialidades tenemos: servicio de análisis clínicos, unidad de alergia, servicio de atención e información al paciente, servicio de cardiología, unidad de radioterapia, servicio de medicina interna, unidad de enfermedades infecciosas, entre otros.

Servicios Técnicos: Tiene que ver la producción de productos que servirán para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como su correcto funcionamiento, entre estos tenemos: ecografías, tomografías, radiografías, yesos, prótesis y medicamentos.

Servicios Hoteleros: De la misma manera que en una empresa hotelera, en un hospital también encontramos las áreas de cocina, limpieza, mantenimiento, lampistería, etc.

2.1.2. Auditoría Médica.

En 1918, en Estados Unidos la auditoría médica surgió como un sistema de acreditación de hospitales, colocando un énfasis especial en el perfeccionamiento de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias de aquel entonces.

Actualmente se prevé evaluando periódicamente la atención médica que reciben los pacientes; cuyo propósito principal es procurar que el enfermo reciba la mejor atención posible y su objetivo específico elevar la calidad en el servicio ofrecido.

Entonces la auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros efectuados, y a más de evaluar la calidad de éstos, valora de igual manera la calidad de la atención prestada, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de

los registros y la atención prestada. En la actualidad se considera las políticas de control de calidad, lo cual consiste en que el servicio se adecue a las especificaciones previas determinadas.

El objeto de acción de la auditoría médica, en donde el documento esencial es la Historia Clínica, junto a las estadísticas hospitalarias, normas, protocolos, padrones estándar y la labor del auditor tanto médico como interno, permiten un análisis acucioso del trabajo prestado por profesionales médicos.

Se registra la totalidad de las prestaciones médicas recibida por el enfermo, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo lo que se requiere para dejar constancia con relación a la patología de cada paciente y a las acciones a realizarse para obtener su curación.

Como instrumento constituye un medio de prueba judicial que influye en el proceso, y debe reunir ciertos requisitos básicos. En auditoría, la historia clínica, viene a ser un proceso donde se debe revisarla y se mantiene otros registros vinculados al paciente. Los objetivos de una auditoría a Historia Clínica son dos: uno el conocer la calidad de los registros, es decir, verificar si constan todos los antecedentes, y el otro; analizar la calidad de la atención médica prestada, según las normas y estándares.

2.1.3. Auditoría.

La auditoría se la puede definir como el análisis exhaustivo de la información económica-financiera, para determinar su fiabilidad y poder emitir un informe sobre su razonabilidad, es decir, que esté de acuerdo a los principios de contabilidad generalmente aceptados y cualquier otra política o normativa adoptada por la empresa. (Madariaga, 2004)

La auditoría permite determinar si los controles establecidos por la alta gerencia son los adecuados y si sus procesos son eficaces y eficientes permitiendo alcanzar las metas y objetivos organizacionales.

El objetivo de la auditoría es que el auditor pueda emitir una opinión sobre si los estados financieros reflejan la real situación económica-financiera de la empresa y si están de acuerdo a la normativa legal vigente.

La finalidad de la auditoría es la evaluación periódica de los procesos administrativos, operacionales y financieros de la empresa, a fin de determinar la efectividad en los controles y poder detener cualquier tipo de robo, fraude o malversación de fondos.

La auditoría brinda a la gerencia la información necesaria para la correcta toma de decisiones.

2.1.3.1. Clasificación de la Auditoría.

2.1.3.1.1. En Base a la Posición del Auditor.

2.1.3.1.1.1. Auditoría Interna.

(Cuellar, 2009) indica que es realizada por un profesional que pertenece a la empresa, por lo que forma parte de la estructura administrativa organizativa, es como un asesor para el órgano gerencial, brinda información confiable para la correcta toma de decisiones.

Se encuentra a un nivel jerárquico que le permite desenvolverse de manera independiente con relación a las áreas que audita.

2.1.3.1.1.2. Auditoría Externa.

Es realizada por personal independiente sea un auditor o una firma de auditores, su objetivo es verificar que los estados financieros de una empresa expresen la imagen fiel de su patrimonio y que los lineamientos seguidos estén de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados y acorde a las NIIF.

2.1.3.1.2. En Base a su Objetivo.

2.1.3.1.2.1. Auditoría Financiera o Contable.

Es el examen crítico y sistemático que se realiza a la información financiera en una fecha determinada, mediante la aplicación de normas y técnicas de auditoría, con el objeto de emitir un informe sobre la razonabilidad de dichas cuentas y si estos han sido elaborados de acuerdo a la normativa contable vigente.

2.1.3.1.2.2. Auditoría de Gestión.

Es el examen y evaluación que se realiza a los procesos, programas y planes de una entidad, a fin de observar su nivel de cumplimiento y determinar el grado de eficacia, eficiencia y economicidad en el manejo de recursos y si los resultados obtenidos permiten alcanzar las metas y objetivos planteados.

2.1.3.1.2.3. Auditoría Fiscal.

Es la auditoría realizada por la administración tributaria para determinar la razonabilidad de las cuentas y el cumplimiento con las disposiciones fiscales.

2.1.3.1.2.4. Auditoría de Sistemas.

La auditoría de sistemas analiza y evalúa el grado de efectividad de los sistemas y procedimientos de una empresa, con el fin de determinar la eficacia en los controles establecidos, el uso eficiente de los recursos informáticos y el nivel de seguridad de la información.

2.1.3.2. Diferencia entre Auditoría Interna y Externa.

Tabla 0-1 Diferencia entre Auditoría Interna y Externa.

AUDITORÍA EXTERNA	AUDITORÍA INTERNA
La realiza un profesional ajeno a la empresa, se establece un vínculo civil entre el profesional y la empresa.	Es llevada a cabo por un profesional que depende laboralmente de la empresa auditada.
Tiene un objetivo, emitir una opinión sobre la razonabilidad de los estados financieros en un período determinado.	Tiene varios objetivos, analizar la situación patrimonial de la empresa, evaluar sus resultados, evaluar el grado de eficiencia de las operaciones así como la efectividad de los controles establecidos.
Tiene la facultad legal de dar Fe Pública.	No puede dar Fe Pública debido a su dependencia laboral.
Las auditorías son periódicas, una o dos veces al año.	Las auditorías son constantes.

Fuente: Autores

2.1.3.3. Objetivos y Alcance de la Auditoría Interna.

2.1.3.3.1. Objetivos.

(Nieto, 2004) explicó que el objetivo principal de la auditoría interna es ser fuente de apoyo para la alta gerencia, proporcionándoles información real y oportuna sobre el estado real de la empresa. De aquí se derivan otros objetivos específicos:

1. Ayudar en la detección de fraudes, robos o uso indebido de los bienes institucionales.
2. Asegurar de que se esté cumpliendo con los planes, programas, políticas y normas instauradas por la alta gerencia.
3. Revisar y determinar la aplicabilidad y suficiencia de los controles establecidos.
4. El establecimiento de planes estratégicos para asegurar la supervivencia del negocio y del cumplimiento de sus metas y objetivos.
5. Ofrecer recomendaciones a la alta gerencia para mejorar y proteger los controles en todos los niveles, actividades u operaciones, a fin de disminuir las irregularidades.

2.1.3.3.2. Alcance.

(Fernández, Iglesias, Llana y Fernández, 2010) dicen que el alcance tiene que ver con la amplitud del examen, es decir, que encierra la auditoría, si solo se van a analizar ciertas partidas o todas, que áreas van a ser evaluadas, que procesos o procedimientos requieren ser observados y evaluados para ser mejorados.

2.1.3.4. Características de la Auditoría Interna.

1. Es un órgano que sirve de asesor a la alta gerencia y está en sujeción a ésta.

2. Su posición dentro de la estructura organizacional es independiente es decir no está sujeto a ningún otro departamento.
3. Ayuda a mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión administrativa, operativa, contable y financiera de la empresa. (Cristina, 2003).

2.1.3.5. Fases de la Auditoría.

(Álvarez y Álvarez, 2009) indican que la realización de una auditoría se divide en cinco fases fundamentales que permiten al auditor formar una opinión sobre la veracidad y confiabilidad de la información auditada. Las fases son las siguientes:

2.1.3.5.1. Planeación.

En esta fase los directivos transmiten a los auditores que tipo de auditoría requieren, es decir si engloba la totalidad de los estados financieros, o se limita la revisión y análisis de ciertas partidas, o de ser el caso se requiere la evaluación de áreas o procesos críticos que están afectando el buen desempeño organizacional.

2.1.3.5.2. Preparación.

El auditor realiza un reconocimiento y comprensión de la entidad a auditar para determinar el alcance y objetivos, identifica tipo de actividad, situación actual, sistema de controles, políticas, reglamentos, sistemas contables e informáticos, planes, programas, estrategias y demás instrumentos útiles que le permitan al auditor crear el plan de actividades que llevará a cabo.

2.1.3.5.3. Ejecución.

Es el desarrollo de la auditoría, aquí se recopila toda la información relacionada al área, proceso o partida a auditar a fin de obtener la evidencia suficiente, competente y relevante para utilizarla como fundamento de nuestro análisis y conclusión.

2.1.3.5.4. Preparación del Informe.

Una vez obtenida toda la información y realizadas todas las pruebas y análisis se procede a expresar por escrito los resultados obtenidos sobre el área o actividad auditada en relación a los objetivos planteados, indicando tipos de falencias encontradas, si existe debilidad en los controles y, de ser el caso, dar las recomendaciones necesarias para mitigar el riesgo y esas deficiencias administrativas. Este tipo de informe se debe elaborar en sentido constructivo y no acusativo.

2.1.3.5.5. Seguimiento.

Es la realización de una nueva auditoría a fin de verificar si las recomendaciones anteriores han sido observadas y puestas en práctica, y si éstas han sido suficientes para corregir o eliminar cualquier situación que esté atentando contra la supervivencia de la empresa.

2.1.4. Auditor Interno.

El auditor interno es un profesional que cuenta con la debida pericia profesional para el desempeño de sus funciones, éste es nombrado por los altos directivos y uno de sus objetivos es ser una instancia de apoyo para el órgano gerencial con el objeto de proteger y mejorar el funcionamiento de la organización.

2.1.4.1. Función del Auditor Interno.

1. Elaborar programas, planes o guías de trabajo para el desarrollo de actividades concernientes al departamento.
2. Verificar que los controles implantados por la alta gerencia se estén llevando a cabo de acuerdo a lo planeado, que estos no sean vulnerables y que su nivel de confiabilidad sea el esperado.

3. Comprobar la existencia, observancia y aplicación de normas, políticas y reglamentos impuestos por la alta gerencia.
4. Crear planes de contingencia para la salvaguarda de activos.
5. Verificar que a las instalaciones y recursos materiales de la empresa se les dé el debido uso y cuidado.
6. Evaluar la eficacia y eficiencia de los sistemas informáticos utilizados para el desarrollo de las operaciones.
7. Evaluar a la organización como unidad íntegra y desmembrada, con el fin de determinar áreas o departamentos cuyo nivel de desempeño no esté siendo el esperado.
8. Evaluar los canales de comunicación interdepartamental y su grado de eficiencia.
9. Supervisar y guiar el trabajo de auditoría.
10. Realizar evaluaciones periódicas a los diversos procesos a fin de detectar de manera oportuna cualquier error o irregularidad y poder brindar las recomendaciones necesarias ya sean estas correctivas o preventivas.

2.1.4.2. Responsabilidad Profesional.

La responsabilidad del auditor radica en el cumplimiento oportuno y eficiente de sus obligaciones, utilizando todas las habilidades y destrezas adquiridas a lo largo de su vida profesional.

Un factor importante dentro del ejercicio de sus funciones es que el auditor debe conservar su credibilidad, esto lo podrá lograr si se mantiene su autonomía e imparcialidad, esta condición le dará valor a su participación.

2.1.4.3. Independencia en el Ejercicio de la Auditoría.

En la auditoría interna el auditor solo está sujeto a un nivel jerárquico superior, se mantiene independiente de cualquier otra instancia departamental que no sea la alta gerencia, esto le permite emitir opiniones imparciales y equilibradas, no presentar inconvenientes al momento de determinar el alcance de la auditoría, así como el poder emitir su opinión libre de prejuicios e injerencias.

2.1.4.4. Cualidades Profesionales del Auditor.

1. Contar con las habilidades y destrezas propias de su carrera para el buen desempeño de sus funciones.
2. Estar acreditado como profesional para el ejercicio de sus funciones.
3. Tener la suficiente experiencia en cargos similares o el asesoramiento apropiado.
4. La imparcialidad rige su actuar dentro de toda la organización.
5. Preparación profesional constante.

2.1.4.5. Ética Profesional.

La ética profesional debería ser uno de los pilares más importantes dentro de toda organización, partiendo desde el más alto nivel hasta el más mínimo, donde directivos, gerentes, administradores, operarios y demás manejan su actuar enmarcados dentro de los valores y principios de conducta y esto se vea reflejado en

un buen ambiente laboral, en una empresa que logra alcanzar sus objetivos con el mismo esfuerzo.

2.1.5. Control Interno.

2.1.5.1 Definición.

(Ray y Pany , 2000) indican que es un proceso sistemático efectuado por los altos directivos, incluyendo al personal con el fin de proporcionar seguridad razonable relaciona al cumplimiento de los objetivos de la institución.

El control interno comprende en un amplio contexto, la estructura, políticas y procedimientos, y además las cualidades del personal de una empresa.

El cual comprende las siguientes categorías:

1. Confiabilidad en la presentación de informes financieros.
2. Efectividad y eficiencia de las operaciones.
3. Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

De esta manera definimos que el objetivo del control interno es proteger los activos, asegurar la veracidad de la información, promover la eficiencia de las operaciones y; estimular y asegurar el cumplimiento de las políticas y normas de la más alta dirección.

Finalmente, la definición de control interno tiene relación con todas las actividades que se originan en cada uno de los procesos, departamentos o áreas específicas de una institución, vigilando el cumplimiento de los objetivos propuestos individuales y colectivos, y de igual manera que éstos se apeguen al fiel cumplimiento de las normas legales y regulaciones del país en el cual operan.

2.1.5.2. Importancia del Control Interno y de la Administración del Riesgo.

El sistema de control interno en una organización tiene una importancia significativa en la administración de los riesgos que son significantes para el cumplimiento de sus objetivos.

Un adecuado sistema de control interno contribuye a salvaguardar la inversión de los accionistas y los activos de la institución.

1. Facilita la efectividad y la eficiencia de las operaciones, ayudando a asegurar la confiabilidad de los procesos internos y externos apegados al cumplimiento de las leyes y regulaciones.
2. Los controles financieros efectivos y los ajustes periódicos al presupuesto ayudan a reducir la exposición innecesaria a los riesgos financieros. También contribuyen a salvaguardar los activos, incluyendo la prevención y detección del fraude.
3. Los objetivos de una compañía, su organización interna y el ambiente en el cual opera están continuamente evolucionando y, como resultado de ello, los riesgos cambian según las circunstancias. Un sistema sólido de control interno depende de una evaluación cuidadosa y regular de la naturaleza y extensión de los riesgos frente a los cuales se está expuesta.

2.1.5.3. Objetivos del Control Interno.

Las transacciones de una empresa originan un flujo de actividades o procedimientos desde su inicio o hasta el final de la misma, por lo tanto constituyen una parte principal del control interno.

Las fases de una transacción son: autorización, ejecución, anotación y registro o contabilización.

En fin, todo control interno tiene relación con el organigrama de la entidad, el cual debe reflejar una adecuada distribución de responsabilidades y líneas de mando. De manera que las obligaciones de un grupo de empleados deban ser comprobadas por otros.

Es fundamental que todo organismo tenga una clara y bien planteada organización y cada uno de sus miembros tenga un conocimiento apropiado de su función. Es por eso que el control interno es amplio y extenso, de acuerdo a los límites de cada organización en infraestructura física.

2.1.6. Modelo COSO I.

2.1.6.1. Definición.

“Coso: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission”.

(Arens A., Randal E., Otros, 2007), describen el COSO de la siguiente manera:

El informe COSO es un método de auditoría de gestión que ayuda a la implantación y control de un sistema de control interno. Es un concepto común que ayuda a cualquier organización a evaluar sus controles y está compuesto por cinco componentes que son:

1. Ambiente de Control.
2. Evaluación del Riesgo.
3. Actividades de Control.
4. Información y Comunicación.
5. Monitoreo o Supervisión.

2.1.6.2. Componentes del Coso I.

2.1.6.2.1. Ambiente de Control: Está enfocado en los altos mandos y la dirección de la organización para controlar de forma eficaz sus procesos.

Si los altos niveles consideran que el control es importante, otras personas en la empresa los percibirán y responderán a ello observando los controles que se establecieron.

Esta teoría consiste en crear: acciones, políticas y procedimientos que reflejan las actitudes de las más altas jerarquías.

2.1.6.2.2. Evaluación del Riesgo: Es la identificación y análisis de los riesgos relevantes que existen en la gestión de las actividades para la preparación de los estados financieros de conformidad con las leyes y reglamentos vigentes.

2.1.6.2.3. Actividades de Control: Son las políticas y procedimientos establecidos que se implementan en acciones necesarias para abordar los riesgos que entraña al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.1.6.2.4. Información y Comunicación: Relacionada a las líneas de mando y en la consecuente entrega de la información oportuna hasta llegar a los altos niveles de la organización.

2.1.6.2.5. Monitoreo: Se refiere a la evaluación continua o periódica de la calidad del desempeño del control interno por parte de la administración con el objetivo de evaluar la eficiencia de los controles.

2.1.7. Métodos de Evaluación del Control Interno.

(Manual de Auditoría Financiera, 2001) La evaluación del control interno, así como el relevamiento de la información para la planificación de auditoría, se podrán hacer

a través de diagramas de flujo, descripciones narrativas y cuestionarios especiales, según las circunstancias, o se aplicará una combinación de los mismos como una forma de documentar y evidenciar la evaluación.

En ciertos programas de auditoría, un diagrama puede ser más útil que una descripción narrativa de operaciones.

En otras según corresponda la existencia de cuestionarios especiales ayuda a analizar más fácilmente los problemas encontrados.

Al analizar documentos en sistemas informáticos, habrá que verificar la existencia de manuales dentro de la empresa, con el fin de que éstos lleguen a suplir la descripción de los sistemas realizados por el auditor, de ello depende el elegir los métodos de documentar la evidencia más conveniente y que facilite el análisis del material que será soporte para la opinión final, según el Manual de Auditoría Financiera de la Contraloría General del Estado vigente. (Manual de Auditoría Financiera, 2001)

2.1.8. Riesgos de Auditoría.

Un riesgo en auditoría es aquel que siempre está presente, el cual genera la posibilidad de error en una opinión de informe emitida por el auditor, por el simple hecho de no haber detectado errores o faltas significativas.

Como resultado, es el efecto combinado del riesgo inherente ocasionado por el tipo de rubro o ente auditado, el riesgo de control debido al control interno aplicado y el riesgo de detección, por la posibilidad de que los procedimientos aplicados por el auditor no detecten los errores que se escapan del control interno.

La posibilidad de existencia de riesgos está presente en todos los niveles por lo tanto debe analizarse de la manera más apropiada al observar la implicación de cada nivel de auditoría que se van a realizar.

2.1.8.1. Tipos de Riesgo.

2.1.8.1.1. Riesgo Inherente.

Este tipo de riesgo tiende sobre la actividad económica o negocio, independientemente de los sistemas de control interno que existan. Es decir, es una amenaza que siempre está presente independiente a los controles establecidos por el departamento de auditoría.

Si se trata de una auditoría financiera son los estados financieros los expuestos a la existencia de errores significativos; este tipo de riesgo está fuera del control de un auditor por lo que difícilmente se puede determinar o tomar decisiones para desaparecerlo totalmente ya que es algo innato de las actividades de la organización.

En este tipo de riesgo encajan los riesgos de principio u omisión, con respecto a la información a revelar de acuerdo a los PCGA.

Entre los factores que llevan a la existencia de este tipo de riesgos, son las actividades económicas, la naturaleza de volumen de transacciones de compra-venta, productos o servicios, gerencia, y la calidad humana del personal contratado.

2.1.8.1.2. Riesgo de Control.

En este tipo de riesgo influyen de manera importante los sistemas de control interno implementados y existentes, y las circunstancias en los que llegan a ser insuficientes e inadecuados para su aplicación, lo que hace la detección inoportuna de irregularidades.

Cuando los niveles de riesgos de control son mínimos o casi imperceptibles, es porque se están efectuando o implementando eficientemente procedimientos para el buen desarrollo de los procesos.

Entre los factores que determinan este tipo de riesgo son los sistemas de información (programas), canales de comunicación, contabilidad, controles por departamentos, entre otros.

2.1.8.1.3. Riesgos de Detección.

Este tipo de riesgo está directamente relacionado con el trabajo del auditor y los procedimientos aplicados, por lo que se trata de la no detección de la existencia de errores en el proceso realizado.

Es por esto que un proceso de auditoría que contenga problemas de detección muy seguramente en el momento en que no se analice la información de la forma adecuada no va a contribuir a la detección de riesgos inherentes y de control a que está expuesta la información del ente y además se podría estar dando un dictamen incorrecto.

Por lo tanto, dicha responsabilidad recae sobre el auditor y su equipo a fin de llevar a cabo procedimientos bien deducidos y analizados para detectar el más posible error y poder minimizar el impacto de los riesgos inherentes y un control más eficaz para disminuir el margen de error operativo. (Contraloría General del Estado, 2001, pág. 118)

2.1.8.2. Medición del Riesgo de Auditoría.

Dentro de los procesos de auditoría hay procedimientos preliminares realizados por el equipo de auditoría con el propósito de identificar los posibles riesgos, cuantificando el nivel de las posibilidades en que una transacción no es confiable.

Esta práctica sugiere una adecuada planificación, para determinar de forma precisa las “irregularidades”, teniendo una visión más clara de los procesos y transacciones ejecutadas.

Para llevar a cabo una adecuada medición de riesgos se requiere de una planificación previa con el fin de recabar toda la información como sea posible, porque es importante comprender y documentar debidamente el flujo de las actividades desarrolladas, facilitando de forma significativa la detección de riesgos a su vez, y los controles que puedan reducir dichos riesgos. Se utilizan como herramientas principales los diagramas de flujo y las narrativas de procesos, considerando elementos como dependencia y complejidad de las tecnologías de información empleadas para llevar a cabo las actividades corrientes del sujeto a revisión; así como utilizar técnicas de entrevistas y encuestas; y lo más importante la evidencia recaudada para la clasificación respectiva.

El grado de error se considera también como su incidencia directa o indirecta sobre las partidas presupuestarias, contables, y financieras a auditar, más no solo desde el punto de relación entre los procesos de la entidad.

Sin duda alguna el proceso de medición de riesgos suele ser muy delicado y sobre el mismo se sostienen muchas hipótesis del trabajo de auditoría, razones por las que al momento de ejecutar la revisión se deben tomar en cuenta ciertas características como: errores en la presentación de informes parciales sobre los resultados de la gestión, integridad de la información presentada, reproceso de información generado por errores de la aplicación de controles y la capacidad de eludir o alterar el flujo de transformación dentro de la organización.

Además habrá de tomar en cuenta ciertos factores externos que tienen relación directa con los procesos, como políticas macroeconómicas, mercado, etc. (Martínez, 2006)

2.1.9. Técnicas y Procedimientos de Auditoría.

Se considera las técnicas de auditoría, como los métodos prácticos de investigación y prueba que todo auditor utiliza para lograr la información y comprobación necesaria para poder emitir una opinión profesional sobre el trabajo realizado.

Los procedimientos de auditoría son el conjunto de técnicas de investigación aplicables a un grupo de hechos o circunstancias relativas a los estados financieros, actividades u operaciones que realiza la empresa.

Se puede decir que las técnicas de auditoría constituyen las herramientas de trabajo del auditor, y los procedimientos la combinación que se hace de esas herramientas para realizar el trabajo.

2.1.9.1. Clasificación de las Técnicas y Procedimientos de Auditoría.

Cabe mencionar algunas técnicas de las cuales detallaremos más adelante:

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. Analizar | 7. Inspeccionar |
| 2. Comprobar | 8. Reconciliación |
| 3. Cotejar | 9. Pruebas |
| 4. Ratificar | 10. Investigación |
| 5. Examinar | 11. Verificación |
| 6. Suma de Columnas | 12. Justificación |

Y entre los procesos de auditoría citaremos:

1. Evidencia física
2. Representación de terceros: Confirmación

3. Evidencia documentaria: Rastreo
4. Cálculos: Re ejecución
5. Relaciones recíprocas de la información: Procedimientos analíticos
6. Declaraciones del cliente: Indagaciones
7. Registros contables: Comparaciones

Estudio General.- Es la apreciación y juicio de las características generales de la empresa, procesos y transacciones.

Análisis.- Es el estudio de los componentes de un todo. Esta técnica se aplica concretamente al estudio de las cuentas o rubros que integran los estados financieros.

Inspección.- Es la verificación física que se aplica a cuentas financieras o contables, que mantienen un saldo material, como ejemplo: Efectivo, mercadería, inventarios, etc.

Confirmación.- Es la ratificación de la información del auditor a través de personas ajenas a la empresa, para corroborar la veracidad de la misma, como la autenticidad de un saldo contable, hecho u operación.

Dentro de esta misma técnica, vale denotar la Confirmación de Terceros, que es la ratificación de las personas o entes ajenos a la empresa con la finalidad de autenticar saldos, hechos u operaciones, en las que se descubra alguna intención de fraude o para cerciorarse sobre la existencia de riesgos.

Investigación.- Es la recopilación de información mediante entrevista o conversaciones con los funcionarios y empleados de la empresa.

Declaraciones y Certificaciones.- Es la prueba escrita de las afirmaciones recibidas en declaraciones y en caso de la certificación ante la autoridad competente que de fe de la misma.

Observación.- Es una práctica informal, y se basa en el hecho de evaluar a través de la visión los hechos más relevantes de las operaciones de la empresa.

Cálculo.- Es la verificación numérica y aritmética de las cuentas contables y operaciones financieras que determinan el uso de cálculos sobre precisos rubros.

Evidencia Física.- En su mayoría constituyen los papeles y documentos compilados por el auditor para su clasificación y posterior análisis, esta información debe ser suficiente y adecuada. El volumen de la evidencia obtenida no garantiza que los procesos estén bien encaminados, debido a que la mayoría de las veces es sobre ésta que se emite el informe.

2.1.10. Papeles de Trabajo.

Los papeles de trabajo son documentos hechos por el mismo auditor con el fin de obtener información y pruebas del trabajo de auditoría, así como las decisiones que forman parte de su opinión. Éstos tienen como objeto brindar soporte en la planificación y realización de la auditoría, así como en la supervisión y revisión, para suministrar la evidencia suficiente del trabajo que argumenta el informe.

El resumen de trabajo de auditoría, queda en evidencia sobre los papeles de trabajo, tales como, verificaciones, análisis, interpretaciones, comprobaciones, etc.

Los papeles de trabajo constituyen un medio de enlace entre los registros de contabilidad de la empresa que se examina y los informes que proporciona el auditor.

Los papeles de trabajo almacenan la información de todo el trabajo realizado por el auditor y su equipo, según la obtención de la evidencia suficiente y competente como lo sugieren el cumplimiento de las normas de auditoría.

2.1.10.1. Contenido de los Papeles de Trabajo.

Como bien se indicó anteriormente, los papeles de trabajo contienen la información que soporta una evidencia del trabajo realizado, así como comprobaciones. Estos pueden contener:

1. Programas de trabajo
2. Planillas de análisis y comprobaciones
3. Anotaciones
4. Cartas de confirmación emitidas por terceros
5. Afirmaciones, anotaciones o manifestaciones de la empresa
6. Extracto de documentos y registros.

A más de éstos su elaboración debe estar expuesta bajo formatos que contengan:

1. Nombre de cliente
2. Ejercicio o período auditado
3. Título del papel de trabajo – generalmente referente al trabajo de auditoría

4. Referencias o numeración, para llevar registro de los mismos
5. Firmas, realizado y revisado por el responsable de las fichas
6. Cuerpo del papel de trabajo, se refiere al contenido del mismo
7. Conclusión; en la parte inferior a la cual se llegó según lo descrito en el contenido.

Estos no deben ser:

8. copia de los estados financieros.
9. copia de la contabilidad de la empresa.
10. copia de auditorías anteriores.

2.1.11. Indicadores de Gestión.

2.1.11.1. Definición.

Los indicadores son índices utilizados para determinar el nivel de éxito de una empresa o proyecto. Los mismos reflejan datos de consecuencias ocurridas en el pasado y refleja datos precisos, veraces y confiables.

Estos indicadores pueden estar ligados a los resultados cuantificables como el nivel de ingresos, reducción de costos, mantenimientos, infraestructura, inversiones, etc.

En auditoría estos sirven para:

1. Referencia numérica
2. Medir el desempeño
3. Tomar acciones correctivas inmediatas.

2.1.11.2. Categoría de los Indicadores.

Se debe discernir entre indicadores de cumplimiento, evaluación, eficiencia y eficacia, y los de gestión.

Indicadores de Cumplimiento.- Son los que se infieren sobre la conclusión de una tarea. Están relacionados con el grado que indican la consecución de tareas o trabajos.

Indicadores de Evaluación.- Tienen que ver con el rendimiento que se obtiene por cada tarea, trabajo o proceso. Un ejemplo tiene relación con los análisis FODA por departamentos.

Indicadores de Eficiencia.- Miden el grado de actitud y capacidad para llevar a cabo un trabajo o tarea con el mínimo de recursos.

Indicadores de Eficacia.- Están relacionados con las razones que indican capacidad o acierto en la consecución de tareas o trabajos.

Indicadores de Gestión.- Tienen que ver con administrar o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas o trabajos programados y planificados. Estos tienen que ver con las razones que permiten administrar realmente cada proceso.

2.1.12. Normas de Calidad.

Son reglas, directrices o características emitidas por un organismo de control nacional o internacional para las actividades o sus resultados, con el fin de conseguir un óptimo grado de servicio, que se proporcionan para un uso común.

Según la Organización Internacional de Estandarización, las normas de calidad responden a un proceso de gestión de la calidad a nivel mundial y facilita el comercio internacional.

Entre estas normas emitidas por este organismo mundial tenemos la denominada familia ISO:

ISO 9000 – 9001, referente a los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC), que contiene los requisitos para su aplicación.

ISO 10000, Guía para Implementar Sistemas de Gestión de Calidad, demostrada con ejemplos de reportes técnicos.

ISO 14000, Sistemas de Gestión Ambiental de las Organizaciones, tiene que ver con el cuidado en prácticas industriales para evitar en lo posible la contaminación.

ISO 19011, Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiental. Contiene una guía para el desarrollo de auditorías de calidad y ambientales. (Universidad Nacional de Luján)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Activo: Bienes, derechos y otros recursos controlados económicamente por la empresa, resultantes de sucesos pasados, de los que se espera que la empresa obtenga beneficios o rendimientos económicos en el futuro. (Omeñaca, 2009)

Auditor: Se define como persona o equipo, perteneciente al personal de la organización o exterior a ella, que actúa en nombre de la alta dirección de la organización y que posee, individual o colectivamente, las competencias indicadas y sea lo suficientemente independiente de las actividades objeto de la auditoría, como para emitir un dictamen objetivo. (Rodríguez, Alcaide, Castro, & Rodríguez, 2012)

Auditoría: Es una evaluación, sistemática, documentada, periódica, objetiva e independiente de la eficacia y fiabilidad del sistema de gestión; así, como si el sistema es adecuado para alcanzar la política y objetivos definidos por la empresa. (Fernández, Iglesias, Llana y Fernández, 2010).

Auditoría Operativa: Es la técnica de control cuya finalidad es examinar en forma crítica, metódica y sistemática todo o parte de un servicio o institución, verificando el cumplimiento de sus objetivos, políticas y metas, tomando en consideración la reglamentación legal que define las líneas de acción de dicha entidad. (Hernández, 1982)

Eficacia: Determina el grado en que se alcanzan los objetivos y metas del proyecto en la población usuaria, en un período de tiempo determinado e independientemente de los costes que ello implica. (Ministerio de educación, cultura y deporte, 2001)

Eficiencia: Se asocia con la productividad al relacionar recursos con resultados tras convertir todo a unidades monetarias. (Ministerio de educación, cultura y deporte, 2001)

Ética: Conjunto de normas que ordenan e imprimen sentido a los valores y principios de conducta de una persona, tales como: compromiso, honestidad, lealtad, franqueza, integridad, respeto por los demás, y sentido de responsabilidad. Constituye uno de los planes de las normas de actuación de cualquier organización, sin importar su actividad y entorno. (Franklin, 2007)

Control Interno: Es un proceso, ejecutado por la junta directiva o consejo de administración de una entidad, por el grupo directivo (gerencial) y por el resto del personal, diseñado específicamente para proporcionarles seguridad razonable de conseguir los objetivos de la empresa. (Estupiñan, 2006)

Planeación: Planear el trabajo de auditoría es decidir previamente cuáles son los procedimientos de auditoría que se van a emplear, cuál es la extensión que va a darse a esas pruebas, en qué oportunidades se van a aplicar y cuáles son los papeles de trabajo en que van a registrarse sus resultados. (Mendívil, 2002)

Patrimonio: El patrimonio de una empresa, particular o colectiva, está compuesto por los bienes, derechos y obligaciones que constituyen los medios económicos y financieros a través de los cuales ésta puede cumplir sus fines. (Omeñaca J. , 2008)

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Marco Legal Tributario.

2.3.1.1. Reglamento para la Aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno

2.3.1.1.1. Capítulo III “Exenciones”.

Art. 19.- Ingresos de instituciones de carácter privado sin fines de lucro.- No estarán sujetos al Impuesto a la Renta los ingresos de las instituciones de carácter privado sin fines de lucro legalmente constituidas, de: culto religioso; beneficencia; promoción y desarrollo de la mujer, el niño y la familia; cultura; arte; educación; investigación; salud; deportivas; profesionales; gremiales; clasistas; partidos políticos; los de las comunas, pueblos indígenas, cooperativas, uniones, federaciones y confederaciones de cooperativas y demás asociaciones de campesinos y pequeños agricultores, legalmente reconocidas, en la parte que no sean distribuidos, siempre que sus bienes e ingresos se destinen a sus fines específicos y cumplan con los deberes formales contemplados en el Código Tributario, la Ley de Régimen Tributario Interno, este Reglamento y demás Leyes y Reglamentos de la República.;

debiendo constituirse sus ingresos, salvo en el caso de las Universidades y Escuelas Politécnicas creadas por Ley, con aportaciones o donaciones en un porcentaje mayor o igual a los establecidos en la siguiente tabla:

Tabla 0-2 Ingresos Anuales en Dólares y Aportes sobre Ingresos

Ingresos Anuales en Dólares y Aportes sobre Ingresos	% Ingresos por Donaciones
De 0 a 50.00	5%
De 50.001 a 500.000	10%
De 500.00 en adelante	15%

Fuente: Servicios de Rentas Internas

Art. 20.- Deberes formales de las instituciones de carácter privado sin fines de lucro.- A efectos de la aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno, se entenderán como deberes formales, los siguientes:

1. Inscribirse en el Registro Único de Contribuyentes;
2. Llevar contabilidad;
3. Presentar la declaración anual del impuesto a la renta, en la que no conste impuesto causado si se cumplen las condiciones previstas en la Ley de Régimen Tributario Interno;
4. Presentar la declaración del Impuesto al Valor Agregado en calidad de agente de percepción, cuando corresponda;

5. Efectuar las retenciones en la fuente por concepto de Impuesto a la Renta e Impuesto al Valor Agregado y presentar las correspondientes declaraciones y pago de los valores retenidos; y,
6. Proporcionar la información que sea requerida por la Administración Tributaria.

2.3.2. Marco Legal y Normativo Relacionado al Sector Salud.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales.

De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población.

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

2.3.3. Constitución de la República del Ecuador.

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kausay.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

2.3.3.1. Cap. II Sección 7.

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

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

2.3.3.2. Cap. III.

Art. 35: Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada.

El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud.

Art. 66: Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establecen su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

En el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos.

Art. 361: Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208)

2.3.4. Ley Orgánica de Salud.

2.3.4.1. Capítulo II “De la Autoridad Sanitaria Nacional, sus Competencias y Responsabilidades”.

Art. 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 10: Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 69: La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

2.3.5. Ley de Seguridad Social.

De su parte señala que:

Artículo 111.- “La dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar es el Órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley”.

Artículo 140.- “La compra de servicios de salud a las unidades médicas del IESS y a otros prestadores se hará mediante contrato entre la Administradora del Seguro Social Campesino y la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar” y que,

Artículo 141.- “La dirección del Seguro Social Campesino es el Órgano ejecutivo encargado del aseguramiento, la prestación y la compra de servicios de salud, y la entrega de prestaciones monetarias, con cargo al Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino”.

2.3.6. I.E.S.S.

2.3.6.1. Normas Técnicas y Criterios para la Calificación del Nivel de Complejidad en las Unidades Médicas del I.E.S.S. y demás Prestadores de la Salud.

Art. 1 Objetivo General: Calificar a los prestadores de salud, a fin de garantizar la calidad de la atención médica que reciba el afiliado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tanto en las unidades médicas institucionales como en los servicios contratados con proveedores externos.

Art. 2 Objetivos Específicos: Seleccionar a los prestadores médicos que cumplan con los estándares de calidad.

1. Conformar la red de prestadores de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluya prestadores internos y externos.
2. Establecer una base de datos comparativa de las unidades médicas capaces de cumplir con estándares o criterios selectos de estructura, proceso y resultado.
3. Reforzar la confianza del usuario.

4. Promover la búsqueda de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

2.3.6.2. Documentos que forman parte de la calificación.

Art.12 Las personas naturales y jurídicas que deseen ser acreditados como prestadores de servicios de salud del IESS, deberán remitir la siguiente documentación:

1. Solicitud de evaluación.- Cada prestador de salud que solicite la acreditación deberá remitir el “Formulario 1: Autoevaluación”, en la cual se detallará la información general del mismo.
2. Requisitos para los prestadores.- En el formulario 2 se ha establecido un “Listado de requisitos”. El cumplimiento del literal a. Requisitos administrativos, será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado.
3. Recursos Humanos del Prestador de Salud.- En el Formulario 3, “Recursos Humanos del Prestador de Salud”, se detallarán los datos relevantes de los principales ejecutivos que están al frente de la Unidad Médica Centro, al igual que el grupo de profesionales de la salud con sus respectivas especializaciones que permitan el desarrollo del servicio con un nivel de calidad adecuado.
4. Situación Económica - Financiera.- Para ser objeto de calificación por parte de la Comisión, los prestadores médicos con personería jurídica, deberán acreditar su capacidad financiera, para lo cual presentaran la información requerida en los siguientes formularios financieros: Balance General Auditado, Estado de Resultados o Estado de Pérdidas y Ganancias, Estado de fuentes y usos de fondos, Capital de trabajo, Variaciones de la situación financiera del proponente, Formulario de referencia bancarias, comerciales y financieras (Personas Jurídicas Privadas), Dictamen de los Estados

Financieros del Auditor Externo (Formularios 4-9), correspondientes a los dos últimos períodos fiscales.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A FUNCIONARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA.

3.1. Levantamiento de Información.

Con el fin de evaluar el ambiente operativo del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil y medir el grado de necesidad y la importancia de implementar un departamento de auditoría interna, se realizaron entrevistas al director financiero, director de auditoría médica, contadora y responsables de los departamentos de proveeduría y estadísticas. Las herramientas de investigación que se utilizaron fueron la entrevista y la observación y luego para evaluar los resultados se realizó un análisis cualitativo de la misma.

3.2 Resumen, resultado de la entrevista y análisis de resultados de cada una de las entrevistas.

3.2.1. Contadora.

3.2.1.1. Resumen.

El día 26 de julio del 2013, en las instalaciones del Hospital León Becerra, en el departamento administrativo, previa cita programada, se llevó a cabo a las 15h00 la entrevista realizada a la CPA. Leticia Zavala García, contadora encargada.

La entrevista tuvo como puntos: conocer el ambiente operativo del hospital, tipo de administración, sostenimiento económico y problemas que atraviesa actualmente el departamento y su injerencia en otros departamentos o áreas, o viceversa.

3.2.1.2. Resultado de la entrevista.

Nombre del entrevistado: **CPA. Leticia Zavala García.**

Área o departamento: **Administrativo.**

Cargo: **Contadora.**

Entrevistador (E): Explíquenos un poco sobre el manejo administrativo del Hospital e indíquenos brevemente los problemas por los que atraviesa el área o departamento a su cargo.

1. La Sociedad Protectora de la Infancia está a cargo de 4 instituciones: Hospital León Becerra, el Hogar de Huérfanos Inés Chambers Vivero, la escuela mixta San José y la guardería Emilio Estrada.
2. Los ingresos que percibe el Hospital son por autogestión, aportaciones del Ministerio de Salud y donaciones de empresas privadas.
3. En el caso de que existan desfases económicos en las otras instituciones estas son cubiertas por el Hospital.
4. El Hospital desarrolla sus operaciones con un total de 260 colaboradores.
5. Las 4 instituciones operan bajo el mismo RUC.

6. En auditorías anteriores se detectaron problemas como: doble facturación, falta de manual de procedimientos, plan de cuentas muy extensos; problemas que aún no han sido resueltos.
7. El Hospital realiza sus operaciones con 5 sistemas informáticos diferentes los cuales no están enlazados entre áreas lo que ocasiona retraso en la entrega de información.
8. Dado que no se trabaja con un sistema informático unificado para la presentación de balances se tiene que trabajar en Excel.
9. Se elabora presupuesto contable pero no se trabaja en base a éste.
10. Existen problemas de liquidez.
11. Mantienen convenio con el IESS pero estos están atrasados en los pagos aproximadamente un año.
12. Existe información que llega a esta dependencia de forma desordenada.
13. Existen compras emergentes realizadas desde las cajas que no cuentan con la firma de responsabilidad.
14. No se mantiene un stock adecuado por lo que a esta dependencia llegan facturas sin la debida autorización de compras emergentes realizadas los fines de semana.
15. En el Hospital se desarrolló un programa denominado Sistema de Gestión Hospitalario el cual está sin concluir, pero tiene habilitado ciertos módulos como son: caja, proveeduría, farmacia y GTH. En algunos se tiene acceso y en otros solo se puede visualizar como es el caso del área de GTH.

16. En ciertas ocasiones se dan de baja activos y esto no es informado al departamento de contabilidad, lo que genera la sobrevaloración de activos.

3.2.1.2. Análisis de resultados.

En esta entrevista se pudo apreciar que existen 4 instituciones que integran la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia como son el Hospital León Becerra, el Hogar de Huérfanos Inés Chambers Vivero, la Escuela mixta San José y la Guardería Emilio Estrada, instituciones que operan bajo el mismo RUC y una misma administración.

En lo que concierne al Hospital éste desarrolla sus operaciones con un total de 260 colaboradores que incluyen directorio general, direcciones técnica y administrativa, personal administrativo, de servicio, médicos, paramédicos, enfermeras, auxiliares, etc.

Toda empresa a lo largo de su ciclo atraviesa por periodos de crisis sean éstos de liquidez, solvencia, administrativos, operacionales u otros.

Sea cual fuere el tipo de problema o conflicto éstos pueden desencadenar una serie de factores que van a impedir que la empresa desarrolle sus actividades de la forma adecuada y de no tomarse los correctivos oportunos hasta verse afectada la supervivencia de la misma.

En este sentido el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil se ve en la necesidad de implementar un departamento de auditoría interna que le ayude corregir, mejorar, prevenir e incluso erradicar los actuales problemas por lo que atraviesa y que de una u otra forma están siendo un obstáculo en el cumplimiento de sus objetivos y metas trazados.

De los resultados obtenidos en la entrevista resaltamos los problemas detectados haciendo un compendio de los mismos para su respectivo análisis y una posible solución.

3.2.1.3.1. Doble facturación.

Esto realmente genera un conflicto interno porque se está haciendo mal uso del recurso humano y material ya que dos personas están realizando el mismo trabajo de manera innecesaria pudiendo designar a otras labores a una de éstas, además de que, se está generando desperdicio de material al hacer doble factura lo que hace incurrir en costos innecesarios a la empresa.

Así también hay que destacar que el generar doble factura no permite contar con estados financieros que reflejen la verdadera realidad de la empresa, mucho menos que se los pueda tomar como herramienta para la toma de decisiones ya que su información no es del todo real y fidedigna.

Este tipo de problemas se da básicamente a la falta de manuales de procesos y procedimientos y la falta de control entre éstas áreas, además de no contar con un sistema informático integral que abarque todo el proceso operativo del Hospital, lo cual evitaría este tipo de problemas, que hace daño a la imagen tributaria y financiera de la Institución al verse reflejada una inflación en sus fondos y en la mala práctica profesional al darse este tipo de suceso, que es penado por la ley.

3.2.1.3.2. Ineficiencia en los sistemas informáticos.

Se dice que una empresa que apunta al crecimiento debe contar con sistemas informáticos eficientes y eficaces, que cubran todas las necesidades tanto de sus usuarios internos como externos.

En este sentido, el Hospital León Becerra tiene una gran deficiencia ya que en la actualidad desarrolla sus operaciones con 5 sistemas informáticos diferentes como son: WINGEST utilizado por el departamento de contabilidad, AUTONÓMINA utilizado por el departamento de gestión de talento humano, LOFCLIC utilizado por los departamentos de admisión y estadísticas, SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIO utilizado por los departamentos de caja, proveeduría y farmacia y el sistema MAJOMA utilizado por el departamento de auditoría médica.

El contar con varios sistemas informáticos genera una serie de conflictos en la operatividad ya que su no interrelación provoca ineficiencia en la información interdepartamental, además de que, ciertos sistemas no cubren las expectativas del usuario, haciendo engorroso el trabajo como es el caso del departamento contable que para la emisión de balances debe trabajarlos en Excel porque el sistema no arroja resultados reales, así también sucede en el departamento de caja, los ingresos diarios de cheques y tarjetas de crédito son llevados de forma manual y registrados en un cuaderno ya que el sistema está inconcluso.

El Hospital en la actualidad debido a sus pérdidas acumuladas durante varios años se encuentra en situación de iliquidez por lo que no cuenta con los recursos económicos suficientes para invertir en un sistema que cubra todas sus necesidades y mitigue los problemas y riesgos existentes.

Es por eso que se apunta a que se capacite al personal del área informática de dicho Hospital para que cuente con los conocimientos, técnicas y herramientas necesarias para el desarrollo de un sistema acorde a las necesidades de la entidad y así corregir y mejorar el flujo de información interdepartamental.

3.2.1.3.3. Ineficiencia en los canales de comunicación.

La existencia de buenos canales de comunicación o de datos redundante en mayor productividad así como contar con un clima laboral armonioso, donde empresarios y empleados trabajan por un mismo fin y se sienten identificados con la misión de la empresa.

El Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil cuenta con aproximadamente cien instancias departamentales involucradas entre sí, y en lo que respecta al departamento contable se nos indicó que a esta instancia llega información desordenada por parte de otros departamentos lo que hace un poco tedioso el trabajo. También indicó que en ciertas ocasiones llegan facturas sin la debida autorización, generadas de compras realizadas los fines de semana por situaciones emergentes, producto de no contar con el stock adecuado por la falta de proveedores fijos, los cuales se han ausentado por incumplimiento en sus pagos.

Otro inconveniente que se ha generado por falta de comunicación es la sobrevaloración de activos en los estados financieros, ya que en reiteradas ocasiones se dan de baja activos y esto no es informado al departamento contable para su respectiva baja contable.

Es importante que este tipo de problemas culmine y esto se llevará a cabo una vez que se tengan políticas y manuales de procedimientos claros y puestos en práctica y se cuente con controles eficientes.

3.2.2. Proveeduría.

3.2.2.1. Resumen.

El día 26 de julio del 2013, en las instalaciones del Hospital León Becerra, con la respectiva autorización por parte de la contadora se llevó a cabo a las 16h30 la entrevista realizada al Sr. John Villamar, responsable del departamento de proveeduría.

La entrevista tuvo como punto conocer los problemas que atraviesan actualmente el departamento y su injerencia en otros departamentos o áreas, o viceversa.

3.2.2.2. Resultado de la entrevista.

Nombre del entrevistado: **Sr. John Villamar.**

Área o departamento: **Proveeduría.**

Cargo: **Responsable.**

Entrevistador (E): Indíquenos brevemente los problemas por los que atraviesa el área o departamento a su cargo.

1. Este departamento trabaja en conjunto con el área financiera, farmacia, admisión, pensionado, todas las salas, emergencia, consulta externa, cirugía y el hogar de huérfanos Inés Chambers.
2. Los problemas han sido superados en su mayoría, el que aún persiste es el de las facturas recibidas los fines de semana, ya que no existe un soporte de ingreso de esa mercadería al sistema.
3. El hospital no cuenta con muchos proveedores fijos, debido al atraso en los pagos, esto ha generado que de requerir ciertos insumos o materiales éstos sean adquiridos en efectivo y en cantidades mínimas.
4. Existe sobre stock de papelería.

3.2.2.3. Análisis de resultados.

En la entrevista realizada al Sr. John Villamar, se pudo apreciar que el problema latente por el que atraviesa el departamento es el no contar con el stock adecuado de insumos y materiales, esto producto del retiro masivo de los proveedores fijos por falta de pago de sus mercancías.

Debido a esto, el mismo encargado tiene que realizar compras en efectivo y en cantidades mínimas o las requeridas, lo que hace más complicado el trabajo y a la vez se incrementa el gasto ya que no es lo mismo comprar al por mayor que en mínimas cantidades.

Otra situación que se presenta en esta instancia son las compras emergentes realizadas los fines de semana, de las cuales no queda soporte ni de ingreso ni de salida dentro del sistema de gestión hospitalaria ya que el responsable trabaja de lunes a viernes.

Con la implementación del departamento de auditoría poco a poco se irán erradicando cada uno de los inconvenientes por los que atraviesa el hospital, y entre estos volver a recuperar la confianza de los proveedores que mucho bien le hacen a empresa.

3.2.3. Director Financiero.

3.2.3.1. Resumen.

El día 30 de julio del 2013, en las instalaciones del Hospital León Becerra, con previa cita se llevó a cabo a las 14h30 la entrevista realizada al Dr. Stewart Morán, Director financiero y encargado actual de la parte administrativa.

La entrevista tuvo como puntos conocer los problemas por los que atraviesa actualmente el hospital y las medidas correctivas tomadas desde su dirección.

3.2.3.2. Resultado de la entrevista.

Nombre del entrevistado: **Ing. Stewart Morán.**

Área o departamento: **Financiero.**

Cargo: **Director.**

Entrevistador (E): Indíquenos brevemente los problemas por los que atraviesa el área o departamento a su cargo.

1. En la actualidad está como encargado del manejo de la parte administrativa y financiera.
2. El Hospital León Becerra desde hace años viene arrojando déficit en sus resultados, y hace 3 años superó los \$1.700.000,00.
3. Debido a su iliquidez ha tenido problemas con el pago a proveedores; lo que ha ocasionado que muchos de ellos retiren la prestación del servicio. También se está incumpliendo el pago de honorarios a profesionales.
4. No existe un sistema de uso general, incluso hay departamentos que sus operaciones la realizan de forma manual como es el caso del área de caja que sus ingresos diarios de cheques y tarjetas de crédito, son llevados de forma manual y registrados en un cuaderno.
5. Con el departamento de auditoría médica se ha mejorado el control en un 80%.
6. No existen manuales de procedimientos ni controles establecidos, la administración actual está intentando corregir ciertas deficiencias pero el problema es complejo por el tamaño del hospital.
7. Como ejemplo de la falta de control nos mencionó el arreglo de una copiadora que requería mantenimiento, para esto solicitó cotizaciones y al revisarlas para escoger la mejor opción se percató que los valores indicados en todas superaban considerablemente los valores del mercado.

8. Como parte del control se han colocado cámaras en ciertas áreas pero aún existe un 80% de áreas susceptibles.

3.2.3.3. Análisis de resultados.

Dada la severidad de los problemas por los que atraviesa el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, el Directorio Ejecutivo, se vio en la necesidad de delegar a ciertos directivos responsabilidades que van más allá de sus funciones como es el caso de Dr. Stewart Morán, director financiero y encargado actual de la parte administrativa.

El objetivo fue mejorar y establecer controles eficaces y eficientes en las áreas administrativas y financieras que ayuden a erradicar errores involuntarios o intencionados, negligencias operativas, robos y fraudes, uso inadecuado de insumos y materiales así como de los bienes institucionales.

El Dr. Morán poco a poco está intentando recuperar la estabilidad económica y financiera del hospital, adentrándose en las operaciones de los departamentos a su cargo con el fin de evaluar si están cumpliendo con lo establecido y de no ser el caso tomar las medidas correctivas.

No está de más decir que los buenos controles mejoran la productiva y economía de una empresa, y como muestra podemos citar la reducción de gastos que el Hospital en dos años ha tenido en el consumo de combustible cuyo ahorro asciende a los \$24.000,00, así también, en la adquisición de calzado el cual bajo de \$26.000,00 a \$17.000,00.

Poco a poco se está intentando lograr la estabilidad del Hospital, tarea no tan fácil ya que el resultado de pérdidas acumuladas que refleja el Hospital es alarmante, el mismo que hace 3 años superó los \$1.700.000,00, este déficit ha conllevado una serie de factores negativos como son: la falta de inversión, falta de crédito comercial por la pérdida de proveedores y el retraso en el pago de nómina.

El trabajo es arduo como nos comentó el Dr. Morán porque se tienen muchas cosas a cargo y el deseo de dar y hacer lo mejor por el bienestar de la empresa, de aquí surge la necesidad de implementar un departamento de auditoría interna que coadyuve en este deseo imperante de recuperar la estabilidad del Hospital.

3.2.4. Estadísticas.

3.2.4.1. Resumen.

El día Viernes 26 de julio de 2013, aproximadamente 16h30 se realizó la visita a las instalaciones del Hospital León Becerra, previa autorización de la Contadora, se obtuvo una corta entrevista con la Sra. Dora García, Jefa del Departamento de Estadísticas, en donde se observaron ciertos problemas que resaltan a simple vista, así como algunos problemas internos del área.

La entrevista se llevó a cabo en la oficina del departamento a horas de la tarde, justo en el momento en que el número de atenciones era un poco más bajo, pero que de igual manera, el movimiento del departamento hizo que la misma sea de un corto tiempo, resaltando lo más importante, a más de lo ya observado.

3.2.4.2. Resultado de la entrevista.

Nombre del entrevistado: **Sra. Dora García.**

Área o departamento: **Estadística.**

Cargo: **Responsable.**

Entrevistador (E): Indíquenos brevemente los problemas por los que atraviesa el área o departamento a su cargo.

1. No existe un sistema informático para el área, toda la información se revisa manual y se elabora de la misma manera, el archivo se lo hace de manera personal entre uno o dos empleados.
2. El sistema falla, no presenta ingreso continuo en dos máquinas al mismo tiempo, una persona que está trabajando en ella debe esperar a que la otra salga para continuar con el ingreso de la información; no se puede trabajar de manera simultánea.
3. Se lleva una base de datos en formato Excel “Resumen de Actividades”, en donde se coloca el histórico estadístico y el detalle de pacientes por citas médicas, nombre de doctor, número de pacientes atendidos, sexo del paciente, edad del paciente, etc. No existe el sistema de consolidación de la información, esto provoca retrocesos muchas veces.
4. Existe negligencia en la búsqueda de cierta información cuando un paciente o doctor solicita una historia clínica, debido al espacio reducido y estrecho en donde se almacenan los documentos.

Actualmente, una sola persona está a cargo y eso se vuelve un caos al momento del requerimiento de la información solicitada por varios pacientes a la vez, y en un mínimo de tiempo.

5. El archivo en perchas se lleva con un control monitoreado físico en orden de series. Ej.: 10038.
6. Existen 2 personas más en el departamento pero sus funciones son limitadas, y su horario no cubre con las necesidades actuales de demanda del departamento.
7. En el departamento se recibe información de pacientes internos y consulta externa, se registra cada uno de los movimientos hospitalarios y de emergencia.

8. Se elaboran informes por un método de rotación entre el personal del departamento, por ejemplo, enero lo elabora la Sra. Dora, febrero otro, y marzo otro, el informe trimestral lo elabora la Sra. Dora, y después de 3 meses otra persona.

Solo el informe anual que está basado en la recopilación de todos los informes trimestrales, lo elabora específicamente la Sra. Dora.

9. Actualmente existe un puesto vacante en el departamento, una persona fue despedida, se desconocen los motivos.
10. Se evidenció un riesgo de accidente, debido a la cantidad de información, espacio reducido, y falta de salidas, todo esto podría resultar un caos en caso de incendio, pérdida de información, caídas del personal por querer alcanzar archivos viejos en la parte alta de las perchas y porque no hay espacio para utilizar escaleras metálicas.
11. No existe un método de depuración de la información o historias clínicas por antigüedad, lo que ocasiona el abultamiento de información y dificulta mucho el espacio del área.
12. No existen canales de comunicación, lo que hace imposible que se tramiten los requerimientos con tiempo de espera. Y esto ocasiona negligencias, hace falta control, depuración de la información, y el archivo físico que se destine a otro lugar, o se adecue.
13. Para la búsqueda de la información debería existir y exigirse el plazo de 48 a 72 horas para destinarse a la búsqueda de los archivos de los cuales en muchos casos corresponden a años anteriores de 5 o más años de antigüedad; y para los nuevos en un lapso de 24 horas.

14. Se atiende a pacientes y doctores, y en horas pico resulta imposible la atención de una sola persona por la aglomeración de pacientes y doctores que aplican sus requerimientos “pero ya”, de manera inmediata.

3.2.4.3. Análisis de resultados.

La falta de un sistema informático que cubra con todas las necesidades del Hospital, de tal manera que pueda integrar todas las necesidades del departamento de Estadísticas y de los demás, es de vital importancia, el manejo de archivos manuales y el doble trabajo que ciertos empleados deben realizar, hacen imposible una eficiencia de actividades, y ciertos requerimientos son pedidos y manejados de manera urgente.

En el caso del departamento de estadísticas, deberá realizarse una depuración de archivos físicos, el espacio donde se encuentra el departamento es demasiado pequeño, y ya no caben más archivos dentro del mismo, todo a simple vista presta a confusiones, desorden y mala imagen administrativa. Debería habilitarse una bodega o construir un piso de archivos en donde se almacene dicha información física, si dentro del desarrollo del sistema informático a desarrollarse, se estipula que las fichas médicas, historial de pacientes así como las historias clínicas estarán digitalizadas, es una herramienta muy útil para evitar la acumulación de papeles, que podría provocar algún accidente.

En cuanto con el volumen de rotación del personal del departamento, es una problemática más administrativa que de control, habrá que capacitar a todos los empleados actuales y a futuros por igual, debido a que nadie es imprescindible y en caso de renuncia o despido alguien ocupe la vacante de manera temporal sin que por ello se retrase el trabajo. Los horarios deberán de tener un mayor control por parte de la administración, porque una persona sola con un volumen de información tan grande, no hace sus resultados eficaces, sino que entorpece su desenvolvimientos y genera cambios en su carácter, aun siendo el más responsable y en cuanto a valores el más amable, se le crea un ambiente hostil, y creará que le causa hostigamiento laboral.

3.2.5. Auditor Médico.

3.2.5.1. Resumen.

El día 28 de octubre del 2013, a las 14h00 se visitó por nueva ocasión las instalaciones del Hospital para poder llevar a cabo la entrevista obtenida por medio del Personal Docente de la Universidad Politécnica Salesiana sede Guayaquil, con el Dr. Roberto Mena, médico auditor del departamento de Auditoría Médica de la institución.

El Dr. Mena, muy atento durante la entrevista, y dispuesto a contestar todas nuestras interrogantes, nos proporcionó la información necesaria acerca de los problemas pasados y actuales que tiene el Hospital, de la misma manera que él brinda toda su experiencia en los cambios que sugiere a la institución para poder brindar un servicio de calidad.

La problemática en este tema ha sido muy extensa pero vale la pena resumir que con la intervención de auditoría en los sistemas y servicios de salud, éstos han mejorado considerablemente en apenas los dos años que tiene en el cargo el Dr. Mena.

Concluyó que a pesar de su experiencia y trabajo, al Hospital aún le falta mucho para poder alcanzar la sostenibilidad, y el prestigio que lamentablemente se deterioró en años anteriores por problemas internos y conflictos de intereses.

El considera que la integridad y la comunicación, como un solo ente es lo primordial para evitar conflictos internos entre departamentos.

Una plataforma integral en la que se registren toda la información de todas las áreas, es costoso pero necesario. Y es algo de lo que la institución actualmente requiere, para solucionar problemas de información.

3.2.5.2. Resultado de la entrevista.

Nombre del entrevistado: **Dr. Roberto Mena.**

Área o departamento: **Auditoría Médica.**

Cargo: **Auditor Médico.**

Entrevistador (E): Indíquenos brevemente los problemas por los que atraviesa el área o departamento a su cargo.

1. Maneja demasiada información, el equipo está compuesto de un auditor médico y un asistente. Además 4 personas más encargadas de digitación y reporte de fichas e historial médico.
2. Hace falta el control de implementos y funcionamiento de equipos y herramientas antes y después cirugías, así como para prevenir cualquier inconveniente justo en el momento de la cirugía, esto le compete a un departamento de auditoría interna.
3. Déficit de información, esto se debe a que se piden reportes económicos a un área que solo evalúa y controla los métodos y procedimientos hospitalarios de manera cualitativa, mejorando el nivel de servicio médico del hospital. Es decir, se pide el valor por honorarios médicos a un departamento que evalúa el desempeño de los profesionales, los cálculos de honorarios debe prepararlos exclusivamente el departamento de gestión de talento humano.
4. Se está trabajando en un sistema informático unificado con el fin de poder registrar históricamente por archivos de computadora las historias clínicas, reportes de medicina, atención hospitalaria por pacientes, entre otros.

5. A pesar que el departamento de auditoría médica es nuevo, ha avanzado un singular proceso de mejoramiento continuo a corto plazo.
6. Con relación a los procesos de reglamentos y leyes de salud está acorde a los requerimientos nacionales, pero se quiere llegar a cumplir los Protocolos de la Organización Mundial de Salud.
7. El Departamento maneja directamente informes técnicos con indicadores en temas relativamente de medicina interna ofrecida en los servicios a los pacientes internos como externos.
8. Hace falta planes de comunicación entre las áreas. Aún es un trabajo un poco complejo, debido a inconvenientes internos como la plataforma informática que está dividida y no unificada, así como las líneas de comunicación entre departamentos sobre asuntos de interés común.

3.2.5.3. Análisis de resultados.

El Departamento de Auditoría Médica, presenta problemas de información y administrativos en cuanto a requerimientos propios del departamento se refiere, es decir, hay información equivocada acerca de las funciones para las cuales se creó el mencionado departamento.

Uno de los principales inconvenientes que presenta es la falta de comunicación entre este departamento y las demás áreas que la integran y su relación directa con la administración del Hospital.

Se pide información financiera a un departamento que se asegura del fiel cumplimiento de las normas, reglamentos y leyes vigentes para la prestación de servicios de salud de la más alta calidad, el cual vela por la buena relación entre la atención de médicos y la satisfacción de los pacientes. El suministro de medicamentos acorde a los reglamentos de salud y estándares de calidad, así como a

prever los riesgos y negligencia que el área está expuesta debido a ser netamente un servicio de vida.

Este departamento cuenta con solo un auditor médico, cuyo asistente no es especialista en el área, pero en cuanto a numeración, valorización de servicios y elaboración de planillas al IESS por servicios médicos es consciente. Existen archivadores y digitadores encargados de varias actividades y que no tienen relación directa con el departamento.

Este departamento necesita de un área auxiliar como lo es un departamento de auditoría interna, que regule el fiel cumplimiento de las actividades de las demás áreas que deberían estar integradas al departamento de auditoría médica para proporcionar la información y el cumplimiento de los objetivos del hospital al departamento de auditoría médica y a sus interesados.

La comunicación es un factor importante, en esta área y en todas las demás, porque la información contable y administrativa compete netamente a esas áreas, y no al área de auditoría médica cuyas funciones son muy distintas, entre ellas tenemos por ejemplo: el departamento de auditoría médica debe presentar planilla de control de honorarios médicos con sus respectivos valores, lo cual debería ser un trabajo netamente del departamento de gestión de talento humano y este documento ser presentado a auditoría médica para su verificación y autorización, y al departamento de auditoría interna para su aprobación de ser el caso.

La falta de control de inventario, funcionamiento de equipo antes y después de cirugías corresponde a los integrantes del departamento de auditoría médica, para evitar accidentes, riesgos, y demás. Ejemplo: se podría citar que se debe realizar un conteo de las piezas de cirugía antes de ingresar un paciente a quirófano, controlar el buen uso de las maquinas, prever daños por parte del departamento técnico, con el fin de evitar en lo posible riesgos o negligencias como: perderse pinzas, que falten implementos durante la cirugía, que se vaya la energía eléctrica durante una cirugía, o que un equipo se dañe en medio de un proceso quirúrgico de alto riesgo.

El desarrollo de políticas de calidad, debe estar presente como un objetivo del Hospital y más aún por cada área que lo integra, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos. Alcanzando un desarrollo sostenible y un prestigio de valor agregado a la institución.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA.

4.1. Departamento de Auditoría Interna.

El Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil con el fin de mejorar su proceso administrativo y recuperar su imagen corporativa se ve en la imperiosa necesidad de implementar el Departamento de Auditoría Interna que sirva como órgano asesor de la alta gerencia, participando en la creación de métodos, sistemas y procedimientos que ayuden a mejorar los procesos de gestión de riesgos, control y dirección.

En este sentido el Departamento de Auditoría Interna será el encargado de ejercer el control respectivo sea de detección, preventivo o correctivo sobre el fiel cumplimiento de los planes, programas y políticas implementados por el alto mando. Para esto, se requerirá que el departamento goce de independencia con respecto a niveles inferiores a la alta gerencia, a fin de que no exista injerencia y los resultados obtenidos en las evaluaciones cumplan con los principios de objetividad y apego a la verdad.

La idea de crear el Departamento de Auditoría Interna, es también de un trabajo conjunto con la Dirección Técnica, directamente con el encargado actual del departamento de auditoría médica, ya que el Hospital no solo cuenta con parte administrativa y financiera sino que el mayor engranaje de sus actividades se da en la parte técnica hospitalaria y es donde también deberá existir un refuerzo al trabajo llevado actualmente, todo con un único fin, el de trabajar de forma conjunta por el bienestar del Hospital.

El departamento estará bajo la responsabilidad de un profesional con las habilidades y la capacidad acorde a su profesión así como la experiencia necesaria para poder cumplir con las necesidades y expectativas del Hospital. El desarrollo de sus funciones lo hará enmarcado bajo principios y normas morales, como son la responsabilidad, integridad, objetividad e independencia y debido cuidado profesional.

4.2. Visión.

El Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, estará bajo la regulación de leyes y normas transparentes y estandarizadas, y el trabajo será llevado a cabo por profesionales altamente capacitados con la competencia necesaria para el desarrollo de sus funciones, enmarcados siempre en principios de integridad, objetividad y confidencialidad. Principios que les permitirá realizar su trabajo de manera oportuna y eficiente evaluando y mejorando la efectividad de los procesos sobre la gestión de riesgos y los controles.

4.3. Misión.

El Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, se instituirá como un ente de apoyo para las áreas administrativas, operativas, técnicas, médicas y financieras a fin de crear un entorno de confianza organizativa, buscando la mejora continua de sus procesos para garantizar la integridad patrimonial, la transparencia de la información, la eficacia y eficiencia en sus operaciones y la calidad en el servicio brindado.

4.4. Valores.

Honestidad: Los funcionarios del departamento se caracterizarán por decir la verdad ante todo, siendo transparentes en todo su actuar lo que creará un ambiente de confianza y respeto.

Integridad: Todo trabajo será realizado de manera correcta y con sigilo profesional, garantizando la exactitud de la información y descartando toda posibilidad de alteración.

Lealtad: Sentir un verdadero sentido de pertenencia en la organización y el compromiso sincero de trabajar para el mejoramiento constante del ente.

Imparcialidad: Los auditores deberán mantener un sentido neutral en el ejercicio de sus funciones, no dejándose llevar por intereses propios ni ajenos, sino más bien siendo siempre objetivos, mostrando los hechos o datos de manera real y oportuna.

Respeto a los demás: Todo trabajo se realizará bajo las premisas de respeto, confianza y cordialidad, mostrando siempre un trato afable con todos los miembros de la organización.

Responsabilidad: Cada funcionario del departamento realizará sus tareas de manera profesional y se comprometerá al cumplimiento de las mismas, asumiendo de manera íntegra y de forma inmediata cualquier consecuencia que se desprenda de la realización de éstas.

Búsqueda de la excelencia: Todo trabajo que se realice desde ésta dependencia debe ser realizado de manera planificada, organizada y desempeñado con alto nivel de calidad, con el fin de aportar directrices que permitan alcanzar la excelencia organizacional.

Independencia: El departamento contará con total independencia respecto a otras áreas, lo que le permitirá emitir una opinión objetiva y confiable al momento de realizar sus labores. Esta cualidad permitirá ver con confianza las tareas de sus integrantes y tomar en consideración las sugerencias por su grado de imparcialidad.

Profesionalismo: El departamento estará integrado por personal con la suficiente competencia profesional y con valores y principios éticos en el ejercicio de sus funciones.

4.5. Objetivos.

4.5.1. Objetivo General.

El Departamento de Auditoría de la Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, tiene por objeto evaluar periódicamente el grado de cumplimiento de todas las actividades y los riesgos inherentes, así como, la eficacia de los controles internos incorporados a ellos, mediante procedimientos de auditoría que implican la planificación, evaluación, comunicación y seguimiento de los mismos, con el fin de prevenir errores y fraudes, salvaguardar el patrimonio institucional y contar con información confiable para la correcta toma de decisiones lo que redundará en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

4.5.2. Objetivos Específicos.

1. Evaluar la eficacia y eficiencia del sistema de administración e información y la economicidad en el uso del recurso económico.
2. Detección y corrección oportuna de cualquier irregularidad con el fin de salvaguardar los bienes patrimoniales.
3. Dar sugerencias y recomendaciones a los directivos de alto nivel sobre las operaciones administrativas, financieras y operativas para una correcta toma de decisiones.
4. Identificar y evaluar los controles internos implementados por la alta gerencia con el fin de sugerir mejoras.

5. Velar por el cumplimiento de las políticas y reglamentos instaurados por la administración.

4.6. Administración del Departamento de Auditoría Interna.

El Departamento de Auditoría Interna estará bajo la responsabilidad del jefe de auditoría, y es éste quien presentará a la Vicepresidencia del Hospital toda la información requerida así como también los resultados de los controles periódicos realizados como parte de sus funciones. Este departamento tendrá como misión ayudar al hospital a cumplir sus objetivos y metas, aportando un enfoque sistemático y disciplinado que ayude a agregar valor y a la mejora constante de las operaciones para el bienestar del hospital, empleados y de los usuarios en general.

El departamento de auditoría interna actuará como órgano asesor de todos los miembros del Hospital, aportando sugerencias, análisis, recomendaciones y toda la información que requieran a fin de ser utilizada para garantizar el buen desempeño de las actividades lo que redundará en beneficio de todo el ente.

El jefe de auditoría velará que se cumpla con los propósitos y responsabilidades aprobadas y delegadas por la Vicepresidencia del Hospital, así también, que el trabajo sea realizado con la debida pericia y apegado a los estándares para la práctica profesional de la auditoría interna.

El jefe de auditoría realizará su trabajo con el apoyo de pasantes de la Universidad Politécnica Salesiana, de la carrera de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría que estén cursando el séptimo, octavo o noveno semestre. Los pasantes seguirán las indicaciones emanadas por el jefe de auditoría y realizarán su trabajo con la responsabilidad del caso y la competencia requerida, mostrando en cada momento respeto y compromiso por las tareas encomendadas.

4.7. Perfil del Auditor Interno.

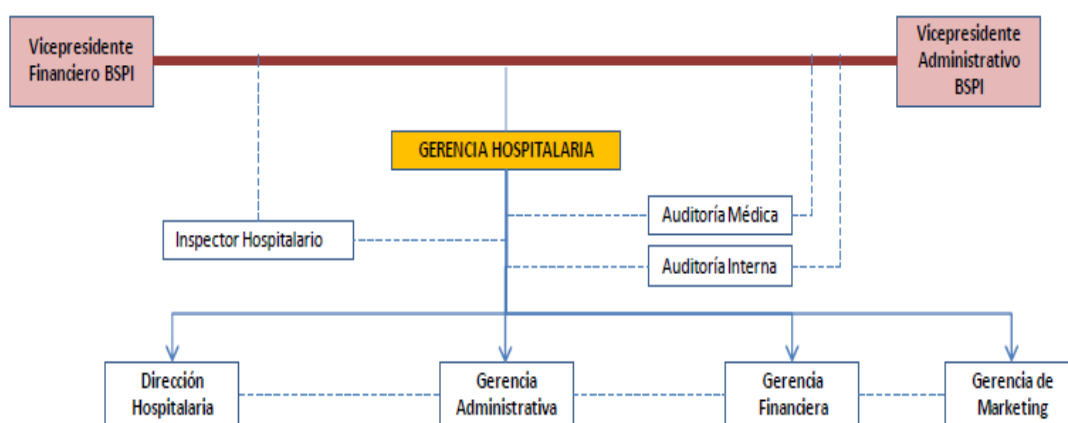
El profesional que vaya a ocupar el cargo de jefe del departamento de auditoría interna debe poseer las siguientes características:

1. Título profesional en ciencias administrativas, económicas o contaduría pública.
2. Conocimientos de normas técnicas, legales y profesionales.
3. Habilidades numéricas y personales.
4. Conocimientos pertinentes de auditoría de hospitales o casas de salud.
5. Reconocida experiencia en el manejo de temas u operaciones similares al cargo.
6. Amplitud de criterios y amplio conocimiento del contexto
7. Poseer condiciones personales que le permitan encarar eficientemente sus tareas.
8. Capacidad Técnica pertinente y actualizada.
9. Capacidad de dirigir grupos.
10. Independencia de criterio.
11. Capacidad para planear y ejecutar una auditoría.

4.8. Organigrama del Departamento de Auditoría Interna.

4.8.1. Posición dentro de la Estructura Organizacional.

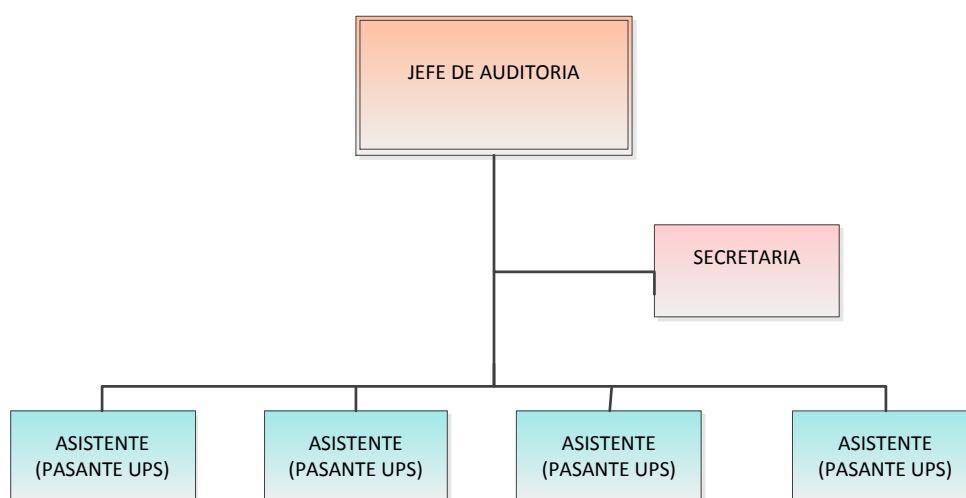
Imagen 4-1. Posición dentro de la Estructura Organizacional.



Fuente: Universidad Politécnica Salesiana

4.8.2. Organigrama Departamental.

Imagen 4-2. Organigrama Departamental.



Fuente: Autores

4.9. Organización del Departamento de Auditoría Interna.

El diseño de manuales de políticas y procedimientos administrativos y su incidencia en la eficiencia y eficacia de procesos para el área de auditoría interna del Hospital León Becerra de Guayaquil.

Servirá de auxiliar al Servidor Público titular y demás empleados del departamento, en el desempeño de las actividades que tienen encomendadas, estableciendo en forma precisa y sencilla los procedimientos a seguir en la ejecución de las funciones que se realizarán en el área.

El presente documento será de observación obligatoria para el personal asignado al departamento, aplicable a los procesos que emanan la normativa que rige el área. Así, como también a todos aquellos que interactúen de manera directa o indirecta con las funciones del departamento de auditoría interna específicamente en las funciones atribuidas por reglamento u orden de la institución.

4.9.1. Manual de Funciones del Personal del Departamento de Auditoría Interna.

 BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA			Código: F-AI-2014		
Manual de Funciones Auditoría Interna					
Rev.:00			Pág. 1-19		
MANUAL DE FUNCIONES PERSONAL DEL ÁREA DE: AUDITORÍA INTERNA 2014					
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:	
Fecha: Marzo 2014		Fecha:		Fecha:	



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 2-22

-ÍNDICE-

Contenido	Página
Introducción.....	3
Aviso de Confidencial.....	4
1. Objetivo.....	5
2. Alcance.....	5
3. Responsabilidades.....	5
4. Descripción General.....	6
5. Objetivos.....	9
6. Funciones del Comité de Auditoría.....	11
7. Funciones del Auditor.....	15
8. Funciones de la Asistente de Auditoría.....	19
9. Funciones de la Secretaria del Departamento.....	21

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 3-22

Introducción

El presente manual ha sido elaborado basado en las necesidades y requerimientos actuales de la Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, para la implementación de un departamento de Auditoría Interna.

Las personas que pertenezcan al Staff del departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra, deberán cumplir con los siguientes lineamientos según la función que realicen para el desarrollo de los trabajos del mismo dentro del hospital.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 4-22

Aviso de Confidencialidad

La información contenida en este manual tiene el carácter de información no divulgada y confidencial de propiedad y uso exclusivo de la Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la Ciudad de Guayaquil.

Dicha información se encuentra protegida por la Ley de Propiedad Intelectual Ecuatoriana, su Reglamento de Aplicación y demás legislación aplicable.

El Hospital León Becerra de Guayaquil se reserva el derecho de ponerla a disposición de las personas, para los efectos y objetivos que considere conveniente.

El Hospital León Becerra puede ejercer todas y cada una de las acciones establecidas en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento de aplicación y demás legislación pertinente, para impedir que la información no divulgada sea hecha pública, adquirida o utilizada por terceros; para hacer cesar los actos que conduzcan en forma actual o inminente a tal divulgación, adquisición o uso; y para obtener las indemnizaciones que correspondan por dicha divulgación, adquisición o utilización no autorizada, sin perjuicio del ejercicio de las demás acciones legales a las que tuviere derecho.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 5-22

1. Objetivo.

El presente manual tiene como objetivo establecer las normas de organización y funciones que orientan y regulan las actividades del personal del Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra. Así como formular una adecuada descripción de los cargos y las actividades de cada uno de ellos, funcionando como guía para la asignación de responsabilidades.

2. Alcance.

Este manual de procedimientos está dirigido al personal del departamento de Auditoría Interna y demás personal que interviene en los procesos de Auditoría del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil.

3. Responsabilidades.

Este manual describe las funciones del personal del Departamento de Auditoría Interna y el control de su cumplimiento será responsabilidad de:

3.1.- Jefe de Auditoría

Comité de Auditoría.

3.2.- Operativa

Dirección General del Hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

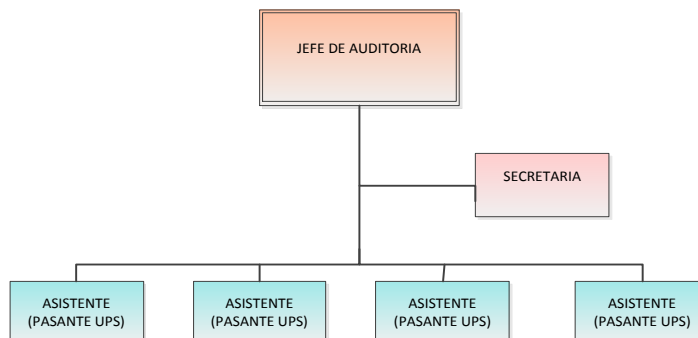


Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 6-22

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTAL

Fuente: Autores

4. Generalidades.

Sin perjuicio de las funciones establecidas para las unidades operativas y personal que ejerce el control de los recursos, contenidos en los respectivos organismos funcionales y demás normas afines, en el presente manual se incluyen las funciones o tareas específicas de auditoría asignadas al nivel directivo-supervisor y al personal operativo, con el propósito de comprometer sus esfuerzos para que las labores de control se realicen ciñéndose a la Ley y normas vigentes.

5. Descripción General.**a. Organización.**

1. El Comité de Auditoría estará conformado por profesionales de la rama nombrados por la Junta Directiva del Hospital León Becerra.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 7-22

2. Dependerá orgánicamente del Departamento de Auditoría del Hospital, pero mantendrá la independencia necesaria.
3. Los auditores del comité, tendrán sus lugares de trabajo dentro de las instalaciones del Hospital.
4. La parte administrativa, archivo, y apoyo, será ejercida por un asistente del comité de auditoría o su secretaria.
5. El período de las reuniones será semanal, debiendo sus miembros ser citados con 24 horas de anticipación, y se podrá en casos justificados, convocar a reuniones extraordinaria.
6. Las reuniones semanales se podrán llevar a cabo en cualquier departamento de jefatura de área y a puerta cerrada.
7. Se considerará el quórum necesario con la presencia de la mitad más uno de los miembros del área de auditoría.
8. En casos especiales el Comité de Auditoría podrá invitar a formar parte de las reuniones al Director Técnico del Hospital, así como a los jefes de las distintas áreas.
9. Las actas de las reuniones, deberán ser elaboradas por el asistente del área de auditoría, y archivarse previa lectura y aprobación de los componentes del comité.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 8-22

10. Se solicitará al área de sistema la apertura de un correo del Comité de Auditoría, que será para los 2 auditores, así como un correo para la recepción de solicitudes de eventos a ser auditados.

11. El Comité de Auditoría, deberá contar con los recursos humanos, tecnológicos, y asesoría técnica y profesional interna.

b. De su Naturaleza.

1. El Comité de Auditoría, es una instancia Técnica Administrativa y Médica capaz de asegurar la aplicación de la cultura para el correcto uso y mejoramiento de la CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

2. La práctica médica está regida por normas, protocolos y procedimientos reconocidos tanto de diagnóstico como de tratamientos médico-quirúrgico y, está sustentada por documentos médicos científicos originales, accesibles y actualizados que avalan, su aplicación, por lo que la evaluación de la calidad de la atención médica debe de estar fundamentada en la aplicación y análisis de los indicadores institucionales vigentes, la revisión del expediente clínico, compromisos de gestión y la satisfacción de los usuarios, y del personal de salud de la institución, de igual manera velar por el cumplimiento de las normas, leyes y reglamentos administrativos y financieros, así como los respectivos controles de seguridad.

3. La gestión del Comité de Auditoría es esencialmente de recomendar, para que la administración adopte medidas correctivas, fortaleciendo de esta manera, las

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 9-22

funciones que está realizando y que dé como resultado servicios de mayor calidad al usuario.

4. El Comité de Auditoría siendo una instancia técnica debe de proceder a recabar información y datos sobre las actividades administrativas, financieras y médicas, junto al expediente clínico y papeles aptos, con los cuales evaluará la calidad de los procesos del producto, además de otros servicios que presta la institución.

6. Objetivos.

1. Analizar el trabajo de las diferentes áreas, con el propósito de conseguir el más alto nivel de eficiencia.
2. Garantizar la confiabilidad de la información emitida en reportes administrativos, financieros y médicos, así como el control necesario en sus procesos.
3. Desarrollar, adecuar y evaluar protocolos que sirvan como herramientas para el correcto desempeño del trabajo regular.
4. Satisfacer a los usuarios internos y externos directos o indirectos del Hospital León Becerra de Guayaquil.
5. Buscar el punto de equilibrio en la calidad administrativa, financiera y médica en cada uno de los servicios ofertados y recibidos por los usuarios.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 10-22

6. Establecer políticas y procedimientos para la realización de auditorías de casos ocasionales tanto administrativos, financieros y médicos de alta gravedad.
7. Organizar y capacitar a los profesionales sobre temas de control, identificar y analizar aquellos casos que considere no sujetos a la ética profesional o no cumpla con las políticas internas del hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 11-22

7. Funciones.

ÁREA: AUDITORÍA INTERNA.
CARGO: COMITÉ DE AUDITORÍA.
REPORTA A: VICEPRESIDENCIA.
SUPERVISA A: N/A.
RELACIONA CON: TODAS LAS ÁREAS DEL HOSPITAL.

Actividades Específicas:

1. Corresponde al Comité de Auditoría establecer las directrices, para mantener por escrito y debidamente actualizados los lineamientos básicos que regulan los procesos de auditoría entre ellos:
 - a) Manual de normas y procedimientos generales de Auditoría, que se utiliza en la ejecución de sus funciones.
 - b) Programas de supervisión, para mantener los niveles de calidad, en cuanto a la aplicación de las normas técnicas y prácticas de auditoría.
2. Los documentos generados durante las labores del Comité de Auditoría, hacen parte de los informes de calidad, y deberán ser presentados cuando así lo requieran los directivos de la Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil en el curso de las acciones de vigilancia y control.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 12-22

Los procedimientos y técnicas a ser aplicados, tienen como finalidad evaluar los procesos actuales, con la finalidad de desarrollar acciones de mejoramiento.

4. La gestión de auditoría tanto administrativa, financiera y médica, tienen el carácter de prevenir y recomendar, para que la administración opte por las medidas correctivas fortaleciendo de esta manera las funciones y actividades que está realizando, y den como resultado servicios de mayor calidad y optimización de procesos y recursos.

5. El Comité de Auditoría, realizará intervenciones con absoluta independencia funcional y de criterio, y sobre la base de la programación anual operativa, metodologías de trabajo con aplicación de prácticas y técnicas establecidas según los principios que rigen los diferentes tipos de auditoría a realizar.

6. El Comité de Auditoría deberá establecer con claridad el objetivo y la razón de la auditoría, así como el método a ser utilizado.

7. El Comité de Auditoría tiene por objetivo evaluar la suficiencia y efectividad de las disposiciones señaladas en toda auditoría interna.

8. El Comité de Auditoría, no es una instancia de descargo de las responsabilidades de los profesionales que forman la parte operativa de cada departamento, sino que cumple con la tarea de prevenir la calidad deficiente del producto, y los resultados de su evaluación que permiten.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 13-22

9. Alcanzar los objetivos con cero de defectos.

El documento central de la auditoría de calidad, corresponde a la evaluación de cada proceso y la recolección de la evidencia de manera escrita a través de los papeles de trabajo y documentos, debiendo estos ser originales y rigurosamente estar enumerados.

10. Los miembros del Comité de Auditoría, deben de abstenerse de conjeturas, o emitir juicios de valor y evitar discusiones.

11. Una vez recopilada toda la información necesaria, es responsabilidad del coordinador del Comité de Auditoría, preparar el acto de evaluación con el siguiente orden:

- Cronograma.
- Logística y recursos.

12. Es necesario e importante que el Comité de Auditoría cumpla con el siguiente plan de trabajo:

- Verificación de la información recopilada (evidencia).
- Correlación numérica y otros documentos.
- Someter a escala de valoración el nivel de evidencia física.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 14-22

13. La tarea final del Comité de Auditoría, será redactar un informe de sus intervenciones, puntualizando los resultados y las recomendaciones, el cual deberá elevarse a la autoridad de la institución, quien aplicará los correctivos sugeridos, y aquellos que considere necesarios para garantizar la ejecución de los cambios aprobados.
14. El informe final debe contener información objetiva y referencias adicionales, en caso necesario, documentos que servirán para tomar acciones posteriores de seguimiento y mejoramiento, las cuales deberán ser ejecutadas por las instancias correspondientes; además estas últimas serán las responsables de supervisar el cumplimiento de dichas medidas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 15-22

ÁREA: AUDITORÍA INTERNA.
CARGO: AUDITOR – JEFE DEPARTAMENTO.
REPORTA A: VICEPRESIDENCIA.
SUPERVISA A: ASISTENTES/PASANTES DE AUDITORÍA.
RELACIONA CON: TODAS LAS ÁREAS DEL HOSPITAL, DE MANERA PARTICULAR CON LAS ÁREAS ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

Actividades Generales:

1. Respetar el horario establecido dentro de la Institución, el mismo que debe ser distribuido de acuerdo a la necesidad del caso.
2. Cumplir con las normas profesionales de conducta que imponen patrones de honestidad, objetividad, diligencia y lealtad.
3. Elaborar la planificación de la auditoría de acuerdo con el ámbito asignado, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes.
4. Evaluar periódicamente la calidad de atención médica que reciben los pacientes.
5. Organizar equipos de auditoría para realizar los exámenes programados tomando en cuenta para su integración, entre otros aspectos, las condiciones técnicas, conocimiento, experiencia, habilidades y relaciones interpersonales.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 16-22

6. Intervenir en aspectos de docencia e investigación y desarrollar foros de auditoría basado en evidencias y respaldo de estudios estadísticos.

Actividades Específicas:

1. Revisar la estructura del plan de auditoría según los requerimientos actuales.
2. Revisar la calidad de la evidencia recopilada por el resto del grupo e identificar documentos o registros faltantes y gestionar la solución pertinente.
3. Análisis y verificación de todo tipo de información de casos según el nivel de gravedad.
4. Auditar los procesos de la gestión administrativa y financiera.
5. Cumplir con las guías y protocolos para brindar la asesoría necesaria en casos especiales.
6. Preparar indicadores para la solución de los problemas encontrados a fin de disminuir el nivel de riesgos, que deberán ser veraz y oportuna al Comité de Auditoría.
7. Desarrollar las estrategias de calidad para la prestación de servicios de salud.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 17-22

8. Asesorar el lanzamiento de nuevos planes y evaluación de los ya existentes.
9. Asesorar al personal médico administrativo y financiero sobre aquellas inquietudes de carácter general que involucran las áreas más resistentes a cambios, y que generan retrasos en el mejoramiento de dichos procesos.
10. Revisar los casos “Centinelas” de acuerdo a los esquemas médicos y obtener las evidencias correspondientes al caso, así como la parte contable y los costos incurridos en ellos.
11. Evaluar y clasificar a los proveedores de productos, servicios y fármacos, previos la adquisición de los mismos.
12. Auditar la documentación de las liquidaciones de cuentas de pacientes por los servicios médicos ofrecidos y la salida de inventarios por fármacos o productos suministrados.
13. Identificar casos de pacientes que presenten irregularidades de atención médica y administrativas-financieras (tipos de coberturas de las compañías de seguro, etc.), revisar los convenios existentes.
14. Elaborar informes de aquellas novedades reflejadas durante la auditoría y soportar la misma con la evidencia respectiva.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 18-22

15. Presentar informes de aquellos casos que demanden el conocimiento de la Dirección del Hospital.
16. Proporcionar atención telefónica de urgencias, sobre casos que relativamente ameriten un seguimiento especial.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 19-22

ÁREA: **AUDITORÍA INTERNA.**
CARGO: **ASISTENTE/PASANTE DE AUDITORÍA.**
REPORTA A: **AUDITOR INTERNO.**
SUPERVISA A: **N/A.**
RELACIONA CON: **TODAS LAS ÁREAS DEL HOSPITAL.**

Actividades Generales:

1. Cumplir con las normas y horarios establecidos dentro de la institución, el mismo que debe ser distribuido de acuerdo a la necesidad del caso.
2. Asistir al Auditor en la revisión de procesos de casos requeridos y en la recolección de la evidencia suficiente para el análisis y posterior informe.
3. Aplicar los programas de auditoría preparados para el desarrollo del trabajo, conforme las instrucciones del auditor.
4. Identificar la organización interna de la Institución.
5. Identificar y respetar los niveles jerárquicos correspondientes.

Actividades Específicas:

1. Documentar la aplicación de los procedimientos de auditoría utilizando la estructura y orden definido para los papeles de trabajo.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 20-22

2. Cumplir con los criterios de ejecución establecidos para su trabajo, así como los estándares profesionales (normas de auditoría), y de encontrar dificultades, comunicarlas de inmediato al auditor.
3. Mantener ordenados y completos los papeles de trabajo.
4. Sugerir procedimientos alternativos o adicionales para promover la eficiencia en las actividades de auditorías realizadas.
5. Colaborar continuamente para fomentar el logro de los objetivos incluidos en la planificación específica y contribuir para proyectar una imagen positiva de la auditoría a los directivos y usuarios.
6. Obtener la evidencia suficiente, competente y pertinente de los hallazgos de auditoría, desarrollando sus principales atributos y analizarlos con el auditor.
7. Redactar en el correspondiente papel de trabajo, los resultados encontrados (comentarios, conclusiones, recomendaciones) sobre cada componente o rubro desarrollado, guiándose con la estructura preestablecida para el informe final.
8. Estructura el expediente de papeles de trabajo y entregarlo al jefe de equipo para la integración completa de los resultados y su correspondiente archivo.
9. Cumplir con las disposiciones legales, normativas e instrucciones relacionadas con el ejercicio de auditoría, así como observar el Código de Ética Profesional.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 21-22

ÁREA: AUDITORÍA INTERNA.
CARGO: SECRETARIA DEL DPTO. DE AUDITORÍA.
REPORTA A: AUDITOR INTERNO.
SUPERVISA A: N/A.
RELACIONA CON: DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA.

Actividades Generales:

1. Cumplir con las normas y horarios establecidos dentro de la institución, el mismo que debe ser distribuido para conocimiento del personal.
2. Cumplir con los parámetros profesionales que imponen patrones de conducta, honestidad, objetividad y diligencia.
3. Asistir al Auditor con la recepción.

Actividades Específicas:

1. Asistir al Auditor con la agenda, estableciendo los horarios correspondientes para atención a los requerimientos solicitados.
2. Responder correos pertinentes de acuerdo a lo asignado a sus funciones.
3. Ayudar en el archivo de correspondencia, documentos de auditoría y fotocopias necesarias de ciertos documentos de soporte.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: F-AI-2014

Manual de Funciones Auditoría Interna

Rev.:00

Pág. 22-22

4. Responder las llamadas telefónicas dentro del departamento.
5. Estar pendiente de las actividades internas del departamento.
6. Llevar control.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

4.9.2. Manual de Políticas y Procedimientos

 BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA			Código: P-AI-2014
Manual de Políticas y Procedimientos			
Rev.:00		Pág. 1-97	
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ÁREA: AUDITORÍA INTERNA 2014			
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:	



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 2-97

-ÍNDICE-

Introducción.....	3
Aviso de Confidencialidad.....	4
1. Objetivo.....	5
2. Alcance.....	5
3. Responsabilidades.....	6
4. Tipos de Auditoría Interna.....	7
5. Políticas y Conceptos.....	8
6. Procedimientos Generales del Departamento de Auditoría Interna	10
7. Plan Anual de Auditoría.....	17
8. Modelo de Cronograma del Plan Anual de Auditoría.....	20
9. Modelo de Programa de Auditoría.....	21
10. Modelo de Procedimientos del Departamento de Auditoría.....	22
11. Modelo de Hoja de Hallazgos de Auditoría.....	92
12. Modelo Flujograma de Comunicación de Resultados	93
13. Modelo de Formato de Hoja de Control de Recomendaciones.....	94
14. Modelo de Estructura del Informe de Auditoría.....	95
15. Modelo de Formato de Informe de Seguimiento.....	97

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 3-97

Introducción

El presente manual ha sido elaborado basado en las necesidades y requerimientos actuales de la Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, para la implementación de un departamento de Auditoría Interna.

Las personas que pertenezcan al Staff del departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra, deberán cumplir con los siguientes lineamientos según la función que realicen para el desarrollo de los trabajos del mismo dentro del Hospital.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 4-97

Aviso de Confidencialidad

La información contenida en este manual tiene el carácter de información no divulgada y confidencial de propiedad y uso exclusivo de la Sociedad Protectora de la Infancia Hospital León Becerra de la Ciudad de Guayaquil.

Dicha información se encuentra protegida por la Ley de Propiedad Intelectual Ecuatoriana, su Reglamento de Aplicación y demás legislación aplicable.

El Hospital León Becerra de Guayaquil se reserva el derecho de ponerla a disposición de las personas, para los efectos y objetivos que considere conveniente.

El Hospital León Becerra puede ejercer todas y cada una de las acciones establecidas en la Ley de Propiedad Intelectual, su Reglamento de Aplicación y demás legislación pertinente, para impedir que la información no divulgada sea hecha pública, adquirida o utilizada por terceros; para hacer cesar los actos que conduzcan en forma actual o inminente a tal divulgación, adquisición o uso; y para obtener las indemnizaciones que correspondan por dicha divulgación, adquisición o utilización no autorizada, sin perjuicio del ejercicio de las demás acciones legales a las que tuviere derecho.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 5-97

1. Objetivo.

Este manual tiene la finalidad de describir las políticas y los pasos a seguir en cada uno de los procedimientos ejecutados por el auditor y su equipo del Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra de Guayaquil.

1.1. Objetivos del Sistema de Evaluación Interna.

Los objetivos del sistema de evaluación pretenden alcanzar lo siguiente:

1. Conocer la calidad de los servicios, productos y sus riesgos para valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos. Para esto existen varias clases de auditorías. Auditoría Interna que es realizada por la propia institución, ejecutada por los Auditores del Departamento de Auditoría a las distintas áreas, y la Auditoría Médica, que es responsabilidad de un departamento anexo, que independientemente auditará a los clientes externos y factores del servicio ofrecido en cuanto a medicina se trate.

2. Alcance.

Este manual de procedimientos está dirigido al Auditor Interno y al personal que interviene en los procesos de Auditoría Interna del Hospital León Becerra.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 6-97

3. Responsabilidades.

El control de su cumplimiento será responsabilidad de:

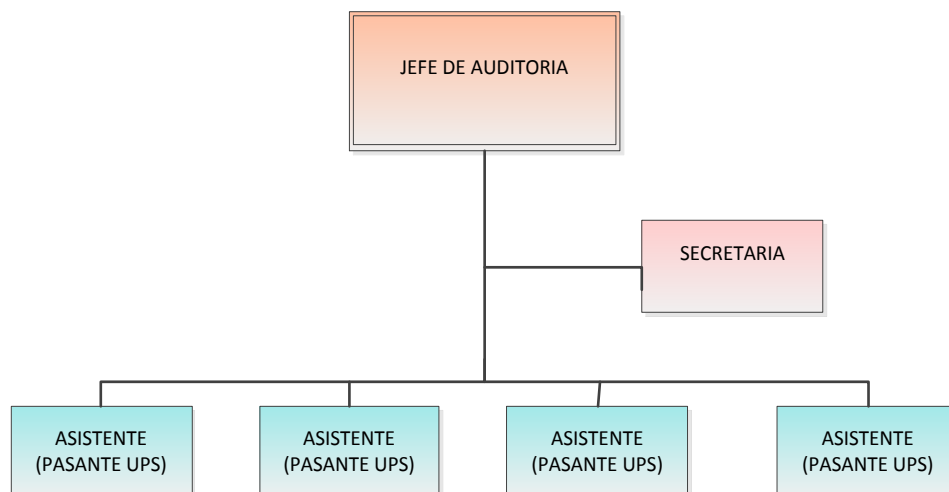
3.1.- Jefe de Auditoría.

Comité de Auditoría.

3.2.- Operativa.

Dirección General del Hospital.

Jefes de Departamentos Internos.

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTAL

Fuente: Autores

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 7-97

4. Tipos de Auditoría Interna.**4.1. Auditoría de Procesos o de Cumplimiento.**

Su objeto de estudio de los procesos y actividades de cada departamento, sus resultados dependerán de la forma como se encuentre organizada la información, y los tipos de procesos que se realizan desde el inicio hasta el fin de cada actividad.

4.2. Auditoría de Casos.

Son aquellas que por su importancia en las políticas de la institución, su carácter legal o su complejidad, requieren un manejo especial a la participación de las diferentes especialidades. En ella se contempla la parte médica con la financiera y la calidad de los procesos, se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos y en consenso técnico - científico basado en conocimiento académico legal y que regula el trabajo profesional, de igual manera con la calidad y el funcionamiento correcto de equipos médicos, procesos administrativos.

4.3. Auditoría de Facturación.

Su objeto de estudio de los insumos, equipos médicos, fármacos y honorarios médicos de acuerdo a los procesos médicos, sus resultados dependerá de la forma como se encuentre organizada la información, y el debido control sobre los inventarios.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 8-97

5. Políticas y Conceptos.**5.1. Tiempo de los Procedimientos.**

- Auditorías de Cumplimiento máximo 72 horas.
- Auditorías de casos máximo 15 días.

5.2. Políticas Generales del Departamento de Auditoría Interna.

Las siguientes políticas constituyen los lineamientos que regirán y encaminarán el actuar de cada uno de los miembros que integran el Departamento de Auditoría Interna del Hospital León Becerra, para lograr un desarrollo eficiente en el trabajo cotidiano siguiendo el desarrollo de los planes y programas para alcanzar los objetivos y metas propuestos. Las políticas son las siguientes:

1. Las auditorías y exámenes especiales se realizarán de acuerdo con la planificación anual de auditoría y la comunicación de los resultados se realizará oportunamente.
2. El establecer los controles pertinentes, para que exista independencia de responsabilidades, es decir cada miembro es responsable de cumplir con el objeto de una actividad específica.
3. Realizar trabajos de auditoría en el menor tiempo posible, de acuerdo con el cronograma de actividades establecido para el control.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 9-97

4. Contar con pruebas y evidencias suficientes para poder justificar la emisión de la opinión acerca de los resultados obtenidos de la Auditoría Interna realizada.
5. Elaborar informes por cada trabajo realizado, con el respectivo comentario y recomendación, y realizar su seguimiento para su práctica.
6. Prestar la atención pertinente a todas las dudas e inquietudes de los miembros de la empresa.
7. Formación profesional pertinente de todo el personal de auditoría interna, manteniendo al día en cuanto a conceptos, normas, leyes y reformas aplicables en su profesión.
8. Mantener el debido cuidado profesional, y cumplir con el código de ética en el desarrollo de las actividades de auditoría interna.
9. Reserva y prudencia en el manejo de la información obtenida en la empresa, que sea ésta, de uso confidencial y no para terceros que perjudiquen los intereses de la misma.
10. Archivar toda la documentación, papeles de trabajo, utilizados en las auditorías internas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 10-97

11. El personal de auditoría interna, no debe aceptar ningún soborno de ningún tipo por parte de empleados o directivos, para cubrir un hecho ilícito, o fraude descubierto y que debe ser revelado de manera inmediata garantizando la transparencia en la rendición de cuentas.
12. El personal del departamento, deberá cumplir con los respectivos requisitos que exige cada cargo.
13. Fomentar el trabajo en equipo y la libre iniciativa del personal del departamento.
14. Generar confianza en la función de auditoría interna con hechos, procurando siempre el mejoramiento de la calidad de su trabajo.

6. Procedimientos Generales del Departamento de Auditoría Interna.

6.1. Control Interno.

- Las acciones de control interno de los procesos de auditoría estarán a cargo del Departamento de Auditoría Interna, dependiente del Consejo Directivo.

El Departamento de Auditoría Interna emitirá un informe mensual de las actividades de control así como de la información respectiva de seguimiento a los procesos de Auditoría propuestos y puestos en práctica.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 11-97

6.2. Riesgos de Auditoría.

Los riesgos a los que se enfrenta todo auditor interno para lograr su objetivo de control, encontramos los más relevantes:

Riesgo Inherente: Aquel que es casi imperceptible en los niveles de control, lo cual hace difícil su detección en el momento en que ocurre.

Riesgo de Control: Cuando en la fase de la auditoría se han seguido procesos recomendados, y que ya han sido auditados con anterioridad y si embargo estos no han tenido el control suficiente para evitar el impacto del riesgo en la operación.

Riesgo de Detección: Cuando el riesgo no es detectado a tiempo por el auditor en los procesos claves para su inmediata corrección.

NIVEL DEL RIESGO	FACTORES DEL RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	%
BAJO	POCO Y NO IMPORTANTE	MÍNIMA	DE 0 A 30
MEDIO	IMPORTANTE Y SIGNIFICANTE	POSIBLE	DE 30 A 60
ALTO	MUY IMPORTANTE Y DE GRAN MAGNITUD	INMINENTE	DE 60 A 100

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 12-97

6.4. Modelo de Cuestionario de Control Interno.

El Auditor para la evaluación del control interno podrá utilizar el siguiente modelo de formato o podrá utilizar uno similar de acuerdo y según lo requiera o de acuerdo a su criterio profesional.

El presente modelo contiene:

Encabezado.

- Logo del ente y descripción del formulario.
- Número del papel de trabajo.
- Nombre del examen.
- Período.
- Nombre del entrevistado.
- Fecha de la entrevista.

Cuerpo del cuestionario.

- Primera columna, para la respectiva numeración de la pregunta.
- Segunda columna, para el contenido de la respectiva interrogante.
- Tercera columna, dividida en sub-columnas para la respuesta Si, No, o N/A para no aplica respectivamente.
- La cuarta columna para un comentario u observación.
- La quinta columna, para la referencia al papel de trabajo que tiene relación con la pregunta.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 13-97

Parte inferior.

Al final del papel de trabajo se encontrarán los siguientes casilleros:

- Referencia al papel de trabajo.
- Elaborado por, para el respectivo nombre.
- Revisado por, para el respectivo nombre.
- Firma.
- Fecha de revisión y elaboración respectivamente.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 14-97

Modelo de Cuestionario de Control Interno



CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

ÁREA EXAMINADA:					PERÍODO	
ENTREVISTADO:					FECHA:	
N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS			OBSERVACIONES	P/T
		SI	NO	N/A		
1						
2						
3						
4						
5						
REF P/T		NOMBRES			FIRMA	FECHA
ELABORADO POR:						
REVISADO POR:						

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 15-97

6.5 Modelo de Orden de Trabajo de Auditoría.

--



ORDEN DE TRABAJO

REF P/T

OFICIO N° XXXX AI-2014
Guayaquil, xx de xx del 20xx

n° _____

Sr. _____

Por medio del presente comunico a usted que a partir del día ____ ha sido asignado para realizar el examen de auditoría en _____ conforme a las siguientes indicaciones:

Actividad a realizar: _____

Tiempo estimado: _____

Personal asignado: _____

Supervisor: _____

En espera de lo aquí solicitado a la brevedad posible suscribo un cordial saludo.

Atentamente,

Auditor Interno

Recibí Notificación

Fecha: _____

Firma: _____

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 16-97

6.6. Modelo de Comunicación de Inicio de Trabajo de Auditoría.

COMUNICACIÓN DE INICIO DE TRABAJO

REF P/T

OFICIO N° XXXX AI-2014

Guayaquil, xx de xx del 20xx

Sr. _____

Por medio del presente comunico a usted que a partir del día ____ se iniciará el examen de auditoría del departamento a su cargo, según la Orden de Trabajo N°_ por el período de _____.

Por lo que agradeceré facilitar toda la información pertinente que se requiera, y aportar con su opinión y documentación que permita desarrollar adecuadamente el trabajo programado por nuestro departamento.

Agradecemos la atención brindada al presente.

En espera de lo aquí solicitado a la brevedad posible suscribo un cordial saludo.

Atentamente,

Auditor Interno

Recibí Notificación

Fecha: _____

Firma: _____

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 17-97

7. Plan Anual de Auditoría.

Una de las principales funciones del Auditor Interno será la elaboración del plan anual de auditoría, en la que considerara diversos factores, como el análisis FODA institucional, con el fin de determinar las partes vulnerables y las fortalezas de los mismos.

La identificación de los problemas específicos en el Hospital, que constituyen el punto de partida de cualquier proceso a auditar.

Para la preparación del Plan anual se partirá de los lineamientos y sugerencias, así como las políticas que tiene el Hospital con sus requerimientos proporcionados por la gerencia o el comité.

Para lo cual esta información será complementada en los meses corrientes, y las áreas críticas determinadas en el proceso, luego de la evaluación del riesgo.

7.1. Contenido del Plan de Auditoría.

El plan anual de Auditoría debe cumplir con la siguiente estructura o como la considere conveniente el equipo auditor.

1. Introducción.- La definición de los objetivos que pretende alcanzar.
2. Objetivos.- El establecer los objetivos a corto, medio y largo plazo que persigue el plan.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 18-97

3. Enfoque General:
 - Características del entorno.
 - Marco Jurídico y sus principales normas regulatorias.
 - Estructura orgánica y la identificación de los niveles de jerarquía, plan de desarrollo y plan de acción: administrativo y financiero.
 - Identificación de los procesos y puntos clave.
 - Políticas financieras, administrativas y médicas.
 - Sistemas de información.
 - Sistemas de control interno.

4. Evaluación de la estructura del control interno.- Se define la efectividad del control interno a través de la evaluación de los cinco componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y supervisión o monitoreo de los procesos internos, lo cual ayuda al auditor a identificar las áreas significativas y el riesgo que pueda existir.

5. Niveles de riesgo de auditoría.- El auditor clasificara los niveles de riesgo según su criterio profesional y según lo indique la elaboración de la matriz de riesgos según las políticas antes descritas.

6. Determinación de áreas críticas.- Mediante la evaluación del control interno y de la obtención de la matriz de riesgos se identificara las áreas y los respectivos procesos críticos.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 19-97

7. Recursos Necesarios.- Los parámetros definidos en cuanto al número de personas requeridas y el tiempo aproximado de ocupación en el proceso.
Presupuesto de recursos financieros como viáticos, alimentación, etc.; y, equipos y materiales necesarios para llevarlos a cabo.

8. Cronograma de trabajo.- Que es un detalle de tiempos estimados para realizar cada una de las etapas de la auditoría, en ella se detalla las actividades y el período de ejecución de cada una de ellas.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 20-97

8. Modelo de Cronograma del Plan Anual de Auditoría.

 DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA		REF P/T							
CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA									
N°	ACTIVIDAD	RESPONS.	H.HOM	TIEMPO DE EJECUCIÓN					
				ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC
ÁREA FINANCIERA									
1	Arqueo de caja y fondo fijo								
2	Revisión de conciliaciones bancarias								
3	Análisis de cartera de internos								
4	Constatación física de activos fijos								
5	Análisis de A/F - valoración y depreciación								
6	Análisis de ingresos								
7	Análisis de gastos de gestión y administrativos								
8	Análisis de nómina y obligaciones sociales								
9	Análisis de obligaciones al SRI								
10	Análisis de patrimonio y deuda pública								
11	Análisis Presupuestario								
12	Análisis y revisión de Estados Financieros								
13	Análisis de índices financieros								
ÁREA ADMINISTRATIVA									
14	Revisión y análisis del proceso de facturación								
15	Rev. Y análisis del proceso de compras-proveedores								
16	Rev. Y análisis del proceso de convenio y T. Social								
17	Rev. Y análisis del proceso de selección y contratación de personal								
18	Rev. Y análisis del proceso de promoción y capacitación								
19	Evaluación del proceso contable								
20	Evaluación del proceso de control del personal								
21	Evaluación del proceso de flujo de información								
22	Evaluación del proceso del pago de nóminas								
23	Revisión de los procesos de control								
ÁREA TÉCNICA- MÉDICA									
24	Análisis y evaluación de pacientes								
25	Análisis y evaluación de fármacos e insumos suministrados								
26	Análisis y evaluación de los estándares de calidad en servicios								
27	Análisis y evaluación del proceso de atención médica								
28	Análisis y evaluación del proceso de casos especiales								
29	Análisis y evaluación del mantenimiento correctivo de maquinarias y equipos								

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 21-97

9. Modelo de Programa de Auditoría.

	BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA	REF P/T
---	--	--	---------

PROGRAMA DE AUDITORÍA

ÁREA EXAMINADA: _____

PERÍODO A EXAMINAR: _____

OBJETIVOS:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

PROCEDIMIENTOS

N°	PROCEDIMIENTOS	REALIZADO POR	FECHA	TIEMPO ESTIMAD	TIEMPO REAL	REF
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

ELABORADO POR: _____

REVISADO POR: _____

FECHA: _____

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 22-97

10. Modelo de Procedimientos del Departamento de Auditoría.**Proceso 1. Preparar los programas de auditoría para las áreas objeto del examen.**

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

 BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA			Código: P-AI-2014		
Manual de Políticas y Procedimientos					
Rev.:00			Pág. 23-97		
Objetivo. Elaborar el plan adecuado de auditoría a realizar, para recabar la información que será la evidencia de pruebas de auditoría ejecutadas, y que debe ser suficiente, competente y pertinente. Para emitir el juicio correspondiente en el informe. Alcance. Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra. Documentos de Referencia. Normas Internacionales de Auditoría. Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Normas Internacionales de Calidad (ISO).					
Elaborado por:			Revisado por:		Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014			Fecha:		Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 24-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los requerimientos de las áreas a auditar y contemplados en el plan.

Método de Trabajo.

Proceso de preparar los programas de auditoría para las áreas objeto del examen.

Diagrama del proceso de preparar los programas de auditoría para las áreas objeto del examen.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 25-97

Proceso 1. Preparar los programas de auditoría para las áreas objeto del examen.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Recibir solicitud de área a auditar.	Auditor		
2	Determinación del trabajo.	Analizar el trabajo de auditoría a realizar.	Auditor		
3	Autorización.	Emitir informe de comunicación del trabajo a realizar.	Auditor		
4	Programa de auditoría.	Elaborar el programa de auditoría, de acuerdo a los requerimientos.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de preparar los programas de auditoría para las áreas objeto del examen.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 27-97

Proceso 2. Ejecutar los programas de auditoría, aplicando los diferentes procedimientos establecidos en los mismos, para el examen de todas las áreas.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 28-97

Objetivo.

Seleccionar al personal de acuerdo a los requerimientos de la auditoría a realizar, para recabar la información que será la evidencia de pruebas de auditoría ejecutadas y cumplir el programa de auditoría.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 29-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad del Asistente, cumplir con el programa establecido con las fechas indicadas, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de ejecutar los programas de auditoría, aplicando los diferentes procedimientos establecidos en los mismos, para el examen de todas las áreas.

Diagrama del proceso de ejecutar los programas de auditoría, aplicando los diferentes procedimientos establecidos en los mismos, para el examen de todas las áreas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 30-97

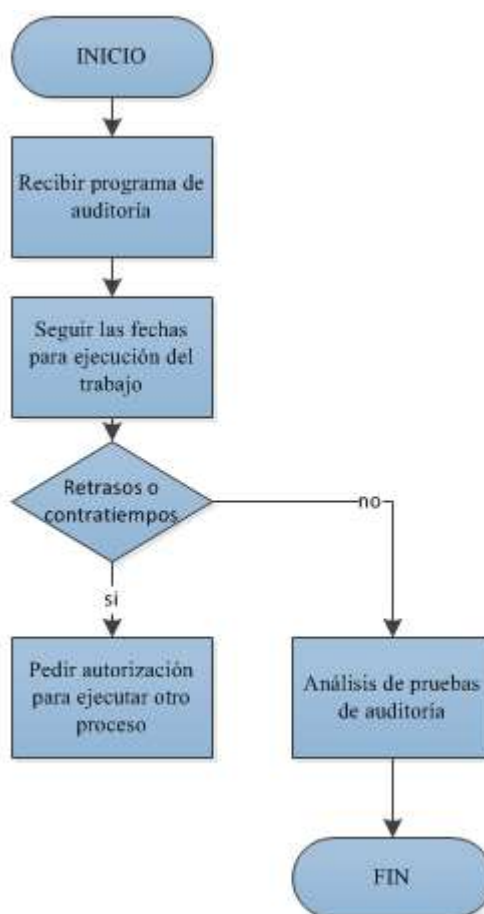
Proceso 2. Ejecutar los programas de auditoría, aplicando los diferentes procedimientos establecidos en los mismos, para el examen de todas las áreas.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Recibir el programa de auditoría.	Asistente		
2	Ejecución del trabajo.	Seguir las fechas y actividades desarrolladas en el plan.	Asistente		
3	Autorización especial.	Se pedirá autorización para ejecutar otro proceso del programa, sólo si el anterior es complicado.	Asistente		
4	Elegir pruebas.	En base al programa se analizarán las pruebas a ejecutar.	Asistente		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de ejecutar los programas de auditoría, aplicando los diferentes procedimientos establecidos en los mismos, para el examen de todas las áreas.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

-Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 32-97

Proceso 3. Aplicar y desarrollar las técnicas y pruebas de auditoría apropiadas para cada examen para la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 33-97

Objetivo.

Seleccionar las pruebas de control sustantivas o de cumplimiento de acuerdo a los requerimientos de la auditoría del área, para recabar la información que será la evidencia de pruebas de auditoría ejecutadas, y que debe ser suficiente, competente y pertinente. Para emitir el juicio correspondiente en el informe.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 34-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad del Asistente, cumplir con el programa establecido con las fechas indicadas, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de aplicar y desarrollar las técnicas y pruebas de auditoría apropiadas para cada examen para la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente.

Diagrama del proceso de aplicar y desarrollar las técnicas y pruebas de auditoría apropiadas para cada examen para la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 35-97

Proceso 3. Aplicar y desarrollar las técnicas y pruebas de auditoría apropiadas para cada examen para la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Elegir las técnicas de auditoría.	Asistente		
2	Análisis de información.	Analizar la información obtenida.	Asistente		
3	Elaboración de pruebas.	Elegir las pruebas de acuerdo a la evidencia que se va a recaudar.	Asistente		
4	Elaboración de papeles.	Aplicar las técnicas y pruebas de auditoría elegidas para elaborar los papeles de trabajo de acuerdo a los requerimientos.	Asistente		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de aplicar y desarrollar las técnicas y pruebas de auditoría apropiadas para cada examen para la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 37-97

Proceso 4. Elaborar los respectivos papeles de trabajo con evidencia necesaria para respaldar los hallazgos de auditoría con sus atributos, título, condición, criterio, causa y efecto y su recomendación.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 38-97

Objetivo.

Elaborar los papeles de trabajo de acuerdo a los criterios de la auditoría a realizar, para recabar la información que será la evidencia de las pruebas de auditoría ejecutadas, y que debe ser suficiente, competente y pertinente. Para emitir el juicio correspondiente en el informe.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 39-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad del Asistente, cumplir con el programa establecido con las fechas indicadas, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de elaborar los respectivos papeles de trabajo con evidencia necesaria para respaldar los hallazgos de auditoría con sus atributos, título, condición, criterio, causa y efecto y su recomendación.

Diagrama del proceso de elaborar los respectivos papeles de trabajo con evidencia necesaria para respaldar los hallazgos de auditoría con sus atributos, título, condición, criterio, causa y efecto y su recomendación.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 40-97

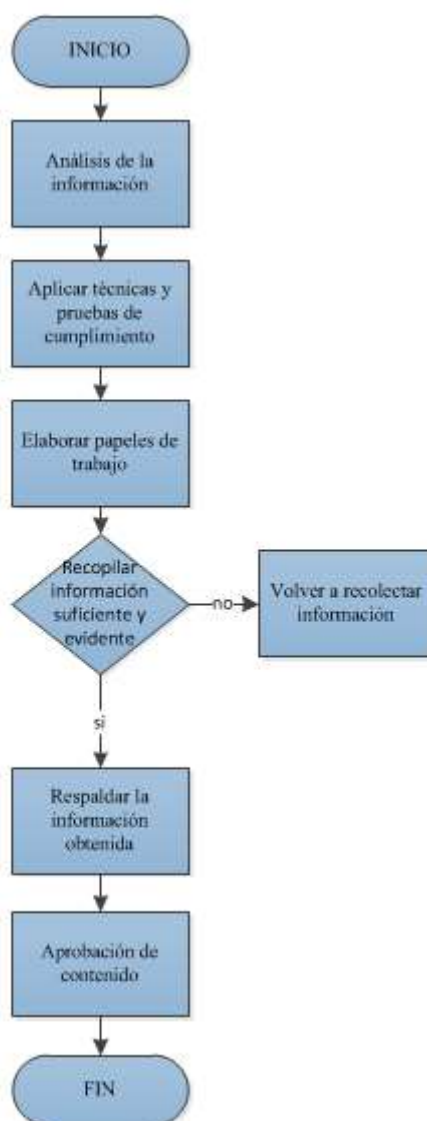
Proceso 4. Elaborar los respectivos papeles de trabajo con evidencia necesaria para respaldar los hallazgos de auditoría con sus atributos, título, condición, criterio, causa y efecto y su recomendación.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Con la información preliminar proceder a analizar el trabajo a realizar.	Asistente		
2	Técnicas y pruebas de auditoría.	Aplicar técnicas y pruebas de evidencia para elaborar los papeles de trabajo.	Asistente/Auditor		
3	Elaborar formatos.	Elaborar los respectivos formatos de papeles de trabajo de acuerdo a los requerimientos.	Asistente/Auditor		
4	Llenar los formatos.	Recopilar la información necesaria detallada en los papeles de trabajo.	Asistente		
5	Evidencia suficiente.	Respaldar la información de la evidencia con los respectivos papeles soporte.	Asistente		
6	Aprobación.	Aprobar el contenido del papel de trabajo.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de elaborar los respectivos papeles de trabajo con evidencia necesaria para respaldar los hallazgos de auditoría con sus atributos, título, condición, criterio, causa y efecto y su recomendación.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 42-97

Proceso 5. Controlar que se cumplan los procedimientos establecidos en los programas de auditoría específicos conforme a la planificación realizada.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 43-97

Objetivo.

Seleccionar al personal de acuerdo a los requerimientos de la auditoría a realizar, para que cumplan los procedimientos del plan de auditoría y que debe tener la evidencia suficiente, competente y pertinente, para emitir el juicio correspondiente en el informe.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 44-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de controlar que se cumplan los procedimientos establecidos en los programas de auditoría específicos conforme a la planificación realizada.

Diagrama del proceso de controlar que se cumplan los procedimientos establecidos en los programas de auditoría específicos conforme a la planificación realizada.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 45-97

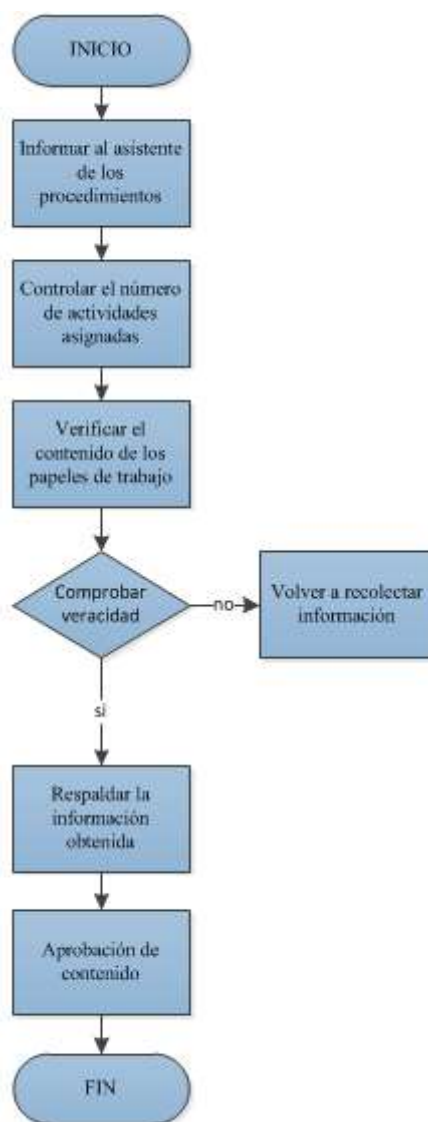
Proceso 5. Controlar que se cumplan los procedimientos establecidos en los programas de auditoría específicos conforme a la planificación realizada.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Informar al asistente sobre la relevancia de los procedimientos de auditoría.	Auditor		
2	Control de visitas.	Controlar el número de actividades realizadas por el asistente con el objetivo de recopilar toda la información necesaria.	Auditor		
3	Verificar.	Comprobar que la información recopilada por los procedimientos están acorde a los PCGA.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de controlar que se cumplan los procedimientos establecidos en los programas de auditoría específicos conforme a la planificación realizada.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 47-97

Proceso 6. Vigilar el avance de los programas de auditoría establecidos.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 48-97

Objetivo.

Vigilar al personal del grupo de auditoría para que cumplan el plan y los procesos de recabar la información que será la evidencia de pruebas de auditoría ejecutadas, y que debe ser suficiente, competente y pertinente.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 49-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de vigilar el avance de los programas de auditoría establecidos.

Diagrama del proceso de vigilar el avance de los programas de auditoría establecidos.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 50-97

Proceso 6. Vigilar el avance de los programas de auditoría establecidos.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Analizar el avance de auditoría realizada por el asistente.	Auditor		
2	Verificar.	Comprobar el avance de ejecución del programa de auditoría.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de vigilar el avance de los programas de auditoría establecidos.



FUENTE: AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 52-97

Proceso 7. Revisar y examinar oportunamente los papeles de trabajo durante el tiempo de campo, que cumplan con los requisitos necesarios y contengan información suficiente, competente para respaldar los hallazgos de auditoría.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 53-97

Objetivo.

Seleccionar y analizar la información formal contenida en los papeles de trabajo, para filtrar la información que será la evidencia de las pruebas de auditoría, y que sustentarán el trabajo realizado.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 54-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de Revisar y examinar oportunamente los papeles de trabajo durante el tiempo de campo, que cumplan con los requisitos necesarios y contengan información suficiente, competente para respaldar los hallazgos de auditoría.

Diagrama del Proceso de Revisar y examinar oportunamente los papeles de trabajo durante el tiempo de campo, que cumplan con los requisitos necesarios y contengan información suficiente, competente para respaldar los hallazgos de auditoría.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 55-97

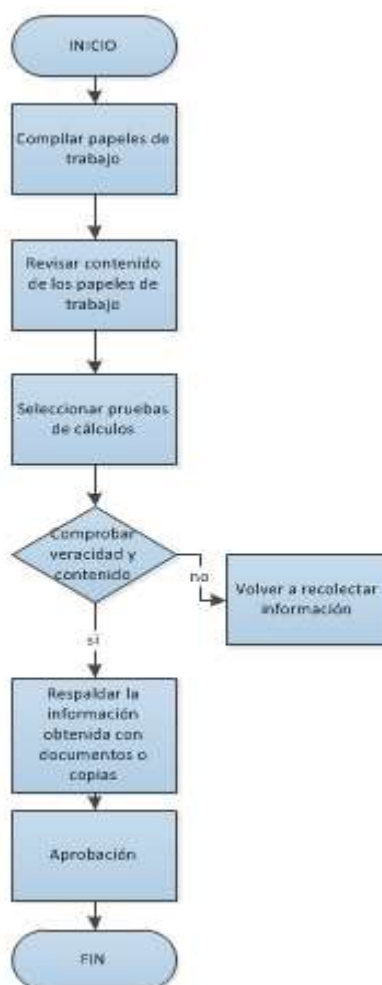
Proceso 7. Revisar y examinar oportunamente los papeles de trabajo durante el tiempo de campo, que cumplan con los requisitos necesarios y contengan información suficiente, competente para respaldar los hallazgos de auditoría.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Revisar el contenido de los papeles de trabajo.	Auditor		
2	Selección de pruebas.	Seleccionar las pruebas de cálculo para corroborar la información detallada.	Auditor		
3	Examinar el contenido de veracidad.	Confirmar la veracidad del contenido de los papeles de trabajo.			
4	Solicitar respaldo.	Solicitar las copias debidas de los documentos soporte de la información contenida en los papeles de trabajo.	Auditor		
5	Aprobación.	Aprobar el contenido de los papeles.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de revisar y examinar oportunamente los papeles de trabajo durante el tiempo de campo, que cumplan con los requisitos necesarios y contengan información suficiente, competente para respaldar los hallazgos de auditoría.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 57-97

Proceso 8. Anotar instrucciones y observaciones en la hoja de supervisión para evitar interrupciones posteriores.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 58-97

Objetivo.

Solucionar y aclarar dudas o problemas del personal partícipe de la auditoría con el fin de no cometer errores al momento de recabar la información.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 59-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de anotar instrucciones y observaciones en la hoja de supervisión para evitar interrupciones posteriores.

Diagrama del proceso de anotar instrucciones y observaciones en la hoja de supervisión para evitar interrupciones posteriores.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



**BENEMERITA
SOCIEDAD
PROTECTORA
DE LA INFANCIA**

Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 60-97

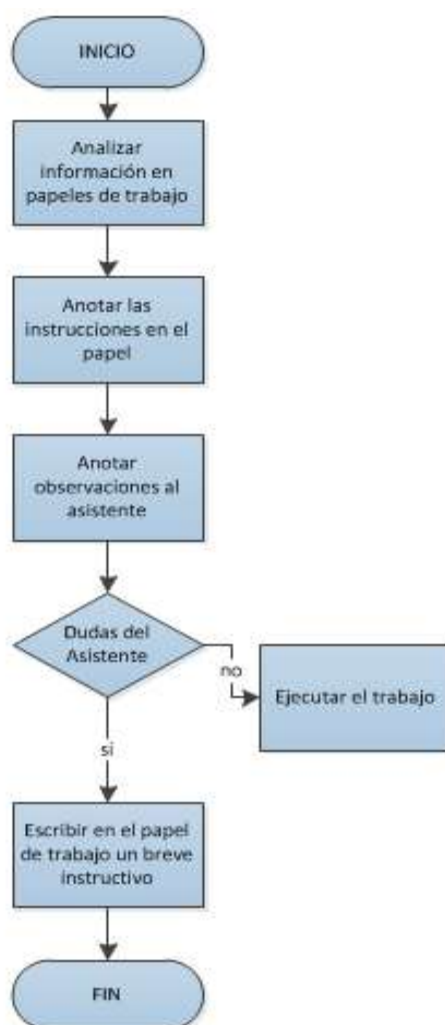
Proceso 8. Anotar instrucciones y observaciones en la hoja de supervisión para evitar interrupciones posteriores.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Analizar la información contenida en los papeles de trabajo.	Auditor		
2	Anotaciones.	Anotar las instrucciones que debe seguir el asistente para la ejecución de los trabajos.	Auditor		
3	Observaciones.	Anotar las observaciones de acuerdo al comportamiento profesional del asistente al finalizar el trabajo.	Auditor		
4	Observaciones del trabajo.	Anotar las observaciones de acuerdo a las dudas o requerimientos que tenga el asistente sobre la ejecución del trabajo.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de anotar instrucciones y observaciones en la hoja de supervisión para evitar interrupciones posteriores.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 62-97

Proceso 9. Revisar la racionalidad de los hallazgos de auditoría encontrados.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 63-97

Objetivo.

Analizar toda la información contenida en los papeles de trabajo para corroborar la veracidad de los mismos a través de pruebas y cálculos matemáticos de ser el caso.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 64-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de revisar la racionalidad de los hallazgos de auditoría encontrados.

Diagrama del proceso de revisar la racionalidad de los hallazgos de auditoría encontrados.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 65-97

Proceso 9. Revisar la racionalidad de los hallazgos de auditoría encontrados.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Recopilar papeles de trabajo.	Auditor		
2	Análisis de la información.	Analizar y revisar toda la información detallada en el contenido de los papeles de trabajo.	Auditor		
3	Revisar racionalidad.	Hacer pruebas y cálculos matemáticos sobre los hallazgos y cantidades encontradas.	Auditor		
4	Hallazgos.	Analizar los resultados de la evidencia que constituyen hallazgos importantes sobre el trabajo.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

Flujograma del proceso de revisar la racionalidad de los hallazgos de auditoría encontrados.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 67-97

Proceso 10. Comunicar los hallazgos de auditoría a las personas relacionadas con los mismos, solicitándoles sus comentarios y explicaciones con evidencias documentadas.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 68-97

Objetivo.

Informar al personal implicado en algún caso de auditoría que merezca de aclaratorias, justificaciones o mejoras para corregir alguna actividad que no esté alineada a los principios del Hospital.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 69-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de comunicar los hallazgos de auditoría a las personas relacionadas con los mismos, solicitándoles sus comentarios y explicaciones con evidencias documentadas.

Diagrama del proceso de comunicar los hallazgos de auditoría a las personas relacionadas con los mismos, solicitándoles sus comentarios y explicaciones con evidencias documentadas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 70-97

Proceso 10. Comunicar los hallazgos de auditoría a las personas relacionadas con los mismos, solicitándoles sus comentarios y explicaciones con evidencias documentadas.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Con la obtención de los resultados, proceder a comunicar.	Auditor		
2	Comunicación.	Emitir el informe o carta interna respectiva, comunicando al jefe del área auditada sobre los problemas encontrados.	Auditor		
3	Hallazgos.	Solicitar comentarios al respecto y explicaciones de acuerdo a las evidencias presentadas.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de comunicar los hallazgos de auditoría a las personas relacionadas con los mismos, solicitándoles sus comentarios y explicaciones con evidencias documentadas.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 72-97

Proceso 11. Evaluar las respuestas.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 73-97

Objetivo.

Recopilar información válida sobre la justificación de los hallazgos de auditoría que no estén acorde con lo que se haya demostrado. Y que dicha información sea la que justifique cualquier error cometido durante el proceso de auditoría.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 74-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de evaluar las respuestas.

Diagrama del proceso de evaluar las respuestas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 75-97

Proceso 11. Evaluar las respuestas.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Recibir los comentarios y explicaciones por escrito con el debido soporte.	Auditor		
2	Análisis de la información.	Analizar las respuestas dadas por cada responsable sobre el problema encontrado.	Auditor		
3	Aprobación.	Aprobar el soporte si esta de acuerdo con la explicación o si se despejaron dudas acerca del problema.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de evaluar las respuestas.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 77-97

Proceso 12. Realizar una reunión final, para informar a la dirección acerca de los hallazgos que fueron comunicados por escrito a las personas involucradas, responsables de las situaciones encontradas.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 78-97

Objetivo.

Informar al personal implicado o a los directivos del hospital sobre los hallazgos encontrados en la auditoría realizada, con el fin de discernir sobre los acontecimientos que pueda traer después la emisión del respectivo informe de auditoría.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 79-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de realizar una reunión final, para informar a la dirección acerca de los hallazgos que fueron comunicados por escrito a las personas involucradas, responsables de las situaciones encontradas.

Diagrama del proceso de realizar una reunión final, para informar a la dirección acerca de los hallazgos que fueron comunicados por escrito a las personas involucradas, responsables de las situaciones encontradas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 80-97

Proceso 12. Realizar una reunión final, para informar a la dirección acerca de los hallazgos que fueron comunicados por escrito a las personas involucradas, responsables de las situaciones encontradas.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Informar o emitir un comunicado a los jefes y personal involucrado sobre la reunión de los hallazgos encontrados en la auditoría.	Auditor		
2	Objeto de reunión.	Comunicar en la reunión todos los aspectos encontrados en la auditoría con el fin de solucionar problemas o tomar correcciones.	Auditor		
3	Soporte.	Dejar constancia de los puntos tratados en la reunión y recolectar las respectivas firmas de los asistentes.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Proceso 12. Realizar una reunión final, para informar a la dirección acerca de los hallazgos que fueron comunicados por escrito a las personas involucradas, responsables de las situaciones encontradas.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 82-97

Proceso 13. Realizar la revisión final y aprobar los papeles de trabajo, que estén debidamente sustentados con evidencia clara, objetiva y suficiente que respalde la conclusión y recomendación del informe.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 83-97

Objetivo.

Revisar la información final objeto del análisis y selección de la información, dejando los papeles de trabajo que justifican de manera relevante los hallazgos de la auditoría y que sirven para la emisión del respectivo informe.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 84-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de realizar la revisión final y aprobar los papeles de trabajo, que estén debidamente sustentados con evidencia clara, objetiva y suficiente que respalde la conclusión y recomendación del informe.

Diagrama del proceso de realizar la revisión final y aprobar los papeles de trabajo, que estén debidamente sustentados con evidencia clara, objetiva y suficiente que respalde la conclusión y recomendación del informe.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 85-97

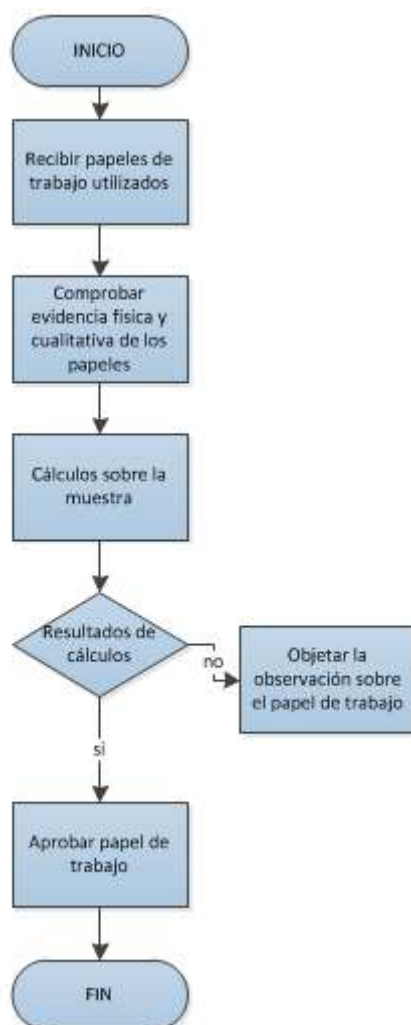
Proceso 13. Realizar la revisión final y aprobar los papeles de trabajo, que estén debidamente sustentados con evidencia clara, objetiva y suficiente que respalde la conclusión y recomendación del informe.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio del proceso.	Recibir los respectivos papeles de trabajo utilizados.	Auditor		
2	Comprobar.	Comprobar física y cualitativamente la evidencia obtenida y contenida en los papeles de trabajo.	Auditor		
3	Verificar.	Realizar los respectivos cálculos matemáticos o averiguaciones pertinentes sobre los hallazgos contenidos en los papeles de trabajo.	Auditor		
4	Aprobar.	Si esta de acuerdo con el contenido de la evidencia obtenida, firmar.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de realizar la revisión final y aprobar los papeles de trabajo, que estén debidamente sustentados con evidencia clara, objetiva y suficiente que respalde la conclusión y recomendación del informe.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 87-97

Proceso 14. Preparar el borrador del informe con la colaboración del equipo de trabajo del departamento de auditoría.

HOJA DE CONTROL DE COPIAS

- Esta es una copia controlada del proceso.
- El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento.
- La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Nº Rev.	Pág. (s) Afectadas

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 88-97

Objetivo.

Con la información recopilada, ordenada, y sintetizada, se procede a emitir el juicio del auditor con respecto a los hallazgos de la auditoría, y se prepara un borrador por sí en algún momento se debe corregir algún dato. Pero este debe ser fiel reflejo de la voluntad expresa del auditor hacia los hallazgos encontrados.

Alcance.

Aplicable a todas las áreas del Hospital León Becerra.

Documentos de Referencia.

Normas Internacionales de Auditoría.

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Normas Internacionales de Calidad (ISO).

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 89-97

Responsabilidades.

Es responsabilidad del Auditor cumplir con los procesos de auditoría de acuerdo al plan de auditoría aprobado.

Es responsabilidad del Asistente, cumplir con el programa establecido con las fechas indicadas, según los requerimientos del Auditor Interno.

Es responsabilidad de los Jefes Departamentales, aportar con la evidencia suficiente, pertinente y organizada, según los requerimientos del Auditor Interno.

Método de Trabajo.

Proceso de preparar el borrador del informe con la colaboración del equipo de trabajo del departamento de auditoría.

Diagrama del proceso de preparar el borrador del informe con la colaboración del equipo de trabajo del departamento de auditoría.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 90-97

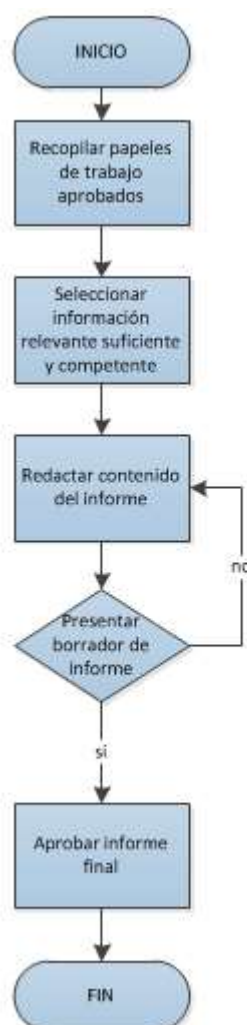
Proceso 14. Preparar el borrador del informe con la colaboración del equipo de trabajo del departamento de auditoría.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	P/T
1	Inicio de proceso.	Recopilar análisis de la información obtenida.	Asistente/Auditor		
2	Selección.	Seleccionar la información relevante y la evidencia suficiente que respalde el contenido del informe.	Asistente/Auditor		
3	Redacción.	Redactar el contenido del informe de acuerdo a la evidencia y el análisis de la información.	Auditor		
4	Aprobar.	Aprobar el borrador del informe para presentarlo a la administración.	Auditor		
5	Realizar cambios.	Realizar los respectivos cambios al borrador antes de elaborar el informe final, de acuerdo a los requerimientos o sugerencias de la administración.	Auditor		

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

Flujograma del proceso de preparar el borrador del informe con la colaboración del equipo de trabajo del departamento de auditoría.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

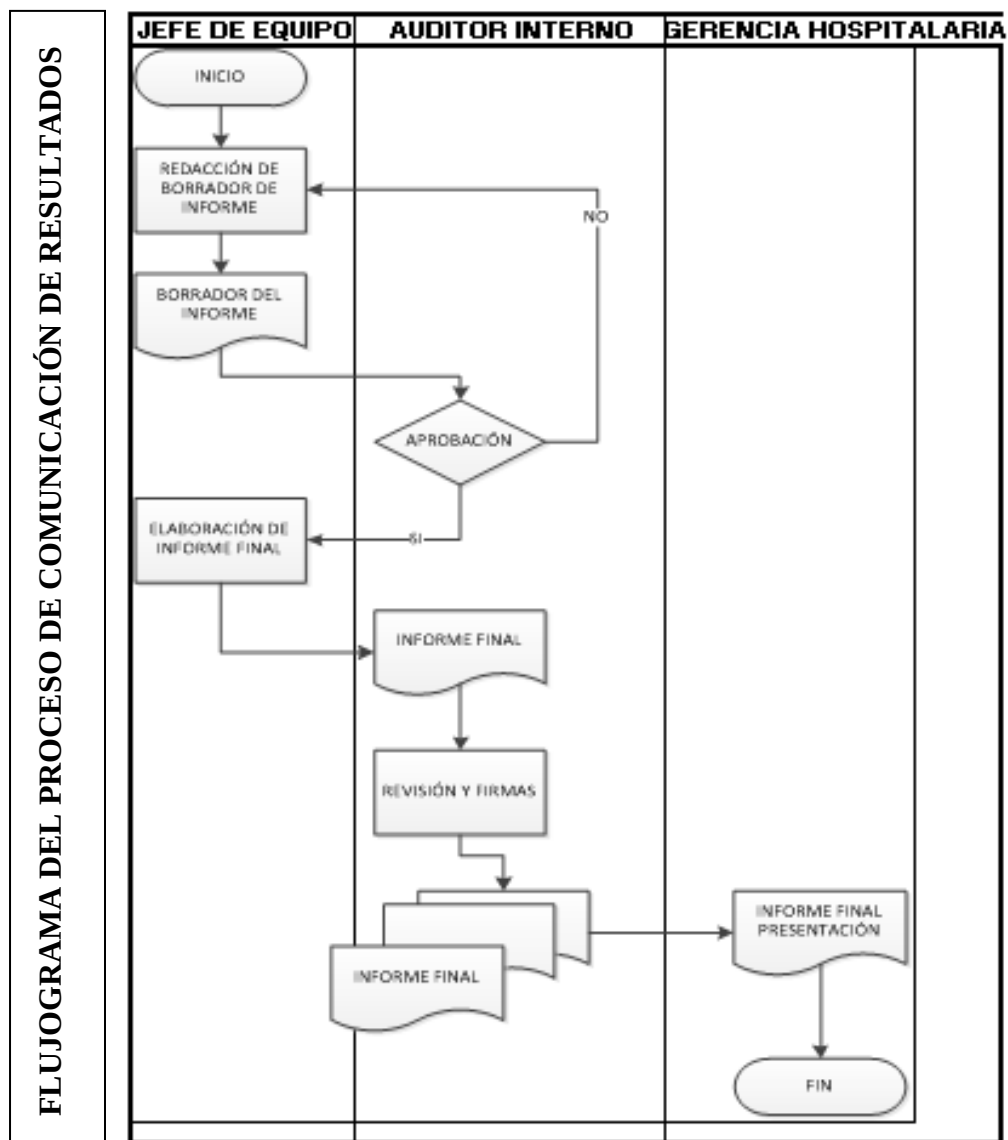
Pág. 92-97

11. Modelo de Hoja de Hallazgos de Auditoría.

 DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA		
Hoja de Hallazgos		
Área Examinada:		
Realizado por:		REF P/T
Período:		
Fecha:		
Título del Hallazgo		PAPEL DE TRABAJO
CONDICIÓN:		
CRITERIO:		
CAUSA:		
EFFECTO:		
CONCLUSIONES:		
RECOMENDACIONES:		
PUNTOS DE VISTA DE FUNCIONARIOS RESPONSABLES		

	FIRMA	FECHA
ELABORADO POR		
REVISADO POR		

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

12. Modelo de Flujoograma de Comunicación de Resultados.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 94-97

13. Modelo de Formato de Hoja de Control de Recomendaciones.

	DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA INTERNA	REF P/T
--	-----------------------------------	---------

CONTROL DE RECOMENDACIONES

ÁREA EXAMINADA: _____

INFORME N° _____

FECHA: _____

RECOMENDACIÓN				IMPLEMENTACIÓN			CUMPLIMIENTO			SEGUIMIENTO
N°	ÁREA	DEFICIENCIA	SOLUCIÓN PROPUESTA	RESPONSABLE	PLAZO	FECHA	CUMPLIDO	EN PROCESO	NO CUMPLIDA	

JEFE DPTO. _____

AUDITOR _____

FECHA _____

FECHA _____

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 95-97

14. Modelo de Estructura del Informe de Auditoría.

El informe del auditor (dictamen de auditoría), debe de hacer constar sus hallazgos respecto a:

1. Aptitud y oportunidad del proceso auditado.
2. Los tipos de servicios auditados y las actividades de cada proceso.
3. Cantidad en unidad de tiempo requerido en el proceso.
4. Nivel de calidad técnica y funcional.
5. La calidad encontrada frente a lo que debería haber encontrado.
6. Las sugerencias que estime oportunas y necesarias.

Características del informe del auditor.

- 1.- Contendrá el resultado de sus observaciones y hallazgos.
- 2.- Es instrumento con valor legal.
- 3.- Guardará buen estilo de redacción y adecuada presentación.
- 4.- Contendrá información precisa.
- 5.- Será oportuno en tiempo y forma.

Contenido del Informe:

- 1.- Fecha de inicio y finalización de la auditoría.
- 2.- Objetivo.
- 3.- Muestra auditada área, servicio o proceso.
- 4.- Breve reseña del proceso.
- 5.- Observaciones realizadas de acuerdo a las guías o normas.
- 6.- Relación de documentación empleada.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 96-97

- 7.- Conclusiones.
- 8.- Determinación de correctivos y preventivos.
- 9.- Nombres y firmas del auditor coordinador y del encargado del proceso.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: P-AI-2014

Manual de Políticas y Procedimientos

Rev.:00

Pág. 97-97

15. Modelo de Formato del Informe de Seguimiento.

Guayaquil, xx de xx de 20xx

Señor:

De mis consideraciones:

Hemos efectuado el seguimiento de recomendaciones emitidas por nuestro departamento con la finalidad de determinar su grado de implementación.

Nuestro examen se llevó a cabo de acuerdo a las Normas y Políticas para el Ejercicio Profesional de Auditoría Interna, en consecuencia aplicamos pruebas a los registros, documentos, e información pertinente e incluimos los procedimientos de auditoría necesarios.

Recomendaciones al departamento:

RECOMENDACIÓN	N°	%
IMPLEMENTADAS	X	x%
EN PROCESO	X	x%
NO IMPLEMENTADAS	X	x%
RECHAZADAS	X	x%
NO VERIFICADAS	X	x%
TOTAL EMITIDAS	X	100%

Razones que justifican la falta de implementación de las recomendaciones y las medidas para superarlas a futuro.

Atentamente,

Auditor Interno

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

4.10. Presupuesto del Departamento de Auditoría Interna.

INVERSIÓN INICIAL				
CANT.	DETALLE	V.U.	VALOR TOTAL	VALOR ANUAL
	COMPUTADOR			\$ 3.000,00
2	CPU	\$ 800,00	\$ 1.600,00	
2	MONITOR LCD	\$ 300,00	\$ 600,00	
1	IMPRESORA MULTIFUNCIÓN	\$ 400,00	\$ 400,00	
1	PROYECTOR	\$ 400,00	\$ 400,00	
	MUEBLES Y ENSERES			\$ 1.324,00
1	ESCRITORIO EJECUTIVO	\$ 159,00	\$ 159,00	
1	ESCRITORIO	\$ 130,00	\$ 130,00	
1	ARCHIVADOR DE PISO 4 CAJONES	\$ 250,00	\$ 250,00	
1	ARCHIVADOR DE PARED	\$ 150,00	\$ 150,00	
1	ESTANTERIA O REPISA	\$ 135,00	\$ 135,00	
1	SILLA GERENCIA	\$ 200,00	\$ 200,00	
5	SILLAS INDIVIDUALES	\$ 60,00	\$ 300,00	
	SUMINISTROS*		\$ 250,00	\$ 250,00
1	PAPELERA	\$ 20,00		
1	CESTO DE BASURA	\$ 30,00		
2	ORGANIZADORES 2 NIVELES	\$ 30,00		
1	TABLERO-PIZARRA ACRÍLICA	\$ 40,00		
	PAPELERIA-OTROS	\$ 130,00		
	*GASTOS ESTIMADOS			
	COSTO INVERSIÓN INICIAL			\$ 4.574,00

GASTOS OPERATIVOS				
CANT.	DETALLE	V.U.	VALOR MENSUAL	VALOR ANUAL
1	AUDITOR SUELDO		\$ 1.481,31	\$ 17.775,72
	JORNADA 8 HORAS L-V (\$6,17 c/h)	\$ 1.481,31		
1	SECRETARIA		\$ 400,00	\$ 4.800,00
	JORNADA 8 HORAS L-V (\$1,67 c/h)	\$ 400,00		
	BENEFICIOS SOCIALES			
	DÉCIMO TERCERA	\$ 156,78	\$ 156,78	\$ 1.881,31
	DÉCIMO CUARTA REMUNERACIÓN	\$ 28,33	\$ 56,67	\$ 680,00
	VACACIONES	\$ 78,39	\$ 78,39	\$ 940,66
	TOTAL BENEFICIOS		\$ 291,83	\$ 3.501,97
	OTROS GASTOS OPERATIVOS		\$ 576,71	\$ 6.920,52
	ALIMENTACIÓN	\$ 120,00		
	VIÁTICOS	\$ 40,00		
	SEGURO IESS 12,15%	\$ 228,58		
	OTROS (10% sueldo)	\$ 188,13		
	TOTAL GASTOS OPERATIVOS		\$ 2.749,85	\$ 32.998,21

I.INICIAL + Gastos operativos			\$ 7.323,85	\$ 37.572,21
--------------------------------------	--	--	--------------------	---------------------

4.11. Manual de Políticas de Control Interno

 BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA			Código: HLB-CI-AI- 001		
Manual de Políticas de Control Interno					
Rev.:00			Pág. 1-63		
MANUAL DE POLÍTICAS DE CONTROL INTERNO 2014					
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:	
Fecha: Marzo 2014		Fecha:		Fecha:	



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 2-63

- ÍNDICE -

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción.....	3
1. Objetivos.....	4
2. Responsables de Mantener el Control Interno.....	5
3. Propuesta de Organización.....	6
4. Marco Legal	7
5. Alcance	7
6. Control Interno: generalidades.....	8
7. Normas de Control Interno.....	9
7.1. Generales Administrativas.....	9
7.2. Documentación y Archivo.....	15
7.3. Talento Humano.....	17
7.4. Sistema Automático de Datos.....	23
7.5. Financieras.....	25
7.6. Cuentas por Cobrar.....	35
7.7. Activos Fijos.....	40
7.8. Inventarios.....	44
7.9. Cuentas y Documentos por Pagar	49
7.10. Ingresos a Cuentas de Resultado Acreedoras.....	51
7.11. Egresos o Cuentas de Resultado Deudora.....	53
8. Procesos Generales de Control Interno.....	56
9. Flujogramas de los Procesos de Control Interno	60

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 3-63

Introducción

El control interno hoy en día se ha convertido en una herramienta muy útil para directivos, administradores y gerentes ya que les permite evaluar y monitorear las operaciones de la empresa para ejercer una eficiente gestión y lograr los objetivos institucionales. En este sentido, los directivos del Hospital León Becerra ven la imperiosa necesidad de establecer un adecuado sistema de control interno con procedimientos que garanticen que la información financiera se encuentra en forma razonable y sus recursos se encuentran protegidos.

Como respuesta a esta necesidad se diseña un Manual de Políticas de Control Interno donde se detallan procedimientos claros que deben ser observados y puestos en práctica al momento de realizar cualquier actividad administrativa financiera, evitando de esta manera malas prácticas contables, errores involuntarios, colusión y mal uso del recurso material y monetario

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 4-63

1. Objetivos.**1.1 General.**

Establecer un adecuado sistema de control interno en el Hospital León Becerra, mediante la aplicación de procedimientos administrativos financieros y la observancia de leyes y regulaciones con el fin de garantizar el logro de los objetivos planteados por la Institución.

1.2. Específicos.

1. Establecer controles que permitan detectar cualquier desviación que limite el cumplimiento de metas.
2. Implementar normas que sean una herramienta de ayuda tanto a funcionarios como a empleados, permitiéndoles realizar sus actividades y tareas de forma eficiente.
3. Generar un entorno de confianza donde prevalezca la transparencia y la corresponsabilidad en todos los niveles de la organización.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 5-63

2. Responsables de mantener el control interno en el Hospital León Becerra de Guayaquil.

Los responsables de mantener el control interno dentro del Hospital León Becerra son:

- La Asamblea.
- El Directorio General.
- La Presidencia.
- Vicepresidentes Administrativo y Financiero.
- Directorio Ejecutivo.
- Comité de Gestión Hospitalaria.
- Comité de Biodiversidad.
- Personal de las áreas Operativa, Administrativa, Financiera y Contable.
- Auditoría Interna y Médica.

Elaborado por:

Revisado por:

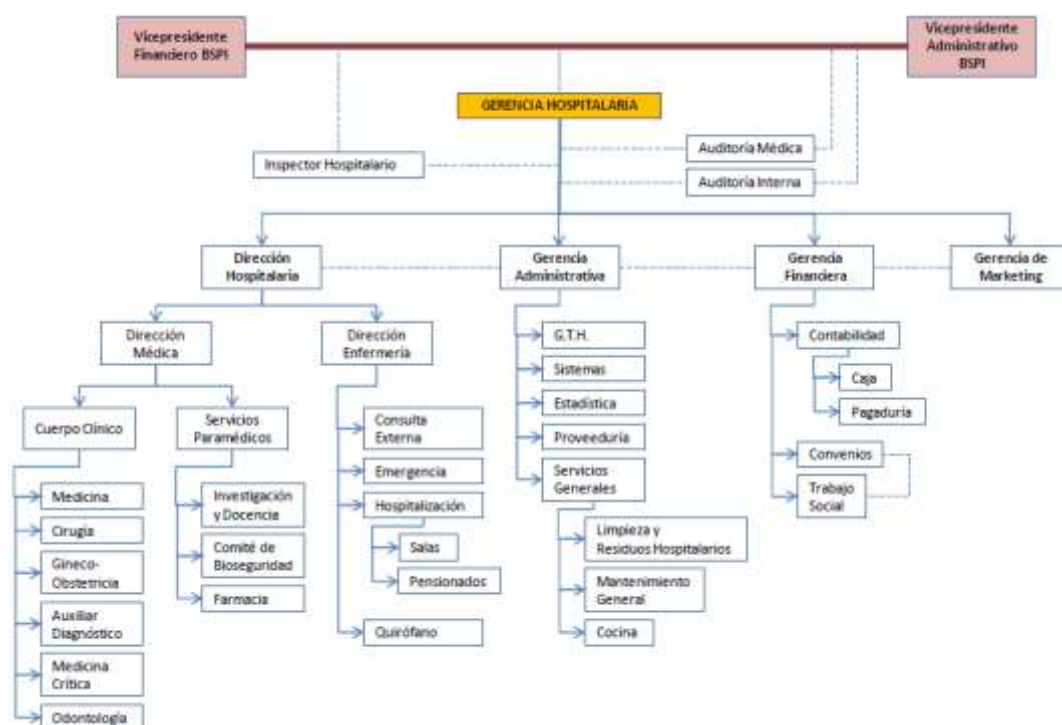
Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:

3. Propuesta Organizacional del Hospital León Becerra.



Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 7-63

4. Marco Legal.

El control interno es de gran importancia para el desarrollo de los objetivos institucionales de ahí su importancia y la extensa regulación existente.

De ahí se las toma como referencias de control y presentación de la información administrativa y financiera de toda institución, entre ellas:

- Normas Internacionales de Información Financiera.
- Normas Internacionales de Auditoría.
- Normas Internacionales de Contabilidad.
- Contraloría General del Estado – Manual de Auditoría Financiera.

En ellas se detalla detenidamente la forma de presentación de estados financieros, normativa contable acorde a estándares internacionales vigentes en el país desde el 2011, normas de auditoría aceptadas y control interno. Y el manual de auditoría por la Contraloría General del Estado ente regulador de las instituciones públicas y sin fines de lucro.

5. Alcance.

El presente manual se aplicará en el Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil para el ejercicio de las funciones propias que debe desarrollar el Departamento de Auditoría Interna.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 8-63

6. El Control Interno.**A. Generalidades del Control Interno.**

El departamento de Control Interno está definido por ley, como uno de los Componentes del Sistema de Control Interno del nivel directivo encargado de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la alta dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos.

Así, el departamento de auditoría interna se constituirá en el “control de controles” por excelencia, por su labor evaluadora de determinar la efectividad del sistema de control de la entidad con miras a contribuir con la gerencia en la toma de decisiones que oriente el accionar administrativo hacia el cumplimiento de los objetivos del hospital.

Es claro que la responsabilidad por el mantenimiento, implementación y ejecución del sistema de control interno y los controles establecidos se encuentra bajo la responsabilidad de los encargados de los procesos y no del departamento de auditoría, a la cual le corresponde desarrollar el papel de evaluador y asesor independiente en la materia.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 9-63

7. Normas de Control Interno.**7.1. Generales Administrativas.****7.1.1. Planeación estratégica.**

El hospital contará con un plan de organización estratégico que incluya misión, visión, principios o valores, objetivos, planes, procesos, fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Comentario.

La Junta Directiva será la encargada de realizar la planeación estratégica tomando en cuenta al hospital en su totalidad y proyectarla para un período no mayor a 5 años, todo esto con el fin de alcanzar los objetivos institucionales.

7.1.2. Delimitación de responsabilidades.

Se detallarán por escrito de manera clara y ordenada las actividades a desarrollarse en cada cargo y las responsabilidades que cada funcionario o colaborador asume al momento de desempeñarlas.

Comentario.

Es responsabilidad de GTH la elaboración, actualización y difusión del manual de funciones a todo el personal del hospital. Estos serán elaborados con la ayuda de los departamentos encargados de aplicarlos.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 10-63

Así también, se deben definir las líneas de mando dentro de la estructura organizativa del hospital y asignar claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios y colaboradores.

7.1.3. Delegación de funciones por ausencia en el cargo.

Bajo ninguna circunstancia ningún cargo ejecutivo, directivo, administrativo u operativo quedará inactivo ante la salida temporal o permanente de algún funcionario. El hospital debe seguir el curso normal de sus operaciones.

Comentario.

Cuando se produzca la salida definitiva de un funcionario, la Vicepresidencia del Hospital dispondrá a GTH el nombre del colaborador que lo reemplazará hasta la selección del titular.

Cuando la salida sea temporal sea esto por vacaciones o permiso, el jefe directo asignará las funciones, deberes y responsabilidades a colaboradores con conocimientos y labores similares hasta que el colaborador se reintegre a sus labores.

7.1.4. Segregación de funciones.

Ninguna persona o departamento debe manejar todos los aspectos de un proceso, transacción u operación desde el comienzo hasta el final.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 11-63

Se debe procurar independencia entre todas las fases de autorización, ejecución, aprobación y custodia.

Comentario.

La segregación de funciones constituye uno de los principios más importante del control interno ya que ayuda de tal modo que no puedan pasar inadvertidos errores o irregularidades.

Es importante tener en cuenta que en la segregación de funciones deberá considerarse el volumen, la complejidad y materialidad de las distintas actividades y la cantidad de pasos para llevarlas a cabo con el fin de cumplir con los objetivos de eficacia y eficiencia.

7.1.5. Autorización y aprobación de transacciones y operaciones.

Antes de realizar alguna transacción u operación ésta deberá contar con la autorización previa de los funcionarios con potestad para concederla.

Comentario.

Es responsabilidad de los funcionarios que emiten la autorización y aprobación evaluar el desarrollo y evolución de las actividades para determinar la continuidad o proceder a corregir cualquier cambio de lo originalmente planeado.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 12-63

7.1.6. Documentación de procesos y transacciones.

Con el fin de mantener un control interno concurrente se deberá establecer por escrito los procedimientos de todos los procesos, actividades y transacciones que se realicen en el hospital, permitiendo de esta manera que el registro de las operaciones administrativas y financieras sean oportunas.

Comentario.

El hospital constantemente establecerá procedimientos de control que permitan contar con documentación suficiente y competente de las distintas actividades, procesos y transacciones sean estos comprobantes, formularios, reportes, informes, etc., además de que cuenten con la debida aprobación.

7.1.7. Líneas de comunicación.

El hospital debe mantener un flujo de información adecuado entre las distintas áreas lo que permitirá el desarrollo eficaz y eficiente de las operaciones.

Comentario.

Los Directivos serán los encargados de establecer y fomentar buenas líneas de comunicación entre los colaboradores de las distintas áreas. Los medios a utilizar pueden ser escrita, magnética, internet u otros.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 13-63

7.1.8. Supervisión continua.

La Vicepresidencia solicitará al departamento de auditoría médica o interna de forma periódica y sorpresiva realizar pruebas de cumplimiento en base a las funciones asignadas a todos los niveles de la organización.

Comentario.

Las pruebas que se apliquen verificarán el cumplimiento adecuado y oportuno de las funciones asignadas las cuales están establecidas en el manual de funciones.

Así también, los funcionarios que ocupan puesto de jefatura deben supervisar constantemente las labores de sus subordinados.

7.1.9. Cumplimiento de disposiciones.

Las disposiciones legales, reglamentarias, estatutarias y políticas internas establecidas por las autoridades del hospital deben ser observadas, respetadas y desempeñadas en su totalidad por todo el personal que forma parte de la estructura organizativa de la institución.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 14-63

Comentario.

Los directores, gerentes y empleados en general están obligados a respetar y acogerse a las disposiciones emanadas por la máxima autoridad del hospital, así como, las dictadas por la entidades gubernamentales que rigen y supervisan las operaciones de la institución como son: el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Relaciones Laborales, IESS; SRI, entre otras.

La máxima autoridad velará por el cumplimiento de las disposiciones con el fin de mantener un control administrativo y financiero eficiente.

7.1.10. Actualización de reglamentos.

Los diferentes reglamentos que rigen las operaciones administrativas, financieras y técnicas del hospital, serán actualizados y reformados en forma permanente sobre la base de nuevas disposiciones legales, cambios en las políticas internas del hospital y demás normas que conlleven a un cambio en la estructura.

Comentario.

El hospital debe mantener actualizada toda normativa que regule el actuar de sus operaciones como son reglamentos, manuales y estatutos, ya sean éstos cambios determinados por órganos gubernamentales o por la máxima autoridad del hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 15-63

7.2. Documentación y Archivo.**7.2.1. Formularios prenumerados.**

Las transacciones o movimientos que conlleven la utilización o manejo de recursos financieros y materiales deberán contar con formularios que respalden dicha ejecución, los cuales tendrán obligatoriamente al momento de su impresión un orden cronológico y secuencial para su verificación y control permanente.

Comentario.

Como medida de control en las operaciones financieras y utilización y manejo de recursos materiales se llevará la secuencia de formularios, comprobantes y otros documentos que respalden movimientos por transferencias, adquisiciones, venta, donaciones, uso de recursos materiales o financieros, entre otros.

Los documentos que sean anulados por errores de gestión deberán archivarlos secuencialmente con sus similares. En caso de documentos dados de baja en el SRI se deberá archivar la resolución que emite este organismo.

Los formularios no utilizados no deben estar al alcance de personas no autorizadas.

7.2.2. Archivo de documentación y respaldos magnéticos.

Los documentos físicos y medios magnéticos que respaldan las operaciones administrativas y financieras, especialmente los comprobantes de contabilidad,

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 16-63

serán archivados de forma ordenada y cronológica y conservados como archivos permanente hasta siete años, luego de ese tiempo serán considerados como archivo pasivo observando las disposiciones legales.

Así también, serán archivados y custodiados de forma ordenada y cronológica todos las fichas, formularios, historias clínicas y demás documentación que se genere al momento de prestar el servicio hospitalario y serán responsables de su custodia y archivo los departamentos donde culmine el proceso.

Comentario.

El archivo adecuado de los documentos que se generen en cualquier proceso del hospital sean estos administrativos, financieros o técnicos, permitirá identificar de manera rápida y precisa la ubicación del mismo.

Con el objeto de salvaguardar la información proveniente de las operaciones del hospital contra siniestros de cualquier tipo, se deberá respaldar la misma en archivos magnéticos y custodiarlos en cajas de seguridad internas o externas.

Se proveerá de todas las seguridades físicas (sistema contra robo, incendio u otro tipo de siniestro) al lugar en donde se conserven los archivos pasivos y permanentes del hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 17-63

7.3. Talento Humano.**7.3.1 Selección técnica del personal.**

La selección de personal debe basarse en procedimientos documentados que garanticen la idoneidad en la selección del funcionario o colaborador para el desempeño eficiente del cargo para el cual fue requerido.

Comentario.

El Director de Gestión de Talento Humano receptará de forma documentada la solicitud de requerimiento de personal por parte del área solicitante, la misma que deberá ser aprobada y autorizada por la Vicepresidencia del hospital. Luego de esto, iniciará el proceso de selección de acuerdo al Reglamento Interno y Manual de Funciones Institucional.

Se debe determinar previamente el perfil y requisitos que debe reunir la persona que ocupará la vacante. Se determinará si existe dentro de la institución algún funcionario que cumpla con el perfil requerido y desee ocupar dicha puesto, caso contrario, la selección se realizará con reclutamiento de personal ajeno a la institución.

La selección se realizará mediante un proceso de entrevistas, pruebas psicotécnicas y de conocimiento, además de realizar exámenes médicos y psicológicos, todo esto con el fin de garantizar la capacidad técnica y profesional, experiencia, honestidad y que no exista impedimento físico y legal para desempeñar el cargo.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 18-63

Terminado el proceso, el Director de GTH presentará a la Vicepresidencia del hospital hasta tres candidatos preseleccionados para su respectiva aprobación.

7.3.2. Banco de elegibles.

Gestión de Talento Humano mantendrá una base de datos actualizada del personal que haya sido preseleccionado en las entrevistas y que esté apto para ocupar la vacante disponible.

Comentario.

Este archivo de banco de elegibles deberá permanecer actualizado y ayudará a que el proceso requiera de menos procedimientos disminuyendo tiempo y costos.

7.3.3. Periodos de contratación.

El personal seleccionado para trabajar en el hospital será contratado según disposiciones del Código de Trabajo.

Comentario.

La normativa legal de contratación de personal indicada en el Código de Trabajo se aplicará a todos los empleados del hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 19-63

Es responsabilidad de GTH emitir los debidos contratos y registrarlos en el Ministerio de Relaciones Laborales para su respectiva aprobación. GTH comunicará al jefe de cada área el vencimiento de contratos a prueba o plazo fijo de uno y dos años y éste comunicado lo hará con quince y sesenta días de anticipación respectivamente, con el fin de conocer si el contrato continúa o se termina. A esto se adjuntará evaluaciones de desempeño realizadas al personal.

7.3.4. Liquidación de haberes.

Si un empleado o funcionario por cuenta propia desea presentar su carta de renuncia o a su vez la institución desea tramitar su desvinculación, para ambos casos, antes de realizar el trámite respectivo, es obligación del funcionario y/o empleado presentar un informe detallado de los bienes que estaban a su cargo, informe de documentación y archivo e informe de avance de labores.

Comentario.

Como requisito indispensable para la elaboración de la liquidación de haberes, GTH solicitará al jefe inmediato superior del funcionario o empleado renunciante o cesante lo siguiente:

- Informe detallado y firmado por parte del funcionario o empleado de los bienes que estuvieron bajo su custodia indicando: cantidad, descripción, referencias, ubicación y estado actual del bien.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 20-63

- Informe detallado y firmado por parte del funcionario o empleado de documentación y archivo que estuvo bajo su responsabilidad indicando fecha de inicio y final.
- Informe detallado y firmado por parte del funcionario o empleado renunciante o cesante indicando avance de labores y pendientes.
- Acta de entrega y recepción firmada por el funcionario o empleado cesante o renunciante y el jefe inmediato superior de éste, en la que se indicará si existe conformidad o alguna irregularidad respecto a los informes entregados.

GTH solicitará carta de renuncia al servidor que por voluntad propia desea desvincularse de la institución. Así también, verificará los valores por anticipos, préstamos y descuentos que tuviere el personal para el respectivo cálculo de la liquidación.

Es responsabilidad de la persona que autoriza el pago y el jefe inmediato superior del funcionario o empleado cesante o renunciante si existieren diferencias o bienes no entregados por el ex servidor.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 21-63

7.3.5. Capacitación, entrenamiento y actualización.

Los niveles directivos y gerenciales del hospital se preocuparán que el personal reciba capacitación, entrenamiento y actualización constante acorde a sus funciones, con el fin de obtener mayor y mejor rendimiento en sus puestos de trabajo.

Comentario.

En procura de contar con personal altamente calificado es importante que el hospital se preocupe por actualizar los conocimientos y mejorar las habilidades de sus colaboradores a través de seminarios, cursos, conferencias o talleres lo que permitirá elevar la calidad de trabajo y el servicio brindado.

7.3.6. Evaluación de desempeño.

Gestión de Talento Humano en coordinación con los jefes departamentales realizarán evaluaciones permanentes en base al desarrollo de las actividades, tareas o funciones encargadas al personal del hospital, con el fin de verificar su cumplimiento y la efectividad en el puesto.

Comentario.

La evaluación de desempeño estará a cargo de GTH y deberá ser realizada por lo menos dos veces al año para lo cual utilizará técnicas e instrumentos apropiados. En esta evaluación se tomará en cuenta: puntualidad, asistencia, apego a políticas y reglamento interno, observancia a disposiciones legales emanadas por los

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 22-63

organismos competentes, y grado de cumplimiento el cual deberá ser superior a los niveles mínimos razonables para cada función, tarea o actividad.

7.3.7. Control de asistencia y permanencia del personal.

Se establecerán mecanismos de control de asistencia y permanencia del personal en su lugar de trabajo.

Comentario.

Gestión de Talento Humano establecerá medidas de control de asistencia y permanencia del personal en su puesto de trabajo, y lo hará a través de políticas, procedimientos, sistemas informáticos y evaluaciones periódicas y sorpresivas.

7.3.8. Prohibición de recibir beneficios de terceros.

Todo funcionario o empleado debe manejarse dentro y fuera del hospital de forma íntegra y transparente y no recibir ningún beneficio por parte de terceros en calidad de coima para el cumplimiento de sus funciones.

Comentario.

Está totalmente prohibido que cualquier colaborador del hospital reciba beneficio alguno por parte de terceros a cambio de realizar algún trámite en beneficio de éste o realizar determinada gestión para dar favoritismo ya sea a clientes o proveedores.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 23-63

7.4. Sistema Automático de Datos.**7.4.1. Acceso a módulos de operación.**

Los usuarios de los diferentes sistemas deberán tener acceso solo a los módulos que se requieran para el desarrollo de su función.

Comentario.

Los accesos a los módulos de los sistemas con los que el hospital maneja sus operaciones deberán ser revisados y evaluados en forma semestral por personal de auditoría.

El responsable del departamento de sistemas llevará un control de los usuarios, claves y módulos con que operan éstos.

7.4.2. Mantenimiento de hardware.

Se deberá realizar mantenimiento preventivo de los equipos de computación por lo menos tres veces al año o dar el mantenimiento respectivo cuando el equipo lo requiera.

Comentario.

El responsable del área de sistemas dentro de la planificación anual establecerá un cronograma de mantenimiento y reparación de los equipos computacionales de todo el hospital a fin de contar con equipos en buen estado que permitan el normal desarrollo de las actividades diarias.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 24-63

Los responsables del área de sistemas se encargan de instruir al personal a cargo de los equipos acerca del buen uso de los mismos y de los cuidados que se les debe dar.

7.4.3. Supervisión continua a los operadores y usuarios de equipos.

El responsable de sistemas realizará de manera sorpresiva y periódica la supervisión y verificación de que no se tenga acceso a la base de datos y no exista alteración en el software que maneja la entidad.

Comentario.

Con la intención de evitar que se modifiquen o alteren los archivos y que se produzcan hechos dolosos, el área de sistemas realizará evaluaciones periódicas de control a los operadores o usuarios de los sistemas. De encontrar alguna irregularidad deberá de informar de manera inmediata a la Gerencia Hospitalaria para que se tomen las medidas correctivas.

7.4.4. Control de claves de acceso.

De manera periódica y como medida de control interno los operadores de equipo y sistemas deberán realizar el cambio de claves de acceso. Las claves son consideradas secretas e intransferibles.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 25-63

Comentario.

Es responsabilidad del operador o usuario dar el uso adecuado a sus claves de acceso, el uso indebido será causal de sanción o separación del puesto de trabajo dependiendo de la gravedad del caso.

Como medida de control es necesario evitar la permanencia y uso de la misma clave de acceso ya que se puede filtrar la información y llegar a personal no deseado que haga uso indebido de la misma en beneficio propio y en perjuicio de la entidad

7.5. Unidad Financiera.**7.5.1. Elaboración y control presupuestario.**

Para cada ejercicio fiscal se elaborará la proforma presupuestaria anual la cual se realizará en base al marco legal vigente y para esto se constituirá un equipo de trabajo multidisciplinario que estará conformado por áreas estratégicas del hospital. La aprobación corresponde a la Junta Directiva.

Comentario.

Es responsabilidad del Gerente Financiero llevar un control meticuloso de la ejecución presupuestaria, verificar el registro oportuno de erogaciones, reprogramaciones, ajustes y cualquier alteración que sufra el presupuesto.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 26-63

Cada trimestre se deberá realizar un análisis del avance presupuestario para determinar alcance de metas y objetivos proyectados versus resultados, grado de cumplimiento, desviaciones de recursos, porcentajes de ejecución y aplicación de medidas correctivas de ser requeridas.

7.5.2. Elaboración y revisión de estados financieros.

La elaboración de los Estados Financieros mensuales (Estado de Situación Financiera, Estado de Resultado Integral, Estado de Cambios en el Patrimonio, Estado de Flujos de Efectivo y Notas Aclaratorias) es responsabilidad de la Contadora, y la supervisión y revisión es responsabilidad del Gerente Financiero.

Comentario.

Para efectos de contar con información oportuna, fiable y útil para la toma decisiones, las operaciones deben registrarse de forma diaria y cronológica y su contenido estar de acuerdo a las normas internacionales de información financiera, lo cual será plena responsabilidad del departamento de contabilidad.

Es responsabilidad de la contadora la elaboración y cierre mensual de los estados financieros, los cuales deberán estar listos hasta dos días después de haber concluido el mes a cerrar. Para un correcto cierre es indispensable verificar que las partidas contables estén perfectamente conciliadas y revisadas. Para esto, debe asegurarse que se hayan realizado:

- Conciliaciones bancarias.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 27-63

- Verificación y registro de pagos anticipados.
- Contabilización de ingresos no devengados.
- Verificar saldos de clientes y proveedores.
- Comprobación de gastos e ingresos.
- Conciliación de cuentas de deuda a corto plazo.
- Provisiones.
- Depreciaciones, etc.

Los Estados Financieros consolidados se presentarán al 30 de junio y 31 de diciembre de cada ejercicio fiscal al Gerente Financiero para su respectiva revisión, quien a su vez, los remitirá a la Junta Directiva del Hospital para su posterior análisis y aprobación.

La Junta Directiva y el Gerente Financiero tienen la plena potestad de solicitar Estados Financieros a la fecha a fin de determinar la situación financiera actual del hospital y determinar el grado de ejecución presupuestaria.

7.5.3. Elaboración de índices financieros.

Para tener una idea clara de la realidad económica y financiera de la empresa y ejercer un mejor control es necesario analizar e interpretar los componentes de los estados financieros.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 28-63

Comentario.

El departamento financiero del hospital será el encargado de realizar el análisis financiero de manera semestral y anual, realizando el estudio comparativo entre cada período o ejercicio fiscal. Este análisis permitirá establecer el origen y comportamiento de los recursos, determinar aspectos positivos y negativos y proyectar alternativas de solución.

7.5.4. Ajuste contables.

Antes de hacer el cierre mensual de los estados financieros se deberán realizar los ajustes necesarios para cumplir con la norma técnica de asignación, registrar de forma oportuna aquellos hechos económicos que aún no hayan sido reconocidos y corregir cualquier asiento que haya sido registrado de forma incorrecta.

Comentario.

Será responsabilidad de la contadora y su equipo contable realizar los ajustes respectivos antes de hacer el cierre mensual de los estados financieros, esto con el fin de contar con estados financieros apegados a la realidad económica actual del hospital.

Los ajustes contables que se deben tener pendiente antes de la emisión de los estados financieros son aquellos causados por errores involuntarios, por omisión, uso indebido del recurso monetario, pérdidas fortuitas, diferidos, acumulados, depreciaciones, amortizaciones, incobrables, provisiones y consumo de materiales.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 29-63

7.5.5. Control de liquidez.

Es responsabilidad del Gerente Financiero y la Contadora del hospital verificar diariamente la disponibilidad de dinero circulante previo la autorización de desembolsos.

Comentario.

El Gerente Financiero y la Contadora están obligados a llevar una liquidez razonable en la entidad, será responsabilidad de ambos la verificación periódica para asegurar la autenticidad de los montos registrados.

7.5.6. Fondos para cambios.

Los fondos para cambios serán única y exclusivamente destinados para el fin para el cual fueron creados, que es el de dotar de billetes y monedas fraccionarias a los usuarios responsables de la recaudación de valores.

Comentarios.

Queda prohibido al responsable de los fondos, hacer el cambio por desembolso de valores propios de la caja chica o cambios de cheque en efectivo.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 30-63

7.5.7. Fondo fijo de caja chica.

Se realizarán desembolsos de caja chica únicamente para pagos que sean considerados urgentes y cuyo valor este acorde a los límites establecidos en el instructivo de manejo de caja chica.

Comentarios.

La autorización de creación y designación del custodio de la caja chica estará a cargo del Gerente Financiero. Se deberá contar con un instructivo de manejo en el que se fijará el límite de desembolso el cual estará en función del flujo mensual del movimiento de gastos menores, porcentaje de desembolsos de caja chica que ameritan una reposición, prohibiciones propias del uso de la caja chica como son el cambio de cheques a terceros o personal de la entidad y recomendaciones para el uso y resguardo adecuado de los recibos, facturas, notas de venta, liquidaciones y retenciones.

Los anticipos de valores de caja chica con el respaldo de recibos serán liquidados por el solicitante en un plazo no mayor a las 48 horas de haberlas recibido, adjuntando los respectivos documentos de soporte.

Los documentos soportes serán presentados antes del cierre del mes para su oportuna contabilización.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 31-63

7.5.8. Responsable del fondo de caja chica.

El custodio del fondo de caja chica será un empleado independiente del personal que está a cargo de la recaudación de valores, autorización de gastos o realicen registros contables.

Comentario.

Para un adecuado control interno la persona responsable de caja chica debe mantener independencia con otras funciones financieras lo que evitará confusiones en la utilización del fondo.

7.5.9. Fondos para gastos en efectivo.

Se solicitará la autorización respectiva al Gerente Financiero para abrir fondo para gastos en efectivo en aquellas circunstancias que sea imposible realizar la compra directa de bienes y servicio a través de cheque.

El fondo será a nombre del empleado autorizado, quien deberá realizar la liquidación respectiva del gasto adjuntando documentos soportes en un tiempo no mayor a las 72 horas siguientes de haber recibido el fondo y cumplido su objetivo de compra.

Comentario.

La custodia del fondo de gastos en efectivo se asignará a un empleado designado por el Gerente Financiero.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 32-63

7.5.10. Arqueos sorpresivos.

Deben practicarse arqueos sin previo aviso y frecuentes a todos los fondos en efectivo y valores que se manejan en la entidad.

Comentario.

Los arqueos serán responsabilidad del departamento de auditoría interna quienes realizarán el arqueo en presencia del responsable de la custodia y dejaran constancia escrita y firmada de quienes intervinieron.

Los arqueos se realizarán de manera sorpresiva y en fechas diferentes para evitar alertar a los funcionarios responsables de los fondos.

7.5.11. Cierre y cuadre inmediato de caja.

Las áreas de caja y pagaduría al término de su jornada de trabajo deberán realizar cierre y cuadre de la caja. Es obligación de los empleados responsables de estas áreas emitir el informe diario al finalizar el día sobre sus ingresos y pagos diarios debidamente cuadrados y con los soportes respectivos.

Comentario.

Como medida de control es necesario que las cajas queden cuadradas diariamente.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 33-63

7.5.12. Depósitos inmediatos e intactos.

Los fondos que perciba la institución producto de las operaciones sean en efectivo y/o cheque, serán debidamente revisados, registrados y depositados en forma intacta, dentro las veinticuatro horas hábiles siguientes a su recepción.

Comentario.

Bajo ningún motivo se utilizará el dinero recaudado en las cajas para cambiar cheques de terceros o a personal del hospital, realizar pagos u otros fines.

7.5.13. Apertura de cuentas bancarias.

La Junta Directiva aprobará la apertura de cuentas corrientes y de ahorro en los Bancos que considere apropiados para el manejo y resguardo de los fondos. Las cuentas serán a nombre del hospital y mediante firmas conjuntas.

Comentarios.

Se deberá contar con máximo cuatro cuentas bancarias lo que facilitará el control de sus movimientos, la conciliación, control de cheques y verificación oportuna de errores bancarios.

Cada cuenta contará mínimo con tres firmas de responsabilidad, dos principales y las demás como alternas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 34-63

No podrán ser designados como refrendarios de cuentas bancarias las personas que realicen funciones de autorizador de gastos o contadores.

Queda totalmente prohibida la firma de cheques en blanco o emitir cheques a nombre de personas o empresas diferentes de las que prestan servicio o proporcionan bienes o insumos a la institución.

La observancia de estas disposiciones disminuye el uso indebido de los fondos de la entidad y evita malversación del efectivo.

7.5.14. Desembolso con cheque o transferencia.

Los desembolsos que realice la institución se deberán hacer a través de cheques o transferencias los mismos que contendrán el debido soporte de autorización y comprobante de egreso.

Comentario.

Como medida de control todo desembolso debe ser respaldado en forma efectiva por un cheque o transferencia lo que garantizará la veracidad y legalidad del mismo.

7.5.15. Conciliaciones bancarias.

Las conciliaciones bancarias se elaborarán hasta diez días después del mes terminado y estarán a cargo de un funcionario independiente a la que prepara, registra y/o firma cheques.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 35-63

Comentario.

Las conciliaciones bancarias facilitan el control y seguimiento de los movimientos de las cuentas bancarias que se generan a través de los ingresos y gastos. La preparación por parte de un funcionario independiente, otorga mayor credibilidad y confianza en los resultados.

La conciliación bancaria deberá contener firmas de responsabilidad de elaborado, revisado y aprobado.

7.6. Cuentas por Cobrar.**7.6.1. Conciliaciones periódicas de cuentas por cobrar.**

Se efectuará de forma periódica verificaciones de los saldos de las cuentas cobrar con el mayor general a fin de constatar su exactitud y razonabilidad.

Comentario.

La verificación la deberán realizar personas ajenas al registro y manejo de las cuentas con el fin de verificar que los saldos reflejados se encuentren en forma razonable y con los debidos soportes.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 36-63

7.6.2. Confirmaciones directa de los deudores.

Se deberá realizar por lo menos dos veces al año y antes del cierre del ejercicio fiscal confirmación de los valores registrados como cuentas y documentos por cobrar.

Comentario.

El departamento de auditoría interna deberá realizar ratificación de saldos de las cuentas y documentos por cobrar, enviando confirmaciones positivas o negativas a las personas o empresas deudoras para determinar la autenticidad y veracidad de sus registros.

Los auditores serán los únicos que solicitarán y receptorán las confirmaciones ya sea mediante carta escrita o correo.

De existir alguna inconformidad en las confirmaciones el auditor deberá verificar el registro correcto y oportuno de los débitos y créditos a la cuenta.

7.6.3. Anticipos y préstamos.

Previo a la otorgación de anticipos y préstamos a los empleados, GTH verificará la capacidad de pago y corroborará con contabilidad si existe el recurso disponible. La Gerencia Hospitalaria establecerá un fondo para destinarlo a préstamos al personal el cual no deberá sobrepasar el límite.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 37-63

Comentario.

Toda solicitud de anticipo o préstamo estará sujeta a verificación previa autorización, lo que permitirá al Gerente Financiero establecer los montos residuales luego de descontados todos los importes legales como: aporte individual, impuesto a la renta y retenciones judiciales, así también, anticipos y préstamos vigentes y demás descuentos.

Se establecerá un reglamento de préstamos que contenga: monto máximo, plazos y tasa.

7.6.4. Control de cheques rechazados.

Se deberá gestionar de forma inmediata la recuperación de valores de los cheques protestados por parte del banco depositario. Para un efectivo control se deberá llevar un registro auxiliar que permita determinar la reincidencia y tomar medidas correctivas.

Comentario.

Cuando un cheque sea rechazado por el banco depositario se deberá gestionar de forma inmediata la recuperación de los valores más cualquier otro gasto bancario generado en dicho movimiento.

Como parte del control concurrente el área de caja llevará un registro actualizado de cheques protestados para tomar acciones correctivas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 38-63

7.6.5. Análisis y evaluación de las cuentas por cobrar.

Para garantizar la recaudación efectiva de las cuentas por cobrar un empleado independiente al manejo de efectivo, registro o aprobación de crédito, realizará de forma periódica análisis y evaluaciones de éstas partidas, estableciendo la antigüedad de saldos vencidos.

Comentario.

La verificación y análisis de las cuentas por cobrar se realizará de forma quincenal y deberá ser realizada por un empleado independiente al manejo de éstas, para determinar la eficiencia en la recaudación de valores y gestionar la recuperación de cuentas vencidas.

7.6.6. Gestión de cobranza de cuentas vencidas y por vencer.

Para garantizar la recuperación de cartera se deberán realizar llamadas o recordatorios vía mail o correo a los diferentes clientes a los que el hospital otorga créditos, recordándoles que sus obligaciones están vencidas o por vencer.

Comentario.

Uno de los principales ingresos que tiene el hospital se da por los convenios realizados con empresas públicas y privadas para prestar el servicio de asistencia de salud a sus empleados o beneficiarios.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 39-63

Para la recaudación se deberán realizar ciertos procedimientos que garanticen la recuperación efectiva y oportuna de dichos valores, entre estos tenemos:

- Dos días antes del vencimiento de pago se deberá enviar vía mail un comunicado de cobranza, indicando que ya está próximo a vencer su pago, esto permitirá a la empresa revisar sus registros y constatar su deuda.
- En caso de no recibir ninguna respuesta por parte del cliente, cinco días después de haber vencido la fecha de pago se deberá hacer una llamada de seguimiento, esto permitirá tener un contacto más personal con el cliente y conocer las razones por las que los deudores han incumplido en sus pagos.
- De no recibir respuesta a la misma se deberá llamar nuevamente para establecer un plan de pagos, éste deberá ser enviado por el cliente mediante solicitud escrita al Gerente Financiero, quien a su vez determinará los términos y condiciones para que la solicitud de plan de pago sea autorizada.

La recuperación de cartera no es una tarea fácil pero si se le da el seguimiento apropiado y oportuno se obtendrán resultados favorables y serán pocas las cuentas que no puedan recuperarse.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 40-63

7.7. Activos Fijos.**7.7.1. Sistema de registro.**

Se mantendrán adecuados y oportunos registros de aquellos activos cuyas características permitan reconocerlo como activo fijo, llevando un adecuado control en la clasificación, asignación, codificación, custodio, traslado, depreciación acumulada y valor residual.

Comentario.

Se reconocerá como activo fijo aquel bien mueble que cumpla con las siguientes características: genere beneficios económicos futuros al hospital, no esté destinado para la venta, tenga una vida útil superior a un año y sea de propiedad exclusiva del hospital. Adicional a esto, se considerará como activo fijo aquel bien cuyo valor monetario sea igual o superior a los \$1000, 00 (Mil con 00/100 dólares). Todo desembolso inferior será considerado como gasto dentro del ejercicio fiscal adquirido.

Los registros mantendrán información actualizada que permitan su fácil identificación, entre estos: descripción del activo, número o código de identificación, fecha de compra, fecha de puesta en marcha, costo histórico, depreciación acumulada, valor residual, ubicación y custodio.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 41-63

7.7.2. Adquisiciones.

Toda adquisición de activo fijo deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias del hospital y del control pertinente previo su pago. Se realizarán controles que garanticen que el activo cumple con las especificaciones técnicas solicitadas, cantidad y calidad acorde a la factura y garantías que aseguren el buen funcionamiento del activo.

Comentarios.

Es importante que siempre se mantenga un control concurrente para garantizar el cumplimiento de las disposiciones reglamentarias, entre estos:

- El responsable del área solicitante deberá llenar una solicitud de requisición y presentarla al Gerente Administrativo para su posterior verificación, aprobación o negación.
- Si la solicitud es aprobada, antes de autorizar la compra se debe verificar que no exista en stock por las donaciones que recibe el hospital.
- De no existir en stock se solicitará al departamento de proveeduría mínimo tres cotizaciones con las características del bien solicitado.
- Se escogerá la mejor cotización luego de haber analizado precio, calidad y crédito y será firmada por el Gerente administrativo.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 42-63

- Se gestionará la compra a través de proveeduría, cuando se reciba el bien será responsabilidad de proveeduría y quien solicitó la requisición verificar que el activo fijo cumpla con todos los requerimientos solicitados y se encuentre en buen estado. Proveeduría también verificará que la factura esté bien elaborada con respecto a cantidad, precio, descuentos y tiempo de crédito.
- Luego de las verificaciones respectivas proveeduría enviará la factura original al departamento de contabilidad para su respectiva contabilización.
- Contabilidad gestionará a través del departamento de sistemas la elaboración y etiquetado del nuevo activo fijo con las descripciones y código asignado por ellos.

7.7.3. Custodia.

El responsable del control de los activos fijos, deberá realizar un acta de entrega recepción a los custodios responsables de los mismos.

Comentario.

Luego de su respectiva contabilización y etiquetado, el departamento de contabilidad entregará una copia de la factura al responsable del control de los activos fijos, quien a su vez elaborará un acta de entrega recepción indicando cantidad, descripción, número de código asignado, estado actual del bien, área donde se asigna el activo y nombre del custodio responsable en el área.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 43-63

El acta constará de original y copia, la original quedará en poder del responsable del control de los activos fijos y la copia en poder del custodio, luego se hará entrega del activo fijo a su respectivo custodio.

Cada custodio será responsable del cuidado y conservación de los activos fijos recibidos, de suscitarse algún daño o pérdida considerada intencional o por descuido, los costos que demanden su reposición o reparación serán responsabilidad del custodio.

Por cada entrada, salida o traslado a otra área de un activo fijo se deberá elaborar un acta de entrega recepción.

7.7.4. Constatación física.

Se realizarán verificaciones físicas a todos los activos fijos del hospital por lo menos dos veces al año, verificando la razonabilidad y veracidad de los saldos contables.

Comentario.

El responsable del control de los activos fijos realizará toma física periódica y en esta verificará: existencia física, estado actual, bienes constatados y no registrados y bienes considerados para enajenación. La información obtenida servirá para contrastarla con los saldos contables y realizar los respectivos ajustes.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 44-63

7.7.5. Enajenación de bienes.

Cuando un activo fijo se encuentre en desuso o inservible solo se lo podrá dar de baja previa autorización del Gerente Administrativo quien dará las pautas a seguir en el tratamiento de enajenación.

Comentario.

Cuando un activo fijo ya sea por desgaste u obsolescencia requiera ser removido, el jefe del área enviará al Gerente Administrativo una solicitud de baja de activo indicando características y motivo de la baja. Luego de la verificación respectiva por parte del responsable del control de los activos fijos, el Gerente Administrativo enviará la solicitud firmada al departamento contable para su respectiva baja en el sistema y la elaboración del acta para el retiro del área solicitante.

El Gerente Administrativo será el único que disponga que tratamiento se le va a dar al bien dado de baja el cual puede ser: vendido, donado, rematado o dado de baja.

7.8. Inventarios.**7.8.1. Sistema de registro de los inventarios.**

Para un control adecuado de las existencias de inventario en proveeduría se establecerá un sistema de entrada y salida que permita contar con saldos contables reales.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 45-63

Comentario.

Es importante mantener saldos actualizados de los suministros e insumos quirúrgicos que el hospital utiliza en sus operaciones. Será responsabilidad del departamento de proveeduría realizar un oportuno registro lo que a su vez permitirá llevar un adecuado control de las entradas, salidas y saldos.

7.8.2. Plan de adquisiciones.

La adquisición de materiales, suministros e insumos quirúrgicos estará en función del plan anual de adquisiciones, salvo el caso de situaciones no esperadas como por ejemplo epidemias que ameritan prevención.

Comentario.

Los jefes departamentales de forma anual presentarán a la Gerencia Financiera sus necesidades para el ejercicio fiscal siguiente quien a su vez consolidará la información y la incluirá en la programación anual de compras.

7.8.3. Requerimiento de materiales e insumos médicos.

Todo requerimiento de materiales e insumos quirúrgicos deberá ser realizado mediante solicitud dirigida al Gerente Financiero y éste a su vez confirmará la existencia en inventario o autorizará la compra.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 46-63

Comentario.

El responsable del área solicitante dirigirá una solicitud de requerimiento al Gerente Financiero, dicha solicitud debe estar incluida en la programación anual de compras.

El Gerente Financiero a través del sistema contable y proveeduría constatará la existencia o no en inventario, de no existir en stock proveeduría realizará mínimo tres cotizaciones las cuales serán entregadas al Gerente Financiero para su respectiva aprobación. Una vez aprobada la cotización proveeduría se encargará de gestionar la compra.

Luego de haber recibido y verificado que el pedido esté conforme a lo solicitado proveeduría registrará en el kardex el nuevo inventario y hará llegar a contabilidad la factura original para su contabilización.

7.8.4. Recepción y entrega de medicamentos, material médico quirúrgico, productos químicos y productos varios.

Se establecerá un adecuado control en la recepción y entrega de medicamentos, material médico quirúrgico, productos químicos y otros productos solicitados por las diferentes áreas.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 47-63

Comentario.

Proveeduría al recibir los medicamentos verificará con la documentación que la acompaña los siguientes aspectos: cantidad, calidad, empaque, costo unitario, costo total, fecha de elaboración y caducidad. De recibir productos envasados en recipientes, deberá inspeccionarlo cuidadosamente para evitar contaminación y daño. Todo medicamento deberá estar de acuerdo a las especificaciones requeridas caso contrario se procederá a la devolución.

Luego de registrar el inventario en kardex proveeduría realizará la entrega al área solicitante, indicando fecha, área receptora, nombre de persona que recibe el pedido, cantidad y descripción.

7.8.5. Almacenamiento y conservación.

Se contará con espacios físicos adecuados y con las condiciones necesarias para garantizar el almacenado, fácil ubicación y conservación de los medicamentos.

Comentario.

Se almacenarán los medicamentos de acuerdo a sus características, para esto, proveeduría dispondrá la ubicación de acuerdo a las categorías lo que garantizará el orden, accesibilidad, y aprovechamiento de espacio.

De existir medicamentos sensibles a variaciones de temperatura, humedad, olores, polvo o cualquier otra influencia dañina se les ubicará en áreas especiales y se les dará la protección necesaria para garantizar su conservación.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 48-63

Así también se tomarán las medida necesaria para el almacenamiento de materiales peligrosos y delicados que requieran cuidado especial tales como: narcóticos, sustancias altamente tóxicas, materiales radioactivos y corrosivos, etc.

7.8.6. Control de inventario.

Para un efectivo control de los medicamentos se utilizará la tarjeta estiba, la cual deberá ser ubicada cerca de donde se encuentra el medicamento y contener especificaciones y características relativas a este.

Toda entrada y salida debe ser registrada de forma oportuna en el kardex lo que garantizará contar con saldos reales en el inventario.

Comentario.

La tarjeta estiba contendrá información básica como: nombre del medicamento, concentración y presentación.

Es importante llevar un adecuado control en las entradas, salidas y saldos para conocer de manera anticipada cuando se deba realizar una reposición. También se debe revisar de forma periódica la fecha de caducidad de los medicamentos para tomar las medidas necesarias antes de su vencimiento de acuerdo a las disposiciones del hospital.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 49-63

De existir medicamentos deteriorados o caducados se deberá comunicar al Gerente Financiero para su respectiva baja contable y su deshecho físico.

7.9. Cuentas y Documentos por Pagar.

7.9.1. Autorización.

La Junta Directiva y el Gerente Financiero son los responsables de las operaciones y transacciones que originen compromisos y obligaciones en montos, naturaleza y disponibilidad presupuestaria.

Comentario.

Las obligaciones contraídas con terceros deberán ser aprobadas por la Junta Directiva y el Gerente Financiero y estar sujeta a los planes y programas establecidos por el hospital, teniendo en cuenta su asignación dentro del presupuesto.

7.9.2. Conciliaciones periódicas.

Se realizarán conciliaciones periódicas y permanentes de los saldos de las cuentas por pagar con el mayor general.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 50-63

Comentario.

Una correcta y oportuna verificación por parte de los responsables de las cuentas, permitirá estar al día en las obligaciones contraídas con terceros. Se recomienda realizar conciliaciones en forma mensual.

7.9.3. Índice de vencimientos.

Se mantendrá un registro de obligaciones clasificadas de acuerdo a su vencimiento.

Comentario.

Este sistema permitirá un adecuado control de las obligaciones contraídas con terceros y permitirá cubrirlas de manera oportuna.

7.9.4. Oportunidad en el pago.

Las obligaciones contraídas por el hospital con terceros deberán ser canceladas de forma oportuna, evitando recargo de intereses por falta de pago.

Comentario.

Toda multa, interés o sanción producto de la falta oportuna en el pago a terceros, deberán ser cubiertas por el empleado responsable que permitió dicho recargo.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 51-63

7.9.5. Pago de obligaciones patronales y tributarias.

El departamento de contabilidad, gestión de talento humano y los responsables del control y pago de obligaciones, serán los responsables directos de cumplir oportunamente con las disposiciones tributarias, arancelarias y patronales emanadas por los organismos de control.

Comentario

Será responsabilidad de los departamentos encargados cumplir oportunamente con las disposiciones tributarias, laborales y legales. De generarse alguna multa y sea producto de la irresponsabilidad de algún empleado, éste asumirá el pago de la misma.

Se deberá capacitar al personal cada vez que existan cambios en las regulaciones.

7.10. Ingresos a Cuentas de Resultados Acreedoras.**7.10.1. Registro oportuno.**

Los valores recaudados deberán ser contabilizados de forma inmediata luego de su recepción, teniendo pendiente clasificarlos de acuerdo a su fuente de origen.

Comentario

El registro oportuno de los ingresos garantizará la razonabilidad de los estados financieros y permitirá tomarlos como base en cualquier toma de decisiones.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 52-63

La contabilización deberá estar a cargo de una persona independiente del manejo de efectivo tomando como documento soporte las copias de los recibos emitidos.

Lo que se recaude diariamente deberá ser entregado para su contabilización dentro de las 24 horas siguientes a su recepción. Para esto, se elaborará un reporte que contenga el detalle de cada uno de los ingresos percibidos en ese día.

7.10.2. Documentación de respaldo.

Al momento de registrar un ingreso éste deberá estar respaldado por documentación que confirme su legalidad y veracidad.

Comentario.

El contar con información y documentación pertinente facilita la verificación y control posterior. Los documentos deberán ser archivados y custodiados de acuerdo a las políticas internas de control.

7.10.3. Control periódico de ingresos por servicios.

De manera periódica, se realizarán pruebas a los valores ingresados por servicios, a fin de verificar su exactitud y legalidad.

Comentario.

Las pruebas de control las realizará el departamento de auditoría interna de forma trimestral.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 53-63

7.11. Egresos o Cuentas de Resultado Deudoras.**7.11.1. Documentos de respaldo.**

Cuando se requiera realizar desembolso por gasto se deberá contar con información suficiente y competente, lo que servirá como soporte y permitirá un adecuado registro y su verificación futura.

Comentario.

Cuando el hospital requiera realizar una transacción que conlleve desembolso de dinero, ésta deberá contar con documentos soporte que avalen dicho requerimiento, los cuales deberán ser revisados y verificados previo el gasto por el funcionario responsable, y serán adjuntados al comprobante de egreso y archivados de manera secuencial para facilitar su comprobación en revisiones futuras.

7.11.2. Autorización de gastos.

Todo gasto que se realice en el hospital deberá estar sujeto a verificación y aprobación por parte del o los funcionarios responsables, determinando propiedad, legalidad, veracidad y que esté contemplado en el presupuesto anual.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 54-63

Comentario.

Será responsabilidad de las personas autorizadas a firmar cheques, autorizar gastos en efectivo o autorizar transferencias, ejercer el debido control interno previo desembolso, verificando la legalidad de la documentación y que el requerimiento esté acorde a la programación anual de compras la cual debe estar en función del presupuesto anual.

Los autorizadores del gasto deberán verificar que el mismo esté relacionado con la actividad del hospital, que efectivamente no exista en stock y que se le dé el uso para el cual fue solicitado.

Los funcionarios autorizadores del gasto deberán ser personas independientes de las funciones contables y del manejo de efectivo y otros valores.

7.11.3. Limitación de gastos extrapresupuestarios.

Solo con autorización de la Junta General se podrá realizar desembolsos de recursos financieros para gastos que no cuentan con una asignación presupuestaria.

Comentario.

Queda prohibido que cualquier persona contraiga obligaciones con terceros y autorice el desembolso de recursos financieros para gastos que no fueron presupuestados. Únicamente la Junta Directiva tendrá la potestad de autorizar el gasto extrapresupuestario.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 55-63

7.11.4. Trabajos eventuales.

Cuando se requiera contratar de forma eventual a personas naturales o jurídicas, se lo hará en base a informes que demuestren la necesidad y con la autorización respectiva.

Comentario.

Se deberán hacer las retenciones respectivas que exige la ley cuando el gasto lo amerite, sean estas: IVA y Retenciones en la Fuente.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 56-63

8. Procesos Generales de Control Interno.

NOMBRE DEL PROCESO: Sistema de Control Interno			CÓDIGO: PGAI01	
NOMBRE DEL SUBPROCESO: Seguimiento a la Gestión Institucional			CÓDIGO: PGAI0101	
NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DEPENDENCIA	REGISTRO
	Planeación de la Operatividad del Comité			
1.	Revisar Normatividad Institucional.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
2.	Elaborar Plan de Trabajo.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Plan de Trabajo
3.	Establecer Cronograma de trabajo.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Cronograma de Trabajo
	Recolección y Análisis de la Información.			
4.	Solicitar información de la gestión adelantada por cada una de las áreas.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Oficio
5.	Recibir la información de la gestión institucional.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
6.	Analizar la información recibida de la gestión institucional.	Auditor Interno	Auditoria Interna – Área objeto de análisis	
7.	Consolidar Información.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Informe Consolidado
	Preparación del informe.			
8.	Elaborar informe preliminar como resultado del análisis.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Informe Preliminar
9.	Realizar reunión con el coordinador del proceso objeto de análisis para enseñar el informe.	Auditor Interno-Jefe departamental	Auditoria Interna	
10.	Ajustar el informe con las observaciones realizadas por el coordinador del proceso.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
	Elaboración del Informe Final.			
11.	Elaborar el informe final remitiéndoles al gerente y al coordinador del proceso.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Informe - Comunicación

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 57-63

NOMBRE DEL PROCESO: Sistema de Control Interno			CÓDIGO: PGAI01	
NOMBRE DEL SUBPROCESO: Realización de Auditorías			CÓDIGO: PGAI0101	
NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DEPENDENCIA	REGISTRO
	Planeación.			
1.	Conocer los antecedentes y objetivos del área o proceso que será auditada.	Auditor Interno	Auditoría Interna	
2.	Analizar la normatividad relativa al tema: leyes, decretos, resoluciones estatutos etc.	Auditor Interno	Auditoría Interna	
3.	Conocer las operaciones, la dinámica, actividades y organización.	Auditor Interno	Auditoría Interna	Informe - Antecedentes
4.	Revisar las medidas de control existentes en el área, la consistencia o debilidades evaluando su utilidad y conveniencia.	Auditor Interno	Auditoría Interna	Informe - Hallazgos
5.	Analizar cualquier información adicional relacionada con el tema, mediante aplicación de cuestionarios al responsable de la actividad y/o proceso.	Auditor Interno	Auditoría Interna	Cuestionario y/o encuesta aplicada.
	Ejecución de campo.			
6.	Examinar detalladamente el área o proceso crítico.	Auditor Interno	Auditoría Interna – Área auditada	
7.	Analizar los hallazgos de la auditoría, confrontando la normatividad, los procesos, procedimientos etc.	Auditor Interno	Auditoría Interna	Papeles de Trabajo correspondientes
8.	Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos del proceso y/o área auditada.	Auditor Interno	Auditoría Interna	
9.	Preparar y organizar los papeles de trabajo que soporten la auditoría.	Auditor Interno	Auditoría Interna – Área auditada	Papeles de Trabajo soportes del informe
10.	Fundamentar las conclusiones y preparar las recomendaciones.	Auditor Interno	Auditoría Interna	
	Comunicación de Resultados.			
12.	Comunicar de manera oficial los resultados a los responsables del área o proceso auditado, para hacer las aclaraciones o confirmaciones del caso.	Auditor Interno	Auditoría Interna – Área auditada	
13.	Preparar el contenido del informe definiendo los anexos necesarios que se adjuntarán.	Auditor Interno	Auditor Interno	Anexos del informe
14.	Realizar reunión técnica con responsable del proceso o actividad con el fin de precisar o aclarar el contenido del informe y ajustarlo en lo que sea pertinente.	Auditor Interno	Auditor Interno	
15.	Preparar informe final, presentarlo y sustentarlo ante el responsable del área o proceso auditado y el gerente.	Auditor Interno	Auditor Interno	Informe Final
	Seguimiento a recomendaciones.			
16.	Velar por que las diferentes recomendaciones se implementen al interior de los procesos u operaciones de las diferentes áreas responsables de ejecutarlas.	Auditor Interno	Auditor Interno	Informe de Seguimiento

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 58-63

NOMBRE DEL PROCESO: Sistema de Control Interno			CÓDIGO: PGAI01	
NOMBRE DEL SUBPROCESO: Seguimiento a Riesgos			CÓDIGO: PGAI0101	
NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DEPENDENCIA	REGISTRO
	Planeación.			
1.	Iniciar y coordinar el proceso para identificación de riesgos al interior de cada uno de las actividades.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Actas equipo
2.	Capacitar a los responsables de llevar a cabo este proceso en cada área .	Auditor Interno	Auditoria Interna	Firma del listado por los asistentes
	Identificación del Riesgo.			
3.	Socializar formatos para identificación de riesgos con responsables de cada área y/o proceso.	Auditor Interno – Área que corresponde	Auditoria Interna	Formatos Socializados
4.	Diligenciar el formulario de identificación de riesgos.	Responsable de cada área	Área responsable	Formato identificación de riesgos
	Valoración del Riesgo.			
5.	Analizar el riesgo, priorizar según impacto y probabilidad.	Responsable de cada área	Área responsable	Formato valoración de riesgos
6.	Determinar el nivel de riesgo identificado.	Responsable de cada área	Área responsable	
	Manejo del Riesgo.			
7.	Definir las acciones para mitigar los riesgos y diligenciar el formato correspondiente.	Responsable de cada área	Área responsable	Formato mapa de riesgos
8.	Elaborar el mapa de riesgos del área o proceso.	Responsable de cada área	Área responsable	Formato mapa de riesgos
9.	Implementar las acciones .	Responsable de cada área	Área responsable	
	Monitoreo.			
10.	Efectuar seguimiento a la implementación de las acciones determinadas.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Informe de Seguimiento

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 59-63

NOMBRE DEL PROCESO: Sistema de Control Interno				CÓDIGO: PGAI01
NOMBRE DEL SUBPROCESO: Seguimiento a la implementación del Sistema de Control Interno				CÓDIGO: PGAI0101
NO.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DEPENDENCIA	REGISTRO
	Planeación del Informe.			
1.	Estudiar la normatividad e instrucciones impartidas por Consejo Asesor para la elaboración del informe.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
2.	Identificar la información necesaria y las dependencias que deban intervenir en la elaboración.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
	Recopilación y análisis de la información.			
3.	Socializar con los responsables de las áreas o procesos la metodología para introducir la información en el aplicativo.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
4.	Introducir la información en el aplicativo.	Responsable del área o proceso	Área responsable	Aplicativo Informe
	Elaboración del Informe.			
5.	Verificar el diligenciamiento de las encuestas por parte del responsable.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
6.	Ingresar al aplicativo y diligenciar la encuesta correspondiente.	Auditor Interno	Auditoria Interna	Aplicativo Informe
7.	Determinar las debilidades y componentes para cada uno de los subsistemas así como las recomendaciones para el mejoramiento del sistema.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
	Confirmación y envío del Informe.			
8.	Solicitar al gerente el ingreso al aplicativo para que revise el informe y lo analice.	Auditor Interno	Auditoria Interna	
9.	Verificar asignación de consecutivo que confirma el envío del informe.	Auditor Interno	Auditoria Interna	

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

9. Flujogramas de los Procesos Generales de Control Interno.

9.1 Flujograma del proceso de seguimiento a la gestión institucional.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:

Revisado por:

Aprobado por:

Fecha: Marzo 2014

Fecha:

Fecha:



Código: HLB-CI-AI- 001

Manual de Políticas de Control Interno

Rev.:00

Pág. 61-63

9.2. Flujograma del proceso de la realización de auditorías.

FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

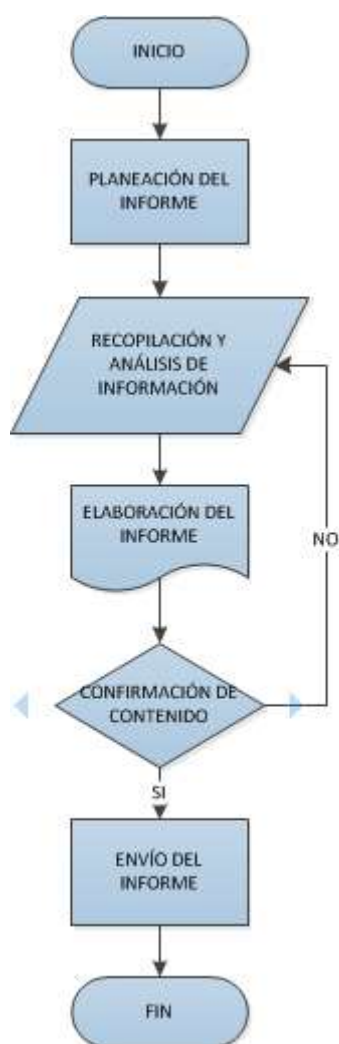
9.3. Flujograma del proceso de seguimiento a riesgos.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

9.4. Flujograma del proceso de seguimiento a la implementación del sistema de control interno.



FUENTE: LOS AUTORES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Marzo 2014	Fecha:	Fecha:

CONCLUSIONES

1. La propuesta a considerar contempla los requerimientos actuales de los Directivos del Hospital, en el cual se muestra un Departamento de Auditoría Interna como una unidad asesora para mejorar los procesos administrativos y financieros que ayude a prevenir los riesgos más comunes que afectan directamente sobre la productividad, los costos y la calidad del servicio prestado.
2. El entorno actual del Hospital León Becerra de la ciudad de Guayaquil, presenta riesgos que con el pasar del tiempo afectan el correcto desarrollo de los procesos internos, esto se debe a la falta de un órgano de control que asesore adecuadamente a los Directivos sobre los controles eficientes y eficaces que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales.
3. A través de entrevistas realizadas a los Directivos de las diferentes áreas del Hospital y al estudio preliminar de su organigrama actual, se buscó una propuesta alternativa a su organización institucional, en donde las áreas se encuentren mejor definidas, independientes pero integradas con la información que manejan, proporcionando una visión más clara de los distintos procesos operativos, administrativos y financieros, y poder efectuar los seguimientos respectivos a los controles que se establezcan para la Institución.

RECOMENDACIONES

1. El Departamento de Auditoría Interna que el presente trabajo propone implementar, ha sido concebida para ayudar y no para juzgar, para proponer soluciones y no simplemente revelar problemas o deficiencias que el Hospital León Becerra ya los conoce perfectamente, por lo tanto, debe ser una unidad proactiva en la comunicación con la Dirección y en el cumplimiento de sus necesidades, trabajando efectivamente con todos los departamentos de la empresa y logrando que su trabajo sea reconocido como una buena inversión y no como un gasto.
2. El personal que conformará el Departamento de Auditoría Interna debe familiarizarse con el manual propuesto en la investigación, para que tenga claro cuál debe ser su actuar dentro de la empresa y cuáles serán sus responsabilidades, además, a través de este documento podrán conocer el proceso de la auditoría interna, las labores a cumplir para llevar a cabo las etapas de planificación, ejecución, comunicación de resultados y seguimiento de recomendaciones. También deberán conocer la metodología y técnicas de auditoría a implementarse, según lo requiera el caso.
3. El Departamento de Auditoría Interna debe contar con una planificación estratégica, en la que consten los objetivos a alcanzarse, así como las estrategias y políticas que se adoptarán para guiar las acciones hacia las metas propuestas, además, debe contar con un plan de trabajo en el que consten las acciones específicas y los responsables de la ejecución del mismo, todo ello encaminado a desarrollar un trabajo de calidad y confianza.
4. Los miembros del Área de Auditoría Interna deben capacitarse sobre los problemas actuales del Hospital y en los factores que lo afectan para estar en condiciones de evaluar las operaciones y preparar el cambio hacia el crecimiento del Hospital.

5. Es necesario promover un plan de capacitación continua para que el Auditor Interno adquiera la capacidad suficiente, para que se convierta en un especialista institucional, lo cual le permita asesorar a los Directivos y Ejecutivos en los distintos campos técnicos del Hospital.
6. El Auditor Interno debe incursionar en todos los campos del Hospital para brindar un servicio acorde a las necesidades de los procesos y actuar como una verdadera herramienta integral con las demás áreas.
7. El personal del área de auditoría tiene la obligación de prestar sus servicios de asesoría a cualquier área del Hospital que lo requiera, manteniendo su debido cuidado profesional y el fiel cumplimiento de las normas y políticas establecidas.
8. El personal que forme parte del Departamento de Auditoría Interna debe ser seleccionado mediante un riguroso proceso de selección que permita escoger a la persona idónea que cumpla con los requisitos que se encuentran detallados en el manual adjunto al presente trabajo.
9. La Alta Administración del Hospital León Becerra debe comprometerse a trabajar en conjunto con el Departamento de Auditoría Interna para que las recomendaciones emitidas sean solucionadas al menor tiempo posible.
10. El Departamento de Auditoría Interna debe trabajar en conjunto con los otros departamentos con el fin de evaluar la gestión y poder mejorar los procesos en las áreas que más lo necesiten hasta tener un control interno eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, F y Álvarez Aurelia. (2009, p. 230). *Auditoría médica y epidemiológica*. (1era. Ed.). Bogotá: ECO Ediciones.
- Arens, A., Randal, E., Beasley, M., Jenkins, J. y tech, V. (2007, p.270, 274). *Auditoría un Enfoque Integral*. (10ma. Ed.). México: Ed. Pearson Educación.
- Arens, A., Randal, E., Beasley, M., Jenkins, J., Tech, V., Valladares, A., Domínguez, M., Guerrero, P. (2007, p.74, 76). *Auditoría un Enfoque Integral*. (11ava. Ed.). México: Ed. Pearson Educación.
- Contraloría General del Estado, Manual de Auditoría Financiera. Consultado el 15 de Marzo del 2014, recuperado de: http://www.contraloria.gob.ec/normatividad_vigente.asp
- Cuellar, G. (2009). Clasificación de la auditoría. Consultado el 19 de enero del 2014 de: <http://preparatorioauditoria.wikispaces.com/file/view/Unidad%20Dos.pdf/102258687/Unidad%20Dos.pdf>
- Estupiñán, R. (2006, p. 25). *Control interno y fraudes con base en los ciclos transaccionales. Análisis de informe COSO I y II*. (2da. Ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Fernández, F., Iglesias, D., Llana, F., Fernández, B. (2010, p. 126). *Manual para la formación del auditor en prevención de riesgos laborales. Aplicaciones y casos prácticos*. (3era Ed.). España: Editorial Lex Nova.
- Frankin, E. (2007, p. 44). *Auditoría administrativa: gestión estratégica del cambio*. México: Ed. Pearson Educación.
- Gaona y Tae-Lee, Tesis: Modelo de Gestión de Recursos para mejora imagen Hospital León Becerra, 2011, Consultado el 19/ago./2013 (p.39-40) <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1560/13/UPS-GT000188.pdf>
- Hernández, N. (1982, p. 53). *Normativa municipal vigente*. (1era. Ed.). Chile: Editorial Jurídica de Chile.

- Iesatec Virtual. (s.f.). *Fases de la Auditoría*. Consultado el 5 de agosto del 2013, de <https://sites.google.com/site/auditorcalidadiso9000/cuarta-clase-fases-de-la-auditoria-interna>
- Slideshare, (s/f). Reglamento de Aplicación a la Ley de Régimen Tributario Interno. Consultado el 18 de agosto del 2013, de <http://www.slideshare.net/EstherOcampoGonzalez/lorti>
- Madariaga, J. (2004, p. 13). *Manual Práctico de Auditoría*. Barcelona: Ediciones Deusto.
- Malagón-Londoño, Gustavo, Galán Morera, R, Pontón Laverde, G. (2008, p. 632). *Administración hospitalaria*. (3era Ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Mantilla, S. (2009, p.19-20). *Auditoría del Control Interno*, (2da. Ed.). Colombia: Ecoe Ediciones
- Marcombo S.A. (1988, pp. 49-50). *Introducción a la bioingeniería*. Barcelona: Bolxareu Editores.
- Martínez Díaz, María del Carmen (2006). *Metodología para realizar auditorías*. Ciudad de La Habana. Editorial Digital Universitario.
- Mendívil, V. (2002, p. 20). *Elementos de auditoría*. (5ta. Ed.). México: Thomson Editores.
- Ministerio de educación, cultura y deporte (2001). *Revista de educación. La sociología de la educación. Balance y perspectivas*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Modelo de atención integral del sistema nacional de salud*. Consultado el 18 de agosto del 2013, http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/M anual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20Over%20amarillo.pdf.
- Muñoz Razo, C. (2002). *Auditoría de sistemas computacionales*. México: Pearson Educación.
- Nieto Salina, A. (2004, p. 492). *Administración de Empresas Volumen I*. (1era Ed.). España.: Editorial Mad. S. L.
- Omeñaca, J. (2008, p. 27). *Contabilidad general*. (11ava. Ed.). Barcelona: Ediciones Deusto.

- Omeñaca, J. (2009, p. 32). *Plan general de contabilidad y PGC de pymes comentados*. (7ma. Ed.) Barcelona: Ediciones Deusto.
- Ray, O. y Pany, K. (2000, p.16-17, 48). *Auditoría un Enfoque Integral*, (12ava. Ed.) Bogotá- Colombia: Ed. McGraw-Hill
- Rodríguez, J., Alcaide, A., Castro, J., Rodríguez, P. (2012, P. 83). *Auditoría ambiental*. (1era. Ed.) Madrid: Ediciones Uned.
- Santillana González, J. (2003). *Establecimiento de sistemas de control interno. La función de contraloría*. México: Cengage Learning Editores.
- Servicio de Rentas Internas, *Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno* (Art. 17). Consultado el 15 de Marzo del 2014, recuperado de <http://descargas.sri.gov.ec/download/pdf/leytribint.pdf>
- Servicio de Rentas Internas, *Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno* (Art. 50). Consultado el 15 de Marzo del 2014, recuperado de <http://descargas.sri.gov.ec/download/pdf/leytribint.pdf>
- Soy, C. (2003, p. 20). *Auditoría de la información. Prólogo de Alfons Cornella*. (1era Ed.). Barcelona: Editorial UOC.

ANEXOS

Base Legal

El departamento de auditoría interna del Hospital León Becerra se acogerá a normas estandarizadas las cuales servirán de base para el desarrollo de sus funciones y el logro de sus objetivos.

1. Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (NIEPAI).
2. Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS).
3. Normas Internacionales de Auditoría (NIAS).
4. Normas Internacionales de Contabilidad (NIC/NIIF).

Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (NIEPAI).

Introducción.

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Las actividades de auditoría interna son ejercidas en ambientes legales y culturales diversos, dentro de organizaciones que varían según sus propósitos, tamaño y estructura, y por personas de dentro o fuera de la organización. Si bien estas diferencias pueden afectar la práctica de la auditoría interna en cada ambiente, el

cumplimiento de las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna es esencial para el ejercicio de las responsabilidades de los auditores internos. En el caso de que los auditores internos no puedan cumplir con ciertas partes de las Normas por impedimentos legales o de regulaciones, deberán cumplir con todas las demás partes y efectuar la correspondiente declaración.

Los servicios de aseguramiento comprenden la tarea de evaluación objetiva de las evidencias, efectuada por los auditores internos, para proporcionar una opinión o conclusión independiente respecto de un proceso, sistema u otro asunto. La naturaleza y el alcance del trabajo de aseguramiento están determinados por el auditor interno. Por lo general existen tres partes en los servicios de aseguramiento: (1) la persona o grupo directamente implicado en el proceso, sistema u otro asunto, es decir el dueño del proceso, (2) la persona o grupo que realiza la evaluación, es decir el auditor interno, y (3) la persona o grupo que utiliza la evaluación, es decir el usuario.

Los servicios de consultoría son por naturaleza consejos, y son desempeñados, por lo general, a pedido de un cliente. La naturaleza y el alcance del trabajo de consultoría están sujetos al acuerdo efectuado con el cliente. Por lo general, existen dos partes en los servicios de consultoría: (1) la persona o grupo que ofrece el consejo, es decir el auditor interno, y (2) la persona o grupo que busca y recibe el consejo, es decir el cliente del trabajo. Cuando desempeña servicios de consultoría, el auditor interno debe mantener la objetividad y no asumir responsabilidades de gestión.

El propósito de las Normas es:

1. Definir principios básicos que representen el ejercicio de la auditoría interna tal como este debería ser.
2. Proveer un marco para ejercer y promover un amplio rango de actividades de auditoría interna de valor añadido.
3. Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna.

4. Fomentar la mejora en los procesos y operaciones de la organización.

Las Normas son requisitos enfocados a principios, de cumplimiento obligatorio, que consisten en:

1. Declaraciones de requisitos básicos para el ejercicio de la auditoría interna y para evaluar la eficacia de su desempeño, de aplicación internacional a nivel de las personas y a nivel de las organizaciones.
2. Interpretaciones que aclaran términos o conceptos dentro de las Declaraciones.

Las Normas están constituidas por las Normas sobre Atributos, las Normas sobre Desempeño, y las Normas de Implantación. Las Normas sobre Atributos tratan las características de las organizaciones y los individuos que desarrollan actividades de auditoría interna. Las Normas sobre Desempeño describen la naturaleza de las actividades de auditoría interna y proveen criterios de calidad con los cuales puede evaluarse el desempeño de estos servicios. Las Normas sobre Atributos y sobre Desempeño se aplican a todos los servicios de auditoría interna en general, mientras que las Normas de Implantación se aplican a determinados tipos de trabajos.

NORMAS SOBRE ATRIBUTOS.

1000 Propósito, Autoridad y Responsabilidad.

El propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de auditoría interna deben estar formalmente definidos en un estatuto, de conformidad con las Normas, y estar aprobados por el Consejo.

1100 Independencia y Objetividad.

La actividad de auditoría interna debe ser independiente, y los auditores internos deben ser objetivos en el cumplimiento de su trabajo.

1110 Independencia de la Organización.

1120 Objetividad Individual.

1130 Impedimentos a la Independencia u Objetividad.

1200 Pericia y Debido Cuidado Profesional.

Los trabajos deben cumplirse con pericia y con el debido cuidado profesional.

1210 Pericia.

1220 Debido Cuidado Profesional.

1230 Desarrollo Profesional Continuado.

1300 Programa de Aseguramiento de Calidad y Mejora.

El director ejecutivo de auditoría debe desarrollar y mantener un programa de aseguramiento de calidad y mejora que cubra todos los aspectos de la actividad de auditoría interna y revise continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa debe estar diseñada para ayudar a la actividad de auditoría interna a añadir valor y a mejorar las operaciones de la organización y a proporcionar aseguramiento de que la actividad de auditoría interna cumple con las Normas y el Código de Ética.

1310 Evaluaciones del Programa de Calidad.

1311 Evaluaciones Internas.

1312 Evaluaciones Externas.

1320 Reporte sobre el Programa de Calidad.

1330 Utilización de Realizado de Acuerdo con las Normas.

1340 Declaración de Incumplimiento.

NORMAS SOBRE DESEMPEÑO.

2000 Administración de la Actividad de Auditoría Interna.

El director ejecutivo de auditoría debe gestionar efectivamente la actividad de auditoría interna para asegurar que añade valor a la organización.

2010 Planificación.

2020 Comunicación y Aprobación.

2030 Administración de Recursos.

2040 Políticas y Procedimientos.

2050 Coordinación.

2060 Informe al Consejo de Administración y a la Dirección Superior.

2100 Naturaleza del Trabajo.

La actividad de auditoría interna debe evaluar y contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno, utilizando un enfoque sistemático y disciplinado.

2110 Gestión de Riesgos.

2120 Control.

2130 Gobierno.

2200 Planificación del Trabajo.

Los auditores internos deben elaborar y registrar un plan para cada trabajo, que incluya el alcance, los objetivos, el tiempo y la asignación de recursos.

2201 Consideraciones sobre Planificación.

2210 Objetivos del Trabajo.

2220 Alcance del Trabajo.

2230 Asignación de Recursos para el Trabajo.

2240 Programa de Trabajo.

2300 Desempeño del Trabajo.

Los auditores internos deben identificar, analizar, evaluar y registrar suficiente información de manera tal que les permita cumplir con los objetivos del trabajo.

2310 Identificación de la Información.

2320 Análisis y Evaluación.

2330 Registro de la Información.

2340 Supervisión del Trabajo.

2400 Comunicación de Resultados.

Los auditores internos deben comunicar los resultados del trabajo.

2410 Criterios para la Comunicación.

2420 Calidad de la Comunicación.

2421 Errores y Omisiones.

2430 Declaración de Incumplimiento con las Normas.

2440 Difusión de Resultados.

2500 Supervisión del Progreso.

El director ejecutivo de auditoría debe establecer y mantener un sistema para supervisar la disposición de los resultados comunicados a la dirección.

2600 Aceptación de los Riesgos por la Dirección.

Cuando el director ejecutivo de auditoría considere que la alta dirección ha aceptado un nivel de riesgo residual que pueda ser inaceptable para la organización, debe discutir esta cuestión con la alta dirección.

Si la decisión referida al riesgo residual no se resuelve, el director ejecutivo de auditoría y la alta dirección deben informar esta situación al Consejo para su resolución.

Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS).

Las normas de auditorías son enunciados que determinan las condiciones en las que debe realizarse el trabajo de auditoría, para garantizar su calidad y los requisitos mínimos exigidos por la profesión. En cuanto a la característica de estas normas de ser “generalmente aceptadas”, es aplicable lo que se estableció en este sentido para los principios de contabilidad: sirven para que el trabajo de auditoría se lleve a cabo dentro de un marco conceptual de aceptación general, de manera que sus resultados puedan ser comprendidos y utilizados por los participantes en la actividad económica, aún en diferentes países, garantizando al mismo tiempo ciertos requisitos mínimos de calidad.

Las normas de auditoría generalmente aceptadas son diez, divididas en tres grupos: las relativas a la personalidad del auditor, las relativas a las condiciones en que debe ejecutarse el trabajo del auditor y las que norman las características que debe poseer el informe estándar que rinde el auditor, en una auditoría integral de los estados financieros.

Normas Internacionales de Auditoría (NIAS).

Son las pautas mínimas de calidad acerca del auditor, de su trabajo y de su informe o dictamen. Especificaciones a las cuales se debe atener el contador público en la ejecución de tareas de auditoría, tanto en lo concerniente a éstas como en la preparación del informe.

Normas Internacionales de Contabilidad (NIC/NIIF).

En un momento dado del proceso de actualización del cuerpo normativo contable emprendido por el IASB, se decidió un cambio en la denominación tanto de las normas emitidas como de sus interpretaciones específicas de las mismas. Así, las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC) pasaron a denominarse Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), en un intento de ofrecer un campo más amplio a la actividad reguladora siempre en el contexto de su marco conceptual.

Las normas que actualmente se emiten se denominan Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), y si bien permanece la nomenclatura anterior para aquella normativa emitida hasta la fecha en que se decidió hacer el cambio. En consecuencia, en la actualidad, el cuerpo normativo contable emitido por el IASB comprende:

1. Las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) propiamente dichas, que se emiten actualmente sustituyendo a las antiguas Normas Internacionales de Contabilidad (NIC).
2. Las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC), cuyo conjunto de documentos se encuentra en vigor, de las que un bloque significativo de normas ha sido actualizado en diciembre de 2003, y algunas posteriores entre marzo de 2004 y abril de 2005, y
3. Las interpretaciones de la NIIF, originadas por el Internacional Financial Reporting Committee (IFRIC), y las interpretaciones de las NIC originadas por el antiguo Standing Interpretations Committee (SIC), parte de las cuales se encuentran actualmente en vigor.

En la actualidad, las normas NIC Y NIIF se componen de 43 documentos, algunos de ellos eliminados.