



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
CON ENFOQUE INTEGRAL
Modalidad Regular**

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E – ZARZAL
VIGENCIAS 2008-2009-2010**

**CDVC - No. 04
Junio de 2011**



AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralora Auxiliar para el Cercofis Cartago	Melba Lucía Zapata Durán
Representante Legal de la Entidad	Claudia Marcela González Hurtado
Equipo de Auditoria	
Líder	Clara Inés Jaramillo Torres Administradora de Empresas
Profesionales	Wilmar Ramírez Saldarriaga Contador Público Juan Carlos González Navarro Abogado



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCION	4
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	5
2 METODOLOGIA	7
2.1 ALCANCE DE LA AUDITORIA	7
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	8
2.3 QUEJAS	9
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	10
3.1 GESTION	10
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	10
• Planeación	10
• Actuación de las Juntas Directivas, Concejo, Asamblea	12
• Análisis del recurso humano y la Estructura Organizacional	12
• Análisis de los Sistemas de Información	15
• Evaluación del Sistema de Control Interno	15
3.1.2 SALUD PUBLICA	17
• Costos de la prestación de los servicios de salud	17
• Promoción y Prevención	18
• Satisfacción del usuario	20
3.2 FINANCIAMIENTO	21
• Estados Contables	21
• Presupuesto	22
3.3 LEGALIDAD	33
• Cumplimiento del marco normativo de la contratación	33
• Impacto de la Contratación	35
3.4 QUEJAS	38
3.5 REVISION DE LA CUENTA	47
3.6 RENDICION PÚBLICA DE CUENTAS	47
4 ANEXOS	
1. Dictamen Integral Consolidado	48
2. Opinión a los Estados Contables	51
3. Cuadro Resumen de Hallazgos	54
4. Otros	
* Cuadro de Beneficios de Control Fiscal	81



INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoria con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca al HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E, utilizando como herramientas la normas legales, el análisis y el conocimiento, con el fin de dar un concepto integral sobre la gestión de la administración del Hospital Departamental San Rafael E.S.E en las vigencias 2008-2009-2010, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoria se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las Empresas Sociales del Estado, y a los resultados que de ella se derivan en procura de un mejor bienestar de la población de su área de influencia.

En busca de éste objetivo, se realizó un trabajo que contó con un equipo de interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

El presente informe se inicia describiendo los Hechos Relevantes del Contexto que enmarcan el proceso auditor. Acto seguido se describe la metodología utilizada para entrar a la narración de los principales resultados obtenidos durante la auditoria. Finalmente, y de manera sintetizada, como anexo se presenta el Dictamen Integral Preliminar que califica la gestión de la entidad, determina el fenecimiento de las cuentas revisadas así como la consolidación de los presuntos hallazgos.



1. HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

Desde hace más de diez años el sector salud en Colombia viene experimentando transformaciones sustanciales en cuanto a los sistemas de regionalización, descentralización, financiación y organización de los servicios de salud. A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, se produjeron los mayores cambios al separarse los papeles de modulación del sistema a cargo del Ministerio de Salud y los entes territoriales; la financiación a través del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA); la articulación por medio de las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS); y finalmente, la prestación a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El sistema introdujo además, el principio de la libre elección de IPS y de EPS para los usuarios y generó esquemas de competitividad al interior del sector. Simultáneamente, el sistema de subsidios para la salud inicia el lento proceso de transformación de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, con el fin de disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud.

La separación de papeles dentro del sistema ha generado un distanciamiento de los mecanismos de regulación y control y la creación de múltiples grupos de aseguradores y prestadores que origina una atomización del sector. Se plantea la necesidad de crear “redes de atención”, como un mecanismo integrador de los distintos actores del sistema. A esta necesidad la soporta un criterio normativo, pues la Ley 715 de 2001 establece la prestación de servicios de salud con criterios de red y faculta a los entes departamentales como administradores de la misma. De igual forma, es el criterio estratégico en la orientación de los servicios de salud el que plantea la necesidad de articular las diferentes instituciones según papeles dentro del sistema y según los niveles de complejidad tecnológica³. La complejidad de los problemas de salud exige un enfoque interinstitucional e intersectorial y los costos crecientes de atención y sostenimiento de las instituciones obligan a crear mecanismos de cooperación y complementariedad entre las mismas.

La situación actual de la red de servicios en el Valle del Cauca refleja grandes problemas de orden asistencial y administrativo. Los primeros se manifiestan en la congestión de los niveles de alta complejidad, sobre todo en el Hospital Universitario del Valle (HUV), institución que debe soportar una gran demanda de pacientes que requieren atención y en la subutilización de los niveles locales o de baja complejidad. Los segundos, se refieren a los problemas de déficit financiero, desequilibrio operativo e iliquidez de las instituciones públicas de la red que amenaza su sostenimiento y la pérdida de la coordinación y articulación entre las distintas entidades.

Al interior de la red de servicios del departamento opera el Centro Regulador de Urgencias (CRU) como un grupo de profesionales ubicados en el Hospital Universitario del Valle (HUV), que atienden las solicitudes de las diversas IPS que necesitan remitir sus pacientes hacia



otras instituciones. El CRU tiene como misión facilitar y regular el movimiento de pacientes al interior de la red, así como también garantizar la oportunidad, la pertinencia y la calidad en la atención de los pacientes durante el proceso de remisión entre instituciones.

El modelo de prestación de servicios propuesto por el sistema general de seguridad social en salud entrega el papel de aseguramiento y articulación a las EPS y ARS y la prestación se hace a través de la red de servicios pública, privada o mixta contratada por estas entidades. A su vez, la red de servicios se organiza según niveles de complejidad tecnológica. Se espera que cada nivel resuelva los problemas de salud según su complejidad y se establezcan mecanismos de articulación entre IPS, conocidos como integración horizontal y vertical, a través de la referencia y contrarreferencia de pacientes. La información sobre estos mecanismos proporciona una evidencia del comportamiento de la integración y articulación del sistema.

La entidad había contraído deudas laborales con los empleados por concepto de dominicales y festivos por \$650.000.000 desde el año 2001 al 2004 y la actual gerente a través de la Resolución No 353 de agosto 31 de 2010 reconoció y pago parte del dinero por la suma de \$202.279.949 y mediante Resolución 007 de enero 4 de 2011 pagó \$211.442.216 cancelando en su totalidad \$413.722.165 correspondientes al 66% del total de la deuda.

La entidad al igual que todos hospitales del Valle del Cauca no se encuentra preparados para el fin de los contratos de la población pobre no asegurada.

Durante las vigencias auditadas la entidad ha contado con 4 gerentes en la modalidad de encargo sin que a la fecha se haya nombrado un gerente en propiedad, situación que genera incertidumbre y desconfianza debido a la falta de continuidad en los procesos gerenciales y administrativos obstaculizando de esta forma una gestión efectiva en beneficio de la institución y de la comunidad.

En la vigencia de 2008 el incremento en los ingresos que registraron los hospitales de Nivel II fue en promedio de \$1.147 millones, que en su totalidad obedecieron a transferencias (por excedentes de facturación, recursos de destinación específica, etc.). Un ingreso saludable es aquel que se deriva de una mayor utilización de la capacidad instalada y una mayor prestación de servicios a la comunidad.

En la Vigencia de 2009 el Resultado Fiscal de los Hospitales de Nivel II fue de (24.144 millones) y el 60% de las cuentas por cobrar del último trimestre ascendió a \$13.720 millones, generando pérdida el ejercicio por (\$10.424) incluyendo la cartera del último trimestre.



2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar si la Entidad ha contado con un Direccionamiento claro y visible que le permita tener operaciones administrativas y asistenciales eficientes y efectivas a fin de cumplir con su Misión a través de la prestación de los servicios.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoria gubernamentales colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoria (NIAS) y con políticas y procedimientos de auditoria con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral.

La auditoria incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables consolidados y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno y el cumplimiento del plan de mejoramiento; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por tres profesionales en las áreas de Administración de Empresas, Contaduría Pública y Derecho, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la comunidad.

Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la Entidad dentro del desarrollo de la auditoria y las respuestas dadas por ellos fueron analizadas, y se excluyeron del informe los hallazgos que se encontraron debidamente soportados.

Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el Ente auditado se buscó la autoevaluación, a través de aplicación de encuesta previamente diseñada para los ejes temáticos a evaluar en el proceso auditor.

2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El Dictamen Integral Consolidado derivado de los resultados de la presente auditoria, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2010.



2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

En octubre de 2009 la Contraloría Departamental del Valle realizó seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con relación a la auditoría practicada a las vigencias 2005, 2006 y 2007; de 44 hallazgos se encontró que 36 se cumplieron totalmente y 8 en forma parcial, con un avance del 90%, de las 8 acciones que quedaron pendientes a la fecha la administración ha dado cumplimiento a 4 quedando pendientes 4 las cuales no tuvieron ningún tipo de avance para los siguientes hallazgos:

Hallazgo 17: No se está dando cumplimiento a las normas técnicas establecidas por la Contaduría General de la Nación para el cálculo de la provisión de cartera, como tampoco se da cumplimiento a la Carta Circular No. 72 de diciembre de 2006, numeral 3.1

Acción Correctiva: Se realizan las evaluaciones técnicas que permitan determinar las contingencias de pérdida o riesgo de incobrabilidad, el respectivo traslado a subcuenta capital fiscal.

Hallazgo 18: En el proceso de saneamiento contable los resultados de los análisis, estudios y valoraciones de la cuenta propiedad planta y equipo, no fueron actualizados en los estados financieros, por lo tanto el saldo de esta cuenta no es razonable.

Acción Correctiva: Elaboración de un plan de mejoramiento para el kárdex de inventario, manejo de los valores de la propiedad en planta y equipo y su respectiva depreciación.

Hallazgo 19: Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación generando incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa.

Acción Correctiva: Se realizara el registro individual de la depreciación.

Hallazgo 20: El saldo de las cuentas por pagar por bienes y servicios genera incertidumbre puesto que no hay consistencia en la información reportada por los proveedores y la existente en contabilidad, no se identifican procedimientos de conciliación

Acción Correctiva: Establecer procesos de conciliación de cuentas por pagar con los proveedores teniendo en cuenta que la obligación sea clara, expresa y exigible.



2.3 QUEJAS

Se abordaron 2 quejas fueron allegadas al equipo auditor por parte de la Veeduría del Hospital San Rafael de Zarzal QC 33-2011 CACI 5990 y por la Asociación Sindical Anthon Seccional Zarzal QC 35-2011 CACCI 6290, las cuales se confrontaron, se discutieron en mesa de trabajo y se concluyeron, para dar respuesta al quejoso.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 GESTION

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- **Planeación**

A partir de la expedición de la ley 100 de 1993, y sus Decretos reglamentarios, y mediante Ordenanza Departamental No. 076 de diciembre 30 de 1996 se crea la Empresa Social del Estado, Hospital Departamental San Rafael del Municipio de Zarzal, como una entidad pública del Orden Departamental de segundo nivel de complejidad.

Desde el año 2004 la entidad ha contado con 8 gerentes en la modalidad de encargo como se presenta a continuación, sin que a la fecha se haya nombrado un gerente en propiedad:

NOMBRE	FCHA DE	FECHA DE
	INGRESO	EGRESO
EDUARDO CASTRO	20/02/2004	14/09/2004
OSCAR FILIGRANA	11/10/2004	15/03/2005
DIEGO FERNANDO DOMINGUEZ	16/03/2005	14/01/2007
LUZ ESTELLA VILLADA	16/01/2008	03/06/2008
JULIAN ROMERO PEÑA	16/01/2007	15/01/2008
MARTHA LUCIA MUÑOZ	04/06/2008	16/04/2009
ADRIANA ROJAS GIRALDO	17/04/2009	05/10/2009
CLAUDIA MARCELA GONZALEZ HURTADO	06/10/2009	A la fecha



Situación que genera incertidumbre y desconfianza debido a la falta de continuidad en los procesos gerenciales y administrativos obstaculizando de esta forma una gestión efectiva en beneficio de la institución.

Es de anotar que se ha llevado a cabo todo el proceso de selección de la persona que ocupara el cargo de Gerente del Hospital San Rafael dicho proceso se inicio en mayo de 2010 donde fue nombrado Gerente Adhoc (Decreto 533 de mayo 3 de 2010) Dr. Ricardo López López con el fin de gestionar y administrar exclusivamente todo lo relacionado con el proceso de concurso de meritos para el nombramiento de gerente en propiedad del Hospital San Rafael lo anterior de acuerdo al artículo 28 de la ley 1122 de 2007 y Decreto 800 de 2008 artículo 4, sin que a la fecha el Gobernador del Valle haya hecho el nombramiento respectivo, con la terna presentada por la junta directiva del hospital.

Los Estatutos del Hospital fueron reformados por Junta Directiva mediante Acuerdo 015 de de junio 24 de 2009, lo anterior como acción correctiva de un hallazgo detectado en la auditoria llevada a cabo en el año 2007.

Plan de Desarrollo Institucional

Para el periodo 2008- 2011 la entidad contó con su Plan de Desarrollo Institucional aprobado por Junta Directiva mediante Acta No 005 de julio 16 de 2008, dado a la falta de continuidad en los procesos lo que afectó la planeación estratégica la gerente encargada Dra. Adriana Rojas Giraldo elabora un plan Estratégico 2009-2011 el cual fue aprobado por Junta Directiva el 24 de junio de 2009 mediante Acuerdo No 013, al llegar la Dra. Claudia Marcela González ésta elabora un nuevo plan estratégico para el año 2010

Durante la vigencias 2008 se elaboro un plan de acción el cual no esta acorde con los lineamientos básico para su elaboración, el documento presentado al equipo auditor es un informe de actividades medicas que no conlleva a una medición entre lo programado y lo ejecutado.

Para el 2009 la ESE no contó con plan de acción lo que impidió medir el cumplimiento de las metas propuestas a través de indicadores. Para el 2010 el plan de acción es un documento que esta inmerso en el plan estratégico, se observa un documento ambiguo que contiene demasiada información lo que produce atosigamiento dificultando el desarrollo de un buen análisis.

La entidad en su proceso de planeación no articuló totalmente los proyectos establecidos en los planes estratégicos, con otros instrumentos de planeación tales como plan de acción,



presupuesto, y el plan operativo, trayendo como consecuencia el incumplimiento de algunas metas planteadas, también se evidencio falta de coordinación y articulación entre las dependencias para la ejecución y evaluación del plan de estratégico; la ESE no gozó de un buen sistema para evaluar las políticas, planes y estrategias, lo cual debe ser punto de atención por parte de la Gerencia.

- **Actuación Junta Directiva**

La junta directiva en la actualidad está conformada por 6 integrantes:

1. El Gobernador Departamental o su delegado
2. El Secretario Departamental de Salud o su delegado
3. Dra. Claudia Andrea Laverde Paredes, representante del sector científico externo, acta de posesión No 64.
4. Dra. Nancy Liliana Llanos Durán, representante de los profesionales de la salud, acta de posesión No 58.
5. Dra. Esperanza Sepúlveda Castillo, representante de los miembros de la producción, acta de posesión No 55.
6. Sr. Eduard Alexis Ocampo Castillo, representante de la Liga de Usuarios, acta de posesión No 60

Se evidenció operatividad de la junta directiva dando cumplimiento al Decreto 1876 de 1994 en el Art.10 (Reuniones de la Junta: La junta directiva se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses, y extraordinariamente a solicitud del presidente de la junta o del representante legal de la empresa social, ó cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten). Así mismo los temas a tratar eran de importancia para la entidad ya que su contenido hacia referencia a la situación financiera y el nombramiento del gerente en propiedad.

- ***Análisis del Recurso Humano y Estructura Organizacional***

El manual de funciones fue ajustado mediante Acuerdo 012 de junio 24 2009 y el manual de procesos y procedimientos mediante Resolución No 174 de junio 1 de 2008.

La planta de cargos de la ESE esta distribuida de la siguiente manera:



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

Planta de cargos 2008-2009-2010

Nivel	2008	2009	2010
Directivo	3	3	3
Asesor	1	1	1
Profesional	17	17	17
Técnico	5	5	5
Auxiliar	38	36	36
Administrativo	9	9	9
Operativo	1	1	1
Total	74	72	72

Fuente: Oficina de Personal

Del 2008 al 2009 se reduce la planta de personal en 2 funcionarios los cuales se pensionaron. Existe coherencia en la información reportada en el formato F20 de Sircvalle y la nómina vista en la entidad, el 50% de los funcionarios son de carrera administrativa, el 34% están ubicados en provisionalidad, el 6% son de libre nombramiento, el 8% nivel profesional y el 2% trabajadores oficiales.

Evaluación planta de cargos y contratación de la ESE:

COSTO PERSONAL AÑO 2.008

	ANUAL	No. FUNCIONARIOS
TOTAL CONTRATACION	4.119.144.432	124
TOTAL NÓMINA	1.853.902.862	74
TOTAL COSTO PERSONAL	5.973.047.294	198

Fuente: Oficina de personal y Contratación

COSTO PERSONAL AÑO 2.009

	ANUAL	No. FUNCIONARIOS
TOTAL CONTRATACION	4.503.013.788	145
TOTAL NÓMINA	1.946.167.769	72
TOTAL COSTO PERSONAL	6.449.181.557	217

Fuente: Ofician de personal y Contratación

COSTO PERSONAL AÑO 2.010

	ANUAL	No. FUNCIONARIOS
TOTAL CONTRATACION	4.938.467.664	147
TOTAL NÓMINA	2.096.020.445	72
TOTAL COSTO PERSONAL	7034.488.109	219

Fuente: Ofician de personal y Contratación



La contratación se lleva a cabo con la CTA COOPENSALUD, corresponde a prestación de servicios profesionales en todos los casos, como es la prestación de los servicios de salud y en casos específicos de apoyo a la gestión administrativa, el procedimiento para contratar es contratación directa en el manual de contratación interna con que cuenta la ESE.

Se presenta un incremento del 17% del 2008 al 2010 con relación al costo de la contratación reflejado en 23 funcionarios los cuales son contratados para el área asistencial, el costo de la nómina se incrementó en un 12%, lo anterior refleja que la entidad no puede atender la demanda con el personal de planta lo que hace necesario que se contraten los servicios asistenciales.

La entidad había contraído deudas laborales con los empleados por concepto de dominicales y festivos por \$650.000.000 desde el año 2001 al 2004 y la actual gerente a través de la Resolución No 353 de agosto 31 de 2010 reconoció y pago parte del dinero por la suma de \$202.279.949 y mediante Resolución 007 de enero 4 de 2011 pagó \$211.442.216 cancelando en su totalidad \$413.722.165 correspondientes al 66% del total de la deuda.

Sin embargo se hace necesario que la entidad comunique cuando y en que términos se hará el pago del valor restante, teniendo en cuenta que son derechos adquiridos y de vigencias anteriores lo que hace se agilice el pago.

Talento Humano

Durante las vigencias 2008, 2009 y 2010 la entidad careció de plan de capacitación, plan de bienestar como también plan de incentivos; estos se adoptaron para la vigencia 2011 mediante los siguientes actos administrativos: Resolución No 009 de enero 9 de 2011, Resolución No 035 de febrero 17 de 2011 y Resolución 010 de enero 6 de 2011.

Sin embargo al no contar con un plan de capacitación se llevaron a cabo capacitaciones con el Sena, Universidad Antonio Nariño y la ESAP.

Debido a la deficiente planeación y no contar con un rubro para capacitación en la vigencia 2010 se cancelaron \$1.360.000 en capacitación con las promotoras para homologarlas como auxiliar de enfermería, también capacitación en sistemas y excell por \$3.000.000

Dentro del presupuesto 2011 se cuenta con un rubro para capacitación por \$6.000.000



- **Análisis de los Sistemas de Información**

El medio de información con que cuenta el Hospital y que busca darle participación ciudadana a los usuarios es su sitio Web: www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co, esta página cuenta con los siguientes link: la comunidad, contáctenos, quejas y reclamos, eventos y boletines, líneas telefónicas, estadísticas entre otros.

Otros mecanismos y medios para difundir las actividades son a través de carteleras, correo interno o intranet. El software con que cuenta la institución se denomina Dinámica Gerencial.

Evaluación del Sistema de Control Interno

En la aplicación e implementación del modelo estándar de control interno MECI, se evidenció que no fue posible involucrar a todos los funcionarios del hospital dado a que las convocatorias para las capacitaciones y socializaciones éstos hacían caso omiso y solo asistía un grupo muy pequeño lo que refleja la falta de compromiso por parte de los funcionarios de la ESE.

Para su implementación y de acuerdo al resultado obtenido en la encuesta presentada por el Hospital al Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, en febrero de 2011 la entidad presenta un avance del 82.18% en la implementación del modelo. El grupo auditor evidenció que el resultado no es coherente con la realidad de la entidad, en razón a la encuesta realizada por parte de la Contraloría Departamental del Valle a los diferentes procesos, ya que estos se encuentran documentados mas no están difundidos, entendidos ni aplicados.

Subsistema	Avance %
Control Estratégico	94.52
Control de Gestión	87.88
Control de Evaluación	53.81
Puntaje MECI	82.18



El componente con mayor debilidad es control de evaluación, en razón, a que durante las vigencias auditadas no se llevaron a cabo auditorias internas como producto de una debida programación, las pocas auditorias que se hicieron reflejaban el desconocimiento y la desorganización por parte del auditor, ya que el producto de la auditoria, es decir, el informe no se elaboraba bajo una estructura como tal lo mismo sucedió con los planes de mejoramiento los cuales no fueron objeto de ningún tipo de seguimiento.

Se presentan debilidades en:

- El documento de diagnostico estratégico se basa en el plan de desarrollo y planes de acción, y no tiene en cuenta la matriz DOFA de la entidad.
- Los objetivos institucionales solo se han documentado mas no se han difundido, ni entendido, como tampoco aplicado.
- No se maneja muy bien al interior de la entidad el concepto de indicadores, como tampoco se tiene definidos.
- Para el caso del proceso de seguimiento y evaluación este se encuentra difundido, entendido y aplicado, mas no se ha documentado, situación que no presenta coherencia.
- Todo lo relacionado con el componente de administración del riesgo se tiene documentado pero no se ha difundido, ni entendido, ni aplicando.

La entidad no cuenta con sistema de control interno acoplado a los lineamientos de las estructura del MECI, no ha culminado con éxito todas las etapas, el control de registro de documentos no se asocia con la unidad documental, toda vez, que los documentos que enviados y recibidos en el proceso auditor no fueron registrados por ventanilla única.

El Sistema de Control Interno implementado es débil, es responsabilidad del representante legal de la entidad montar un sistema de control interno confiable y del Jefe de la Oficina de Control Interno hacer las evaluaciones periódicas, detectar las debilidades y dar las respectivas recomendaciones sobre los controles para fortalecerlo. Este sistema presenta fallas en todos los aspectos; desde la generación de la información, la detección de riesgos, hasta los controles implementados. No se cuenta con oficina de Control interno disciplinario.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA A LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

El Sistema de Gestión de Calidad en la ESE se estructura desde el mes de noviembre del año 2009, desde esta fecha se inicia con la necesidad de constituir el área destinada para



cumplir con los requisitos consignados en el Decreto 1011 de 2006 y la Ley 872 de 2003, con la finalidad de generar, mantener y mejorar la calidad del servicio de la ESE.

El Hospital como Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud debe garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía a la Calidad en Salud, así como también el funcionamiento del MECI, pese a que la Ley 872 de 2003 obliga a las instituciones del estado a implementar un Sistema de Gestión de Calidad; para el caso del Hospital el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud se han pronunciado al respecto estableciendo que para las Instituciones Públicas de Salud el cumplimiento de esta última norma citada se homologa a la obligatoriedad de cumplir con el SOGCS, sin embargo en esta institución viene implantando un Sistema de Gestión de Calidad articulado, que integra el SOGCS y el MECI con un componente transversal como es la estructura por procesos.

De acuerdo a sus componentes como son: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) y Sistema de Información para la Calidad (SIC). En cuanto a la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 el área de Gestión de Calidad en la ESE ha logrado un avance significativo en relación a sus componentes, dejando como referente que debe existir articulación entre estos dos sistemas (MECI y Calidad).

3.1.2 SALUD PÚBLICA

Costos de la prestación del Servicio de salud.

El hospital San Rafael de Zarzal es de complejidad baja y media y presta los servicios de régimen subsidiado, nivel contributivo y población pobre no asegurada, con una población aproximada de 42.574 habitantes, no cuenta con un programa de costos en pleno funcionamiento, que le permita conocer en forma real los valores de cada uno de los procedimientos realizados por el Hospital y los márgenes de utilidad dejados por estos, en la contratación realizada con las diferentes Entidades Responsables de los pagos de servicios de salud, existe el riesgo que al contratar de esta forma se esté trabajando a pérdida.



- **Promoción y Prevención**

	2008		2009		2010	
INDICADOR	Proyectado	Ejecutado	Proyectado	Ejecutado	Proyectado	Ejecutado
Consulta Externa	61.630	52.632	52.632	57.701	57.701	57.528
Consulta Espec.	13.344	11.302	11.302	18.717	18.717	19.752
Laboratorio Clínico	76.942	66.955	66.955	70.560	70.560	83.988
Odontología	8.246	6.893	6.893	7.596	7.596	8.328

Fuente: Oficina de Estadística y Subdirección Científica

El hospital proyecta realizar como mínimo lo ejecutado en el año anterior o con un crecimiento no mayor al 3%.

Para la vigencia 2009 las actividades programadas superaron el 100% de ejecución debido a la demanda de los usuarios principalmente en consulta especializada con un 165% ya que de 11.302 paso a 18.717 usuarios, seguido de consulta externa con un 109% que de 52.632 paso a 57.701, para el 2010 la demanda se presenta en laboratorio clínico con un 118% de 70.560 creció a 83.988, situación esta que fue posible de acuerdo a la oferta que ofrece el hospital en cuanto al personal por contrato con que cuenta.

Con relación a la frecuencia de usos de los servicios ofertados esta se realiza en forma manual ya que el sistema de facturación no permite verificar la frecuencia, el resultado es el siguiente: 1.5 en consulta externa y medicina general, 1.2 consulta especializada, odontología es de 1, esta información se obtuvo de la subdirección científica con relación a los datos que esta maneja, sin embargo no es muy confiable dado a que como se menciona se realiza de forma manual.

Riesgos Glosas, Cartera y Facturación

El análisis de gestión de las áreas de auditoria medica, cartera y facturación permitió constatar e identificar la presencia de riesgos para las finanzas de la entidad, la falta de comunicación y colaboración entre todas las personas involucradas en el proceso de facturación y gestión en la contestación de las glosas le estarían generando pérdida de recursos a la entidad; se evidencio falta de una continua capacitación generando errores en la facturación causales de glosas, en su mayoría por error en el descuento pactado,



facturación por procedimientos incluidos en paquetes, la glosa irrecuperable de OPS a nombre de otra institución.

Habilitación

El hospital dentro del Sistema Obligatorio de Garantía en Salud tiene sus servicios registrados ante la Secretaría de Salud Departamental tiene habilitados los servicios de medicina general, pediatría, urología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, ortopedia y traumatología, fonoaudiología, servicio de urgencias, hospitalización adultos general, pediátrica, obstetricia, terapia respiratoria, fisioterapia, odontología general, cirugía oral, laboratorio clínico, radiología, laboratorio citologías, anestesia, cirugía general, vacunación entre otros.

Aseguramiento

El Hospital San Rafael de Zarzal es un hospital que ofrece servicios de salud de tipo ambulatorio, urgencias, medicina especializada y hospitalización habiendo sido clasificado como una entidad de nivel II de atención. Presta servicios de baja y mediana complejidad.

La entidad presta servicios de salud a usuarios de los diferentes regimenes contributivo, subsidiado, población vinculada y particulares. Tiene contrato con las EPS-S Coosalud, Emssanar, Caprecom con respecto al régimen contributivo con las EPS SOS.

Población	2008	2009	2010
Municipio	42.743	42.590	42.574
Subsidiado	18.231	19.228	18.586
Contributivo	No hay información	No hay información	19.973
No Asegurados	No hay información	No hay información	4.015

En las vigencias 2008 y 2009 la entidad no tiene información de los afiliados al régimen contributivo y población pobre no asegurada, lo que refleja el desorden administrativo al interior de la entidad, es decir que no se tiene actualizadas las bases de datos.

En el año 2010 el 43% corresponde a la población afiliada al régimen subsidiado, el 46% al régimen contributivo y el 10% a la población pobre no asegurada.



Almacén

En el segundo piso del almacén se encuentra gran cantidad de cajas sin el manejo estipulado de la norma, en este lugar se encuentra gran cantidad de documentos en mal estado ya inservibles por el daño causado por las goteras que allí existe, hay gran cantidad de material electrónico para dar de baja. En este sitio impera el desorden.

Según el responsable de facturación, la facturación de la población Pobre no Asegurada, permanece en completo desorden, hay cajas totalmente deterioradas, por goteras, hay nichos, criadero de avispas, murciélagos, parte de esta documentación mal clasificada de acuerdo a la norma.

En el primer piso del almacén existe un desorden de tal magnitud pues se encuentra revuelto (Papelería, Insumos de Lavandería, no existe clasificación de los insumos); este lugar se halla saturado con tarros de Límpido, Alcohol, ropa, pinturas entre otros materiales que en un momento pone en riesgo el personal que allí labora. Muchos implementos que no sirven o son para dar de baja llegan al almacén formando un caos en este servicio.

- **Satisfacción del Usuario**

Se realizó trabajo de campo relacionado con 40 entrevistas de satisfacción a los usuarios de consulta externa y de urgencias del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, afiliados a las distintas EPS-S del Régimen Subsidiado, el 70% de las personas entrevistadas manifestaron estar conforme con el servicio recibido por parte del personal médico y de enfermeras del Hospital; el 30% restante manifestó que les programan la citas medicas y los atienden una o dos horas después o en algunos casos los usuarios que se desplazan desde sitios muy retirados y por llegar tarde estos no son atendidos o los atienden en malos términos.

También manifestaron descontento en el momento de solicitar la ficha para realizar el proceso de facturación, proceso que es demorado y en algunos casos puede tardar de 5 a 10 minutos.

Todos los usuarios entrevistados informaron estar vinculados el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien a través del régimen contributivo o el régimen subsidiado.

Para finalizar la comunidad entrevistada manifestó que no obstante esperan que la IPS Departamental presente un mejoramiento en cuanto a la calidad del servicio prestado por el Hospital.



Gestión Documental

El Hospital Departamental San Rafael del Municipio de Zarzal ha sido reincidente en la no aplicabilidad de algunos de los artículos de la ley 594 del 2000 y otras normas del Archivo General de la República, por lo tanto se determina Hallazgo administrativo por las siguientes razones:

1. Las Instalaciones donde esta funcionando el Archivo de Fondos acumulados no cumple con los requisitos de Ley ubicado en el 2 piso, Acuerdo 037 de 2002 y 049 del 2000. Existe dentro de esta área espacios con gran cantidad de implementos que al parecer se encuentran en mal estado, que no prestan ningún beneficio a la empresa pues lo único que hacen es disminuir el espacio de esta área que esta destinada a otro fin.
2. Las instalaciones donde están ubicadas las historias clínicas, no cumplen con la normatividad vigente, condiciones ambientales y no cuenta con un sistema tecnológico.
3. No tienen aplicada tecnología en el Archivo Central ni en la Ventanilla Única.
4. Se evidencio ganchos metálicos y la no foliatura de los Archivos de Gestión.
5. El Grupo Auditor no evidencio Auditorias Internas realizadas al Archivo de Gestión de las diferentes dependencias como tampoco al Archivo Central de la Entidad.
6. La persona que maneja la ventanilla Única hace funciones de Recepcionista de la Entidad.

3.2 FINANCIAMIENTO

Para las vigencias auditadas se estableció que la estructura fiscal y la falta de planeación financiera del Hospital no permite que en la vigencia, se generen los recursos suficientes en tesorería que apalanquen en su totalidad las obligaciones causadas en la misma, esta situación ha generado que la excepción a la norma se convierta en una regla de comportamiento, por tal razón, en dos (2) de las vigencias auditadas se generaron Déficit Fiscales en 2008\$ 1.334 millones y 2010 \$ 683 millones y pérdidas del ejercicio contable, 2009 (\$285 millones) y 2010(\$302 millones), evidenciando problemas de liquidez y generación de recursos propios,

Aviso de Advertencia

se analizaron otras variables que atentan directamente contra las finanzas del Hospital como son: las obligaciones potenciales a la fecha, por demandas y litigios en su contra interpuestas



por personas naturales y jurídicas por \$4.584 millones, que en cualquier momento podrían convertirse en realidad y no se cuenta con el fondo de contingencia respectivo para afrontar esta situación, un pasivo pensional el cual, no se encuentra calculado y contabilizado, obligaciones por parafiscales \$916 millones, acreencia a diciembre 31 de 2010 \$ 1.537 millones. Con las situaciones y variables financieras analizadas anteriormente se puede colegir que el Hospital presenta problemas graves de viabilidad fiscal, por tal razón se hace necesario la adopción de medidas y acciones que permitan restablecer en un periodo determinado la solidez económica y financiera del Hospital mediante un programa de saneamiento fiscal y financiero, que tenga como base fundamental los programas de costos, que les permita generar liquidez e inversión con recursos propios.

PRESUPUESTO

La información presupuestal presta una utilidad mínima, en la Entidad el presupuesto no es el Instrumento económico que materializa el plan de desarrollo (Plan Estratégico), No genera valor agregado en la toma de decisiones y gestión del Hospital, se puede deducir que se ha implementado esta división, solo con el fin de expedir disponibilidades y registros presupuestales y no quedar expuestos a sanciones legales.

La funcionaria encargada del Área de presupuesto No participa en la formulación y programación del Plan de Desarrollo (Plan Estratégico) y presupuesto de la Entidad, su función se limita, a la expedición de certificados y registros presupuestales.

En la formulación, programación y ejecución del presupuesto no se toma como base el Plan financiero (operaciones efectivas de caja), no se evidencia la existencia de esta herramienta financiera y de planeación.

En la estructura del presupuesto de gastos, no se refleja el componente de inversión con sus respectivos clasificadores (Programas, subprogramas y proyectos), por esta razón no se pueden construir indicadores, que permitan medir la gestión o el grado de cumplimiento del plan estratégico de la Entidad, a través del Presupuesto. No existiendo armonización o articulación entre estos componentes preponderantes del proceso de planificador. Violando presuntamente los preceptos establecidos en el Decreto 115 de 1996 en sus artículos 3 y 13.

En el área de presupuesto, se vienen realizando registros presupuestales, sin consultar los flujos de caja en tesorería, No garantizando el cumplimiento de los pagos pactados con el proveedor del bien o el servicio y generando con esta práctica déficits fiscales recurrentes.

Con el fin de analizar el comportamiento de los presupuestos en las vigencias auditadas, se presentan los siguientes cuadros:



PRESUPUESTO DE INGRESOS VIGENCIA AUDITADAS

CONCEPTO	DEFINITIVO	EJECUTADO	DEFINITIVO	EJECUTADO	DEFINITIVO	EJECUTADO
	2008	2008	2009	2009	2010	2010
Disponibilidad inicial	127.114	127.114	22.337	22.337	328.962	328.962
Regimen Contributivo	1.341.056	869.038	1.966.391	1.931.113	1.886.000	1.474.725
Regimen Susidiado	2.092.450	1.663.864	2.417.766	1.917.412	2.557.100	1.621.381
FOSYGA Reclamaciones	381.194	377.794	581.810	534.888	582.240	657.149
Subsidio A la Oferta	5.308.835	3.331.864	4.983.933	4.473.524	3.732.084	3.707.859
Otros Ingresos	1.567.899	1.249.873	1.668.222	1.616.979	1.624.444	1.602.030
Aportes (Nac. Dpto Mpio)	-	-	1.518.026	765.512	660.000	612.000
Rentas Cedidas					1.752.102	1.026.702
TOTAL INGRESO	10.818.548	7.619.547	13.158.485	11.261.765	13.122.932	11.030.808
INDICADOR DE CUMPLIMIENTO		70,4		85,6		84
VARIACION PPTO DEFINITIVO (2008-2009)		21,6		(2009-2010)		-0,3
VAR IACION PPTO EJECUTADO		48				-2,1

Como se puede observar los presupuestos proyectados en las vigencias auditadas, el nivel de cumplimiento (aprobado vs. Ejecutado) no es una constante, en el 2008 se ubicó en el 70.4%, en el 2009 en 85.6% y en el 2010 en un 87%, lo que indica que no se están proyectando con base a una técnica depurada (Plan Financiero), se realizan sobre comportamientos y hechos que no son constantes en el devenir de la Entidad y no se tiene certeza sobre ellos, como el la situación presentada con los aportes, en la vigencias de 2009, se presupuestan \$ 1.518 millones y se recaudan \$765. Millones un porcentaje de ejecución del 50%. La variación presentada en la ejecución del presupuesto (2008-2009) 48% se debió a que en 2009 se recibieron recursos por aportes (Nación, Departamento, Municipio), que no estuvieron presupuestados en la vigencia anterior, en la vigencia de 2010 se disminuyo el porcentaje de recaudo en (-2.1 %) , como consecuencia de no contar con políticas de recaudos definidas.

En el presupuesto de ingresos los rubros más representativo lo conforman la Venta de Servicios (Régimen Contributivo Y Subsidiado, Subsidio a la oferta) con un porcentaje promedio de de recaudo de las tres (3) vigencias del 80%. Lo que confirma que la Entidad carece de procedimientos y estrategias definidas para la recaudación de la ventas de servicios.



PRESUPUESTO DE GASTOS VIGENCIA AUDITADAS

CONCEPTO	DEFINITIVO	EJECUTADO	DEFINITIVO	EJECUTADO	DEFINITIVO	EJECUTADO
	2008	2008	2009	2009	2010	2010
Servicios Personales	6.475.909	5.790.488	6.915.001	6.515.476	7.576.770	7.064.073
Gastos Generales	1.153.352	864.405	1.286.900	899.989	1.305.609	1.163.452
Transferencias	97.892	82.076	158.512	83.230	90.283	87.179
Gastos de Operación	1.254.400	1.152.676	2.156.660	2.123.694	2.866.665	2.063.141
Otros Gastos	338.800	221.092	1.233.124	418.800		
Cuentas x pagar (vig Anterior)	1.498.194	1.782.841	1.408.288	853.023	1.283.606	538.882
TOTAL GASTOS	10.818.547	9.893.578	13.158.485	10.894.212	13.122.933	10.916.727
INDICADOR DE CUMPLIMIENTO						
		0,91		0,83		0,83
VARACION PPTO DEFINITIVO	(2008-2009)	21,6		(2009-2010)		-0,3
VARACION PPTO EJECUTADO		10,1				0,2

Los gastos como consecuencia del presupuesto de ingresos presenta las mismas incongruencias en su crecimiento no es constante y sostenido, el presupuesto aprobado en la vigencia 2008 con respecto al 2009 presenta un incremento del 21.6% debido al crecimiento considerable que tuvieron los gastos de operación en el 2009, al crecer en \$902 millones. La ejecución presupuestal en la vigencia 2009 presenta un incremento del 10% con relación a la vigencia 2008 como resultado del aumento de los gastos de operación comercial, los cuales crecieron en \$971 millones, esto no se reflejó en la venta de servicios, lo cual debe ser directamente proporcional (a mayor gasto mejores ingresos), la ejecución presupuestal de la vigencia de 2010 presentó un incremento solo del 0.2% pero esto no se debió a una política de austeridad de la Entidad, fue el resultado de constitución de cuentas por pagar en menor cuantía, Debido a una interpretación inapropiada de la norma, el sector hospitalario, adiciona los recursos y obligaciones de las cuentas por pagar en el presupuesto de la vigencia siguiente, y no se manejan por tesorería estas cuentas, alterando con esta situación los análisis e interpretaciones que se puedan realizar de los presupuestos vigentes.

Es de anotar, que en el presupuesto de Gastos no se evidencia el componente de Inversión, lo que permite deducir, que la Entidad no genera recursos para la inversión con recursos propios, y esta se limita a los aportes de los distintos Entes Territoriales para cumplir con este mandato legal.

ÁREA DE CONTABILIDAD

El área debe generar un valor agregado en el direccionamiento financiero y toma de decisiones de la Alta gerencia, con análisis económicos y financieros de todo orden que permitan conocer en tiempo real la situación de la Entidad (estudios de viabilidad financiera, propuestas mejoramientos de las finanzas, etc.) y no limitarse a registro de valores y presentación de informes.



En las vigencias auditadas (2008-2009-210) se detecto lo siguiente:

No se tiene control adecuado de la Propiedad Planta Y Equipo; los bienes no se encuentran clasificados e identificados con el código respectivo, no se conoce del sitio de ubicación del bien, y No se tienen documentos soportes que garantice la propiedad.

No se han realizado avalúos técnicos de la propiedad planta y Equipo, no se revela su valor real, por consiguientes no se ajustan en los estados financieros.

Los procesos jurídicos en los cuales se encuentra inmerso el hospital, con pretensiones a la fecha por \$4.584 millones no se encuentran registrados en los Estados Contables, en las cuentas de orden respectiva.

No se tiene constituido un fondo de contingencias para estos procesos, en el momento de fallarse algún caso, esta situación atentaría con el equilibrio financiero de la Entidad, por no contar con dicho fondo.

No se ha realizado el cálculo actuarial del pasivo pensional, por tal razón los pasivos estimados de la provisión para pensiones no se encuentran incorporados en los estados financieros.

la Cuenta 2455 (Depósitos Recibidos en Garantía), presenta los siguientes saldos; en la Vigencia de 2008 \$483.millones en el 2009 \$827 millones y en el 2010 \$709.millones, los cuales se registran en esta cuenta hasta tanto se realicen las depuraciones correspondientes (identificación de deudores) y haga la respectiva reclasificación, pero se evidencia en los estados contables, que se ejecutan estos recursos sin la identificación previa, no teniendo en claro a qué fuente corresponde, incongruencia frente al Plan Financiero, que debe tener la entidad, además, esta práctica en forma permanente hace que los pasivos se inflen y que no haya certeza sobre los deudores.

Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación, ya que no se han calculado las depreciaciones en forma individual para cada bien, como tampoco se lleva un registro permanente en el kárdex.

Aviso de advertencia

Se constato que la Entidad carece con un programa de costos, que le permita conocer en forma real los valores de cada uno de los procedimientos realizados y los márgenes de utilidad dejados por estos, en la contratación realizada con las diferentes Entidades Responsables de los pagos de servicios de salud por carecer de este programa, existe el



riesgo que al contratar sin tener como base un programa de costos se trabaje a pérdida. La entidad debe consolidar cada uno de los procedimientos realizados, por Centros de Costos, y determinar a cuanto cuesta, la Mano de Obra, los Gastos Generales y los suministros en cada uno de ellos, y así poder conocer los márgenes de utilidad o pérdida generado por centro de costos, y esto sirva como base para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.

Es de anotar, que el Hospital Viene realizando, estudios, análisis y recolección de información para implementación del programa de costos de la Entidad.

PÓLIZAS DE SEGURO

La entidad cuenta con póliza Multiriesgo No.1001141 de la PREVISORA, por una Valor Asegurado total de \$4.156.Millones en la cual se asegura:

Contra Incendios: el edificio del Hospital \$1.500.millones, muebles, Enseres y Equipos \$590.millones Maquinaria \$100.millones, Almacén \$200.millones, Farmacia \$80.millones, Dinero en efectivo dentro y fuera de la caja fuerte \$5millones,

Contra Sustracción: Muebles, Enseres y Equipos \$590.millones, Maquinaria \$100.millones, Almacén \$200 millones, Farmacia \$ 80.millones, dinero en efectivo dentro y fuera de la caja fuerte \$5.millones

Contra Ruptura de Maquinaria: Maquinaria \$100.millones

Contra Corriente Débil: Equipos Electrónicos \$237 millones, Equipos Médicos \$450.millones, Equipo Móvil Y portátil \$146.millones

Global de Manejo: Ampara a todo el personal de la Planta de Cargos (174) funcionarios \$300.millones

Responsabilidad civil Extracontractual: Predios labores y operaciones \$ 300.millones

Póliza Colectiva de Automóviles No. 10196618 de la previsora por valor de \$659.millones, en la cual se asegura; Asistencia Jurídica Penal \$59.millones, Pérdida total Hurto \$59.millones, pérdida parcial hurto \$59.millones, pérdida total daños \$59.millones, accidentes personales \$200.millones.

Se verifico y constato, que las pólizas estuvieran vigentes en las vigencias auditadas (2008-2009-2010)



.Frente al total de los activos \$ 6.441 millones la póliza Multiriesgo \$ 4.156 millones el porcentaje de cubrimiento es del 64% En tal razón se cuenta con seguros para los bienes y procedimientos practicados por la entidad con valores razonables que cubren los diferentes riesgos posibles

FACTURACIÓN

GLOSAS VIGENCIAS AUDITADAS			
VIGENCIA 2008			
Vr Facturado	Glosa INICIAL	Glosa Final	%
24.164.840	11.541.824	3.452.720	14
VIGENCIA DE 2009			
Vr Facturado	Glosa INICIAL	Glosa Final	%
363.126.838	195.528.436	20.928.101	6
VIGENCIA 2010			
Vr Facturado	Glosa INICIAL	Glosa Final	%
259.868.590	144.618.015	24.835.938	9,6
TOTAL			
647.160.268	351.688.275	49.216.759	7,6

El cuadro presenta el total de las facturas que fueron glosadas inicial y finalmente por las EPS Régimen Contributivo y EPS Régimen Subsidiado, los porcentajes están dados por el Valor facturado VS Glosa final.

Las glosas se presentaron básicamente por:

- Error en descuentos pactados
- Error en facturación por procedimientos incluidos en paquetes
- Pruebas de laboratorio no soportadas
- facturas ilegibles
- Código de autorización posterior a los doce (12) horas del inicio de la atención
- Glosa irrecuperable de urgencia no pertinente



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

Los funcionarios encargados del manejo de las siete (7) cajas auxiliares del Hospital su vínculo laboral es a través de una cooperativa de servicios, esto implica una rotación permanente del personal, esta situación No permite adquirir la experiencia y los conocimientos plenos de los diferentes procedimientos practicados por la Entidad, causando errores en el diligenciamiento de las facturas.

Estas personas previo ingreso a la Entidad, no reciben la Inducción y entrenamiento adecuado por parte del Hospital, de los diferentes procedimientos realizados, su función se limita al diligenciamiento e ingreso al sistema de la factura, no se asignan funciones de autocontrol.

Se necesita el compromiso total de los funcionarios del Área Administrativa y asistencial, que intervienen en proceso de facturación, para que haya el menor número de glosas posibles, y así permitir mayores ingresos al hospital y mejorar su liquidez.

CARTERA

(VIGENCIA 2008)

SUBCONCEPTO	HASTA 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR DE 360	TOTAL
REGIMEN CONTRIBUTIVO	391.362.949	353.798.553	299.441.219	460.873.678	66.893.547	1.572.369.946
REGIMEN SUBSIDIADO	596.189.211	51.746.998	71.816.200	131.402.299	242.344.832	1.093.499.540
SECRETARIA DE SALUD DPTAL	999.411.000					999.411.000
OTROS DEUDORES VTA SERV. SALUD	8.233.568	32.150.729	31.777.277	44.431.102	36.925.899	153.518.575
SOAT ECAT	147.513.187	41.554.422	77.126.133	29.059.631	32.910.512	328.163.885
TOTAL	2.142.709.915	479.250.702	480.160.829	665.766.710	379.074.790	4.146.962.946

(VIGENCIA 2009)

SUBCONCEPTO	HASTA 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR DE 360	TOTAL
REGIMEN CONTRIBUTIVO	146.964.040	52.668.335	116.522.910	203.634.905	435.461.115	955.251.305
REGIMEN SUBSIDIADO	67.092.606	39.890.830	101.344.433	292.029.547	611.389.097	1.111.746.513
SECRETARIA DE SALUD DPTAL	659.446.024					659.446.024
OTROS DEUDORES VTA SERV. SALUD	191.708.947	11.565.990	4.542.367	3.906.847	15.829.144	227.553.295
SOAT ECAT	51.032.911	77.474.488	106.692.319	145.946.335	85.562.756	466.708.809
TOTAL	1.116.244.528	181.599.643	329.102.029	645.517.634	1.148.242.112	3.420.705.946

(VIGENCIA 2010)

SUBCONCEPTO	HASTA 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR 360	TOTAL
REGIMEN CONTRIBUTIVO	245.374.151	202.621.007	69.624.914	104.781.887	379.375.237	1.001.777.196
REGIMEN SUBSIDIADO	664.450.013	280.118.192	178.000.782	389.203.197	498.208.031	2.009.980.215
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	614.250.432					614.250.432
OTROS DEUDORES VTA SERV SALUD	53.627.610	22.453.345	47.630.475	69.430.269	46.797.098	239.938.797
SOAT ECAT	93.480.684	72.472.584	60.093.267	92.359.231	179.818.343	498.224.109
TOTAL	1.671.182.890	577.665.128	355.349.438	655.774.584	1.104.198.709	4.364.170.749

Como se puede observar en los cuadros de referencia, las edades y los valores de las cuentas por cobrar son bastantes representativos.



La cartera morosa mayor a 360 días en las vigencias auditadas asciende a \$2.632 millones el cual corresponde al 22% del total de la deuda de las vigencias analizadas \$ 11.932 millones, incidiendo principalmente en la mora los deudores por concepto de régimen subsidiado con \$ 1.352 millones (vigencias analizadas), con un incremento por este régimen en 2009 de \$ 611 millones; y Régimen contributivo con \$ 570 millones en los años auditados, llama la atención, la vigencia de 2009, como en el régimen subsidiado, también por este concepto se presenta la mayor morosidad de \$435 millones

Con lo descrito anteriormente, Se constata que los deudores por venta de servicios (Diferentes regímenes) no cumplen con las fechas pactadas y determinadas en la norma para el pago de sus obligaciones, a pesar de esta situación, el Hospital No liquida y cobra intereses moratorios, incumpliendo con estos actos los preceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13 parágrafo 5, además, con esta situación se muestra la ineficiencia de la Entidad en las políticas de recaudo de cartera.

La administración del Hospital, a través de la resolución No. 153 de (29 de abril de 2011), crea el reglamento interno de recuperación de cartera, con la información referente, se puede colegir que este no se aplica, las gestiones para el cobro se limitan, a llamadas telefónicas y oficios de la funcionaria encargada del Área de Cartera. El cobro coactivo y las denuncias ante autoridad competente, no se realizan, incumpliendo con lo establecido en la Resolución.

En contabilidad no se hacen los ajustes correspondientes a las glosas finales y no se identifican en tiempo real transferencias realizadas por algunos deudores, por consiguiente, no se tiene certeza sobre la cartera,

No se diligencian dentro de los términos establecidos por la norma, las glosas formuladas por las entidades responsables del pago de los servicios de salud, agudizando el problema de liquidez que afronta el Hospital.

ÁREA TESORERÍA

Es inminente y necesario que el área trabaje con una planificación financiera, que sea la herramienta diaria de consulta y direccionamiento, se corre el riesgo de convertirse en una oficina recaudadora y pagadora, que no presta valor agregado a la entidad en su toma de decisiones.

En el área de tesorería no se evidenciaron en forma física los boletines diarios de caja con sus respectivos soportes, donde se incluyan los cuadros con las siete cajas manejada por la cooperativa.



Con referencia a los recursos que se reciben vía transferencia, no se conoce en tiempo real la Procedencia del recurso (deudor que realiza el pago) no logrando ejecutar en línea el presupuesto de ingresos con la clasificación de la fuente correspondiente

En el área de tesorería no se maneja programa de flujos de caja, por tal razón en esa división no se puede ejercer control sobre la procedencia y aplicación de los recursos. Como también les es imposible establecer en forma anticipada los periodos de liquidez e iliquidez

Se evidencio las perdidas cuatro (4) cheques del cuenta corriente No.656-03022-8 Banco de Bogotá, los cuales fueron cobrados, los cheques son.

Numero Cheque Valor Fecha de Pago

T 9509630,	\$3.370.696	31-10-08
T 9509631,	\$ 129.691	27-11-08
T9509632,	\$7.855.000	18-03-09
T9509633	\$9.840.000	17-06-09

Esta situación, se encuentra en procedo de investigación en la Contraloría Auxiliar de Investigaciones Fiscales de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, bajo el Expediente CAIF -120-09

El Hospital a la fecha por concepto de parafiscales debe la suma de \$ 916.907.005 por valores dejados de cancelar al ICBF desde la Vigencia de 1999 hasta junio de 2009 (\$670.852.740) se firmo acuerdo de pago; con el SENA se adeuda \$246.054.265 por valores sin pagar desde diciembre de 2005 a junio de 2010 se cancelo el 10% requisito para suscribir el acuerdo de pago, la Entidad Certifica que desde la vigencia de 1999 los funcionarios fueron desafilados de la caja de compensación familiar y por tal razón no se tiene deuda con las respectivas cajas. Se violaron presuntamente con este proceder los preceptos establecidos. En las Leyes 89 de 1988 en su artículo 1 parágrafo 3 ; Ley 119 de 1994 en su artículo 34 parágrafo único y la Ley 21 de 1982 en su Artículo 7 numeral 3.

CONTROL INTERNO CONTABLE

La medición o valoración realizada al Control Interno en el proceso contable, se realizó con el propósito de determinar la calidad de la información, el nivel de confianza que se le puede otorgar, y así mismo verificar si las actividades de control interno Contable son eficaces, eficientes y económicas en la prevención y neutralización del riesgo inherente a la gestión contable, con el fin de prevenir la posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que tienen la probabilidad de afectar o impedir el logro de información contable con



las características de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad. En los periodos auditados (2008-2009-2009) se evidencio:

-los procesos jurídicos en los cuales se encuentra inmerso el hospital, no se encuentran registrado en los Estados Contables, en las cuenta de orden respectiva.

-No se ha realizado el cálculo actuarial del pasivo pensional, la provisión para pensiones no se encuentran registrados en los estados financieros.(pasivo estimado).

-No se tiene control adecuado de la Propiedad Planta Y Equipo; los bienes no se encuentran clasificación e identificados con el código respectivo, no se conoce del sitio de ubicación, además, no se cuentan con documentos soportes que garanticen la propiedad del bien.

-No se han realizado avalúos técnicos de la propiedad planta y Equipo, no se revela su valor real, por consiguientes no se ajustan en los estados financieros.

-Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación, ya que no se han calculado las depreciaciones en forma individual para cada bien, como tampoco se lleva un registro permanente en el kárdex.

Con las observaciones descritas se puede determinar, que el control interno contable de la Entidad es: **INSUFICIENTE**

RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Por otra parte, se involucro en el proceso auditor al Hospital, a los responsables de pagos de servicios de salud (Secretaria de salud Dptal y Municipal, Entidades Promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, etc.), por ser actores fundamentales de este proceso.

Se cruzo información con el Fondo Local de Salud del Municipio De Zarzal, el cual certifico que en las vigencias Auditadas (2008-2009-2010) el Municipio No presentada Deuda con las EPS de Régimen Subsidiado, con las cual había realizado los respectivos contratos (COOSALUD, CAPRECON, EMSANAR), se aportaron los respectivos Paz Y Salvos, el Equipo Auditor no encontró congruente que de acuerdo con información suministrada por el Hospital (cartera), al 31 de Diciembre de 2010 las ESP mencionadas presentan las siguientes obligaciones con la Entidad: COOSALUD \$249.506.225 CAPRECOM \$153.743.321 EMSANAR \$1.030.008.527.00.violando de esta forma lo preceptuado en el Decreto 4747 de 2007, en su Artículo 4 Literales a, b, c



La Representante Legal de la Entidad certifico que en las Vigencias Auditadas (2008-2009-2010) la Secretaria de Salud Departamental, No les Adeuda recursos, por atención a personas no cubiertas con el Régimen Subsidiado en Salud.

Es necesario y urgente, el pronunciamiento de la Secretaria de Salud Departamental del Valle frente a lo sucedido con las diferentes EPS (Régimen Subsidiado Y Contributivo) que contratan con el Hospital Departamental de Zarzal, como agente interventor de estos contratos y se logren soluciones inmediatas, que permitan recobrar en un corto tiempo la liquidez de Entidad.

CIERRES FISCALES (VIGENCIA 2010)

De acuerdo con la información reportada por la Entidad, se presentan los resultados arrojados en este ejercicio:

- **Resultado Fiscal:**

Recaudo en Efectivo	Ejecución en Papeles y Otros	Total Ingresos	Pagos	Cuentas por Pagar	Reservas de Apropiación	Pagos sin flujo de Efectivo	Total Gastos	RESULTADO FISCAL	60% de CUENTAS POR COBRAR 4to TRIMESTRE	RESULTADO EJERCICIO
10.404.527.910	626.281.036	11.030.808.946	10.290.447.951	797.935.886	0	626.281.036	11.714.664.873	-683.855.927	782.587.349	98.731.422

En la vigencia de 2010, el Hospital ejecutó sus gastos por encima de de sus ingresos efectivos en caja, generando un Resultado Fiscal negativo de (\$684) millones comparado con el presentado en la vigencia anterior \$24millones, muestra un crecimiento del déficit fiscal en (\$708 millones), es de anotar, que el 60% de las cuentas por cobrar en el último trimestre \$783 millones, alcanza para el apalancamiento de las obligaciones causadas en la vigencia, generando un resultado del ejercicio de \$99 millones,

- **Confrontación Saldos en Tesorería:**

EJECUCION DE INGRESOS (Recaudo en efectivo + Disponibilidad Inicial) - PAGOS	ESTADO DEL TESORO	DESCUENTOS PARA TERCEROS (ReteFuente - Reteiva - Otros)	DIFERENCIA
114.079.959	119.502.249	0	5.422.290

A los ingresos ejecutados por la entidad en el 2010 por concepto de recaudos en efectivo mas Disponibilidad Inicial, se le restaron los pagos efectuados en la vigencia, generando un saldo de \$114.millones que al compararse con los recursos que se presentan en el Estado



del Tesoro \$119.millones determinándose que en tesorería se encuentran los saldos resultantes del ejercicio fiscal de la vigencia y además, cuenta con excedentes por \$5. millones, estos excedentes, obedecen a reportes de recaudos de las cajas auxiliares de los días 28, 29,30 y 31, recursos consignados en enero de 2011, la entidad aporó los soportes correspondientes.

Respaldo de las Cuentas por Pagar y las Reservas Presupuestales por Fuentes de Financiación:

Descripción	PROPIOS	FONDOS ESPECIALES	S.G.P.	REGALIAS	OTRAS D.E.	TERCEROS	TOTAL
Cuentas por Pagar F26A	797.935.886						797.935.886
Reservas Presupuestales F26							0
Fondos Estado del Tesoro F26F	114.560.798	4.941.451					119.502.249
Superavit o Deficit Fiscal	-683.375.088	4.941.451	0	0	0	0	-678.433.637

Al evaluarse las Reservas Presupuestales y Cuentas por Pagar por fuente de financiación contra cada una de las fuentes desagregadas en el estado del Tesoro se determinó, déficit fiscal en la fuente de recursos Propios por (\$683. millones) debe ser incorporado y cancelado en la vigencia siguiente, En la fuente de Fondos Especiales, se evidenció superávit fiscal por \$ 5 millones, los cuales se incorporaron al presupuesto conservando su destinación.

De acuerdo a directriz de la Secretaría de Salud Departamental a medida que se recaudan las cuentas por cobrar, que apalancan las cuentas por pagar (Déficit Fiscal) estas se incorporan al presupuesto para realizar su respectivo pago.

3.3 LEGALIDAD

Cumplimiento Marco Normativo de la Contratación.

La empresa social del estado se acogió para la aplicación de los lineamientos, en su propio Estatuto de Contratación, adoptado y aprobado por la junta directiva de la entidad prestadora de servicios de salud, mediante el Acuerdo No. 014 de 2009, el cual rige la contratación necesaria para desarrollar y cumplir el objeto y las funciones, de conformidad con lo estipulado en el Decreto 1876 de 1994, que reglamenta el funcionamiento de las empresas sociales del estado.

El régimen jurídico aplicable en este sujeto de control se ciñe a las normas que trata el estatuto mencionado, con el sometimiento a las disposiciones que para cada una de ellas establece el Código de Comercio y el Código Civil, además de las reglamentaciones



especiales sobre la materia consagradas en la Leyes 100 de 1993, 80 de 1993 y 1150 de 2007, en lo que a éstas corresponda.

Gestión Contractual

Durante las vigencias auditadas la entidad reportó en el formato F7 de rendición de cuenta a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, de la vigencia 2008, se tomó una muestra de 36 contratos, 75 del año 2009 y 47 del 2010, para un total de 158 contratos.

Del presupuesto del año 2008 la contratación fue por un monto total de \$3.867.885.423 correspondiente al 35% del presupuesto de la vigencia el cual fue \$10.818.549.000, en el 2009 se presupuestó \$13.158.485.000 se contrataron \$5.017.608.560 que representó un 38%; para la vigencia 2010 se tuvo un presupuesto de \$13.122.932.000 y la contratación fue de \$6.925.335.247 lo que representó el 52 %. De los contratos ejecutados en las vigencias auditadas se tomó una muestra del 30%.

La contratación ejecutada por la E.S.E. coincide con la información rendida en el formato F7 a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en los períodos fiscales objeto de revisión.

En la gestión contractual se detectó que en relación con los registros presupuestales, se pudo establecer que este documento en algunos casos no reposa en las carpetas de los contratos sino en la tesorería, con lo que se denota un aislamiento entre las diferentes dependencias; igual situación se presenta con los paz y salvos de parafiscales y otros requisitos fundamentales para la suscripción de los contratos, así como para el pago de anticipos y compromisos financieros adquiridos por la empresa prestadora de servicios de salud.

El anterior resultado es consecuente con las siguientes causas:

- Inobservancia de la norma y falta de aplicación de los procedimientos contractuales.
- Falta de organización de los procesos contractuales. En las minutas deben reposar todos los documentos requeridos durante el desarrollo de las etapas de la contratación, tanto los requisitos legales, así como los emitidos por las dependencias del área financiera y tesorería.
- Falta de comunicación entre las diferentes dependencias de la organización.

No se evidenció la invitación de acompañamiento para el ejercicio de control social para la comunidad.



Por otra parte, respecto al control de legalidad en la contratación vigencia 2008-2009-2010 se pudo evidenciar que la entidad en el año 2008 gasto un aproximado de \$134.470.430 en combustibles y lubricantes para un promedio mensual de \$11.205.869, en el 2009 la compra fue por \$143.029.113 para un promedio mensual de \$11.919.092 y en el año 2010 por \$153.429.542 para un promedio mensual de \$12.785.795; cuantías estas que ameritan un contrato y/o orden de suministro y no por comprobante de egreso por presentación de factura y mas teniéndose en cuenta que las cuantías de los años 2008-09-10 de acuerdo a los presupuestos de la entidad y el estatuto de contratación que rige para la entidad se tendría que realizar un contrato de mayor cuantía con plenas formalidades en cumplimiento a las normas vigentes. Igualmente es importante anotar que la entidad no tiene ningún control (CHIP) cuando se realiza el abastecimiento a los vehículos de la entidad.

Impacto de la contratación.

Se observó y verificó que el ente hospitalario llevó a cabo contratación de servicios esenciales y de apoyo requeridos para garantizar su objeto social con la comunidad, se pudo constatar que fue realizada con personas naturales y Jurídicas que desarrollaron las actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, las cuales no podían ser desarrolladas por el personal de planta.

La carencia del programa de costos, no le permite conocer a la Entidad el valor mínimo de cada uno de los procedimientos realizados y los márgenes de Rentabilidad de estos, en la contratación realizada con las diferentes Entidades Responsables de los pagos de servicios de salud, por carecer de este programa, existe el riesgo que al contratar de esta forma se generen pérdidas, con esta situación no se puede establecer las actividades que se deben estimular y aquellas que se deben revisar a profundidad por estar generando pérdidas. La entidad debe consolidar cada uno de los procedimientos realizados, por Centros de Costos, y determinar a cuanto equivale el valor de la Mano de Obra, los Gastos Generales y los suministros en cada uno de ellos, y así poder conocer los márgenes de utilidad o pérdida generado por centro de costos, y esto sirva como base para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.

Atención del régimen Subsidiado de Salud.

La Secretaría Municipal de Salud de Zarzal, informó que durante las vigencias auditadas el municipio contrató con la institución prestadora de servicios de salud, de carácter pública que opera en esta localidad.

En cuanto a la contratación de las EPS Subsidiadas con la red prestadora de servicios de salud, durante las vigencias 2008, 2009 y 2010, se pudo establecer que los períodos de



ejecución durante el segundo año se celebraron muy por debajo de vigencias menores a un año, como en el caso de Caprecom que suscribió contratos por espacios de cinco meses.

Por su parte Coosalud, suscribió convenios de atención para sus afiliados durante vigencias de un año, comprendidas desde junio de 2009 hasta mayo de 2010 y en algunos casos contrató servicios por períodos de hasta quince meses.

En cuanto a Emsanar, solo cumplió en un contrato con esta reglamentación, al adquirir servicios durante un año; el resto de la contratación fue suscrita por períodos cortos de seis meses.

En lo referente a las transferencias hechas por el Municipio de Zarzal a las EPS-S, de los recursos girados por la nación para la atención a los afiliados al régimen subsidiado de salud, durante los tres últimos años el ente territorial realizó pagos por valor de \$13.238.659.307, a las empresas Coosalud, Caprecom y Emssanar.

De los recursos anteriores, la E.S.E. ha recibido pagos por valor de \$4.585.646.690, por servicios prestados a los afiliados de las empresas promotoras de salud subsidiada que operan en la localidad.

Según informe suministrado por la Secretaría de Salud local, las causas mas habituales del no pago oportuno de las cuentas al hospital auditado, se debe a la demora en el giro recursos del Fosyga y las rentas del departamento del Valle del Cauca.

En cuanto a los porcentajes y montos de la contratación de las EPS-S con la E.S.E y las demás IPS locales, durante las vigencias 2008, 2009 y 2010, se estableció que en el 2008, con una población afiliada al régimen subsidiado de 18.231 habitantes, Caprecom contrató el ciento por ciento de los servicios con el hospital, mientras que Coosalud y Emssanar contrataron el 70 y 74 por ciento, respectivamente, de los servicios solicitados con la IPS de nivel departamental, cumpliendo con lo estipulado normativamente.

La Secretaría de Salud Municipal de Zarzal, informó que se pudo verificar que en la mayoría de los casos, las actividades de prevención y promoción contratadas por las EPS-S con la E.S.E., no se cumplieron en su totalidad, pero indicando que esta aclaración se incluyó dentro de cada uno de los contratos. El ente rector de la salud en Zarzal, hizo llegar a esta auditoria un informe detallado de las interventorías realizadas a las actividades de prevención y promoción.

En cuanto a convenios y contratos suscritos entre el Municipio de Zarzal y la E.S.E. para la prestación de servicios de salud a la población en lo no cubierto con subsidios a la demanda,



éstos no se pueden suscribir entre ambas entidades, porque el ente territorial pertenece a quinta categoría y por lo tanto no está certificado.

La Secretaría Municipal de Salud de Zarzal, ha hecho seguimiento al cubrimiento de servicios a los beneficiarios del régimen subsidiado y entregó un reporte de las actividades de prevención y promoción llevadas a cabo por parte de las EPS-S que funcionan en la localidad.

Procesos Judiciales.

Actualmente tiene en curso seis (06) procesos judiciales por presunta responsabilidad médica de los funcionarios de atención en servicios de salud que laboran en la institución.

Las pretensiones de los demandantes son por perjuicios morales y materiales, lucro cesante, daños fisiológicos y psicológicos y daño emergente.

Las cuantías aproximadas ascienden a \$830.496.334. Dos procesos se encuentran en apelación de segunda instancia en el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle y tres están en la etapa de pruebas.

La entidad afronta un proceso judicial por reparación directa, relacionado con un accidente de tránsito en el que se vio involucrado un vehículo oficial al servicio de la E.S.E. El proceso actualmente se encuentra en etapa probatoria. Se está a la espera de respuesta de la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca y de la Secretaría de Tránsito y Transporte de Cali Valle del Cauca. El litigio tiene una cuantía aproximada de \$190.000.000.

Por nulidad y restablecimiento del derecho de carácter laboral, la empresa tiene en su contra 15 procesos, cada uno con cuantía aproximada de \$49.960.000, lo que suma en total \$749.400.000.

La institución prestadora de servicios de salud realizó tres conciliaciones prejudiciales, de las cuales Mediante Auto Interlocutorio No. 201 del dieciocho (18) de febrero de 2005, el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, aprobó la conciliación entre el hospital y la CTA Zarsalud, por el reconocimiento y pago de los servicios que venía prestando dicha cooperativa en apoyo hospitalario, transporte, personal médico, especialistas, enfermería, facturación, apoyo administrativo, auditoría médica, aseo, y odontología a la E.S.E., por \$69'303.160. El día ocho (08) de febrero del año 2005, mediante Acta de Conciliación No. 029, en la cual el Procurador Judicial imparte el visto bueno a la citada conciliación, y envía el proceso al Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, para su aprobación.



Con lo anterior se evidencia que la entidad ha incumplido con el pago total de dicha deuda lo cual genera intereses teniendo en cuenta que dicho pago se contrajo desde el año 2005.

La entidad afronta otra conciliación prejudicial, en la que también fueron convocados, además el Hospital Nuestra Señora de los Santos de La Victoria, Hospital Departamental de Cartago Valle E.S.E. y CAFESALUD EPS S.A., por una Acción de Reparación Directa por Responsabilidad Medica. Las pretensiones de la parte demandante ascienden a \$1'231.880.000.

La entidad afronta otra conciliación prejudicial, en la que también fueron convocados, el Hospital Santa Ana de Bolívar, la Gobernación del Valle del Cauca y la Secretaría de Salud Departamental, por Acción de Reparación Directa por Responsabilidad Medica. En este proceso las pretensiones son de \$753.960.000

El hospital no afronta procesos jurídicos fallados en contra con mandamiento de pago

Con respecto al uso de la figura de urgencia manifiesta, la Contraloría Departamental del valle del Cauca mediante CACCI 1030 del 3 de marzo de 2011 se pronunció ante la Gerente del Hospital indicando que se corrió traslado a la Procuraduría para que sea este organismo el que defina la posible falta disciplinaria en que hubiese podido incurrir la funcionaria.

En los formatos F7 de rendición, de las vigencias 2008, 2009 y 2010, el grupo auditor no evidenció el reporte por parte de la entidad, de ningún tipo de contratación para la adquisición de suministros esenciales para su funcionamiento, como la compra de combustible, elementos de oficina y aseo.

El Estatuto de Contratación del hospital estipula hasta 28 SMMLV como cuantía mínima para contratar sin el cumplimiento de formalidades plenas, que para este caso en el año 2009, era de \$13.913.200,00 y para el 2010 \$14.420.000,00.

En el caso de la compra de combustible ésta se adquiere mediante pagos mensuales, a la presentación de la respectiva factura, sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de un contrato de suministro, violando su propio estatuto, en el artículo 7.

3.4 QUEJAS

En cumplimiento del objetivo planteado en el Memorando de Encargo por el cual la presente auditoria debía contar con un componente de participación ciudadana se oficio a las diferentes entidades de control social con que cuenta el Municipio de Zarzal, para utilizar sus aportes como insumo principal en la auditoria. Fueron allegadas dos quejas relacionadas con



el ente auditado, recibidas por parte de la Veeduría del Hospital San Rafael y por la Asociación Sindical Anthon Seccional Zarzal.

1. Queja QC 33 -2011 CACCI 5990, remitida por parte de la Veeduría del HSRZ, por el siguiente hecho:

“ERENIA SAA hasta donde sabemos se desempeña como jefe de enfermería en varios servicios, tenemos conocimiento que ella es auxiliar de enfermería devenga sueldo de auxiliar de enfermería, puede ella desempeñarse como jefe de enfermería sin haber vacante del cargo o encargo del mismo????”

“AMANDA TAPASCO es el mismo caso, solo que ella hace funciones administrativas en cuentas con el Dr. Aníbal García, y ella es auxiliar de enfermería se le paga como auxiliar de enfermería, se graduó como jefe de enfermería pero trabaja en administración devenga el sueldo de auxiliar, la pregunta es igual, se puede???? O simplemente por ser sindicalistas lo pueden hacer pasando por encima de todo el mundo, quisiéramos se nos diera a estas preguntas ya que pensamos que no es normal que esto pase “

Desarrollo

El grupo auditor solicitó al respecto información relacionada con el nombramiento de personal asistencial, que esta nombrada en los cargos de auxiliar de enfermería, en calidad de provisionales.

El Hospital remitió anexos e información sobre los cargos de las funcionarias mencionadas, en la que se evidencia que ambas están nombradas en calidad de provisionales para ejercer de manera concreta el cargo de Enfermera en Servicio Social Obligatorio la primera y la segunda como Auxiliar de Enfermería.

Conclusión

El equipo auditor concluye que de acuerdo a lo consagrado en el Artículo 6 de la Constitución Política de 1991, los servidores públicos en cumplimiento del principio de legalidad solamente pueden ejercer las funciones que estén contenidas en la propia Constitución, en la Ley, en el reglamento o en el manual de funciones general o específico. Esto es que los funcionarios estatales únicamente pueden hacer aquello para lo cual estén expresa y previamente facultados por la Ley. Para estos efectos el artículo 122 de la Constitución dispone que no habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en la ley o el reglamento.



Es claro que en una entidad estatal, el personal asistencial no puede ejercer funciones de carácter administrativo, si no se encuentra nombrado para ello, o dichas funciones no le han sido delegadas por medio de un acto administrativo. Téngase en cuenta que además que un servidor público nombrado en el ejercicio de un cargo de un nivel jerárquico determinado, no puede ser delegado para el ejercicio de un cargo de un nivel superior.

Para el equipo auditor se hace necesario realizar todas las acciones correctivas al respecto para que de conformidad con la ley, el personal asistencia del hospital no ejerza funciones que le competan a servidores públicos de otro nivel y cada uno de ellos se limite al cumplimiento de las labores que la ley y el reglamento de confiere, todo dentro del marco legal contenido en los artículo 6 y 112 de la Constitución política de 1991, ley 734 de 2000 y ley 909 de 2004 artículo 24 inciso tercero y artículo 19, Decreto 770 de 2005 artículos 5 y 8.

2. Queja QC 35-2011 Cacci 6290, por la Asociación Sindical Anthon Seccional Zarzal

El equipo auditor dio traslado a la Gerencia de la remisión de quejas elevadas por el Sindicato ANTHOC, a fin de que en desarrollo del Debido Proceso se pronunciara respecto de cada uno de los 15 puntos allí planteados:

1. No es clara la contratación: tenemos conocimiento no oficial de contratos que se han ejecutado y pagado en los cuales el objeto de la contratación crea un manto de dudas, por tal razón hay radicado un Derecho de Petición de información en el cual pedimos copias de varios contratos sin que a la fecha se nos haya resuelto el requerimiento.

Desarrollo

Al mencionado punto sobre el cual la entidad dio respuesta manifestando que el Hospital cuenta con un estatuto de contratación aprobado a través del Acuerdo No 014 de junio de 2009 el cual se anexa y con respecto al derecho de petición la entidad le solicito a los peticionarios un plazo para su contestación hasta el 30 de junio de los corrientes.

Conclusión

Dado a que los quejosos no relacionan los contratos en los cuales para ellos se presenta irregularidades, el equipo auditor concluye que la queja no precisa a que contratos se refiere.

2. Hemos exigido la aplicación de la sentencia 614 de 2 de septiembre de 2009



Desarrollo

La entidad manifiesta que se ha ajustando a la aplicación de la Sentencia 614 del 2 de septiembre de 2009 en cuanto a la contratación con la CTA.

Conclusión

El equipo auditor concluye que los contratos revisados en la muestra cumplen con los requisitos de la mencionada ley. Adjunta minuta contractual cooperativa.

3. Como agremiación sindical cuestionamos la manifiesta tercerización laboral mediante la cual se contratan los servicios permanentes a la ESE Hospital, los “asociados” a la cooperativa Coopensalud.

Desarrollo

Efectivamente se contrata con la CTA dado a que se le debe dar una continuidad a la prestación de los servicios tanto a nivel técnico como operativo, teniendo en cuenta que estas se contratan para la prestación o suministros de servicios mas no para el suministro de personal.

Conclusión

Se concluye que la entidad se ajusta a la norma de contratación con la CTA de acuerdo al Decreto 4588 de 2006.

4. La carencia de calidad humana y en algunos casos el desconocimiento de la labor para la cual se contrato la persona.

Desarrollo

La entidad responde que no conoce a que personal se refiere si al de planta o al suministrado por cooperativa.

Conclusión

Se concluye que no existen quejas radicadas al respecto e igualmente los quejosos no indican a que personas se refiere.



5. Hay un desconocimiento absoluto de la oficina de talento humano en el proceso de selección de personal de las personas que se contratan para prestar servicios en la institución; pues la selección la hace la administración, y en algunos casos sino en la mayoría por recomendación directa de terceros que ningún vínculo tienen con el hospital, pasando por alto la normatividad, lo que conlleva la deficiencia en la calidad de los servicios prestados por esas personas y atenta contra la seguridad e integridad física de los usuarios y trabajadores de la ESE .

Desarrollo

La representante legal manifiesta que la entidad como tal no contrata personal para la prestación de servicios como se evidencia estos son prestados por personal adscrito a la CTA , lo cual son ellas las encargadas de seleccionar personal de acuerdo a su idoneidad y en caso contrario la oficina de talento humano toma los correctivos con la CTA.

Conclusión

El equipo auditor concluye que de acuerdo a la verificación efectuada que la entidad si vigila el personal escogido por la CTA en cuanto a su capacidad e idoneidad en su desempeño.

6. Tiene contratados el Hospital 3 asesores jurídicos, siempre hemos considerado que el costo es mayor al beneficio, por años el hospital solo tuvo contratado un profesional en derecho.

Desarrollo

La entidad cuenta con tres profesionales vinculados mediante contrato de prestación de servicios profesionales los cuales son: un abogado externo, un aboga para contratación y asesoría interna y otro para el área de talento humano y relaciones laborales.

Conclusión

Con relación a la prestación del servicio de los abogados se observa que la entidad podría cumplir con la parte legal con dos abogados, para que los costos de dicha contratación ameriten el beneficio de la entidad.

7. Al igual que la anterior visita por ustedes realizada como organismo de control, hoy la obligación laboral por concepto de Caja de Compensación Familiar, por tiempo comprendido de abril de 1999 al junio de 2009, no han tenido solución.



Desarrollo

La entidad respondió que los parafiscales no se pagaban desde abril de 1999 y que actualmente hasta el mes de julio de 2010 se encuentra a paz y salvo por los diferentes conceptos, se anexa certificación que da el revisor fiscal, acuerdos parafiscales y resolución No 000515 de 2011 por medio del cual se ordena el pago.

Conclusión

En revisión realizada por el equipo auditor se puede establecer que efectivamente la entidad esta a paz y salvo a julio de 2010.

8. La firma CLINILAB contratada por gerente como soporte técnico para el mantenimiento y reparación de los equipos médico quirúrgico no cumple con el objeto del contrato, pues en innumerables oportunidades algunos equipos del área de cirugía supuestamente reparados al ser nuevamente utilizados, su funcionamiento es defectuoso o sencillamente no funciona.

Desarrollo

La entidad contesta que los servicios de prevención y corrección prestados por la empresa CLINILAB lo hacen a través de personal idóneo no obstante como el hospital maneja un número no inferior a 150 equipos biomédicos y que la mayoría de estos tienen mas de 10 o 20 años de uso lo cual trabajan las 24 horas del día la gran mayoría, por lo tanto algunos a veces presentan daños repentinos por el constante uso, que se escapan a la prevención o corrección.

Conclusión

En verificación efectuada se observa que la entidad no posee registros o relación de equipos sujetos a mantenimiento o prevención para una mejor prestación del servicio como el control actualizado para detectar en que estado se encuentran los equipos.

9. Los procesos que permitan el mejoramiento de la empresa no se dan por iniciativa de la administración sino por el temor sancionatorio de la norma que los regula

Desarrollo

La entidad responde que las actuaciones que allí se llevan se hacen en virtud al profesionalismo y la experiencia en el sector y por iniciativa propia y del equipo de



colaboradores y que obedecen a una planeación estratégica y a una iniciativa institucional para llevar a cabo los planes de acción.

Conclusión

El equipo auditor encuentra ajustado los planteamientos dados por la representante legal toda vez que todo procedimiento y decisión de carácter administrativo debe ser del orden legal.

10. Aun hay con los trabajadores obligaciones laborales de vigencias anteriores no vemos la gestión que garantice en el mediano plazo el saneamiento de la deuda.

Desarrollo

La entidad informa que el Hospital a contraído deudas laborales desde el año 2001 y la actual gerente a través de la Resolución No 353 de agosto 31 de 2010 reconoció y pago parte del dinero por la suma de \$202.279.949 y mediante Resolución 007 de enero 4 de 2011 pagó \$211.442.216 cancelando en su totalidad 413.722.165 correspondientes al 66% del total de la deuda.

Conclusión

En verificación efectuada por el grupo auditor se pudo establecer que efectivamente se han cancelado \$413.722.165 de los \$650.000.00 que se adeudan. Se hace necesario que la entidad comunique cuando y en que términos se hará el pago del valor restante, teniendo en cuenta que son derechos adquiridos y de vigencias anteriores lo que hace se agilice el pago.

11. Cuestionamos el asentamiento de negocios particulares en predio del hospital en la parte externa al igual que al interior del edificio desconocemos el beneficio económico que se deriva de dichos contratos si existieran.

Desarrollo

La entidad aporta cuatro contratos así:

1. Contrato de fotocopidora que se encuentra en la parte interior del inmueble por \$80.000 mensuales, el servicio que se ofrece es a un precio especial para el hospital.
2. Contrato de cafetería – Kiosco parte exterior del hospital por \$80.000 mensuales
3. Contrato de cafetería – Kiosco parte exterior del hospital por \$80.000 mensuales
4. Contrato de cafetería – parte interior del hospital por \$150.000 mensuales



Los cuales con los canon de arrendamiento el hospital obtiene fuente de ingresos.

Conclusión

Se evidenció en el proceso auditor que los referidos negocios que funcionan tanto al interno y al exterior de la institución pagan un arrendamiento a la entidad. Estos dineros ingresan por tesorería al rubro de aprovechamientos y su inversión son gastos del hospital.

12. No se auditan los suministros (medicamentos) que provee Cohosval al hospital. Se evidencia en glosa hecha por Barrios Unidos donde Cohosval cobra 8 ranitidinas, 8 buscapinas y 11 solución salina y realmente según historia clínica del paciente se le aplican cuatro de cada uno de los medicamentos y 6 de solución salina, el hospital pago a Cohosval la cantidad anotada y la EPS reconoce únicamente lo que realmente se suministro.

Desarrollo

La entidad manifiesta que se realizan conciliaciones de los despachos realizados por la farmacia de Cohosval vs la facturación generada por el hospital por este concepto, este procedimiento se hace mediante un software para verificar fecha de despacho, usuario, cantidad, valor unitario y valor total.

Conclusión

En verificación hecha se establece que las facturas en relación con el suministro de medicamentos con las órdenes de suministro se evidenciaron que coinciden con los suministros que provee Cohosval. No obstante para efectos de un mayor control sobre estos la oficina de control interno debería hacer seguimiento mas continuo toda vez que se dan muchos requerimientos por la cantidad de pacientes que maneja dicho hospital.

13. No siempre hay oportunidad con el material de Osteosintesis para los procedimientos quirúrgicos, lo que ha generado glosas por la permanecía prolongada del usuario en hospitalización.

Desarrollo

La entidad manifiesta que el material de Osteosintesis se maneja permanentemente en el hospital un stock mínimo de estos elementos y en ocasiones por la complejidad del caso se requiere un material mas costoso, se realiza un procedimiento interno con el almacén para proveer dichos elementos teniendo en cuenta que el hospital no tiene ningún tipo de contrato



con este tipo de suministro, es decir que obliga a comprar a través de un solo proveedor, porque no todos los proveedores le suministran al hospital este tipo de insumos, porque en el pasado hubo retrasos en el pago y en la actualidad se tiene deudas por estos insumos.

Conclusión

Efectivamente el hospital no mantiene suficientes insumos de este tipo, pues en la actualidad se tienen deudas con los proveedores lo que hace imposible que haya suficiente stock requerido por el hospital.

14. En cuanto al concurso realizado para la elección de Gerente en propiedad la queja es:

Se cancelo la totalidad del contrato con la Universidad Santiago de Cali por parte de la administración del Hospital sin que la junta directiva haya recibido a satisfacción el objeto del contrato.

Desarrollo

Se manifiesta que la junta directiva del hospital no tiene competencia para ser interventores de los contratos suscritos en la empresa, para el caso en comento se nombro como interventor al Gerente Ad-hoc Dr. Ricardo López el cual mediante oficio del 17 de septiembre de 2010 certifico a la administración del hospital que Universidad Santiago de Cali cumplió con sus obligaciones contractuales.

Conclusión

El equipo auditor constata que el Dr. Ricardo López certifico al hospital del cumplimiento con sus obligaciones contractuales por la universidad santiago de Cali respecto al concurso de merito para la selección del gerente del hospital san Rafael.

15. Se tiene contrato con un tercero para realizar el cobro de las facturas a las aseguradoras por evento (SOAT), a la entidad llegan muchísimas glosas por este concepto; nuestra pregunta es ¿Por un tercero? Si las facturas mal elaboradas por este son remitidas al hospital con glosas sin que medie ninguna auditoria con el tercero.

Desarrollo

El contrato no se suscribe no solamente para el cobro de las facturas, sino también para elabora la cuenta de cobro con la respectiva información individual diligenciado los formularios FURIPS 1 y 2, ECAT y FOSYGA, tramitándolos con las aseguradoras en la



ciudad de Bogotá y le reconocimiento o pago al contratista se hace por la efectividad de lo recaudado y no por lo facturado.

Conclusión

Se concluye que en la evaluación de contrato éste cumple con el objeto del mismo del cual hacen parte los debidos soportes.

Aviso de Advertencia

La entidad no cuenta con oficina de control interno disciplinario, se hace urgente y necesario la creación de esta, con el fin de garantizar la aplicación de las normas relativas a la función pública.

3.5 REVISION DE LA CUENTA

Por lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca No. 100.28.02.13 de 2008, se revisó la información de la Rendición de la Cuenta de las vigencias 2008, 2009 y 2010, teniendo en cuenta la totalidad de los formatos, frente a lo informado por la entidad en el proceso; como resultado de lo anterior se determinó una calificación de 75.4, 73.8 y 70.2 puntos que permiten emitir un concepto favorable.

3.6 RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS

El Hospital San Rafael de Zarzal para cumplir con ésta obligación fiscal según Resolución No. 100.28.02.13 de 2008 efectuó convocatoria a la comunidad del Municipio por medio de notificación personal, emisora y canal local, a fin de brindar participación en la rendición Pública de Cuentas de la vigencia 2010, el cual se llevó a cabo el 8 de abril de 2011 en el Auditorio del Hospital. El informe fue remitido al Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago el 25 de abril de 2010¹ según cacci 3972

Se evidenció en su contexto la invitación a la Audiencia Pública en fecha y lugar antes señalado, en donde los temas de rendición fueron considerados los siguientes: informe financiero, actividades de promoción y prevención, salud pública, cumplimiento de misión institucional y. satisfacción de los usuarios.

Por lo que se establece que existe concordancia entre la información reportada por la entidad en el proceso auditor y el informe de rendición de cuentas.



4. ANEXOS

1. Dictamen Integral Consolidado

Doctora

CLAUDIA MARCELA GONZÁLEZ

Gerente

Hospital Departamental San Rafael

Zarzal Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Departamental San Rafael de Zarzal.

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre del 2008, 2009 y 2010 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del mismo año; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoria incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, evaluó el Sistema de Control Interno.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de las cuentas, con fundamento en el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad en las áreas o procesos auditados y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables consolidados.

En el trabajo de auditoria no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de la misma.

Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoria y las respuestas fueron analizadas en mesa de trabajo encontrándose debidamente soportadas y excluyéndolas del informe.



DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas y la Opinión sobre los Estados Contables consolidados, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, **No Se Fenece** la cuenta(s) de la entidad por las vigencia(s) fiscal(es) correspondiente(s) del año 2008, 2009 y 2010.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre Gestión y Resultados

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para la(s) vigencia(s) 2008, 2009 y 2010, es Desfavorable.

CALIFICACIÓN CONSOLIDADA DEL DICTAMEN INTEGRAL	
CONCEPTOS	CALIFICACION
CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN	DESFAVORABLE
OPINION ESTADOS CONTABLES	NEGATIVO
DICTAMEN INTEGRAL	NO FENECE

CONCEPTOS	GESTION	ESPERADO	CALIFICADO	%
CONSOLIDADO GESTIÓN	ADECUADA	168	124	68%
CONSOLIDADO LEGALIDAD	INADECUADA	50	42	
CONSOLIDADO FINANCIERA	INADECUADA	86	40	

Opinión sobre los Estados Contables

Teniendo en cuenta lo expresado en el informe de auditoria la opinión de los estados contables del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal al 31 de diciembre de 2008, 2009 y 2010 es Negativa.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoria, se establecieron 28 Hallazgos de carácter Administrativo de los cuales 2 son de carácter disciplinario.



PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe realizar un Plan de Mejoramiento que incluya también las acciones correctivas que se cumplieron en forma parcial como resultado de la evaluación del plan de mejoramiento y las acciones y metas que se implementarán para solucionar las deficiencias u observaciones comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

El Plan de Mejoramiento debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución vigente de esta Contraloría.

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca



2. Opinión a los Estados Contables

Doctora

CLAUDIA MARCELA GONZÁLEZ

Gerente

Hospital Departamental San Rafael

Zarzal Valle

Asunto: Opinión Estados Contables vigencias 2008-2009-2010

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria a los Estados Financieros del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal ESE., a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de 2008 - 2009 y 2010 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2010; así como la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y la evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

La presentación de los Estados Contables y la información analizada es responsabilidad de la entidad, la de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, consiste en producir un informe en el cual se exprese una opinión sobre la razonabilidad de dichos estados, así como la Eficiencia y la Eficacia del Sistema de Control Interno.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo a normas, políticas y procedimientos de Auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle y la Resolución 100-28.22.005- donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con las de general aceptación, por lo tanto requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar la opinión y los conceptos expresados en el informe. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la Gestión de la entidad; las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno contable.



Se detalla a continuación las deficiencias encontradas de tipo estructural que permitan sustentar la opinión sobre la razonabilidad o no a los estados contables

No se tiene control adecuado de la Propiedad Planta Y Equipo; los bienes no se encuentran clasificados e identificados con el código respectivo, no se conoce del sitio de ubicación del bien, y No se tienen documentos soportes que garantice la propiedad, generando incertidumbre los valores registrados en este grupo

No se han realizado avalúos técnicos de la propiedad planta y Equipo, no se revela su valor real, por consiguientes no se ajustan en los estados financieros.

Los procesos jurídicos en los cuales se encuentra inmerso el hospital, con pretensiones a la fecha por \$4.584 millones no se encuentran registrados en los Estados Contables, en las cuentas de orden respectiva

No se ha realizado el cálculo actuarial del pasivo pensional, por tal razón los pasivos estimados de la provisión para pensiones no se encuentran incorporados en los estados financieros.

La Cuenta 2455 (Depósitos Recibidos en Garantía), presenta los siguientes saldos; en la Vigencia de 2008 \$483. Millones en el 2009 \$827.millones y en el 2010 \$709.millones, los cuales se registran en esta cuenta hasta tanto se realicen las depuraciones correspondientes (identificación de deudores), esta práctica es utilizada por la Entidad e forma permanente haciendo que los pasivos se inflen y que haya incertidumbre en esta cuenta y en los deudores.

Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación, ya que no se han calculado las depreciaciones en forma individual para cada bien, como tampoco se lleva un registro permanente en el kárdex

La Contraloría Departamental, en la Resolución 100.28.02.13 expedida en diciembre 18 de 2008, establece la presentación de un informe sobre la situación del sistema de Control Interno Contable de las Entidades sujetas a Control fiscal. En atención a lo anterior, el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal ESE, evaluó el Sistema de Control Interno obteniendo una calificación de INSUFICIENTE.



Teniendo en cuenta lo expresado en el informe de auditoria al Hospital Departamental de Hospital San Rafael de Zarzal ESE, la opinión a los Estados Contables al 31 de diciembre de las vigencias 2008 - 2009 y 2010 es Negativa.

Atentamente,

WILMAR RAMÍREZ SALDARRIAGA

Contador Público

Tarjeta Profesional No. 130709 – T



3. CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS



RELACION DE HALLAZGOS AUDITORIA INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL
VIGENCIA 2008, 2009 y 2010

No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	GESTION							
1	<p><u>Planeación</u></p> <p>La entidad en su proceso de planeación no articuló totalmente los proyectos establecidos en los planes estratégicos, con otros instrumentos de planeación tales como plan de acción, presupuesto, y el plan operativo, trayendo como consecuencia el incumplimiento de algunas metas planteadas, también se evidencio falta de coordinación y articulación entre las dependencias para la ejecución y evaluación del plan de estratégico; la ESE no gozó de un buen sistema para evaluar las políticas, planes y estrategias, lo cual debe ser punto de atención por parte de la Gerencia.</p>	La Institución con el desarrollo de su sistema de Gestión de Calidad y MECI, debe fortalecer el componente de planeación, logrando la articulación de sus áreas, de sus planes, programas y proyectos, en coherencia al presupuesto Institucional. De igual forma plantarlos de tal manera que puedan ser medidos e identificadas las desviaciones para actuar en caso de requerirse y de esta manera garantizar su cumplimiento, por tal razón se acata este hallazgo administrativo para ser intervenido a través del Plan de mejoramiento.	La entidad acepta la observación, por lo tanto se mantiene la observación para incluirlo en el plan de mejoramiento.	X				
2	<p><u>Seguimiento Plan de Mejoramiento</u></p> <p>En octubre de 2009 la Contraloría Departamental del Valle realizo seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con relación a la auditoria practicada a las vigencias 2005, 2006 y 2007; de 44 hallazgos se encontró que 36 se cumplieron totalmente y 8 en forma parcial, con un avance del 90%, de las 8 acciones que quedaron pendientes a la fecha la administración ha dado cumplimiento a 4 quedando pendientes 4 las cuales no tuvieron ningún tipo de avance para los siguientes hallazgos</p> <p>Hallazgo 17: No se está dando cumplimiento a las normas técnicas establecidas por la</p>	Con respecto a este hallazgo la entidad debe incluir estas acciones correctivas en su plan de mejoramiento. Parte de este hallazgo se subsana cuando contabilidad registre los avalúos y aplique la depreciación, este trabajo de determinación de avalúos y depreciación, se terminó en el mes de Junio y solo queda registrarlo en contabilidad.	La entidad acepta la observación, por lo tanto se mantiene la observación para incluirlo en el plan de mejoramiento.	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Contaduría General de la Nación para el calculo de la provisión de cartera, como tampoco se da cumplimiento a la Carta Circular No. 72 de diciembre de 2006, numeral 3.1</p> <p>Acción Correctiva: Se realizan las evaluaciones técnicas que permitan determinar las contingencias de pérdida o riesgo de incobrabilidad, el respectivo traslado a subcuenta capital fiscal.</p> <p>Hallazgo 18: En el proceso de saneamiento contable los resultados de los análisis, estudios y valoraciones de la cuenta propiedad planta y equipo, no fueron actualizados en los estados financieros, por lo tanto el saldo de esta cuenta no es razonable.</p> <p>Acción Correctiva: Elaboración de un plan de mejoramiento para el kárdex de inventario, manejo de los valores de la propiedad en planta y equipo y su respectiva depreciación.</p> <p>Hallazgo 19: Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación generando incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa.</p> <p>Acción Correctiva: Se realizara el registro individual de la depreciación.</p> <p>Hallazgo 20: El saldo de las cuentas por pagar por bienes y servicios genera incertidumbre puesto que no hay consistencia en la</p>							



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>información reportada por los proveedores y la existente en contabilidad, no se identifican procedimientos de conciliación</p> <p>Acción Correctiva: Establecer procesos de conciliación de cuentas por pagar con los proveedores teniendo en cuenta que la obligación sea clara, expresa y exigible.</p>							
3	<p>Control Interno</p> <p>En la aplicación e implementación del modelo estándar de control interno MECI, se evidenció que no fue posible involucrar a todos los funcionarios del hospital dado a que las convocatorias para las capacitaciones y socializaciones éstos hacían caso omiso y solo asistía un grupo muy pequeño lo que refleja la falta de compromiso por parte de los funcionarios de la ESE.</p> <p>Para su implementación y de acuerdo al resultado obtenido en la encuesta presentada por el Hospital al Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, en febrero de 2011 la entidad presenta un avance del 82.18% en la implementación del modelo. El grupo auditor evidenció que el resultado no es coherente con la realidad de la entidad, en razón a la encuesta realizada por parte de la Contraloría Departamental del Valle a los diferentes procesos, ya que estos se encuentran documentados mas no están difundidos, entendidos ni aplicados.</p> <p>El componente con mayor debilidad es control</p>	<p>Dentro del Hospital se viene implementando un sistema de gestión de calidad que integra MECI y Calidad, Buscando esta articulación la ESE desarrolló continúa realizando el proceso de socialización del SGC al personal del Hospital, teniendo en cuenta el cuadro de la norma NTCGP 1000:2009, el cual establece el engranaje entre los sistemas definidos como el SIGA Sistema integrado de gestión administrativa (Se anexa cuadro de la norma NTCGP 6 folios).</p> <p>La documentación se ha construido con el personal involucrado en el proceso, desde la construcción colectiva del código de ética, razón por la cual los documentos se han entendido y obviamente difundido, a través de la entrega del manual del funcionario (Se anexa Manual, registro de entrega del mismo y registro de asistencia a capacitaciones 13 folios), también a través de las jornadas de inducción y re inducción, las reuniones del comité de calidad y otras reuniones realizadas por la empresa en el año 2010 en un plan de capacitación MECI que se estableció para 4 meses, a medida que se citaban los funcionarios y estos no asistían se fue retomando acciones para su ejecución, por ello se fueron alargando los plazos para que el proceso fuera entendido y aplicado; se está en la tarea de realizar el seguimiento y evaluación a lo aplicado, dentro del esquema de mejoramiento continuo de calidad MCC.</p>	<p>Se acepta la respuesta dada por la administración con relación al hallazgo disciplinario y mantiene la observación como administrativa ya que la entidad debe continuar con la mejora continua con el fin de garantizar la sostenibilidad del Sistema de Control interno en la entidad.</p>	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>de evaluación, en razón, a que durante las vigencias auditadas no se llevaron a cabo auditorias internas como producto de una debida programación, las pocas auditorias que se hicieron reflejaban el desconocimiento y la desorganización por parte del auditor, ya que el producto de la auditoria, es decir, el informe no se elaboraba bajo una estructura como tal lo mismo sucedió con los planes de mejoramiento los cuales no fueron objeto de ningún tipo de seguimiento.</p> <p>Se presentan debilidades en:</p> <ul style="list-style-type: none">El documento de diagnostico estratégico se basa en el plan de desarrollo y planes de acción, y no tiene en cuenta la matriz DOFA de la entidad.Los objetivos institucionales solo se han documentado mas no se han difundido, ni entendido, como tampoco aplicado.No se maneja muy bien al interior de la entidad el concepto de indicadores, como tampoco se tiene definidos.Para el caso del proceso de seguimiento y evaluación este se encuentra difundido, entendido y aplicado, mas no se ha documentado, situación que no presenta coherencia.	<p>Dentro de la organización documental que se tiene del SGC se han establecido los PA procedimientos administrativos para las auditorías internas de calidad, teniendo en cuenta tiempos, programa, plan, hoja de verificación o lista de chequeo, informe de auditoría, evaluación y seguimiento, plan de acción y la matriz ACPM acciones correctivas, preventivas y de mejora (Se anexa documento Procesos administrativos que posee 15 folios).</p> <p>Se han definido los riesgos a través del mapa de riesgos institucional (se anexa documento componente riesgos adoptado por Resolución 172 del 1 de Junio de 2009 y metodología de la gestión del riesgo. 55 folios) y por proceso, los cuales fueron socializados, a lo cual se hará seguimiento en las auditorias frente a los planes de acción de los riesgos.</p> <p>Dentro del proceso gestión talento humano se han realizado las encuestas de las necesidades de capacitación de cada proceso a través de las cuales se elabora el programa de capacitación del hospital, todo ello desde el área de calidad. El DOFA igualmente se construyó y trabajo con el personal del hospital sobre la situación del hospital, igualmente liderado por el área de calidad y la gerencia, información que reposa en el Plan de Desarrollo (se anexa formato resumen del DOFA 7 folios).</p> <p>Los objetivos institucionales se han elaborado al igual que la política de calidad, se ha construido la matriz objetivos VS procesos donde a cada proceso le corresponde por lo menos un objetivo y no existe objetivo sin proceso, Los objetivos institucionales se encuentran incluidos en los siguientes documentos: Manual de calidad, plan de desarrollo y Pamec;</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<ul style="list-style-type: none">• Todo lo relacionado con el componente de administración del riesgo se tiene documentado pero no se ha difundido, ni entendido, ni aplicando. <p>La entidad no cuenta con sistema de control interno acoplado a los lineamientos de las estructura del MECI, no ha culminado con éxito todas las etapas, el control de registro de documentos no se asocia con la unidad documental, toda vez, que los documentos que enviados y recibidos en el proceso auditor no fueron registrados por ventanilla única.</p> <p>El Sistema de Control Interno implementado es muy débil es responsabilidad del representante legal de la entidad montar un sistema de control interno confiable y del Jefe de la Oficina de Control Interno hacer las evaluaciones periódicas, detectar las debilidades y dar las respectivas recomendaciones sobre los controles para fortalecerlo. Este sistema presenta fallas en todos los aspectos; desde la generación de la información, la detección de riesgos, hasta los controles implementado.</p>	<p>por consiguiente se encuentran difundidos y aplicados. (Se anexa Política, Principios y Objetivos. 3 folios).</p> <p>Se elaboraron las modelaciones de proceso, en las cuales se define objetivo, alcance, responsables, entradas proveedor, actividades, tipo, salida, cliente, indicadores o medición del proceso, requisitos, todo enmarcado dentro del ciclo PHVA. De igual manera dentro del área de calidad (Se anexa CD con la caracterización de los procesos).</p> <p>El mapa de procesos se ha elaborado con el personal y se ha difundido (Manual del funcionario), con base en él se elaboraron las modelaciones de proceso.</p> <p>La dirección tiene definidos los indicadores y maneja su concepto, es decir la utilidad que estos representan, para ello en cada uno de los procesos están definidos y son evaluados bajo las perspectivas financiera, cliente interno y cliente externo, los cuales están documentados (Documento Políticas de operación adoptado por Resolución 173 del 3 de Junio de 2009 y porcentaje de cumplimiento de indicadores 2010. 36 folios), en el Plan Estratégico 2010 fueron planteados y evaluados por cada responsable de área, de acuerdo al cumplimiento de sus planes de acción. En la rendición de cuentas, la gerencia presento los resultados a la ciudadanía, además a los diferentes organismos de control como contraloría Departamental, Contaduría General de la Nación, Supersalud, Secretaría Departamental de Salud y las EPS contratistas. Lo mismo aplica para los controles preventivos y correctivos definidos en cada proceso. Los cuales se encuentran inmersos en las políticas de operación.</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>En los procedimientos de información primaria y secundaria y componente de comunicación pública, la Institución los tiene documentados, socializados y entendidos, de igual forma permanecen en la página web, para ser consultados permanentemente por personal interno y externo (se anexa documento socialización del componente de información y comunicación, evidencias fotográficas, registros de asistencia y material de trabajo utilizado en la socialización de este componente. 62 folios)</p> <p>El sistema de control interno como tal se está articulando como se explica al inicio con el SGC para que la oficina de control interno haga lo pertinente y sus seguimientos y evaluaciones a través de las auditorías internas.</p> <p>Sin embargo la oficina de control interno ha realizado algunas auditorías internas dando cumplimiento al cronograma institucional de auditorías (Se anexa plan de auditorias aprobado para el año 2011. 9 folios), las cuales generaron las observaciones que sirvieron de insumo para elaborar los planes de mejoramiento, a los cuales ya se les realizo seguimiento. (Plan de mejoramiento e Informe avance plan de mejoramiento. 7 folios).</p> <p>Por lo anteriormente expuesto, y frente a un proceso que adelanta el hospital de articulación de los sistemas, solicito con todo respeto se levante el hallazgo disciplinario para que continuemos en la mejora continua del proceso de articulación de los sistemas, teniendo en cuenta que en la actualidad se encuentra vigente el contrato No 032 del 20 de mayo de 2011, el cual tiene como objeto, Desarrollar, articular y capacitar sobre los sistema de gestión de calidad y con el que se espera fortalecer el MECI Y EL</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>SGC del Hospital. (Se anexa Cartilla CALIDAD-MECI, SISTEDA-SIGA. 7 folios)</p> <p>Finalmente les solicito considerar que estos procesos de cambio, donde se pretende que todos los funcionarios adquieran compromiso institucional, no se puede imponer, se debe dar paulatinamente, hemos organizado varios ciclos de capacitación y en la medida que avanza el proceso, los funcionarios se ha ido comprometiendo, si bien no hemos logrado un 100%, continuaremos impulsando procesos de concientización, hasta lograr el compromiso de todos los funcionarios, para lo cual se tiene elaborado el plan de re inducción del sistema MECI- CALIDAD, que inicia desde el presente mes de agosto (Anexo contenido Guía para la sostenibilidad del sistema de control interno, Plan de capacitación y socialización MECI 2011. 79 folios).</p> <p>Como se puede observar la evaluación de la encuesta con la metodología de la DAFP, nos dio una calificación del 82.18%, recordando que esta encuesta es diligenciada por los funcionarios (Se anexa encuesta diligenciada por funcionarios, informe ejecutivo anual de control interno y plan de mejoramiento para subsanar brecha. 18 folios) y esa es la percepción que tienen ellos, donde se puede evidenciar que los procesos se encuentran documentados, los hemos difundido y a pesar de ello, falta que</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>muchos funcionarios se apropien de este sistema, debemos tener de presente que los cambios culturales no se dan de la noche a la mañana, máxime cuando este es un sistema que no se debe imponer, por el contrario hay que generar un ambiente de sensibilización que permita lógicamente cambiar la aptitud de todos los funcionarios, desde el cargo más alto, hasta el cargo de ultimo nivel.</p> <p>Considero que debemos seguir trabajando para llegar a que el 100% de los funcionarios estén comprometidos con el modelo, por tal motivo solicito replantear el tipo de hallazgo y dejarlo como administrativo, con el compromiso de que la entidad continuará con la implementación del MECI en el plan de mejoramiento.</p>						
4	El Hospital como Institución Publica Prestadora de Servicios de Salud debe garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía a la Calidad en Salud, así como también el funcionamiento del MECI, pese a que la Ley 872 obliga a las instituciones del estado a implementar un Sistema de Gestión de Calidad; para el caso del Hospital el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud se han pronunciado al respecto estableciendo que para las Instituciones Publicas de Salud el cumplimiento de esta ultima norma citada se homologa a la obligatoriedad de cumplir con el SOGCS, sin embargo en esta institución viene implantando un Sistema de Gestión de Calidad articulado que integra el SOGCS y el MECI con un componente transversal como es la estructura	El Trabajo de calidad y para las Instituciones de salud el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud, debe ser constante y obligatorio, por tal razón en el Plan de mejoramiento se plasmaran acciones concretas tendientes a avanzar y garantizar la continuidad de este sistema.	La entidad acepta la observación, por lo tanto se mantiene para incluirlo en el plan de mejoramiento con el fin de dar cumplimiento a la Norma NTCGP 1000:2009.	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>por procesos.</p> <p>En el seguimiento efectuado la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 el área de Gestión de Calidad en la ESE ha logrado un avance del 45%, se deja como hallazgo administrativo con el fin de que la entidad adquiera el compromiso de su completa implementación.</p>							
5	<p>Riesgos Glosas, Cartera y Facturación</p> <p>El análisis de gestión de las áreas de auditoria medica, cartera y facturación permitió constatar e identificar la presencia de riesgos para las finanzas de la entidad, la falta de comunicación y colaboración entre todas las personas involucradas en el proceso de facturación y gestión en la contestación de las glosas le estarían generando pérdida de recursos a la entidad; se evidencio falta de una continua capacitación generando errores en la facturación causales de glosas, en su mayoría por error en el descuento pactado, facturación por procedimientos incluidos en paquetes, la glosa irrecuperable es OPS a nombre de otra institución.</p>	<p>Se acepta este hallazgo, teniendo en cuenta que los ingresos del Hospital (facturación, glosas y cartera) debe ser un proceso de primordial atención dentro de la Institución.</p>	<p>La entidad acepta la observación, por lo tanto se mantiene la observación para incluirlo en el plan de mejoramiento.</p>	X				
6	<p>El hospital no rindió a la Contraloría Departamental la cuenta ambiental de la vigencia 2010.</p>	<p>A la contraloría Departamental, a través del SIRCVALLE, en la rendición de la vigencia 2010 si se le rindió la cuanta ambiental (Se Anexa copia de rendición. 1 folio)</p>	<p>La entidad no rindió el formato F11A relacionados con proyectos de inversión ambiental PGIRHS. Por lo tanto la observación se mantiene.</p>	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
7	<p><u>Gestión Documental:</u></p> <p>El Hospital Departamental San Rafael del Municipio de Zarzal ha sido reincidente en la no aplicabilidad de algunos de los artículos de la ley 594 del 2000 y otras normas del Archivo General de la República, por lo tanto se determina Hallazgo administrativo por las siguientes razones:</p> <p>1. Las Instalaciones donde esta funcionando el Archivo de Fondos acumulados no cumple con los requisitos de Ley ubicado en el 2 piso, Acuerdo 037 de 2002 y 049 del 2000. Existe dentro de esta área espacios con gran cantidad de implementos que al parecer se encuentran en mal estado, que no prestan ningún beneficio a la empresa pues lo único que hacen es disminuir el espacio de esta área que esta destinada a otro fin.</p> <p>2 Las instalaciones donde están ubicadas las historias clínicas, no cumplen con la normatividad vigente, condiciones ambientales y no cuenta con un sistema tecnológico.</p>	<p>Pese a como describe el hallazgo el Hospital ha sido recurrente en la no aplicabilidad de la Ley 594 de 2000, si es preciso que se considere el avance que ha logrado en este proceso, a pesar de los problemas del sector salud que afectan directamente y especialmente lo financiero a la Institución, por lo anterior a los diferentes numerales expresamos lo siguiente:</p> <p>1.El Hospital cuenta con la Ventanilla Única a través de la cual funciona la unidad de correspondencia que gestiona de manera centralizada y normalizada los servicios de recepción, radicación y distribución de sus comunicaciones oficiales, de manera que estos procedimientos contribuyan al desarrollo del Programa de Gestión Documental y así tener una mayor eficiencia en términos de productividad, asignación de responsabilidades, prestación de los servicios de mensajería externa e interna y de recibo y envío de fax.</p> <p>Garantiza además la respuesta ágil y oportuna a las consultas, quejas o reclamos presentados por los usuarios.(se anexa copia de libro radicador 20 folios)</p> <p>2. Los problemas financieros de la Institución no han permitido desarrollar y financiar un proyecto para la sistematización de la Historia Clínica, lo que ha generado que éstas continúen siendo manuales generando un gran número de historia debido al volumen de pacientes que se atienden en el Hospital, sin embargo la Secretaria de Salud Departamental está liderando un proyecto para sistematizar la historia Clínica, del cual el Hospital será beneficiario, con esto se espera solucionar en un alto porcentaje este punto.</p>	<p>Se levanta la observación disciplinaria y mantiene administrativo con el fin de que la entidad continúe con la aplicación de la Ley 594 de 2000 y demás normatividad del Archivo general de La Republica.</p>	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>3 No tienen aplicada tecnología en el Archivo Central ni en la Ventanilla Única.</p> <p>4 Se evidencio ganchos metálicos y la no foliatura de los Archivos de Gestión.</p>	<p>3. La Ley 594 de 2000 - Ley General de Archivos, reguló en su Título V: Gestión de documentos, la obligación que tienen las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas, en elaborar programas de gestión de documentos, independientemente del soporte en que produzcan la información para el cumplimiento de su cometido estatal, o del objeto social para el que fueron creadas. En su regulación la Ley 594 previó que el desarrollo tecnológico en las entidades es desigual y por lo tanto deja claro que los principios y procesos archivísticos deben aplicarse cualquiera sea la tecnología y el soporte en que se produce la información. Con este instrumento el Archivo General de la Nación pretende entonces orientar a las entidades públicas y privadas que cumplen funciones públicas, para facilitarles la adopción y adaptación del programa. Lo que no es óbice para que la Empresa una vez tenga disponibilidad presupuestal y de recursos realice la inversión de adquisición de equipos para automatizar y dar seguridad a los procesos de gestión documental, teniendo en cuenta que son elementos fundamentales de la administración pública, agentes dinamizadores de la acción estatal y sustento natural de sus procesos informativos.</p> <p>4. La Empresa se encuentra en la implementación gradual de un conjunto de estrategias y procesos de conservación, para asegurar el adecuado mantenimiento del documento, los cuales están encaminados a garantizar la integridad física y funcional de toda la documentación desde el momento de su emisión, durante su periodo de vigencia, hasta la disposición final. Como consecuencia de esto se puede observar entre otras</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>5. El Grupo Auditor no evidencio Auditorias Internas realizadas al Archivo de Gestión de las diferentes dependencias como tampoco al Archivo Central de la Entidad.</p> <p>6. La persona que maneja la ventanilla Única hace funciones de Recepcionista de la Entidad.</p>	<p>actividades que en algunas áreas tales como contabilidad, presupuesto, tesorería, gerencia y recursos humanos, se dio inicio al cambio de los sistemas de agrupación de ganchos metálicos a ganchos plásticos.</p> <p>5. La gerencia verificara que se incluya dentro del plan de auditorías internas las auditorias a los archivo de gestión y al archivo central.</p> <p>6. El contexto de la empresa obliga a la optimización del recurso humano, sin dejar de lado el conocimiento y la capacidad, habilidades y destrezas del personal y la eficiencia y eficacia del servicio tanto al cliente interno como externo. Las actividades de recepción son compartidas con la oficina del SIAU quien es la responsable de direccionar al usuario a los diferentes servicios y dar la información solicitada por estos. En cuanto a las funciones de ventanilla única estas se apoyan con el encargado de mensajería quien realiza la actividad de distribuir los documentos respectivos a las distintas dependencias. Lo anterior basado en el espíritu de colaboración, respeto mutuo e integración.</p> <p>Muy respetuosamente les solicitamos considerar el avance que la Institución ha tenido en este tema de archivo, mas aun que se ha realizado en muy poco tiempo y que desde las gerencias se ha demostrado la voluntad de implementar este proceso, se designo por acto administrativo la funcionaria responsables del proceso, a quien se le ha enviado a dos capacitaciones, de igual manera se designó el lugar para el archivo central, y se adquirieron los elementos de apoyo necesarios para la organización de la documentación, de igual forma como resultado de la auditoría realizada por control interno en el mes de abril, se incluyo en el plan de</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		mejoramiento algunas oportunidades de mejora a las cuales se le está haciendo seguimiento .						
	LÍNEA FINANCIERA							
8	En la estructura del presupuesto de gastos, no se refleja el componente de inversión con sus respectivos clasificadores (Programas, subprogramas y proyectos), por esta razón no se pueden construir indicadores, que permitan medir la gestión o el grado de cumplimiento del plan estratégico de la Entidad, a través del Presupuesto. No existiendo armonización o articulación entre estos componentes preponderantes del proceso de planificador.	<p>Cuando establecemos los diferentes componentes del presupuesto, podemos identificar los tipos de gastos, como de personal, generales, por transferencias, amortización e intereses de la deuda y los gastos en inversión, entre otros.</p> <p>Por otro lado desde la Constitución Política de Colombia, se establece el Gasto Público Social, el cual contempla la SALUD, como uno de los principales</p> <p>En el caso particular del Hospital Departamental de Zarzal y en general en todos los Hospitales del sector publico los gastos de inversión como tal son muy reducidos y cuando hablamos de inversión en este sector nos referimos a inversión en infraestructura y equipos fundamentalmente, es mas poco aparecen en los Planes Estratégicos.</p> <p>Ello por cuanto el modelo del sector de la salud en Colombia hace que año tras año se tengan resultados fiscales deficitarios, lo cual imposibilita, repito que se apropien grandes cantidades de recursos para inversión en infraestructura y equipos.</p> <p>Cuando elaboramos el Plan Estratégico, establecemos una serie de programas orientados a la prestación del servicio de salud, lo cual es la razón de ser del Hospital</p>	<p>Toda vez que el Hospital no genera los flujos de caja suficientes que apalanque la inversión con recursos propios , se acepta la respuesta dada por la administración con relación al hallazgo disciplinario y mantiene la observación como administrativa ya que la entidad debe conformar sus presupuestos de acuerdo con lo establecido en el plan estratégico y esta en la obligación de generar rentabilidad con el fin de establecer proyectos de inversión cuya fuente sean recursos propios</p>	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>y cuando se elabora el presupuesto se tienen en cuenta dichos programas, que permita articular el presupuesto y a la vez garantice el cumplimiento de las actividades programadas, esto se puede corroborar con el mismo informe del grupo auditor, cuando en uno de sus apartes establece.</p> <p>“Para la vigencia 2009 las actividades programadas superaron el 100% de ejecución debido a la demanda de los usuarios principalmente en consulta especializada con un 165% ya que de 11.302 paso a 18.717 usuarios, seguido de consulta externa con un 109% que de 52.632 paso a 57.701, para el 2010 la demanda se presenta en laboratorio clínico con un 118% de 70.560 creció a 83.988, situación esta que fue posible de acuerdo a la oferta que ofrece el hospital en cuanto al personal por contrato con que cuenta.” (Negrilla fuera de texto).</p> <p>Como podemos observar cumplimos en las vigencias 2009 y 2010 con más del 100% de las actividades programadas en cuanto a la prestación del servicio de salud, que repito es la razón de ser del Hospital.</p> <p>Cuando analizamos el clasificador de los gastos en el presupuesto, el porcentaje mayor es el de Gastos de Personal y este más del 90% representa personal que está directamente ligado a la prestación del servicio de la salud, con el cual se logra cumplir con las actividades establecidas en los programas del Plan Estratégico, desde</p>						



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>este punto de vista estos gastos deberían clasificarse como gastos de inversión y no como gastos de personal, como si fuesen de funcionamiento y no estarían dirigidos al cumplimiento del gasto público social en salud.</p> <p>Finalmente me permito manifestar con todo respeto a la comisión auditora que en ningún momento se está trasgrediendo los artículos 3 y 15 del decreto 115 y por el contrario como ustedes mismos lo afirman, en las vigencias 2009 y 2010 cumplimos con más del 100% de las actividades planeadas o programadas y por tal motivo solicito el retiro del hallazgo.</p>						
9	Se constato, que los deudores por venta de servicios (Diferentes regímenes) no cumplen con las fechas pactadas y determinadas en la norma para el pago de su obligaciones, a pesar, de esta situación, el Hospital No liquida y cobra intereses moratorios, incumpliendo con este actuar los preceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13 parágrafo 5.	<p>Este no es un problema solo del Hospital Departamental de Zarzal, en las diferentes reuniones que sostenemos los Gerentes de los Hospitales del Departamento, la queja generalizada es el incumplimiento de los diferentes deudores, con los pagos a los Hospitales, presentándose en ocasiones problemas de liquidez por esta razón.</p> <p>Esta situación hace que tanto el Gerente como otros Directivos de la entidad nos tengamos que desgastar permanentemente haciendo reuniones con nuestros deudores, intentando llegar a acuerdos de pago, en los cuales casi siempre está por delante, el que ellos pagan pero sin que les cobremos intereses corrientes, mucho menos intereses moratorios y para garantizar la liquidez del Hospital, se llega en muchas oportunidades a acuerdos de pago sin los</p>	<p>No se acepta la respuesta dada por la entidad, toda vez, que se violo una norma y por este actuar se están dejando de recibir recursos por servicios prestados en su debido momento y esta situación atenta directamente contra las finanzas e iliquidez del hospital.</p>	x	x			



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		intereses. En ningún momento estos acuerdos se hacen con la intención de violentar las normas, se pactan acuerdos de pago sin intereses por cuanto los Hospitales no tenemos facultades sancionatorias ante nuestros deudores, por ello solicito a la comisión auditora retirar el hallazgo y más bien analizar al interior de la Contraloría cómo hacer para que nos ayuden y recibamos en forma oportuna los recursos por los servicios prestados.						
10	El Hospital a la fecha por concepto de parafiscales debe la suma de \$ 916.907.005 por valores dejados de cancelar al ICBF desde la Vigencia de 1999 hasta junio de 2009 (\$670.852.740) se firmo acuerdo de pago; con el SENA se adeuda \$246.054.265 por valores sin pagar desde diciembre de 2005 a junio de 2010 se cancelo el 10% requisito para suscribir el acuerdo de pago, la Entidad Certifica que desde la vigencia de 1999 los funcionarios fueron desafilados de la caja de compensación familiar y por tal razón no se tiene deuda con las respectivas cajas. Se violaron presuntamente con este proceder los preceptos establecidos. En las Leyes 89 de 1988 en su artículo 1 parágrafo 3 ; Ley 119 de 1994 en su artículo 34 parágrafo único y la Ley 21 de 1982 en su Artículo 7 numeral	Con todo respeto les solicito muy comedidamente dejar este hallazgo solo administrativo en consideración a todas las acciones realizadas por la entidad tendientes a subsanar esta situación generada desde el año 1999 cuando por los graves problemas financieros por los cuales atravesó la institución dejo de cancelar los aportes parafiscales ocasionando la desafiliación del personal a la caja de compensación familiar, sin embargo desde el año 2009 se iniciaron los acercamientos con el ICBF y el SENA (Se anexan tres oficios envidos en Mayo y Octubre de 2009), logrando a la fecha tener suscritos dos acuerdos de pago con el ICBF los cuales se vienen cumpliendo y también se realizó la cancelación del 10% del total de la deuda que se tiene con el SENA requisito indispensable para la suscripción del acuerdo de pago del monto restante. Igualmente considerar la acción más importante realizada en el mes de Julio de 2010 cuando se afilió de nuevo el personal a la caja de compensación y desde este mismo mes se viene cancelando ininterrumpidamente mes a mes los aportes parafiscales (SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION) (Se anexa certificación del revisor fiscal 1 folio). Lo anterior puede	No se acepta la respuesta de la entidad por que ellos por Ley estaban en la obligación de generar los recursos suficientes para pagar esta obligación cada mes, el no hacerlo certifica la falta de planeación financiera del hospital. Además esta situación trae como consecuencia el pago de intereses moratorios que agravan aun mas las finanzas de la entidad. Se deja constancia que esta situación fue generada desde el año 1999 y la administración actual viene realizando diferentes gestiones con entidades (Sena, ICBF y Caja de Compensación	x	x			



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>evidenciar el compromiso que se ha tenido desde la gerencia para lograr sanear esta deuda de vigencias anteriores, así como también dar cumplimiento a la norma en cuanto a obligación de pago de aportes y compensación funcionarios, lo que a la fecha nos permite garantizar que no hay un incumplimiento de la misma.</p> <p>Con el ICBF el Hospital celebró acuerdo de pago atendiendo la reglamentación señalada para ello, sin que pudiera obtener condonación de intereses de mora. La entidad asumió dicho pago teniendo en cuenta que por fuerza mayor no pudo cubrir a tiempo el pago de parafiscales, ya que los recursos propios obtenidos debió invertirlos en la atención a la Salud que es su objeto misional amparado por la Constitución Nacional, dejando de atener dichos pagos mientras recibía los recursos para ello que no son otros que los obtenidos por concepto del contrato suscrito con la Secretaría de salud.</p> <p>Cabe anotar que el pago de lo esencial de la salud o a pagar obligaciones tan importantes como las de orden esencial que comprenden intereses al ICBF obedece a dos razones fundamentales, la primera al impedimento legal que tiene el acreedor para exonerar al Hospital del pago de intereses moratorios, la segunda razón atiene a que el flujo de esta ESE departamental obliga a tomar decisiones determinantes en cuanto a la prestación del servicio fundamental, constitucional y esencial de la salud, o a pagar obligaciones tan importantes como las de orden parafiscal. La escasez de recursos determinó dar prioridad a lo constitucional. Se hace claridad que el Hospital siempre le ha asistido la voluntad de pagar los parafiscales con recursos propios de acuerdo a nuestro flujo de caja. (Se anexa Acuerdo de pago suscrito con el ICBF, liquidación de</p>	Familiar) con el fin de solucionar este problema.					



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		deuda SENA y pago del 10% de la deuda. 11 folios)						
11	Se constato que la Entidad carece con un programa de costos, que le permita conocer en forma real los valores de cada uno de los procedimientos realizados por el Hospital y los márgenes de utilidad dejados por estos. en la contratación realizada con las diferentes Entidades Responsables de los pagos de servicios de salud por carecer de este programa, existe el riesgo que al contratar de esta forma se este trabajando a perdida. La entidad debe consolidar cada uno de los procedimientos realizados, por Centros de Costos, y determinar a cuanto equivale el valor de la Mano de Obra, los Gastos Generales y los suministros en cada uno de ellos, y así poder conocer los márgenes de utilidad o perdida generado por centro de costos, y esto sirva como base para la toma de decisiones de la Alta Gerencia.	El Hospital desde el mes de Noviembre de 2010 viene realizando la implementación del sistema de costos, al grupo auditor se le hizo entrega de todos los informes generados dentro de este proceso. Teniendo en cuenta que la Institución se encuentra en el proceso de implementación se acata el hallazgo pues dentro del plan de mejoramiento se incluirá terminar esta implementación y garantizar su continuidad.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				
12	El Hospital presenta indicadores de inviabilidad fiscal, por tal razón se hace necesario la adopción de medidas y acciones para restablecer en un periodo determinado la solidez económica y financiera mediante un programa de saneamiento fiscal y financiero, que tenga como base fundamental los programas de costos, que les permita generar liquidez e inversión con recursos propios.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				
13	La funcionaria encargada del Área de presupuesto No participa en la formulación y programación del Plan de Desarrollo (Plan Estratégico) y presupuesto de la Entidad, su	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	función se limita, a la expedición de certificados y registros presupuestales.							
14	En la formulación, programación y ejecución del presupuesto no se toma como base el Plan financiero (operaciones efectivas de caja), no se evidencia la existencia de esta herramienta financiera y de planeación.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
15	No se tiene control adecuado de la Propiedad Planta Y Equipo; los bienes no se encuentran clasificación e identificados con el código respectivo, no se conoce del sitio de ubicación del bien, y No se tienen documentos soportes que garantice la propiedad.	Durante el 2010 se realizó la actualización de los inventarios y se plaquetaron todos los equipos biomédicos, está pendiente marcar los demás bienes. Por lo tanto se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento, teniendo en cuenta que ya se cuenta con el documento de los inventarios de propiedad planta y equipo.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				
16	No se han realizado avalúos técnicos de la propiedad planta y Equipo, no se revela su valor real, por consiguientes no se ajustan en los estados financieros	Durante el 2010 el Hospital realizó la actualización de los inventarios, y en el mes de Junio de 2011 se culminó el trabajo de avalúo y depreciación de los bienes muebles e inmuebles. Dentro del plan de mejoramiento para subsanar este hallazgo quedará que contabilidad realice el ajuste en los estados financieros (Se anexan dos documentos de inventario, avalúo y depreciación 172 folios).	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				
17	Los procesos jurídicos en los cuales se encuentra inmerso el hospital, con pretensiones a la fecha por \$4.584 millones no se encuentran registrado en los Estados Contables, en las cuenta de orden respectiva.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	x				
18	No se tiene constituido un fondo de contingencias para estos procesos, en el momento de fallarse algún caso, esta situación	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	atentaría con el equilibrio financiero de la Entidad, por no contar con dicho fondo.		observación.					
19	No se ha realizado el cálculo actuarial del pasivo pensional, por tal razón los pasivos estimados de la provisión para pensiones no se encuentran incorporados en los estados financieros.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
20	La Cuenta 2455 (Depósitos Recibidos en Garantía), presenta los siguientes saldos; en la Vigencia de 2008 \$483.millones en el 2009 \$827 millones y en el 2010 \$709.millones, los cuales se registran en esta cuenta hasta tanto se realicen las depuraciones correspondientes (identificación de deudores) y haga la respectiva reclasificación, pero se evidencia en los estados contables, que se ejecutan estos recursos sin la identificación previa, no teniendo en claro a qué fuente corresponde, incongruencia frente al Plan Financiero, que debe tener la entidad, además, esta práctica en forma permanente hace que los pasivos se inflen y que no haya certeza sobre los deudores.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
21	Los Estados Financieros no reflejan el valor real en la cuenta depreciación, ya que no se han calculado las depreciaciones en forma individual para cada bien, como tampoco se lleva un registro permanente en el kárdex	Durante el 2010 el Hospital realizó la actualización de los inventarios, en el mes de Junio de 2011, se culminó el trabajo de avalúo y depreciación de los bienes muebles e inmuebles, dentro del plan de mejoramiento para subsanar este hallazgo debe quedar que contabilidad realice el ajuste en los estados financieros.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
22	La administración del Hospital, a través de la resolución No. 153 de (29 de abril de 2011), crea el reglamento interno de recuperación de	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	cartera, con La información referente, se puede colegir que este no se aplica, las gestiones para el cobro se limitan, a llamadas telefónicas y oficios de la funcionaria encargada del Área de Cartera. El cobro coactivo y las denuncias ante autoridad competente no se realizan, incumpliendo con lo establecido en la Resolución.		observación.					
23	No se diligencias dentro de los términos establecidos por la norma, las glosas formuladas por las entidades responsables del pago de los servicios de salud, agudizando el problema de liquidez que afronta el Hospital.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
24	En el área de tesorería no se maneja programa de flujos de caja, por tal razón en esa división no se puede ejercer control sobre la procedencia y aplicación de los recursos. Como también les es imposible establecer en forma anticipada los periodos de liquidez e iliquidez.	Se acepta el hallazgo y sus respectivas recomendaciones se acataran en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				
	LINEA DE LEGALIDAD							
25	En la gestión contractual se detectó que en relación con los registros presupuestales, se pudo establecer que este documento en algunos casos no reposa en las carpetas de los contratos sino en la tesorería, con lo que se denota un aislamiento entre las diferentes dependencias; igual situación se presenta con los paz y salvos de parafiscales y otros requisitos fundamentales para la suscripción de los contratos, así como para el pago de	La observación descrita en el hallazgo es cierta para contrataciones de vigencias anteriores, sin embargo en la actualidad la oficina de contratación, mas especialmente el profesional en derecho responsable de esta área, tiene archivado cada uno de los contratos con sus respectivos documentos soporte, sin embargo esta observación se tendrá en cuenta en el plan de mejoramiento para garantizar que se cumpla.	El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>anticipos y compromisos financieros adquiridos por la empresa prestadora de servicios de salud.</p> <p>El anterior resultado es consecuente con las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inobservancia de la norma y falta de aplicación de los procedimientos contractuales. Falta de organización de los procesos contractuales. En las minutas deben reposar todos los documentos requeridos durante el desarrollo de las etapas de la contratación, tanto los requisitos legales, así como los emitidos por las dependencias del área financiera y tesorería. Falta de comunicación entre las diferentes dependencias de la organización. 							
26	<p>La entidad no cuenta con oficina de control interno disciplinario, esta con el fin de garantizar la aplicación de las normas relativas a la función pública.</p>	<p>En el año 2009, mediante Resolución No 152 (se anexa Resolución 2 folios), se le asignó al Dr. Miguel Ángel Cardozo Subgerente de ese entonces las funciones de control interno disciplinario, desde diciembre de 2010, este funcionario ya no labora para la Institución, por tal razón les solicito que este hallazgo sea administrativo para así ser incluido en el Plan de mejoramiento y operativizar de nuevo este proceso en el Hospital.</p>	<p>El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.</p>	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	QUEJAS							
27	<p>Queja QC 33 -2011 CACCI 5990, remitida por parte de la Veeduría del HSRZ:</p> <p>El equipo auditor concluye que de acuerdo a lo consagrado en el Artículo 6 de la Constitución Política de 1991, los servidores públicos en cumplimiento del principio de legalidad solamente pueden ejercer las funciones que estén contenidas en la propia Constitución, en la Ley, en el reglamento e en el manual de funciones general o específico. Esto es que los funcionarios estatales únicamente pueden hacer aquello para lo cual estén expresa y previamente facultados por la Ley. Para estos efectos el artículo 122 de la Constitución dispone que no habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en la ley o el reglamento.</p> <p>Es claro que en una entidad estatal, el personal asistencial no puede ejercer funciones de carácter administrativo, si no se encuentra nombrado para ello, o dichas funciones no le han sido delegadas por medio de un acto administrativo.</p> <p>Téngase en cuenta que además que un servidor público nombrado en el ejercicio de un cargo de un nivel jerárquico determinado, no puede ser delegado para el ejercicio de un cargo de un nivel superior. Para el equipo auditor se hace necesario realizar todas las acciones correctivas al respecto para que de conformidad con la ley, el personal asistencia del hospital no ejerza funciones que le competan a servidores públicos de otro nivel y</p>	<p>Las funcionarias Luz Erenia Saa y Amanda Tapasco Rotavista; se encuentran vinculadas al Hospital desde el 03.01.1994 y 01.06.1992 respectivamente como Auxiliares de enfermería. Las dos funcionarias obtuvieron el grado de enfermeras profesionales dentro del tiempo que han laborado para el Hospital, pero continuaron trabajando como auxiliares de enfermería, la señora Saa en los diferentes servicios de la ESE y la señora Tapasco como apoyo en el área de facturación. Las funcionarias aquí nombradas por su propia voluntad aplican todos sus conocimientos, habilidades y destrezas en el desempeño de sus funciones como auxiliares de enfermería y mejoran por lo tanto las actividades desarrolladas en aras de cumplir con los objetivos y metas trazadas. Muy respetuosamente solicito se levante el hallazgo disciplinario una vez que no puede considerarse que estas personas se hayan extralimitado en sus funciones, ni tampoco están cumpliendo aquellas que no les compete, pues siguen realizando actividades del nivel técnico auxiliar y no del nivel profesional, por lo tanto dan cumplimiento a las funciones descritas para el cargo de auxiliar de enfermería en el manual de funciones de la Institución, principalmente la funcionaria Luz Erenia Saa y la funcionaria Amanda Tapasco en el área de facturación aplica sus conocimientos, los cuales están</p>	<p>Se levanta el hallazgo disciplinario y se mantiene el administrativo con el fin de que la entidad revise la planta de cargos y ajuste el manual de funciones y los perfiles de los cargos.</p>	x				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>cada uno de ellos se limite al cumplimiento de las labores que la ley y el reglamento de confiere, todo dentro del marco legal contenido en los artículo 6 y 112 de la Constitución política de 1991, ley 734 de 2000 y ley 909 de 2004 artículo 24 inciso tercero y artículo 19, Decreto 770 de 2005 artículos 5 y 8.</p> <p>La entidad debe de revisar la planta de cargos con el fin de ajustar el manual de funciones y los perfiles de los cargos.</p>	<p>contemplados en el Manual denominado Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud del Ministerio de la Protección Social, (Se anexa en medio magnético) dentro de los cuales se encuentran: Tipos de aseguramiento y requerimientos para el acceso a los servicios de salud, planes de beneficio, red de prestadores, normas de garantía de calidad del SGSSS, manejo de la base de datos institucional, formatos utilizados en la institución para rendir informes, reportes o actas, tipos de aseguramiento, manual de procedimientos administrativos de la institución, red de servicios de salud, manejo cuotas de recuperación, manejo de información por medio convencional (Manuales), RIPS y documentos soportes, Sistemas de facturación. Conocimientos estos que emplea en la revisión y consecución de los soportes de las glosas a las que da respuesta el Médico responsable de este proceso.</p> <p>La recomendación de que la entidad debe de revisar la planta de cargos con el fin de ajustar el manual de funciones y los perfiles de los cargos, será acatada dentro del plan de mejoramiento a suscribirse.</p>						
28	<p>La firma CLINILAB contratada por gerente como soporte técnico para el mantenimiento y reparación de los equipos médico quirúrgico no cumple con el objeto del contrato, pues en innumerables oportunidades algunos equipos del área de cirugía supuestamente reparados al ser nuevamente utilizados, su funcionamiento</p>	<p>La Institución posee la totalidad de las hojas de vida de los equipos biomédicos sujetos a mantenimiento, en donde archivan cada uno de los formatos de mantenimiento entregados por el contratista cada que realiza el mantenimiento, los cuales llevan la firma del funcionario que recibe el equipo en</p>	<p>El hallazgo queda en firme dado a que la entidad acepta la observación.</p>	X				



No.	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>es defectuoso o sencillamente no funciona.</p> <p>Desarrollo</p> <p>La entidad contesta que los servicios de prevención y corrección prestados por la empresa CLINILAB lo hacen a través de personal idóneo no obstante como el hospital maneja un número no inferior a 150 equipos biomédicos y que la mayoría de estos tienen mas de 10 o 20 años de uso lo cual trabajan las 24 horas del día la gran mayoría, por lo tanto algunos a veces presentan daños repentinos por el constante uso, que se escapan a la prevención o corrección.</p> <p>Conclusión</p> <p>En verificación efectuada se observa que la entidad no posee registros o relación de equipos sujetos a mantenimiento o prevención para una mejor prestación del servicio como el control actualizado para detectar en que estado se encuentran los equipos.</p>	<p>cada servicio, sin embargo se acatara la recomendación de hacer un listado con los equipos sujetos a mantenimiento.</p>						
	TOTAL HALLAZGOS			28	2			



CUADRO DE BENEFICIO DEL CONTROL FISCAL

FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS				
Contraloría Auxiliar:	PARA EL CERCOFIS CARTAGO VALLE			
Sujeto de Control:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E ZARZAL			
Fecha de Evaluación:	JUNIO DE 2011			
BENEFICIOS:				
<p>NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO:</p> <p>Con el cumplimiento al plan de mejoramiento la entidad obtuvo los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualizar los estatutos de la entidad Se realizaron conciliaciones entre el modulo de contabilidad y cartera Organización de las hojas de vida de los servidores públicos de la entidad Reactivación del comité de saneamiento contable Creación del Banco de oferentes <p>Beneficio Esperado:</p> <p>* Lograr que la administración municipal cuente con un modelo Estándar de Control Interno MECI, eficaz, eficiente y confiable de la mano con la NTCGP: 1000:2009</p> <p>* Obtener que la entidad tenga un Gerente en propiedad con el fin que haya una continuidad en los procesos y procedimientos para una verdadera planeación.</p> <p>* Lograr un sistema de costos implementado y funcionando</p> <p>* Que se aplique un verdadero saneamiento fiscal</p> <p>*Que el plan de mejoramiento contribuya a la mejora continúa institución</p> <p>*Cumplimiento de la Ley 594 de 2000 y normas reglamentarias del Archivo General de la Nación.</p> <p>ACCION DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO: Proceso auditor a la administración del Hospital San Rafael de Zarzal</p>				
MOMENTOS DEL BENEFICIO:	Antes	<input type="checkbox"/>	Durante	<input type="checkbox"/>
	Después	<input checked="" type="checkbox"/>		



MAGNITUD DEL CAMBIO: Mejoramiento en los indicadores de la calidad de vida y bienestar de la comunidad del Municipio de La Unión.		
Conceptos	Valor estimado	TOTAL
Recuperaciones:		
	\$	
Subtotal Recuperaciones (1)		
Ahorros:		
	\$	
	\$	
	\$	
Subtotal Ahorros (2)	\$	\$
Totales (1) + (2)		
ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo)		
SOPORTE(S)		
Informe, Formato y otros documentos.		
OBSERVACIONES		
RESPONSABLE		
Contralor Auxiliar	MELBA LUCÍA ZAPATA DURÁN	
Cargo	Contralor Auxiliar	
Fecha del reporte	Junio de 2011	