

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

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

**HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA
VIGENCIAS 2006, 2007 y 2008**

**CDVC-CASD No.1
Marzo de 2009**

AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA

Contralor Departamental Carlos Hernán Rodríguez Becerra

Contralor Auxiliar para Control Fiscal Lisandro Roldán González

Contralor Auxiliar para el Sector
Descentralizado Luis Fernando Restrepo Guzmán

Representante Legal de la Entidad María Lucero Urriago Cerquera

Equipo de Auditoria

Líder Juan Carlos Ramos Vásquez

Profesionales Amilvia Coca Pinzon
Orlando Domínguez Rivera
Álvaro Hernán Valencia Montenegro
Pedro José Rey Salazar
Guillermo Quiñones
Rubiela Nieves



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCION	1
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	2
2 METODOLOGIA	4
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	5
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	5
2.3 QUEJAS	6
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	6
3.1 GESTION	6
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	6
• Planeación	6
• Actuación de las Juntas Directivas	14
• Análisis de la Estructura Organizacional	15
• Análisis de los Sistemas de Información	16
• Evaluación del Sistema de Control Interno	17
3.1.2 SALUD PÚBLICA	18
• Promoción y Prevención	18
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	18
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	21
• Satisfacción del Usuario	22
• Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	23
• Infraestructura	23
3.2 FINANCIAMIENTO	31
• Estados Contables	31
• Presupuesto	39
• Análisis de variables que afectan el financiamiento del Hospital	48
3.3 LEGALIDAD	49
• Cumplimiento del marco normativo de la contratación	49
• Desarrollo Quejas	53
3.4 REVISION DE LA CUENTA	62
3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN	63
4 ANEXOS	65
Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado	66
Anexo 2. Estados Contables	69
Anexo 3. Cuadro Resumen de Hallazgos	71

INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoria con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca a la ESE Hospital Universitario Evaristo García durante el período comprendido entre el 19 de enero al 27 de marzo de 2009. El proceso auditor se adelantó de acuerdo a la normatividad vigente que rige para las auditorías gubernamentales colombianas y en función de los métodos, políticas e instrumentos estandarizados por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca para el ejercicio del Control Fiscal. El trabajo contó con un equipo interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

Se auditaron las vigencias 2006 - 2007 y 2008 haciendo énfasis especial en la observación de la función que le corresponde como Empresa Social del Estado (E.S.E.) y buscando la comprensión de la Entidad como un todo. Se combinaron diferentes técnicas y mecanismos de auditoría y se seleccionaron una serie de dominios específicos y estructurales de la gestión del Hospital para realizar la acción auditora. Además de llevar a cabo un detallado estudio de los asuntos financieros y operativos, se analizaron otros aspectos de vital importancia para el conocimiento integral de la organización. En esta auditoría se subraya el hecho de haber consultado la opinión de los auditados a través de la aplicación de una encuesta de autocalificación, diseñada a partir de los componentes definidos por el Ministerio de la Protección Social para la acreditación de Hospitales en Colombia.

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

El Hospital Universitario Evaristo García, el prestador de servicios de salud Nivel III y IV más importante del sur-occidente Colombiano, como ente público está sujeto a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud vigente. El propósito de esta política es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Los obstáculos para el cumplimiento y desarrollo de esta política están representados por una serie de dificultades, que siendo comunes para la mayoría del conjunto de los prestadores de servicios de salud del país configuran y caracterizan hoy un contexto en el que se desarrolla la actividad diaria de estas instituciones. Existen una serie de dificultades estructurales que históricamente de tiempo atrás han enfrentado los centros asistenciales y que continúan vigentes. A ellos se suman una serie de problemas generados por el nuevo orden que rige la Seguridad Social en Colombia.

En el primer grupo de problemas y entre los más reconocidos están:

- Las debilidades de la gestión representadas por las dificultades para el direccionamiento y planificación estratégica, la gerencia de políticas del recurso humano, de calidad de la gestión y la implementación de tecnologías biomédicas. El papel de las juntas directivas en el direccionamiento y evaluación es todavía precario. Debilidades que terminan condicionando la capacidad de respuesta institucional.
- Un muy incipiente desarrollo de un sistema integral de información que alimente la toma de decisiones, que ordene los procesos administrativos y que permita la evaluación y retroalimentación periódica de los avances y dificultades.
- Los prestadores no cuentan con un sistema de rendición de cuentas cuyo eje fundamental gire alrededor de la presentación de los resultados en salud logrados. La evaluación es esporádica o inexistente o se limita al reporte de la gestión de recursos financieros y enumeración de actividades cumplidas.
- La baja articulación de la política pública entre Departamentos y Municipios afecta la integración de la red de servicios de salud, genera duplicidad, ineficiencia e inequidad.

En el segundo grupo de problemas, es decir aquellos que aparecen con la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social, están:

- La conocida fragmentación y atomización en la prestación de servicios, generada por una oferta desarticulada y sin direccionamiento que limita la accesibilidad e integralidad de la atención
- Una gran debilidad en la función rectora de la salud, que a nivel regional y local se traduce en baja capacidad para el control y regulación, bajo poder de convocatoria para motivar los actores y resolver conflictos. Las deficiencias en el direccionamiento del sistema provocan desequilibrios entre la oferta de servicios de salud y la demanda. Otra de las consecuencias inmediatas de esta debilidad es el desequilibrio y continuo conflicto entre dos actores vitales del sistema los aseguradores y los prestadores.
- Los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud tienen grandes limitaciones, se prestan a inequidades, se basan fundamentalmente en el precio, son ejercicios generalmente intuitivos y no responden a criterios de calidad y costo efectividad. El sistema de aseguramiento todavía presenta graves deficiencias, desde la identificación de los beneficiarios hasta el acceso de los mismos a los servicios
- A pesar de que se ha definido el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) en el país, en muchas instituciones su desarrollo es incipiente la información sobre la calidad de los servicios es y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.
- Finalmente la capacidad de control y regulación, que en cualquier sociedad democrática, podría tener el ejercicio de una ciudadanía activa y propositiva, quedó desdibujada en el sector de la salud con un muy pobre desarrollo y aplicación de los mecanismos e instrumentos de ley para la participación y veeduría ciudadana de la salud.

Un contexto complejo, agravado por una gran incertidumbre financiera. La situación fiscal de las instituciones de Salud del Departamento del Valle es preocupante. El pasivo prestacional de los hospitales pone en riesgo su sostenibilidad y viabilidad, al no establecerse claramente su magnitud y las posibles alternativas para su financiación. El financiamiento de los servicios de salud es un problema estructural en Colombia, situación que la Corte Constitucional contempla en la Sentencia No.760 de 2008: “El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende



entonces del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades para garantizar la prestación del servicio. En la medida en que la capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar los servicios que se requieren no incluidos en el POS, obstaculiza el acceso a dichos servicios”.

2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar el nivel de gestión hasta ahora logrado por la Entidad y la forma como organiza y ejecuta sus operaciones administrativas y asistenciales para el cumplimiento de su misión.

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 proporcionara 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 Sector Descentralizado.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por siete (7) profesionales en las áreas de contaduría, administración de empresas, ingeniería civil, ingeniería Industrial, ingeniería ambiental y derecho, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la liga de usuarios y el sindicato de trabajadores oficiales. De igual manera se atendieron las quejas presentadas por el Sindicato de empleados oficiales Sintrahospiclinicas, Liga de Usuarios, las cuales se confrontaron, se discutieron en mesa de trabajo y se concluyó al respecto.



Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la administración del Hospital dentro del desarrollo de la auditoría 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 una encuesta que consistió en treinta y un (31) preguntas distribuidas en cuatro (4) ejes temáticos, aplicadas a cien (100) funcionarios, respondiendo a las disposiciones del Ministerio de la Protección Social, para evaluar el funcionamiento de los entes hospitalarios.

2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El Dictamen Integral Consolidado derivado de los resultados de la presente auditoría, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2008.

2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Después de haber realizado el seguimiento al respectivo Plan de Mejoramiento producto de la auditoría realizada a la vigencia 2005, se constatan una serie de acciones correctivas pendientes de ese plan de mejoramiento y relacionadas con los siguientes aspectos:

- El desarrollo de la plataforma tecnológica así como la integralidad de los sistemas de información.
- El desarrollo y aplicación de un sistema completo de costos en cada uno de los servicios para calcular su rentabilidad
- Las reformas de los estatutos de la entidad y el desarrollo del manual de contratación
- La conciliación de las cuotas partes pensionales
- El cumplimiento de la Ley de archivo 594 de 2000

Estas acciones correctivas pendientes fueron objeto de una nueva revisión y análisis en este proceso auditor.



2.3 QUEJAS

Se abordaron quejas remitidas por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana e incluida en el Memorando de Planeación de la auditoría, relacionadas con el control fiscal a los contratos de prestación de servicios, adecuación de Unidad de Cuidados Intensivos de Urgencias, construcción de la segunda fase del reforzamiento estructural y sala de operaciones central, suministro instalación y puesta en funcionamiento del sistema de control de acceso del hospital, utilización del parqueadero que esta al lado de la escuela de enfermería como lavadero de vehículos, también una queja verbal sobre el estado de la cartera de la entidad.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 GESTION

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

Planeación

Para las vigencias 2004 - 2007 el Hospital formuló un Plan de Desarrollo que propuso seis grandes vías o áreas estratégicas de intervención. En el informe de gestión de la oficina de Planeación, a 31 de diciembre de 2007 se califica el cumplimiento del Plan en un 65%. No fueron aportados documentos que evidencien evaluaciones anuales de los planes de acción, ni ajustes de los mismos, así como un plan financiero que soporte el proceso planificador. Tampoco es claro en el informe de gestión como se calculó la meta de cumplimiento.

El Plan de Desarrollo Institucional es un instrumento esencial para el Direccionamiento Estratégico de la Entidad. Su elaboración debe ser rigurosa, oportuna y de consulta y ajuste permanente.

El Plan de Desarrollo 2008-2011, según la documentación aportada es debatido por primera vez en reunión extraordinaria de la Junta Directiva según Acta No.1 de Marzo 28 de 2008. En esta reunión el Plan no se aprueba y se conforman comisiones de estudio para su análisis y ajuste. Solamente hasta Febrero 27 de 2009 se aprueba el Plan de Desarrollo hoy vigente para la institución. Para una Institución de tanta importancia para la región, con una larga trayectoria en ejercicios de planificación, es muy nocivo el haber pasado todo el año de 2008 y

los dos primeros meses de 2009 sin un instrumento legitimado que dirija y oriente su gestión. A pesar de no tener un Plan Estratégico aprobado durante el 2008, se trabajó con Planes de Acción por Macroproyectos que carecen de indicadores y costos. Se solicitaron ejercicios de evaluación o de seguimiento a la gestión en este periodo y no se pudo aportar ninguna información. De otro lado, proyectos como el de gestión de tecnología e infraestructura no incluye un Plan de Inversiones para el cuatrienio y se tienen como responsables áreas que no existen en la estructura aprobada. A continuación vamos a centrar el análisis en el Plan de Desarrollo Institucional 2008 - 2011.

Los planes son instrumentos inteligentes (estratégicos) que seleccionan los mejores medios para conseguir con mayor efectividad los fines acordados. De ahí la importancia de su “claridad estratégica” en términos de su coherencia y lógica de estructuración, además de la consistencia de sus contenidos. Los planes son documentos vivos, que establecen nortes en función de consensos y constituyen una plataforma básica de diálogo para hacer transacciones y ajustes en función de los avances y de las dificultades de la gestión. Por esta razón la formulación de las categorías o conceptos utilizados debe ser precisa y del mayor rigor posible para evitar interpretaciones y facilitar ese diálogo. Finalmente, la documentación del plan debe motivar y facilitar su lectura y apoyar una comunicación ágil de su esencia.

Desde esta perspectiva el equipo auditor revisó y analizó la documentación entregada por el Hospital acerca de su Plan de Desarrollo Institucional 2008-2011 (PDI), centrándose en los aspectos que considera de mayor relevancia y que a continuación se describen.

La Claridad Estratégica

En el documento “Resumen Ejecutivo” del PDI se contemplan dos niveles de formulación: uno denominado “DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO”, que desarrolla 5 objetivos estratégicos y un segundo nivel llamado de “FORMULACIÓN ESTRATEGICA” que propone a su vez tres categorías (líneas estratégicas, Macroproyectos y Estrategias o Factores Críticos de Éxito) como se presenta en el cuadro resumido a continuación

Objetivos Estratégicos



1. Adecuar servicios de salud de mediana complejidad y desarrollar la alta complejidad	2. Promover el posicionamiento municipal, departamental, nacional e internacional del hospital
3. Lograr equilibrio financiero y sostenibilidad	4. Desarrollar una política de fortalecimiento del talento humano
5. Contribuir a la formación integral y de alto perfil de técnicos y profesionales	

Líneas Estratégicas	Macroproyectos	Estrategias, FCE
1. Modernización hacia una gestión integral	Modernización hacia una gestión integral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Modelo de Operación por Procesos ○ Implementación del Sistema de información gerencial Modernización de la gestión informática con énfasis en software ○ Ampliación de convenios docencia-servicio en áreas de la salud, las ingenierías, las ciencias sociales y humanas. ○ Desarrollo del talento humano ○ Desarrollo de investigación aplicada para la toma de decisiones. ○ Gestión integral de la tecnología y la infraestructura
2. Mejoramiento continuo y garantía de la calidad	Consolidación de un sistema de gestión de calidad enfocado en el cliente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cumplimiento y mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ○ Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad. ○ Fortalecimiento del sistema de atención integral al cliente ○ Posicionamiento del Sistema de Gestión de Calidad
3. Producción y desarrollo de servicios de alta complejidad	Fortalecimiento de la alta complejidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de los servicios de apoyo diagnóstico de alta complejidad y terapéuticos del banco de sangre –interdependencias (laboratorio, banco de sangre e imagenología) ○ Nuevos desarrollos: una unidad de cuidado cardiovascular, nuevas UCI y quirófanos, una unidad de hemato-oncológica pediátrica con apoyos ambulatorios y Proyecto de habitaciones de hospitalización general para aislamiento de vía aérea y gotas.
	Desarrollo, mercadeo y venta de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mercadeo, con énfasis en servicios que generen mayor rentabilidad, articulado con contratación. ○ Rediseño de la oferta de servicios de alto costo, desde la perspectiva del usuario, en alianza con los centros de formación del recurso humano.
4. Sostenibilidad financiera	Recuperación Financiera	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cartera: Acciones jurídicas tendientes a la recuperación de cartera morosa, disminución de edad de cartera ○ Consolidación de mecanismos de levantamiento y actualización de costos. ○ Incrementar los ingresos por contratación y venta de servicios. ○ Racionalizar los costos y los gastos.

- De acuerdo al cuadro que presenta los objetivos estratégicos se esperaba que cada objetivo fuera una categoría independiente

y consecuentemente se pudiera observar como se va a lograr en el PDI. Sin embargo se observa que:

- Para el objetivo 1, solo se evidencian intervenciones explícitas para los servicios de alta complejidad. Para los servicios de mediana no hay este desarrollo y hay que suponer que las acciones de “fortalecimiento o mejora generales” van a ocuparse explícitamente de estos servicios
- El objetivo 2 habla del posicionamiento del Hospital a todo nivel. No hay un desarrollo operativo específico para este objetivo. Por lo que hay que suponer que todos los demás (1, 3, 4 y 5) son medios y son considerados suficientes para conseguir el propósito final de todos los esfuerzos que de esta forma sería el posicionamiento del Hospital
- Los objetivos 4 y 5 en realidad no son dos objetivos que deban tener un desarrollo operativo independiente. Una política del talento humano (objetivo 4) debe comprender la formación de los profesionales (objetivo 5) como uno de sus componentes básicos.
 - **Al analizar el segundo cuadro que corresponde a la formulación de las Líneas Estratégicas, Macroproyectos y Estrategias, se esperaría encontrar el sentido de cada categoría y la respectiva correspondencia lógica entre las tres.**
- La categoría “línea estratégica” en realidad no está agrupando o representando algún significado, no aporta información ya que sus contenidos prácticamente se repiten en la columna de macroproyectos.
- En la categoría de “Macroproyectos” aparecen 5 ítems que de acuerdo a su agrupamiento responderían a 5 macroproyectos. En el PDI la Modernización aparece como un título que agrupa varios “Subproyectos” y los demás ítems de esa columna se designan en el PDI como “Proyectos”.
- Los ítems que aparecen en la columna como Estrategias-FCE tienen diferentes denominaciones en el PDI. Para el primer Macroproyecto las líneas estratégicas corresponden a 8 Subproyectos enunciados, cada uno con sus respectivos resultados o productos. Para el segundo Macroproyecto (denominado Proyecto en el PDI) las Estrategias-FCE son presentadas en el PDI como resultados o productos. Para el tercero, cuarto

y quinto Macroproyectos (denominados Proyectos en el PDI) las Estrategias-FCE presentadas en cada uno de ellos, no son en el PDI ni proyectos, ni subproyectos, ni resultados. Son un listado de enunciados.

- Entre los macroproyectos el Plan propone y desarrolla operativamente la Modernización hacia una gestión integral y el Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). Trabajar hacia una gestión moderna o integral o hacia una gestión con criterios de calidad es aplicar un determinado enfoque de trabajo a todos los grandes procesos de la organización, sea en su nivel de direccionamiento, en su nivel misional, financiero - administrativo y de logística o apoyo. Así está planteado el SOGC por el Ministerio de la Protección Social. Por ello no es claro por que se planifican por separado dos macroproyectos. En lo operativo esta separación va a producir duplicidades, pérdida de la coherencia y confusión.
- **La lógica de correspondencia entre los niveles de Direccionamiento estratégico y Formulación estratégica**

Como se hizo la formulación del Plan es difícil entender lo que hemos denominado claridad estratégica. La serie de observaciones antes mencionadas contribuyen a esta dificultad. De otra parte en ningún documento se hace el esfuerzo por “asociar” y mostrar la coherencia entre los distintos cuadros y matrices elaboradas. Así, no se sabe como el grupo de los objetivos estratégicos se asocia a las líneas estratégicas, a los macroproyectos y a las estrategias. Al utilizar indistintamente términos como “Subproyecto” y “Proyecto” no se sabe en realidad cuantos niveles de agrupación existen y por ende menos se pueden establecer sus relaciones. Cuando no se puede establecer la claridad estratégica de un plan, la probabilidad de que su ejecución operativa se “enrede” es muy alta. De hecho al revisar en la parte operativa los cronogramas propuestos 2008 – 2011 se ve que la mayor parte de la finalización del conjunto de proyectos se da entre junio de 2009 y diciembre del mismo año. Esto representa una sobre carga para este año, teniendo en cuenta que el horizonte de tiempo para la planificación es de tres años. En el mismo desarrollo operativo ya se ven las duplicidades y es difícil establecer la relación en el tiempo entre las distintas actividades de los diferentes proyectos o subproyectos.

La Formulación de las categorías utilizadas

a) En relación a los resultados o productos:

Una dificultad frecuente en el PDI es la formulación de resultados que por su alcance, terminan convirtiendo en resultados intermedios los otros resultados propuestos para el mismo proyecto. En la matriz se operacionaliza cada resultado sin establecer esta diferenciación lo que hace perder la coherencia lógica del desarrollo operativo. Algunos ejemplos de ello:

Proyecto: Implementación de Modelo de Operación por Procesos

Resultado de mayor alcance: Modelo de Operación por Procesos Implementado

Resultados intermedios:

- Procedimientos estandarizados
- Equipos conformados para la mejora continua de procedimientos

Proyecto: Sistema de información gerencial

Resultado de mayor alcance: Sistema de Información Gerencial en Funcionamiento

Resultados intermedios:

- Requerimientos de información identificados
- Equipos de trabajo entrenados y operando el sistema

Proyecto: Consolidación de un sistema de gestión de calidad enfocado en el cliente

Resultado de mayor alcance: Cumplir y mantener el SOGC en Salud.

Resultados intermedios:

- Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad.
- Posicionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.

Estos ejemplos evidencian más un ejercicio mecánico que un ejercicio analítico, donde prácticamente para cada proyecto existe un solo resultado, que es ya el logro del proyecto en sí mismo. Esto va a plantear problemas a la hora de hacer el seguimiento a los avances.

b) En relación a la formulación de las metas por proceso:

Hay metas sin cuantificar (Subproyecto Sistema de información gerencial), otras con formulación poco precisa que dificulta una evaluación objetiva del compromiso adquirido (Aplicativo de quejas y reclamos mejorado, Pagina Web optimizada, Aplicativo de mantenimiento implementado, Control de acceso a empleados institucionalizado, etc.). Esta formulación deja varios interrogantes:

- Sirvió el aplicativo de quejas para mejorar el tiempo de trámite de las mismas?
- Las mejoras a la página Web trajeron consigo más visitantes?
- El control de acceso a empleados cumplió la función para la que fue implementado?

Vuelve y se repite el ejercicio mecánico de formulación perdiéndose el valor de análisis. Las metas o los indicadores son instrumentos diseñados para evaluar si se cumple la intencionalidad que se quería lograr con los resultados. Este es un problema estructural que se repite en todo el Plan, que termina teniendo así un sistema de evaluación muy precario. Adicionalmente hay inconsistencias en las metas entre los distintos documentos, algunos ejemplos:

“Proyecto: Consolidación de un sistema de gestión de calidad enfocado en el cliente

Meta de Proceso en el PDI: Apropiar (empoderar, interiorizar o sensibilizar) el concepto de calidad en su quehacer diario del 50% de los colaboradores de la Institución a diciembre de 2009

Meta en resumen ejecutivo: 60% de colaboradores con apropiación de conceptos de calidad a diciembre de 2011”

“Subproyecto: Modelo de operación por procesos, MOP

Meta de proceso: 100% de procedimientos estandarizados a oct de 2009

Meta en resumen ejecutivo: Al 2011, 80% de los procedimientos estandarizados”

“Subproyecto: Sistema de información gerencial

Meta de proceso: A junio de 2009 sistema de información gerencial implementado

Meta en resumen ejecutivo: 80% de implementación del SIG a 2011”

c) En relación a la formulación de actividades:

Las actividades o acciones tienen un punto de partida y un punto de terminación, es decir pueden ser planificadas en un espacio de tiempo determinado. Hay acciones formuladas como intenciones o resultados que se espera obtener, lo que dificulta su programación precisa, la asignación de responsabilidades y el

correspondiente seguimiento. Lo anterior se soporta en los siguientes ejemplos tomados del PDI:

Verificar adherencia a procedimientos	<p>¿Cuales son las acciones para cada uno de los ítems y en que tiempo se van a realizar?</p> <p>(este ejercicio debería desarrollarse en los Planes Operativos Anuales, pero al analizar el POA 2009 no se encuentra)</p>
Concertación del plan acorde a las oportunidades	
Sensibilización y entrenamiento a los usuarios	
Robustecer los servidores Blade	
Apoyar la Implementación del plan de energía limpia	
Instaurar mecanismos de búsqueda de fuentes de financiación y de promoción de la investigación al interior del HUV	
Aprobación por el comité directivo del proyecto de formulación de la política de gestión humana	
Incorporación de las directrices de la política en los planes de la institución	
Relacionar los servicios y procedimientos ofertados con el MAPIPOS según competencias del HUV en nivel II y III	
Establecer las necesidades de servicios y procedimientos administrativos según requerimientos de las unidades asistenciales	
Culminar la implementación de requisitos de la Norma ISO 9000 en los servicios de Medicina Física, Lavandería, Unidad de Salud Mental, Banco de Sangre y Medicina Nuclear	

d) En relación a la formulación de recursos

No es posible determinar la dimensión del esfuerzo en términos de los recursos humanos, materiales o económicos asignados. La formulación es muy vaga como "Tiempo de funcionarios", "Tiempo de estudiantes asignados", "Lugares de capacitación", "Material diseñado y duplicado", "Materiales didácticos", "Fotocopias de documentos", "Logística para reuniones", "Recursos financieros para requerimientos a la casa de software", "Horas de los profesionales y técnicos". Esto se repite a lo largo de todo el PDI.

Un dimensionamiento preciso del esfuerzo tanto profesional, como material o económico da un buen nivel de credibilidad al proceso planificador. No hacerlo genera gran incertidumbre acerca de las posibilidades de que realmente se pueda ejecutar lo planeado y termine todo el ejercicio como un simple cumplimiento de un requisito. Si bien es un proceso complejo y en nuestro medio difícil de calcular a cuatro años, se esperaría que por lo menos se realizara el cálculo financiero en cada vigencia fiscal, de tal forma que de acuerdo a los presupuestos anuales se realicen las replanificaciones del documento base de Plan de Desarrollo Institucional 2008 - 2011. El Plan Operativo Anual 2008 - 2009, tampoco tiene este dimensionamiento.

La documentación del Plan

Los documentos presentados son muy extensos, poco didácticos y difíciles de entender para personas que no estén en la cotidianidad del hospital o que estando no hayan participado directamente en su elaboración. Los documentos no logran comunicar fácilmente la estrategia propuesta. En gran medida esta dificultad radica precisamente en los propios problemas que fueron identificados en su formulación. Una documentación comunicativa exige consistencia y coherencia en su contenido y un tratamiento didáctico de los textos que sean amigables al lector.

Actuación de la Junta Directiva

La Dirección del Hospital Universitario Evaristo García E.S.E. esta a cargo de la Junta Directiva y del Director General. La Junta Directiva está constituida por 12 miembros, así: dos representantes del estamento político-Administrativo, dos representantes del sector científico de la salud, dos representantes de la comunidad, el alcalde, el gerente de la Beneficencia del Valle, el Rector de la Universidad del valle, el Decano de la Universidad del valle, un representante de la Asociación de Usuarios y un representante designado por los gremios de la producción; dichos miembros tiene un periodo de tres años. Las funciones de la Junta Directiva están determinadas en el artículo 20 de los estatutos de la entidad.

Es apodíctico que la Junta Directiva del hospital para la vigencia del año 2008 incurrió en mora e incumplimiento grave para discutir y aprobar el Plan de

Desarrollo ya que solamente se aprobó el 27 de febrero del año 2009, cuyo efecto negativo se traduce en el hecho que para el año 2008 no existía un norte para el direccionamiento y operatividad de la entidad, esta obligación esta claramente determinada en el numeral segundo del artículo 20 ibídem.

De otro lado la Junta Directiva del hospital no ha realizado los correctivos necesarios para que dos de sus miembros (Sector científico, representante de la comunidad) que no se encuentran con investidura por vencimiento de su periodo, sean reemplazados, lo que necesariamente incide negativamente en el quórum decisorio de la Junta y obviamente afecta la dirección y operatividad del hospital.

La Junta Directiva sin ningún argumento serio a pretermitido por mas de catorce meses la obligación de cumplir con lo ordenado por la Ley y los estatutos de la entidad para la designación del Director (a), lo que a traído como consecuencia negativa que el segundo órgano de dirección no pueda ejercer un liderazgo bien logrado dado que su cargo lo ejerce en interinidad, lo que hace que esta situación jurídica sea indeterminada e inestable.

Así mismo la designación de la actual directora se efectuó por un año o hasta que se poseione el titular del cargo que resulte elegido por concurso de meritos, mediante decreto expedido por el gobernador que fue aclarado por un decreto posterior, en el cual se le nombro nuevamente en "INTERINIDAD", sin que exista posesión de la funcionaria en esta calidad.

Análisis de la Estructura Organizacional

VINCULACION	CANTIDAD
Directivo	30
Asesor	6
Profesional	400
Técnico	112
Asistencial	580
Oficiales	312
Total	1.440
Cooperativas	800 Promedio

No existe correlación entre los procesos existentes y la planta de cargos aprobada, unos por que el responsable del proceso no esta en la estructura y otros el responsable del proceso no ejerce las funciones según el manual, como



ocurre con el asesor jurídico, estas son realizadas por un abogado externo vinculado por cooperativa de trabajo asociado, que es el que proyecta todas las actuaciones de la oficina, originándose una incongruencia entre la estructura aprobada, el manual de funciones, frente al actuar de los funcionarios; en igual condiciones están la subdirecciones de: medicina física, hematología oncología y atención al cliente, como también la oficina asesora de comunicaciones.

No se tiene un estudio completo y detallado por áreas en donde se indique con que personal debe funcionar la entidad. La ultima reestructuración realizada fue con el propósito de bajar carga prestacional y personal, pero se nota cada año el aumento de personal vinculado por cooperativas de trabajo asociado sin estudio previo de necesidades, superando el 50% de la planta aprobada.

Análisis de los Sistemas de Información

Existe una escasa infraestructura tecnológica, pues no cubre la totalidad de servicios del Hospital. Hay carencia y obsolescencia en equipos, redes y soporte tecnológico, lo cual no permite generar información confiable e inmediata para la toma de decisiones, adicionalmente no se realizan los backup de la información producida por las diferentes aéreas.

Existe desarticulación de la información financiera-administrativa dado que los procesos de integración de los datos entre los módulos de iHospital y Servinte son manuales, se presenta diferencia de los datos entre los módulos de facturación y suministros con contabilidad, así como nómina, contabilidad y tesorería; estas situaciones ocasionan variación en las cifras de un mismo reporte producido por las dependencias financieras y administrativas.

El desarrollo de los sistemas de información gerencial y hospitalaria es incipiente, dado que la versión actual de Hospital trabaja como un apoyo financiero y no cuenta con módulos de gestión hospitalaria.

El desarrollo del sistema de costos es incompleto, pues aunque el departamento de costos tiene una metodología de trabajo, su información se apoya en el desarticulado sistema de información financiera-administrativa. No existe un software de costos implementado.

Existe un inadecuado manejo, control, trazabilidad y seguimiento de las historias clínicas, esto se da porque no se cuenta con un sistema de información hospitalaria y su correspondiente manejo de historia clínica digital.

Evaluación del Sistema de Control Interno

La evaluación del sistema de Control Interno para las vigencias 2006, 2007 y 2008, ubica a la entidad en un rango satisfactorio para las dos primeras vigencias y rango adecuado para última vigencia, sin embargo para este organismo de Control se encuentran debilidades en los siguientes componentes:

- Componente Direccionamiento estratégico: Estructura organizacional aprobada que no es suficiente para la prestación de servicios, se recurre a contratación por cooperativas, el modelo de operación por procesos no tiene correlación con la estructura organizacional.
- Componente Actividades de Control: Las políticas de operación adoptadas no coinciden con los procesos existentes, los procedimientos no están todos divulgados, es incipiente los controles preventivos y correctivos.
- Componente de Información: No se tiene ventanilla única, como tampoco las tablas de retención documental, los sistemas no están integrados, el archivo central no funciona.
- Componente comunicación Pública: existe la oficina Asesora de Comunicaciones, pero la comunicación interna es deficiente, se trabaja como islas, no se tiene titular de este cargo.
- Componente de Autoevaluación: Se ha sensibilizado al personal sobre el tema, pero la atención es incipiente.
- Componente Planes de Mejoramiento: Los procesos de Control son cuatro, Control Interno, Control Interno Disciplinario, Vigilancia Epidemiológica y Auditoria Medica, solamente el proceso de control Interno genera planes de mejoramiento producto de auditorias internas.

OBSERVACION FINAL SOBRE EL COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO

La auditoria ha centrado su análisis en cinco temas que considera son los pilares básicos para el direccionamiento y conducción de una institución. Los problemas antes identificados en el campo de la planeación estratégica, el actuar de la junta directiva, la gestión de la planta de cargos, las dificultades con el sistema de información y la operatividad del sistema de control interno, están revelando una

sería dificultad en la estructura de direccionamiento de una institución de gran importancia y magnitud para los vallecaucanos. La gran mayoría de las deficiencias señaladas pueden ser resueltas con un compromiso institucional serio, trabajo riguroso y voluntad de transformación.

Recordemos que el HUV es una entidad pública que es responsable de un manejo presupuestal cerca de \$200.000 millones anuales, con una planta alrededor de 1.440 funcionarios y que atiende las necesidades de atención en salud de varios departamentos del sur occidente colombiano.

3.1.2 SALUD PÚBLICA

Promoción y prevención

Como la salud pública está constituida por políticas que buscan garantizar integralmente la salud de la población, en el proceso de auditoría se pudieron evidenciar acciones de salubridad en beneficio de la comunidad, en donde sus resultados constituyen una mejor vida y un mejor bienestar colectivo.

Las acciones realizadas están bajo la rectoría de la Secretaría Departamental de salud, con el propósito de buscar y promover la participación de los diferentes sectores de la comunidad, proyectándose para cada ciudadano la atención y la prevención de los principales factores de riesgo y promoción de estilos de vida saludable.

Como el hospital no desarrolla actividades de promoción y prevención por ser de complejidad III y IV, estas fueron ejecutadas a través de programas integrales de “hospital en casa y hospital vida”, el primero tiene como función atender al usuario en su residencia y el segundo atender las enfermedades infecto contagiosas.

Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

Adopción e Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares – PGIRH

El PGIRH del hospital Universitario del Valle no se encuentra articulado dentro del plan de Desarrollo institucional, igualmente no se evidenció la ficha fipid que referenciara la necesidad de realizar dicho plan, ni los recursos destinados para el



mismo. Pese a estar adoptado e implementado no se evidencia su respectiva socialización, este documento se modifico pero se encuentra en etapa de evaluación, por lo tanto se presenta la misma observación de la visita realizada en el 2008, en la cual el documento no incluye todos los ítems mínimos requeridos en la resolución 1164 de 2002, las cuales se ejecutan de forma aislada como programa de formación y educación, control de efluentes líquidos y emisiones de gas, realizar auditorias internas e interventorias externas, elaborar informes y reportes a la autoridad de control y vigilancia ambiental y sanitaria, diseñar e implementar programas de tecnologías limpias, revisión constante y mejoramiento continuo de los programas y actividades, no se definen los componentes internos y externo, el plan de contingencias es un documento que no ha sido incorporado al PGIRH.

Para las vigencia 2008 no se contaba con el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, este se vino a conformar a partir de marzo de 2009, y para este la función principal será la de gestionar y coordinar el PGIRH.

Implementación del PGIRH

No existe un rubro específico para el PGIRH, los pagos a la empresa EMSIRVA E.S.P afectan el rubro presupuestal servicios públicos.

Referente a la implementación de lo prescrito en el PGIRH, durante el recorrido a diferentes áreas del hospital, en algunas se evidenciaron contaminación cruzada, debido al mal manejo de separación en la fuente, ya que se mezclan diferentes tipos de residuos en los recipientes, en los guardianes se encontraron agujas, jeringas, protectores de agujas. Además se evidenciaron recipientes de color gris y verde sin rotulados, recipientes sin tapas, otras en mal estado, recipientes con bolsas de diferente color a estos, de residuos infecciosos (Biosanitarios) donde los pedales no funcionan y otros que no son tipo pedal, contraviniendo con la norma, en la cual se establece que los recipientes para residuos infecciosos deben ser de tipo tapa y pedal, incurriendo con las características de seguridad y salubridad, los recipientes donde se reciben las placentas no son los adecuados ya que estos son tipo balde.

En el proceso auditor se observo trabajos de adecuación en los sitios de almacenamiento intermedios y cuartos de aseos, en el almacenamiento final se

evidencio poca ventilación, paredes y cielorraso con humedad, no posee equipo de extinción de incendios.

No se evidencio que los planos con las rutas internas estuvieran exhibidos en lugares visibles de la institución, ni control y seguimiento (auditorias externas) a las empresas del servicio de aseo, los informes semestrales o reportes a las autoridades de vigilancia y control ambiental y sanitaria periodo 2008 se enviaron en noviembre de 2008 (primer semestre) y febrero de 2009 (segundo semestre).

No se cumplió con la declaratoria ambiental del 2008 cuya fecha limite era el 30 de septiembre del mismo año, el hospital solicito prorroga al DAGMA hasta el 27 de febrero de 2009 para su entrega, sin que se le hubiera dado respuesta; sin embargo esta se termino de elaborar en marzo de 2009, el nuevo plan de contingencia se encuentra en revisión, el que existía no estaba acorde con lo establecido en la norma, carecía de ciertos componentes como situaciones de emergencia por manejo de residuos, sismos, incendios, interrupción del suministro de energía, problemas en el servicio de recolección de residuos, suspensión de actividades o alteraciones del orden publico.

La institución diligencio extemporáneamente a través de Internet lo correspondiente al registro RESPEL, es decir, el 31 de diciembre de 2008, cuando su plazo era hasta agosto de 2008, catalogándose este hospital como gran generador de residuos peligrosos.

Pese a que en los anteriores informes de la contraloría se ha planteado la falta de acompañamiento de las Secretarías de Salud Departamental y Municipal, estas instituciones no han acompañado al hospital en lo referente a la adopción e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.



Recipiente sin pedal y tapa dañada



Recipientes con bolsas de colores diferentes a estos





Inadecuado uso de guardianes

Inadecuado uso de recipientes

Componente Social

El hospital ha implementado mensualmente charlas internas de inducción y reinducción en la cual se incluye el tema desechos hospitalarios, sin embargo se sigue observando en algunas áreas mal uso de los recipientes. No se ha realizado capacitación a los diferentes usuarios del hospital, lo que coloca en riesgo la adecuada separación en la fuente.

Impacto

La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRH es deficiente, por cuanto no se han realizado los respectivos ajustes a dicho plan, y se evidencia un decaimiento del proceso que venía adelantando esta entidad en la implementación del PGIRH, recalándose que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades como hepatitis, Rubéola, Panadís, tuberculosis, CMV, Sida, Mutaciones, Trastornos, Cáncer, Lesiones, Infertilidad, Leucemia e Irritación de Mucosas; y la incorrecta separación en la fuente, vertimientos de líquidos, transporte y disposición final de los residuos generados en los hospitales, causan impacto negativo en el medio ambiente y el ser humano.

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La Contraloría centro su análisis en dos aspectos fundamentales: el estudio de los procesos o procedimientos con que cuenta la entidad para garantizar la satisfacción de sus usuarios frente a los servicios que recibe y las acciones que



realiza la entidad para hacer frente a las disposiciones de la reglamentación de la Sentencia 760 de 2008.

Satisfacción del Usuario

En la entidad existe un proceso llamado Atención al Usuario, su área de aplicación se desarrolla en el CIAU (Centro de información y atención al usuario), aquí se localizan puntos de atención de las EPS subsidiadas, puntos de pago y personal de la entidad, dispuestos a brindarle orientación al usuario.

El CIAU realiza encuestas de satisfacción de usuario en distintas Subdirecciones prestadoras de servicio. Los resultados que reportan en las vigencias auditadas arrojan un promedio de satisfacción entre el 87% y 91%. Estas encuestas arrojan información también sobre una serie de aspectos que los usuarios no consideran satisfactorios, tales como:

- La oportunidad quirúrgica
- El trato con el paciente y su familia
- El trato que brindan los vigilantes
- El proceso de comunicación e información
- El proceso de mensajería
- Evitar las largas colas en consulta externa
- Evitar la tramitología

Gran parte de estos temas se repiten de una vigencia a la otra, circunstancia indicativa de que los problemas se mantienen y que el esfuerzo de consultar al usuario no rinde frutos.

Dado el volumen de consultas y atención en servicios que tiene un hospital de esta magnitud, llama la atención el bajo nivel de encuestados al año que para las tres vigencias arroja un promedio anual de 2.749 usuarios consultados. De otra parte el HUV cuenta con 18 Subdirecciones prestadoras de servicios, de este total se realizan encuestas solamente en la mitad de ellas.

Actualmente en Colombia y así está orientado el sistema obligatorio de la calidad, es fundamental la satisfacción del usuario en la gestión hospitalaria. Conocer la opinión de los usuarios para plantear las acciones correctivas debe contar con la

combinación de una serie de métodos de indagación y no limitarse a la realización de una encuesta.

Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008

El seguimiento al sector salud es un propósito esencial que contribuye al mejoramiento del mismo, por esta situación se difundió la sentencia T-760 de julio de 2008, en materia de reconocimiento al derecho fundamental a la salud, organización de la prestación de los servicios, detención de vacíos regulatorios y corrección de las fallas actuales en el sistema de seguridad social en salud para poder generar el logro de la materialización efectiva del derecho a la salud y la garantía a los ciudadanos de una atención pertinente.

De acuerdo a la precitada sentencia la entidad a la fecha viene desarrollando acciones como:

- En el área de atención al cliente existen dos personas encargadas de recepcionar las ordenes medicas no POS-S que presentan los usuarios.
- se cuenta con auditor medico que atiende las autorizaciones.
- En caso de que el usuario requiera un servicio que no tenga habilitado el HUV, o el suministro de un medicamento o insumo que el hospital no cuente, la entidad se encarga de subcontratar los servicios o comprar los insumos que no se tengan.

A pesar de que el hospital este desarrollando estas actividades, no se evidencia por parte de los órganos de Dirección estrategias más contundentes que permitan preparar al hospital, para un escenario financiero cada vez más adverso y con mayor exigencia en las responsabilidades de la entidad frente a la atención en salud de la población. Estrategias que involucren la concertación, la negociación con las entidades rectoras de la salud municipales, departamentales y nacionales, la participación del decisorio político a nivel local, regional y la convocatoria de la ciudadanía y de las fuerzas vivas de la región.

Infraestructura

a) Análisis de la Infraestructura del Hospital Universitario Del Valle “Evaristo García” - E.S.E.

La infraestructura del HUV como Ente de prestación de servicios de salud, responde por su construcción a las expectativas esperadas por lo cual ha sido clasificada, entre otras, con una complejidad en atención de III y IV nivel, constituyéndose en el centro médico más importante del sur-occidente colombiano, además fue declarado patrimonio nacional en 1994 por su gran valor histórico y social.

La construcción que data desde el año 1936 a 1940 fue puesta en funcionamiento como hospital en 1956 y su estructura se concibió en edificaciones lineales y ortogonales unidas en tipo H con espolones y un área construida aproximada de 42.000 M2 con 4 pisos en la zona Este y entre 6 y 7 pisos en la zona Oeste, tiene una altura aproximada de 22 metros con grandes pasillos de circulación, denominado el *edificio principal* que en la actualidad no cumple con la norma sismo resistente a pesar de ser una construcción aporticada en concreto armado con cimentaciones en viga T invertida y losas aligeradas en ladrillo farol de 25 cm de espesor que se encuentran armadas en una dirección sin amarres transversales, haciéndola vulnerable a eventos de sismo en una zona de alto riesgo, como es la ciudad de Cali.

Otras edificaciones aledañas al complejo principal e implementadas a partir del año 70, para la ampliación de cobertura y prestación del servicio en otras áreas, se fueron construyendo como el edificio de Oncología y Unidad de Cuidados Intensivos - UCI (4 pisos), edificio de Urgencias y edificio Banco de Sangre (2 pisos), edificio de Consulta Externa - U.B.A. (1 piso), Edificio de Neurología (5 pisos), edificio de Consulta Externa – Ortopedia (1 piso) y los edificios de Imagenología y edificio de Radioterapia (1 piso), sumando al complejo área construida en un total de 52.608 M2, incluidos la Escuela de Enfermería, Univalle CDU, Medicina Legal y Ciencias Forenses y Bodegas.

b) Control Técnico a la Obra Pública y Consultoría en Obra Pública.

Teniendo en cuenta las vigencias a auditar 2006, 2007 y 2008 se revisó el formato de rendición de la contratación F7 del SIRCVALLE para las vigencias 2007 y 2008 y la de REDVALLE para la vigencia 2006 de las bases de datos de la Contraloría Auxiliar para infraestructura Física, con el siguiente resultado:

CONSOLIDACION DE LA INFORMACION CONTRACTUAL POR CLASE DE CONTRATO.					
DESCRIPCION		2006	2007	2008	GRAN TOTAL
Clase Contrato	Datos	Total	Total	Total	
1. SERVICIOS	# de Contratos	152	194	333	679
	Suma del Valor	17,141,808,953	24,177,452,884	48,301,734,953	89,620,996,790
10. COMPRA VENTA	# de Contratos	12	17	22	51
	Suma del Valor	3,843,580,857	6,464,749,799	4,089,850,160	14,398,180,816
11. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	# de Contratos			1	1
	Suma del Valor			102,000,000	102,000,000
12. INTERVENTORIA	# de Contratos	8	6	1	15
	Suma del Valor	398,766,206	300,498,746	13,989,600	713,254,552
2. SUMINISTROS	# de Contratos	4,652	3,811	4,474	12,937
	Suma del Valor	35,732,259,223	41,930,783,206	41,386,600,593	119,049,643,022
3. MANTENIMIENTO Y/O REPARACION	# de Contratos	81	93	101	275
	Suma del Valor	1,436,993,616	1,592,053,256	1,371,862,696	4,400,909,568
4. OBRA PUBLICA Y/O CONSULTORIA EN OBRA	# de Contratos	10	10	65	85
	Suma del Valor	11,000,666,490	3,128,676,823	4,365,825,768	18,495,169,081
TOTAL CONTRATOS	# de Contratos	4,915	4,131	4,997	14,043
	Suma del Valor	69,554,075,345	77,594,214,714	99,631,863,770	246,780,153,829

Fuente: formato de rendición de la contratación F7.

De la anterior información se puede establecer que los contratos de suministro representados en medicamentos, economato, material médico quirúrgico, gases, combustibles, equipos, etc. son los de mayor inversión, seguido por la prestación del servicio de apoyo de personal médico y asistencial y otras de logística y educativos, siendo la obra pública y consultoría en obra pública de menor impacto pero no de menor importancia pues en cumplimiento de la normatividad hospitalaria en infraestructura y de habilitación de áreas para su funcionamiento se tornan de especial importancia en el complejo hospitalario.

En revisión de la tabla anterior, se pudo establecer que a pesar de rendir la información en la oportunidad, algunos contratos de mantenimiento, suministros, compraventa y servicios, que tienen que ver con obra y consultoría en obra, no fueron clasificados como de obra pública en el reporte mensual del formato F30 causando contratiempos en la verificación técnica, lo referente conforme a la Resolución 100-28.02-13 para presentación de informes; ídem situación para el formato F7 de la rendición de contratación total.

Por el error de clasificación anteriormente mencionado se recompuso el universo de la contratación en infraestructura, para hacer el selectivo de muestra en el procedimiento de visita técnica. El resultado de este análisis se muestra a continuación:

CONTRATOS REFERIDOS A LA OBRA PUBLICA Y CONSULTORIA					
DESCRIPCION		2006	2007	2008	GRAN TOTAL
Clase Contrato	Datos	Total	Total	Total	
1. SERVICIOS	# de Contratos	5	8	0	13
	Suma del Valor	74,844,696	230,337,488	0	305,182,184
2. SUMINISTROS Y/O 10. COMPRAVENTA	# de Contratos	3	1	4	8
	Suma del Valor	162,223,912	266,945,876	66,325,467	495,495,255
3. MANTENIMIENTO Y/O REPARACION	# de Contratos	8	16	32	56
	Suma del Valor	86,744,076	310,878,626	1,411,101,962	1,808,724,664
12. OTROS (INTERVENTORIAS)	# de Contratos	8	6	11	25
	Suma del Valor	398,766,206	300,498,746	167,231,561	866,496,513
4. OBRA PUBLICA Y/O CONSULTORIA OBRA	# de Contratos	10	10	18	38
	Suma del Valor	11,000,666,490	3,128,676,823	2,721,166,778	16,850,510,091
TOTAL CONTRATOS REFERIDOS A OBRA	# de Contratos	34	41	65	140
	Suma del Valor	11,723,245,380	4,237,337,559	4,365,825,768	20,326,408,707
SELECTIVO PARA VISITA TECNICA	# de Contratos	6	6	6	18
	Suma del Valor	10,368,411,797	2,526,906,078	916,210,033	13,811,527,908
TOTAL CONTRATACION REPORTADA EN F7	# de Contratos	4,915	4,131	4,997	14,043
	Suma del Valor	69,554,075,345	77,594,214,714	99,631,863,770	246,780,153,829
SELECTIVO VRS. CONTRATOS OBRA		88.4%	59.6%	21.0%	67.9%
CONTRATACION OBRA VRS. CONTRATACION TOTAL REPORTADA		16.9%	5.5%	4.4%	8.2%

Fuente: formato de rendición de la contratación F7 y análisis de la misma.

Tal como muestra el cuadro anterior, la contratación referida a la obra pública y consultoría en obra pública muestra una influencia menor en la contratación total por inversión, por no ser su objeto social, que fluctúa alrededor del 5% de la

contratación total; en la vigencia 2006 la influencia de la obra se ve aumentada por los recursos incorporados al presupuesto provenientes del Ministerio de Protección Social para aplicación específica en el reforzamiento sísmo resistente producto del estudio de vulnerabilidad sísmica realizado por el HUV, a través de la Universidad del Valle en el año 2002, presentado a la Nación con la viabilidad del gobierno departamental, que sumaron un valor de \$7.155'.000.000,00.

Revisada igualmente la contratación de obra pública, en el universo determinado, se pudo evidenciar que los contratos básicamente responden a necesidades de adecuación de áreas, consultoría para el diseño de otras áreas de asistencia logística y funcionamiento, planes de contingencia para la intervención de áreas a mejorar con construcciones temporales, habilitación de otras frente a la normatividad hospitalaria, construcción de nuevas áreas y adelantamiento del reforzamiento sísmo resistente.

La muestra seleccionada tuvo una buena representatividad como se puede observar en el cuadro anterior, siendo el ponderado del 60% en el cual se involucraron además los informes de Interventoría de los contratos de obra seleccionados para el entendimiento del desarrollo de los mismos. De otra parte, frente a los no clasificados como obra pública, de las áreas de suministro mantenimiento y servicios, se tomaron 9 contratos adicionales para revisión documental de las vigencias 2006 y 2007 por valor de \$713.6 millones.

Referente a la revisión documental de las carpetas seleccionadas y aportadas para su análisis y, además, del manejo de la Oficina Asesora de Planeación y su sección de Ingeniería y Arquitectura, se pudo evidenciar un manejo acorde al manual de contratación adoptado según acuerdo No. 007 de abril 01 de 1997, en lo que se refiere a la etapa precontractual, contractual y postcontractual que además es concordante con los principios de transparencia, selección objetiva y responsabilidad de que habla el Estatuto de Contratación Estatal en su Ley 80 y 1150 como de sus reglamentarios. No obstante a lo anterior, se presentan algunas deficiencias de forma, que deben ser mejoradas como el manejo de la documentación en cuanto a su foliatura, hoja de ruta del contrato y la deficiente coordinación que ocurre entre la suscripción del contrato y su inicio por la falta de diligencia en el proceso de aprobación de pólizas, giro de anticipos y mora en la entrega de las áreas a intervenir.



Cabe anotar que los planes de inversión y de desarrollo manejados en esta Oficina Asesora de Planeación gozan de un documento maestro realizado en el año 2004 denominado Esquema Básico de Implantación - E.B.I., que reformuló la expansión y uso de los espacios en el mejoramiento de las condiciones en la prestación de los servicios de salud y en el tema de la infraestructura hospitalaria, que fue creado a fin de superar carencias y limitaciones relacionadas con el P.O.T. municipal, en lo referente al plan vial de acceso y circulación, un plan de acción para la valoración, la protección, la recuperación y la actualización de los valores del edificio original y principal del Hospital como bien cultural inmueble y las permanentes actualizaciones tecnológicas y administrativas demandadas por el mejoramiento del servicio.

En revisión documental de los otros contratos seleccionados referidos a obra pública y consultoría de obra, no manejados por la Oficina Asesora de Planeación, sino por otras aéreas como mantenimiento, suministros y servicios, se pudo evidenciar la falta de seguimiento de los funcionarios a cargo, pues no se encontraron informes de Interventoría ni registro fotográfico ni ningún otro documento que evidencie las revisiones periódicas de las obras ejecutadas, servicios prestados o bienes suministrados, para verificar que ellos cumplan con las condiciones de calidad ofrecidas por los contratistas.

Frente a la contratación de obra de mínima cuantía, es decir, aquella inferior a los 300 smmlv, según manual de contratación, preocupa a la Entidad de Control Fiscal, la entrega de recursos a personas naturales o jurídicas no idóneas o capaces legalmente por lo que se debe manejar un registro interno de posibles oferentes.

Como resultado de la visita técnica a las diferentes obras de la muestra seleccionada, en compañía de los arquitectos y técnicos del Hospital como del contratista e interventor externo, se pudo establecer que, se ejecutaron con el lleno de los requisitos técnicos de acuerdo a las normas de Contratación, con obras de buena calidad a la vista, salvo lo evidenciado en el contrato de obra CO6-66 y CO7-57, considerados en la sustanciación de las quejas.

En el ejercicio del control de gestión contractual y responsabilidad de las partes, se observa el impacto positivo que le causó a la comunidad hospitalaria el desarrollo de las mismas.

c) Vulnerabilidad Sísmica y Reforzamiento Estructural.

El Hospital Universitario del Valle - H.U.V., realizó los estudios de Vulnerabilidad Sísmica en la vigencia 2002, producto de convenio interadministrativo con la Universidad del Valle y en cumplimiento de la Ley 400/97. El estudio igualmente da cumplimiento a los términos establecidos en el parágrafo 2°. Del Artículo 54 de la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, en cuanto a la evaluación de la vulnerabilidad sísmica de las instituciones prestadoras de servicios de salud; frente al Artículo 35 de la Ley 1151 del 24 de julio de 2007, el plazo ampliado para las acciones de reforzamiento estructural, será hasta el año 2010.

En revisión documental del estudio de vulnerabilidad sísmico, contenido de 4 tomos, se pudo verificar que cumple con la metodología exigida por la norma en sus tres fases, es decir, la primera fase contiene el levantamiento de la información planimetría y de fachadas y cortes existente y, verificación física de la misma, estudios geotécnicos y geofísicos, análisis de los elementos estructurales y no estructurales, elementos especiales, funcionalidad, dinámica, circulación vial y diagnóstico general. La segunda fase, contiene espectro de respuesta sísmica de los suelos, modelo matemático de la estructura, comportamientos elástico e inelástico a las sollicitaciones de sismo, uso y cargas verticales, vulnerabilidad sísmica, y la tercera fase, contiene las recomendaciones y conclusiones frente al comportamiento final, alternativas de refuerzo sísmico, proyecto de intervención por etapas, análisis de intervención de pórticos con pantallas o muros de corte, adición de elementos de acero, encamisado de columnas, refuerzo de las cimentaciones y creación de dilataciones en edificaciones integradas.

Tal y como se verificó en revisión documental, las conclusiones del estudio arrojan como resultado que la edificación no cumple con los parámetros de resistencia rigidez y ductilidad planteados en la N.S.R-98, puesto que se evidenciaron concretos y aceros de baja resistencia, esbeltez en fachadas con problemas de columnas cortas, geometría inestable a los sobre esfuerzos y algunos pandeos en pórticos, que la hacen altamente vulnerable a sollicitaciones de fuerzas naturales en una zona de alto riesgo como lo es el municipio de Cali según el mapeo de riesgo sísmico.

Finalmente el estudio de vulnerabilidad deja ver en sus recomendaciones 7 etapas de intervención para reforzamiento estructural de las cuales solo se han ejecutado dos (2), la primera del Bloque I del edificio principal, parte oriental y, la

segunda etapa para los edificios de UCI y Oncología. Igualmente se pudo verificar un estudio de actualización de reforzamiento y presupuestación para una tercera etapa que direcciona el reforzamiento de los espolones de Lavandería y Calderas al igual que la zona de Urgencias por valor aproximado de 6.000 millones de pesos integrados los acabados de obra blanca y programado para el año 2008, que no se cumplió. En cruce de escritos entre el M.P.S y el HUV, los recursos del ministerio de Protección Social para este acometido no fueron girados.

Efectuado un análisis mediano de costos, con los funcionarios de Planeación del H.U.V., se pudo establecer que frente a lo requerido por el estudio, lo intervenido representa aproximadamente el 26%, lo que determina un porcentaje bajo de intervención respecto del plazo ultimo para terminar las acciones de reforzamiento al 2010. Por lo anterior y, teniendo en cuenta su equipo de trabajo integrado y el buen aliado como lo es la UNIVALLE, es preciso que desde la alta dirección se establezca como directriz implementar una adecuada estrategia para que de manera eficaz, se agilicen tareas para la consecución de los recursos a nivel departamental, nacional y extranjero al igual que las tareas y esquemas de contratación; esta estrategia debe ser elemento esencial del Plan Estratégico del Hospital el cual deberá estar articulado a un Plan de Acción que determine dichas tareas.

d) Cumplimiento de la Norma Hospitalaria para Infraestructura.

La construcción actual del Hospital Universitario del Valle, cumple en su marco espacial y requerimientos de acabado, para todas las unidades especiales de atención y logística, expuestas en la Resolución 4445 de 1996 emanada del Ministerio de Salud para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

No obstante a lo anterior, no cumple con tanque de almacenamiento de agua potable de acuerdo al artículo 17 de la resolución mencionada, que es de carácter obligatorio y cuya capacidad deberá garantizar como mínimo 48 horas de servicio; sin embargo, se encontró que mediante la Orden de Trabajo No. 8801-03 de diciembre 23 de 2003 se ejecutó consultoría relacionada con la Evaluación de las redes internas se suministro de agua potable, alcantarillado y diseño de Tanque Subterráneo para agua del HUV, por valor de \$9'.458.604,00, entregado en agosto 10 de 2004, donde se plantea su construcción en zona de parqueadero de



enfermería sitio más alto del Campus al suroccidente. Revisado su contenido y planos, cumple con las normas de sismo resistencia y capacidades para la dotación requerida, igualmente la reserva de incendio.

En referencia al mantenimiento hospitalario de conformidad al Decreto 1769 de 1994, que reglamentó el artículo 189 de la Ley 100 de 1993, se comenta que respecto a esta disposición legal, el Hospital no cumplió en las vigencias auditadas el porcentaje de reserva del 5% del presupuesto total de que trata la norma en comento.

3.2 FINANCIAMIENTO

Estados Contables

En las vigencias 2006, 2007 y 2008 los datos financieros no fueron procesados en un software integral, aspecto importante al cual se le atribuye la diferencia en la información suministrada por las áreas de facturación, cartera, activos fijos y cuentas por pagar, generando incertidumbre sobre los estados financieros de la entidad y ocasionando reproceso de datos y mayores probabilidades de error a nivel de la consolidación de la información.

El software de contabilidad es poco funcional, no discrimina el activo ni el pasivo en Porción Corriente y No corriente, lo que impide un análisis más concienzudo de dicho grupo de cuentas, además de no generar un auxiliar por beneficiario para la revisión, conciliación y seguimiento a cada uno de los clientes - EPS subsidiadas, dificultando la conciliación entre las áreas, por lo tanto la información por Cliente generada por contabilidad difiere con la de cartera.

En análisis realizado a los estados financieros de las vigencias 2006, 2007 y 2008, arroja buenos resultados en lo que respecta a liquidez, capital de trabajo, nivel de endeudamiento, suficiencia patrimonial, pero una vez revisadas y analizadas cada una de las cuentas del balance, se evidenciaron inconsistencias en la información, de tal manera que los datos tomados no constituyen una buena herramienta para realizar el análisis financiero de la entidad. A pesar de que dentro del análisis realizado se obtuvo un dato positivo sobre el indicador de liquidez y recuperación de cartera, la entidad presenta dificultad para el cubrimiento de las cuentas por pagar de vigencias anteriores, y la tendencia de

las nuevas administraciones es a posponer el pago de dichos compromisos, los cuales se van envejeciendo periodo a periodo.

Los saldos de cartera inexactos, por falta de conciliación y ajustes oportunos en la base de datos en la que se maneja la información, ausencia de estrategias y de políticas claras de recuperación de cartera, falta gestión de cobro para las otras cuentas por cobrar diferentes a la prestación de servicios, lo cual afecta el flujo de efectivo y por lo tanto la liquidez de la entidad.

La entidad presenta serios problemas de recuperación de cartera, por lo tanto debe acudir a mecanismos coyunturales y de corto plazo que permita una recuperación rápida, pues esta situación afecta directamente el flujo de caja y la liquidez de la entidad y por ende la calidad en la prestación del servicio.

La provisión de la cartera se viene realizando sobre unos datos no depurados, además de no contar con un criterio técnico de reconocido valor, aspectos muy importantes si se tiene en cuenta que la provisión disminuye las cuentas por cobrar, siendo la consecuencia de reconocer que no es posible recuperar una gran parte de la cartera de la entidad.

La entidad viene accediendo periódicamente a créditos con entidades financieras, para dar cumplimiento a sus actividades de prestación de servicio, situación no recomendable teniendo en cuenta que se están generando costos financieros a la entidad; el hospital debe redireccionar sus políticas respecto a gestión de recuperación que le permita liquidez financiera, evitar el endeudamiento y contribuir al mejoramiento de las finanzas de la entidad.

No existe un software para el manejo de los costos de la entidad, se cuenta con información en hojas de cálculo, lo cual ocasiona reprocesos y posibilidades de error en la asignación de estos; existe Incertidumbre con el manejo de costos, los ingresos de un periodo se ven afectados por notas créditos de periodos anteriores, el personal asignado por centro de costos no es el mismo distribuido en las áreas, los suministros son cargados directamente a los servicios sin tener en cuenta el consumo real por servicio.

La entidad esta aplicando parcialmente la normatividad sobre sostenibilidad contable con respecto a las diferentes cuentas de los estados financieros, aunque el comité de sostenibilidad contable viene funcionando, no está generando los



resultados esperados, no esta cumpliendo con el objetivo para el cual fue creado, que es “Revisar, analizar y recomendar la depuración de los valores de los informes que presentan las diferentes áreas funcionales sobre la gestión administrativa realizada, proponiendo el ajuste, retiro o incorporación de información en los estados financieros.

La entidad no ha tenido la voluntad de dar cumplimiento a la normatividad sobre saneamiento de los estados financieros, por tal razón y para efecto de contar con información confiable, esta debe asumir la responsabilidad de sanear dicha información lo antes posible.

Activos

Grupo Efectivo

En la cuenta de ahorros No. 48492876-7 del Banco de Bogotá se encuentran depositados desde el mes de octubre de 2008, \$10.000.000.000 adquiridos mediante un crédito con Findeter con pignoración de la estampilla prohospitales durante 10 años; a marzo de 2009 estos recursos continúan en las cuentas del Hospital, generando costos financieros significativos para la entidad; se evidencia falta de planeación y proyección por parte de la entidad para la ejecución de este recurso.

La entidad viene realizando inversiones en certificados de depósito a termino y derechos fiduciarios con los recursos de la estampilla prohospitales y rentas cedidas, recursos que son trasladados a la entidad con destinación específica para inversión en tecnología, mantenimiento de planta física y compra de insumos hospitalarios.

La entidad ha realizado inversión con recursos de la estampilla prohospitales representada en CDTs de la siguiente manera:

Vigencia 2006	CDT 5087	\$ 1.233.244.689
	CDT 5088	\$ 1.197.043.635
VIGENCIA 2007	CDT 10746576	\$ 100.000.000
	ENCARGO No.27280712	\$ 2.702.000
	FID.POPULAR RTAS CED.	\$ 174.528.000
VIGENCIA 2008	CDT 00430545	\$ 100.000.000

Recursos de destinación específica que deben ser utilizados para mejorar la calidad en la prestación del servicio o para cubrir las obligaciones con proveedores y acreedores de la entidad; lo anterior demuestra la falta de planeación por parte de la entidad para el manejo de los recursos ya que se cuenta con compromisos que deben ser cubiertos pero no existe flujo de caja para su cumplimiento.

Grupo Deudores

- La cartera de la entidad se está envejeciendo dentro del Hospital, no toda la facturación realizada es radicada en las entidades para su respectiva gestión de cobro.
- Existen en facturación 3.544 cuentas abiertas por valor de \$442.278.633, por causa de pérdida de historias clínicas, no existencia de hojas de admisiones, por cobro de copagos que no se deben realizar, o no se efectuó el procedimiento o examen requerido, inconsistencias que persisten de un periodo a otro.
- Según revisión y análisis a la información de facturación, se presentaron diferencias con respecto a contabilidad de la siguiente manera:

PERIODO	SALDO FACTURACION	SALDO CONTABILIDAD	DIFERENCIA
2006	133.420.000.000	133.413.301.114	6.698.886
2007	152.177.000.000	154.798.212.029	-2.621.212.029
2008	168.011.000.000	172.240.093.066	-4.229.093.066

- Se revisó y analizó un informe de la firma solgensa – contratistas sobre la pérdida de varias facturas a presentar ante el fosyga cuyo valor asciende a \$165.833.809; al respecto no se evidenció el denunció respectivo.
- La Comisión de Auditoría realizó circularización a deudores representativos, encontrando diferencias en los saldos de los estados de cartera.
- El trámite para presentar la información ante fidufosyga se vienen adelantando por parte de contratistas externos, pero dicha información es devuelta en su gran mayoría por extemporaneidad en la presentación, por mal



diligenciamiento de los formatos soporte o por ausencia de los mismos. incumplimiento a resolución 2056 de 2003, decreto 1281) por lo tanto son cuentas que no fueron ni serán canceladas por fidufosyga.

- Las EPS Subsidiadas no efectúan pagos al Hospital en los términos estipulados en el decreto 050 de 2003 por cuanto se evidencio una cartera con vencimiento superior a 90 días contraviniendo lo establecido en la norma que ordena que después de radicada la facturación se pagaran las cuentas no glosadas dentro de los términos pactados sin exceder de 30 días calendario una vez radicada la facturación.
- Dentro de la cuenta 142012 anticipos para la adquisición de bienes y servicios aparece sin legalizar desde el año 2006 las siguientes partidas Luis Eduardo Barrera \$2.474.700, Divimodulares Sierra \$12.988.256, Manuel Tascon Cuevas \$49.210.000, Fernando de Jesús Gutiérrez \$2.177.805, Parque Tecnológico del Software \$139.926.000, Nilson Agudelo \$12.350.000.
- Se encuentra registrada en la contabilidad la cuenta 140917 Ministerio de Salud IVA Social con un valor de \$975.396.148, desde el año 2005, se desconoce que sucedió con el contrato que dio origen a esta cuenta por cobrar, valor que esta sobrevalorando la cartera de la entidad.
- Dentro de la cartera se encuentra una cuenta por valor de \$1.717.639.092 a nombre del consorcio Fisalud, entidad que no es responsable de la administración de los recursos del fosyga desde el año 2005, valor que esta sobrevalorando la cartera de la entidad.
- La entidad realiza periódicamente conciliaciones con EPSS, pero los ajustes no se realizan a nivel del área de cartera, además afecta la contabilidad ya que cartera es quien suministra la información a contabilidad.
- Durante las vigencias 2006, 2007 y 2008 no se evidencia gestión de cobro sobre los contratos de arrendamiento suscritos con diferentes terceros que están utilizando los espacios del hospital.
- No se evidenció la existencia del contrato de arrendamiento correspondiente al sitio donde se encuentra localizada la cafetería del séptimo piso, el último contrato encontrado en jurídica fue suscrito por las partes en el año 2001.

- La provisión de cartera para las vigencias 2006 ascendió a \$ 43.902.399.098 en el 2007 \$20.162.955.454 y 2008 ascendió \$20.162.955.454 valores provisionados sin un criterio técnico de reconocido valor, dicha provisión se encuentra subvalorada; el área de cartera presentó proyecto para incrementar la provisión de acuerdo a lo dispuesto por la normatividad vigente, dicho proyecto no fue aprobado por las directivas de la entidad porque se estarían castigando los estados financieros.

Grupo Inventarios

Se encuentran en el almacén General: un congelador vertical por valor de \$80 millones y una cabina de bioseguridad por valor de \$45 millones para la unidad de trasplantes desde hace 12 meses; un tomógrafo por valor en libras de \$320 millones donado por la DIAN Barranquilla en el año 2006, el cual no ha sido utilizado para los fines pertinentes; medicamentos no utilizados próximos a vencer e insumos obsoletos cuyo valor asciende a \$ 56 millones; medicamentos enviados por el ministerio de protección social para ser entregados a los pacientes con VIH, los cuales se encuentran vencidos dentro de la Bodega; reactivos de laboratorio muy antiguos que no han sido desechados por no contar con un procedimiento establecido para su extinción.

Grupo Activos Fijos

Las cuentas de terrenos y Edificio del balance, no se encuentran actualizadas; el predio principal donde se encuentra ubicado el Hospital, no cuenta con un avalúo actualizado, de igual manera la cuenta edificio no ha sido ajustado con la información del predio cedido a la Universidad del Valle por lo tanto esta cuenta continúa sobrevalorada.

Se cuenta con inventario físico de activos fijos a diciembre 31 de 2007, Información que no fue actualizada y ajustada a nivel de contabilidad en la vigencia 2008.

- Dentro del informe del inventario físico continúan apareciendo activos fijos que fueron hurtados de la entidad, no han sido dados de baja debido a que a diciembre 31 de 2008 no se contaba con el proceso para tal fin. El valor de los activos hurtados ascienden a \$ 78.215.423, en la actualidad



- El traslado de activos fijos entre las diferentes áreas funcionales no es informado a los funcionarios encargados para realizar su respectivo traslado.

Pasivos

Operaciones de Crédito Público

La entidad a diciembre 31 de las vigencias 2007 y 2008 no esta dando cumplimiento a la Ley 819 de 2003, presenta créditos de tesorería por \$5.000 y \$6.672 millones respectivamente, los cuales debieron ser cubiertos antes del 20 de diciembre de las respectivas vigencias.

Obligaciones Financieras

La entidad a diciembre 31 de las vigencias 2006, 2007 y 2008, presento sobregiros por \$1.144, \$5.586 y \$5.002 millones respectivamente, generando sobrecostos financieros, denotando una mala planeación, dichas operaciones de crédito se realizan para satisfacer necesidades de capital de trabajo a corto plazo; por tal razón se asimila a un crédito de tesorería, desconociendo la presecuado en la Ley 819 de 2003.

Cuentas Por Pagar

Las cuentas por pagar por edades reportadas por contabilidad no coinciden con las cuentas que reposan en tesorería y las cuentas manejadas por los técnicos de CXP. Las cuentas con vencimiento mayor a 360 días ascienden a \$1.160 millones; de los cuales \$934 millones no se encuentran registrados en el software de tesorería.

- El manual de procedimientos para cuentas por pagar no se encuentra actualizado de acuerdo con las actividades realizadas.
- Existen anticipos recibidos sobre contratos con vencimientos mayores a 360 días sin legalizar.

Ingresos Recibidos por Anticipado

Dentro de la cuenta ingresos recibidos por anticipado del balance, existe la cuenta 291007 con un valor de \$662 millones, saldo de vigencias anteriores, debe ser objeto de revisión y depuración.

Patrimonio

DETALLE	INDICADOR	VIGENCIA 2006	VIGENCIA 2007	VIGENCIA 2008
Que su patrimonio total supere en más del 50% su capital social. Según el resultado de aplicar el siguiente indicador.	Patrimonio total / Capital fiscal * 100	118.25%	121.63%	122.44%
Que las obligaciones mercantiles vencidas en mas de 360 días, no superan el 50% del pasivo corriente. Según el resultado de aplica el siguiente indicador.	Monto de Obligaciones Mercantiles de mas de 360 días / Pasivo Corriente * 100	24.86%	5.08%	3.90%
Que las obligaciones mercantiles vencidas en mas de 360 días, no superan el 50% pasivo Corriente.	Monto de Obligaciones Laborales de más 360 días / Pasivo Corriente *100	18.52%	11.97%	11.45%

De acuerdo con el análisis realizado sobre suficiencia patrimonial y financiera, el Hospital cumple con las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de obligaciones a corto plazo; sin embargo existe incertidumbre sobre este análisis debido a que la información contable que se constituye en herramienta para la realización de los indicadores, no es confiable, no se han realizado las depuraciones a nivel de contabilidad a varias de las cuentas que forman parte tanto del activo como del pasivo de la entidad.

Análisis Presupuestal Vigencias 2006-2007-2008

Vigencia 2006

Legalidad Presupuestal.

El presupuesto del hospital universitario Evaristo García, se fijó mediante acuerdo de Junta Directiva No. 024 de diciembre 30 de 2005 por \$117.125.7 millones y aprobado mediante Resolución No. 034 de diciembre 27 de 2005 emitida por el Consejo Departamental de Política Fiscal – CODFIS -, presentando incongruencia ya que el Codfis no puede aprobar el presupuesto antes del acto administrativo de fijación como lo es el acuerdo de Junta Directiva. - hallazgo administrativo.

El hospital por ser una entidad cuyo objeto social es la prestación de servicio en salud, se rige en materia presupuestal por el decreto 115 de 2006.

Modificaciones Presupuestales

Los ingresos se aprobaron inicialmente por \$117.125.6 millones y se adicionaron en \$59.486.4 millones y redujeron en \$2.814.1 millones, resultando un definitivo de \$173.798 millones.

Los gastos aprobados en forma inicial fueron \$117.125.7 millones, se acreditaron en \$56.672.3 millones, apropiándose en forma definitiva en \$173.798 millones. Las modificaciones al presupuesto se soportaron con los acuerdos de Junta Directiva y resoluciones del Codfis.

Las adiciones al presupuesto para las vigencias auditadas presentan un porcentaje considerable debido a que dentro de éstas están incluidas la incorporación de las Cuentas por Cobrar y Cuentas por Pagar de la vigencia anterior.

Ingresos

Los ingresos aprobados fueron por \$193.798 millones de los que se recaudaron \$133.923.7 millones, el 77 %, donde sobresale la Venta de Servicios que alcanzó el 52.4%, la Cuentas por Cobrar de vigencia anterior 21 18.2%, los Aportes el 13.1%, Ingresos de Capital 5.2%, Recaudos no Aforados 4% y los Otros Ingresos Corrientes 2.8%.

Dentro de la Venta de Servicios, el ingreso por la atención a la población pobre no cubierta participó con el 56.7%, los otros regímenes el 42%, otros ingresos de explotación 1.3%, respecto a este ingreso se evidenció que de \$6.045 millones que se presupuestaron, se reconocen \$5.920 millones de los cuales el recaudo real fue de \$910 millones, es decir, el 15% y el excedente se constituye en Cuentas por Cobrar lo que indica que el hospital tiene que replantear y mejorar sus políticas en la recuperación de cartera dentro de la vigencia.

En los Ingresos de Capital, la Recuperación de Cartera ocupó el 99.8% las Donaciones y Venta de Activos 0.2%.

Las Cuentas por Cobrar que fueron incorporadas al presupuesto presentaron recaudos del 92.4%.

Gastos

Los gastos se apropiaron definitivamente en \$173.798 millones y sus ejecuciones fueron \$15.198.2 millones, el 88.7% que confrontado con los ingresos cuyo porcentaje de recaudo fue el 77%, presenta déficit de 11.7% lo que en cifras equivale a \$20.274.5 millones.

Los gastos de Funcionamiento ocuparon el 74.6%, las Cuentas por Pagar vigencia anterior el 15.6%, los Gastos de Inversión 8.8% y el servicio de la deuda el 1%. En los Gastos de Funcionamiento, el mayor porcentaje fue para los de Personal con el 55.7, los de Operación Comercial 25.5, los Generales 16.5 y las Transferencias 2.3. De los Gastos de Personal, el 83.7% correspondieron a la parte misional del hospital y el 16.3% a la administrativa.

Vigencia 2007

El presupuesto se fijó con el acuerdo de Junta Directiva No. 005 de diciembre 4 de 2006 por \$143.782.5 millones, aprobado por el Consejo Departamental de Política Fiscal -CODFIS – con la resolución No.33 de diciembre 200 de 2006.

Modificaciones Presupuestales

El presupuesto de ingresos se aprobó inicialmente por \$143.782.6 millones y se adicionó en \$48.935.3 millones, resultando un definitivo de \$192.717.9 millones. Los Gastos se aprobaron por \$143.782.6 millones y se acreditaron en \$48.935.3, quedando definitivamente en \$192.717.9 millones. Estas modificaciones al

presupuesto están soportadas con acuerdos de Junta Directiva y resoluciones emitidas del Consejo Departamental de Política Fiscal – Codfis -.

Para efectuar el análisis de los ingresos como los gastos se realizó en forma comparativa con el 2006.

Ingresos

Millones

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO		RECAUDOS		VARIACION	
	2007	2006	2007	2006	CIFRAS	%
Disponibilidad Inicial	12.639.8	5.728.3	12.639.8	5.728.3	6.911.5	120.6
Venta de Servicios	121.211.6	110.196.5	71.451.8	70.208.5	1.243.3	1.7
.Aten.Pob.Pobre no Ase.	40.757.5	40.757.5	35.886.8	39.855.9	-3.969.2	-9.9
.Otros Regímenes	71.853	63.393.3	33.847.3	29.441.7	4.405.6	14.9
.Otros Ingr.de Explotac.	8.601.2	6.045.6	1.717.7	901.9	815.8	90.4
Aportes	20.859	21.074.3	17.758.5	17.438.5	320	1.8
Otros Ingres. Ctes.	3.962	3.796.3	4.292	3.756.2	535.8	14.2
Ingresos de Capital	1.971.8	6.620.7	4.176.6	6.839	- 2.662.4	- 38.9
Recaudos Pend.de Registrar	0	0	10.204.1	5.459.6	4.744.5	86.9
C x Cobr.Vigen.Ant.	32.073.5	26.383	25.333	24.493.5	839.5	3.4
TOTALES	192.717.9	173.798	145.856	133.923.7	11.932.3	8.9

Los ingresos se aforaron definitivamente en \$192.717.9 millones, superior al 2006 en \$18.919.9 millones, el 10.8%. Los recaudos ascendieron a \$145.856 millones, es decir, el 75.7% de lo aprobado y comparado con el año anterior se incrementó en \$11.932.3 millones, el 8.9 %. La Disponibilidad Inicial crece en 120.6% debido a que al cierre de la vigencia 2006, quedan unos recursos sin utilizar de reforzamiento estructural y de estampillas.

La Venta de Servicios se incrementa en \$1.243.3 millones, el 1.7%, pero se evidencia un decrecimiento de \$3.969.2 millones, el 9.9% en el contrato de

vinculados con la Secretaría de Salud Departamental, los Otros Regímenes crecen en 14.2%, los otros ingresos de explotación, el 90.4%.

Los Aportes presentaron variación positiva del 1.8%, los Otros Ingresos Corrientes el 14.2%, mientras que los Ingresos de Capital decaen el 38.9%, situación que se originó porque la Recuperación de Cartera pasó de \$6.828.8 millones en el 2006 a \$4.155.5 millones en el 2007, los Recaudos pendientes de registro aumentaron el 86.9%, la Cuentas por Cobrar Vigencia Anterior el 3.4%.

En términos generales, al cierre de la vigencia, del total de los reconocimientos el 24.6% quedan en Cuentas por Cobrar, lo que indica que la entidad debe redireccionar sus políticas respecto a la gestión en la recuperación de sus ingresos que le permita maniobrar fluidez financiera y de esta manera contribuir al mejoramiento de sus finanzas.

Gastos

Millones

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO		PRESUPUESTO EJECUTADO		VARIACION	
	2007	2006	2007	2006	CIFRAS	%
Gastos de Personal	75.197.7	66.606.5	74.325.8	64.092.6	10.233.2	16
.Gtos de Admón	13.144.7	11.046.9	12.838.9	10.431.2	2.407.7	23
.Gtos de Operación	61.633	55.389	61.198.8	53.490.8	7.708	14.4
Vig.Exp.Serv.Pers.	420	170.5	288	170.5	117.5	68.9
Gastos Generales	24.534.8	24.725.8	21.195.5	18.969.4	2.226.1	11.7
.Gtos. de Admón	3.742.4	2.570	3.189.2	2.099.9	1.089.3	51.9
.Gtos. de Operac.	20.782.4	22.140.7	18.006.3	16.854.5	1.151.8	6.8
.Vig.Exp.Serv.Grales	10	0	0	0	0	
Transferencias	6.002.9	4.716.9	2.802.5	2.737.8	64.7	2.3
Gastos de Operac. Cial.	35.099.8	33.918.8	34.703.7	29.336.5	5.367.2	18.3
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	140.835.2	129.968	133.027.5	115.136.3	17.891.2	15.4
Servicio de la Deuda	732.9	1.612.3	702	1.520.1	- 818.1	53.8
Gtos.de Inversión	11.417.2	15.573	8.087.8	13.531.5	-5.443.7	40.2
CxP Vigencia Anterior	39.732.6	26.564.7	38.482.4	24.010.3	14.472.1	60.2
TOTALES	192.717.9	173.798	180.299.7	154.198.2	26.101.5	17



Los Gastos se aprobaron en forma definitiva en \$192.717.9 millones, superior al 2006 en el 10.8%. Las ejecuciones totalizaron \$180.299.7 millones, el 93.5 % de lo aprobado.

Los Gastos de Funcionamiento representaron el 73.7%, las Cuentas por Pagar de la vigencia anterior el 21.3%, los Gastos de Inversión el 4.6% y el Servicio de la Deuda 0.4%. De acuerdo al análisis comparativo con el 2006, las ejecuciones fueron superior en \$26.101.5 millones, el 17%. Los Gastos de Funcionamiento presentaron incremento de \$17.891.2 millones, el 15.4% y dentro de éstos, los Gastos Generales Administrativos crecen en \$1.089.3 millones, el 51.9%, los Gastos de Operación Comercial en \$5.367.2 millones, el 18.3%.

Los Gastos de Inversión decrecen en \$5.443.7 millones, el 40.2 %, las Cuentas por Pagar de la vigencia anterior presenta variación de \$14.472.1 millones, el 60.25.

Vigencia 2008

Mediante acuerdo de Junta Directiva No.015 de noviembre 30 de 2007, se fija el Presupuesto de ingresos y gastos del hospital Universitario del Valle, EVARISTO GARCIA, por \$150.639.5 millones, el cual fue aprobado por el Consejo Departamental de Política Fiscal – CODFIS – mediante Resolución No. 48 de diciembre 28 de 2007.

Modificaciones Presupuestales

Los ingresos se aprobaron inicialmente por \$150.639.5 millones y fue adicionado en \$75.404.5 millones, que equivalen al 50% del presupuesto inicial, situación que se originó por la incorporación de la Disponibilidad Inicial \$13.339.3 millones, Cuentas por Cobrar de la vigencia anterior \$39.393.5 millones, Recursos del Crédito \$10.000 millones y Recursos Propios \$12.671.7millones, quedando aforado en forma definitiva en \$226.044 millones.

Los gastos aprobados fueron \$150.639.5 millones, se acreditaron en \$75.404.5 millones, donde se incluye la incorporación de las Cuentas por Pagar de la vigencia anterior por \$44.372.4 millones, apropiándose definitivamente en \$226.044 millones.

El análisis tanto de los ingresos como los gastos se realizó en forma comparativa con la vigencia 2007.

Ingresos

Millones

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO		RECAUDOS		VARIACION	
	2008	2007	2008	2007	CIFRAS	%
Disponibilidad Inicial	13.339.3	12.639.9	13.339.3	12.639.9	699.5	5.5
Venta de Servicios	130.294.2	121.211.6	74.512	71.451.8	3.060.2	4.3
. Aten.Poblac.Pobre	47.316	40.316	31.059.3	39.885.5	-8.826.2	-22.1
. Otros regímenes	73.347.6	71.853	42.011.8	33.847.3	8.164.5	24.1
. Otros Ingr. de Explot.	9.630.5	8.601.3	1.440.9	1.717.7	- 276.8	- 16.1
Aportes	29.118.5	20.859	17.873.4	17.758.5	114.8	0.6
Otros Ingresos Ctes.	4.271	3.962	3.014.5	4.292	- 1.277.5	- 29.7
Ingresos de Capital	10.000	1.971.8	23.884.2	4.176.6	19.707.6	471.8
Recaudos Pendien.Regist.	0	0	11.093.2	10.204.1	889.1	8.7
Ctas x Cobrar Vig.Anterio	39.021	32.073.5	29.201.3	25.333	3.868.3	15.5
TOTALES	226.044	192.717.9	172.917.9	145.856	27.062	18.5

El presupuesto de ingresos aprobado fue de \$226.044 millones, superior al 2007 en \$33.326.2 millones, el 17.3%, el total recaudado sumó \$172.917.9 millones, el 76.5% de lo aprobado y comparado con el año anterior, la variación fue de \$27.062, el 18.5%. La Disponibilidad Inicial se incrementó en 5.5%, Venta de Servicios el 4.3%, dentro de este grupo, el contrato con la Secretaría de Salud Departamental para la Atención a la Población Pobre decrece en el 22.1%, los Otros Ingresos de Explotación el 16.1% mientras que los Otros Regímenes, presentan crecimiento en el 24.1%. Los Aportes obtienen un mínimo aumento del 0.6%, los Otros Ingresos Corrientes bajan el 29.7%, los Ingresos de Capital crecieron considerablemente con el 471.8% debido a un crédito obtenido con Findeter por \$10.000 millones y Recuperación de Cartera por \$1.3884 millones, las Cuentas por Cobrar el 15.5%.



En esta vigencia los reconocimientos ascienden a \$233.901.8 millones de los que recauda \$172.917.9 millones; el 73.9%, quedando como Cuentas por Cobrar \$60.983.9 millones, el 26. %; por lo tanto el hospital debe realizar gestión efectiva en la recuperación de su cartera y poder lograr un equilibrio en sus finanzas.

Se evidenció que al hospital recaudó unos ingresos por recuperación de cartera de vigencias anteriores, los cuales no se incorporaron al presupuesto mediante acto administrativo, sino que los llevaron directamente a la columna de ingresos - hallazgo administrativo

Gastos

Millones

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO		PRESUPUESTO EJECUTADO		VARIACION	
	2008	2007	2008	2007	CIFRAS	%
GASTOS DE PERSONAL	88.035	75.197	85.440.3	74.325.8	11.114.5	15
.Gtos de Admón	17.282.4	13.144.7	7.031.3	12.838.9	4.192.4	32.6
.Gtos de Operación	70.687.6	61.633	68.344	61.198.8	7.145.2	11.7
GASTOS GENERALES	32.460.2	24.534.8	18.719.6	21.195.5	- 2.475.9	- 11.7
.Gtos de Admón	3.854.9	3.742.4	3.397.1	2.099.9	1.297.2	61.7
.Gtos de Operación	28.603.1	20.782.4	15.320.4	18.006.3	- 2.685.0	- 14.9
.Vigen.Expiradas	2.2	0	2.2	0	0	
TRANSFERENCIAS	9.364.7	6.002.9	3.185.7	2.802.5	383.2	13.7
GTOS.DE OPERAC. CIAL	33.760.3	35.099.8	33.759.3	34.703.7	- 944.4	- 2.7
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	163.620.2	140.835.2	141.104.9	133.027.5	8.077.4	6
SERVICIO DE LA DEUDA	0	732.9	0	702	0	0
GASTOS DE INVERSION	18.051.3	11.417.2	9.590.4	8.087.8	1.502.6	18.6
CTAS X PAGAR VIG.ANTERI.	44.372.4	39.732.6	42.381	38.482.4	3.898.6	10.1
TOTALES	226.044	192.717.5	193.076.3	180.299.7	12.776.6	7.1

Los gastos se aprobaron definitivamente en \$226.44 millones, superior al 2007 en el 17.3%. Las ejecuciones totalizaron \$193.076.3 que representó el 85.4% del aprobado y con relación al año anterior su incremento fue de \$12.776.6 millones, el 7.1%. Los Gastos de Funcionamiento ocuparon el 73%, la Cuentas por Pagar vigencia anterior el 22% y los Gastos de Inversión el 5%.

En los Gastos de Funcionamiento, los de Personal obtienen el 60.5%, los Gastos de Operación Comercial el 24%, los Generales el 13.3% y las Transferencias el 2.2%.

Respecto al los Gastos Personales el 20% correspondió a la parte administrativa y el 80% a la operativa y con respecto al 2007, la variación fue de \$11.114.5 millones, el 15%, se notó que mientras los gastos operativos su incremento fue del 11.7% los de administración el 32.6%. Los Gastos Generales decrecen en \$2.475.9 millones, el 11.7%, esta baja es notoria en los gastos operativos con el 14.9% y los administrativos crecen el 61.7%.

En la ejecución de gastos, en el grupo de inversiones se apropiaron \$18.051.3 millones y su ejecución solo alcanzó el 53% denotando que no hubo la suficiente planificación en el presupuesto – hallazgo Administrativo

Se evidenció en las tres (3) vigencias auditadas que la Junta Directiva aprueba varios acuerdos modificatorios al presupuesto – hallazgo administrativo

Los gastos personales indirectos presentaron incremento considerable con relación al 2007 pasando de \$13.806 millones a \$17.568 millones – hallazgo administrativo.

RESULTADOS FISCALES

CONCEPTO	2006	2007	2008
Disponibilidad Inicial	\$ 5.728.2	\$ 12.639.7	\$ 13.339.3
+ Ejecución Activa Ingresos	128.195.4	133.216.2	159.578.6
- Ejecución Activa Gastos	154.198.2	180.299.7	195.076.3
Resultado Fiscal	-20.274.5	- 34.443.5	- 20.158.3



Según lo anterior el hospital adquirió compromisos por encima de sus ingresos, generando un resultado fiscal negativo en el 2006 de \$20.294.5 millones, al cierre de la vigencia quedaron unas Cuentas por Cobrar de \$37.569.1 millones.

Para la vigencia 2007 el hospital ejecutó sus gastos por encima de los ingresos, generando al cierre de la vigencia un resultado fiscal negativo de \$34.443.5 millones, a diciembre 31 quedaron unas Cuentas por Cobrar por \$42.652 millones.

En el 2008 la entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un Resultado Fiscal negativo de \$20.158.3 millones, a diciembre 31 quedaron Cuentas por Cobrar por \$60.983.8 millones

Recursos a incorporar presupuesto vigencia 2009:

Saldo en caja	11.952.586
Saldo Tesorería Recursos Propios	2.098.184.567
Menos: Sobregiro Bancario	- 5.002.043.683
Saldo a Incorporar Recursos Propios	- 2.891.906.530

Saldo Tesorería Recursos Fondos Especiales (D.E)	24.817.951.992
Menos: Cuentas por Pagar D.E. CON Fuente de Financiación	8.024.716.735
Saldo a Incorporar D.E. por Ejecutar	16.793.235.257

Cuentas por Pagar a Incorporar SIN Fuente de Financiación	- 39.452.500.745
--	-------------------------

La entidad presenta saldos de recursos propios en caja por \$11.952.586 y en bancos por \$2.098.184.567 que se absorben por un sobregiro bancario de \$5.002.043.683.

Al restar al total de los recursos existentes en tesorería por concepto de fondos especiales con destinación específica, las cuentas por pagar que se financian con estos recursos, se determinó que la entidad cuenta con \$16.793.235.257 de destinación específica por ejecutar que deben incorporarse como disponibilidad inicial de la siguiente vigencia.

De acuerdo al análisis de los ingresos de las 3 vigencias auditadas se comprobó que el hospital recauda por concepto de las cuentas por cobrar incorporadas al presupuesto un promedio del 89%, lo que indica que sí cubre el déficit que presenta al cierre de las mismas.

Análisis de variables que afectan el financiamiento del hospital

El manejo en la facturación; durante las vigencias 2006, 2007 y 2008 ha presentado falencias que afectan en forma considerable las finanzas de la entidad. Persisten situaciones de un periodo a otro que impiden el buen resultado de las actividades y por ende la oportunidad de mejorar en lo que respecta a la oportunidad en la radicación de la facturación; continúa presentándose situaciones de facturación no cerrada al finalizar las vigencias; por lo tanto son servicios que se quedan sin contabilizar dentro del periodo fiscal; error en la asignación de actividades realizadas a los usuarios; frecuentes glosas a nivel de las áreas funcionales; no se ha actualizado la tecnología a nivel de facturación ni se ha adquirido el nuevo software que trabaje en Forma integrada con contabilidad y cartera de manera que se disminuyan los reprocesos y las probabilidades de error.

- Glosas frecuentes en la facturación por mal diligenciamiento de los soportes enviados con la facturación, por falta de soportes y por extemporaneidad en la presentación de la información. Incumplimiento de los artículos 4, 8, 9 y 10 de la resolución 1995 de 1.995 del Ministerio de Salud.

VIGENCIA	GLOSA ADMINISTRATIVA	GLOSA ASISTENCIAL
2006	83%	17%
2007	74%	26%
2008	73%	27%

Las glosas afectan el proceso de recaudo y liquidez de la entidad, sobretodo la existencia de glosas periódicas.

Para las vigencias 2006, 2007 y 2008 la cartera continúa presentando los mismas inconsistencias que en años anteriores; se arrastran saldos no depurados en su momento ni por saneamiento y sostenibilidad contable; las bases de datos no están automatizadas, manejan varias hojas de cálculo que no son actualizadas con información oportuna, por lo tanto no se cuenta con información de cartera actualizada.

- El área financiera desde el año 2000 viene planteando un saneamiento de la cartera de la entidad, partiendo del concepto de prescripción de las deudas con vencimiento de más de tres (03) años, información analizada por el área jurídica la cual emitió dicho concepto; a diciembre 31 de 2008, aún continua la cartera sin depurar.

Partidas pendientes por depurar según informe de cartera:

CARTERA VIGENCIAS ANTERIORES POR SANEAR

LETRAS A PARTICULARES	7.605.000.000
MUNICIPIO CALI-VINCULADOS	4.500.000.000
CARTERA 1993-2004	3.827.209.147
CASTIGO DE FACTURACION POR NO ENCONTRARSE LAS FRAS. CERRADAS (4.861 FACTURAS)	629.088.575
TOTAL CARTERA POR DEPURAR	16.561.297.722

3.3 LEGALIDAD

Cumplimiento del marco normativo de la contratación

El éxito en la contratación para la prestación de los servicios en salud y demás, está íntimamente relacionado con el nivel de desarrollo y la organización del sistema de seguridad social en salud, por ende no se puede identificar una forma de contratación que sea superior a las demás en todos los casos; interesa mucho más, entender las razones que aplican el objeto de la contratación y los resultados, puesto que ésta tiene claras incidencias sobre la calidad y bienestar de todos los actores que operan el sistema; en efecto, las experiencias muestran que el control a la contratación es indispensable para garantizar la viabilidad económica y el fin de la conveniencia y oportunidad del gasto.

De esta manera, en el presente proceso auditor se pudo evidenciar que la Entidad a pesar de haberse atemperado a los principios de eficiencia, eficacia y responsabilidad, incurrió en algunas deficiencias de carácter legal, que se dan a conocer en el presente informe:



RESULTADO DEL ANALISIS CONTRACTUAL

No.De Contrato	Contratista	Estudios Técnicos y Conveniencia y oportunidad	Actas de Liquidación	Publicación	Informe del Comité Docente a los convenios	Adiciones violatorias manuales de Contratación	Informe de Interventoría	Actas de terminación de Convenios relación docencia
VIGENCIA 2006								
CO6-01	COENPAZ	X						
CO6-02	COENPAZ	X						
CO6-05	COENPAZ	X				X		
CO6-22	SIEMENS		X	X				
VIGENCIA 2007								
CO7-24	COENPAZ		X				X	
CO7-32	COENPAZ	X	X				X	
CO7-25	COENPAZ	X					X	
CO7-16	SERVACOO		X				X	
CO7-62	TYCO DE COLOMBIA		X				X	
CO7-34	BRILLADORA DIAMANTE EL		X	X			X	
VIGENCIA 2008								
CO8-04	COENPAZ	X						
CO8-07	COENPAZ	X						
CO8-39	MULTISALUD	X						
CO8-47	SERVACOO	X		X				
CO8-114	COMET	X						
CO8-100	KAIPA		X				X	
CO8-14	BRILLADORA DIAMANTE EL		X				X	
CO8-78	PROSA LTDA		X					
CO8-03	COENPAZ	X						
CONVENIO S/N	UNIVALLE				X			X
	USACA				X			X
	UNILIBRE				X			X
	U AUTONOMA				X			X
	U JAVERIANA				X			X
	ESC. DE ENFERMERIA EDENV				X			X
	ESC. DE ENFERMERIA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA				X			X

Fuente: Expedientes de los contratos y demás archivos de gestión, en donde la X significa omisión del requisito legal

La contratación suscrita por los Médicos Jorge Iván Ospina, Jairo Alarcón, Directores anteriores y, la actual Directora María Lucero Urriago Cerquera, referenciada en el cuadro que antecede, para vigencias 2006 2007 y 2008, reflejan algunas deficiencias documentales para los contratos No.: CO6-01 \$116 millones, CO6-02 \$116 millones, CO6-05 \$489 millones, CO6-22 \$624 millones; CO7-24 \$336 millones, CO7-32 \$2.069 millones, CO7-25 \$240 millones, CO7-16 \$158.7 millones, CO7-34 \$1.117 millones, CO7-62 \$1,021 millones, CO8-04 \$321

millones, CO8-07 \$121 millones, CO8-39 \$2.261 millones, CO8-47 \$682 millones, CO8-114 \$207 millones, CO8-100 \$176 millones, CO8-78 \$35 millones, CO8-03 \$629 millones y los convenios relación Docencia con la UNIVALLE, USACA, UNILIBRE U. AUTONOMA DE OCCIDENTE, U. JAVERINA, ESC. DE ENF. EDEN Y ESC. DE ENF. NUESTRA SEÑORA DE FATIMA; las debilidades referenciadas son producto de la aplicación inadecuada del Acuerdo de la Junta Directiva No. 007 de abril 1 del 97 en sus artículos 34, 44, 54, 55 numeral 7, artículos 57, 63, 67 inciso 3º, artículo 69 inciso 3º y artículo 74, concordante con la Ley 734 del 2002 artículo 34 numeral 1.

De otra parte, algunos contratos fueron adicionados utilizando la modalidad del “Otro si”, sin la justificación o argumentación a este hecho, al respecto se hizo la observación sin que se obtuviera respuesta.

La comisión de auditoria por el resultado obtenido, determina las anteriores deficiencias como un posible hallazgo de carácter disciplinario.

En cuanto a la contratación de obra civil, se encontró que ésta se cumple conforme al manual de contratación de la entidad y principios del Estatuto contractual en su etapa precontractual, contractual y postcontractual.

Litigios

El Hospital Universitario del Valle a la vigencia de 2008, registra 404 procesos del orden administrativo, ordinarios laborales y otros fallados a favor y en contra, y 1.286 acciones de tutela, siendo su estado procesal el referenciado a continuación:

Número de procesos	Clase de procesos	Estamento judicial	Cuantía por demanda	Estimado 10% por demandas fin provisión	Valor por fallos en contra y a favor	Estado de los procesos
164	Administrativos	Consejo de Estado, Tribunal Admtvo, Juzgado Admtvo	\$93,278.523.868	\$9,327.853.386		Periodo de pruebas, alegatos pendientes de fallo
184	Ordinarios laborales	Juzgados 1º al 12 del circuito de Cali	\$945.000.000	\$9.450.000		En conciliación, periodo de pruebas
51	Administrativos				\$28,868.851.838	Fallados a favor del HUV
5	Administrativos				\$584.390.099	Fallados en contra de HUV
1286	Tutelas sobre vulneración al derecho a la Salud					Fallos en un 78% a favor del usuario

Fuente: Informe Departamento Jurídico y Responsabilidad Médica.

Se observa en el reporte, que los 404 procesos están distribuidos en 164 administrativos con cuantía por demanda de \$93,278 millones, 184 ordinarios laborales por \$945 millones, 51 procesos reportados con fallos a favor del HUV por \$28,868 millones, 5 procesos fallados en contra del hospital por \$584 millones y 1.286 Tutelas instauradas en contra de la EPS respectiva y el HUV, por vulneración del derecho a la salud.

En el proceso auditor se ha considerado que el 10% estimado para la provisión por las demandas es muy bajo, en esta circunstancia la Entidad correría el riesgo de afectación presupuestal frente a cualquier actuación jurídica contraria.

Se recopiló información del Centro Integral de Atención al Usuario (CIAU), para las vigencias 2006, 2007 y 2008, evidenciándose en su base de datos reclamos de todo tipo como: Quejas, solicitudes, consultas, Derechos de Petición, sugerencias, elogios según se muestra a continuación:

Caso	2006	2007	2008	Observaciones
Reclamos de todo tipo	1.632	1.266	1.712	El reporte de los reclamos 2006 y 2007 y 2008 (I semestre), no fueron notificados al grupo de control y vigilancia de la Secretaría de Salud Dptal para su evaluación como es obligación según los convenios perfeccionados por vigencia

Fuente: Centro Integral de Atención al Usuario

La anterior información no fue reportada por HUV a la Secretaría de Salud Departamental como función rectora en la prestación de los servicios de Salud para su vigilancia y control.

Entre otros procesos en curso, se encontraron radicados, sobre acción de repetición los que a continuación se relacionan:

Procesos por acción de repetición.

Radicación	Estamento Judicial	Estado del Proceso	Valor
2004-0651	Juzgado 4to. Administrativo de Cali	Traslado para alegatos de conclusión	\$183'.138.829
2004- 403	Tribunal Contencioso Administrativo del Valle	En despacho para citar a conciliación o correr traslado para alegatos de conclusión	\$180'.050.072

Fuente: Oficina Jurídica Externa – Responsabilidad médica

Los procesos referenciados, tuvieron su última actuación en enero 29 de 2009, a la fecha está pendiente correr traslados para los alegatos de conclusión.

Quejas

Antecedentes.

Se radica en la contraloría auxiliar para participación ciudadana a través de los oficios No. 125.19.61-36 del 5 de Enero de 2009, 125.30.01-59745 (**QC-134-2008**) de fecha 24 de diciembre de 2008, 125.30.01-58930 (**QC-117-2008**), de fecha 5 de diciembre de 2008, 130.19.11-2019 (**QC-127-2008**) de fecha 11 de febrero de 2009 y denuncia verbal de la organización Sintrahospiclinicas, quejas para que sean avocadas en el curso de la presente auditoria, con el propósito de dar información a la organización sindical referida, Fiscalía Seccional 121 de Cali y Comunidad en general; sobre la ejecución de los contratos CO5-26 y CO5-29, suscritos entre el anterior Director Jorge Iván Ospina, en calidad de representante legal del H.U.V y la Cooperativa de Trabajo Asociado Coenpaz, con Nit. 805.023.166-2, el contrato No. CO7-57 referente a la Adecuación de la Unidad de Cuidados Intensivos de Urgencias del HUV, el CO6-66 para la construcción de la segunda fase del reforzamiento estructural del edificio principal y adecuación de sala de operaciones del HUV, el CO6-63 sobre el suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de control de accesos con los componentes de software y conectividad, la verbal sobre el estado de la Cartera de la Entidad al 31 de diciembre de 2008 y la referente a la utilización del parqueadero ubicado en las inmediaciones de la escuela de enfermería sede San Fernando en lavadero de vehículos.

Hechos.

1. El Hospital legaliza y ejecuta los contratos de prestación de servicio en salud con la Cooperativa de Trabajo Asociado Coenpaz con Nit. 805.023.166-2 No. CO5-26 de fecha 15 de marzo de 2005 por \$280.392.462,00 y el CO5-29 de fecha 15 marzo de 2005 por \$895.043.987,00; a solicitud de la Fiscalía Seccional 121-Cali, según oficio No. 50000-P3-6926-819429-121 de fecha 20 noviembre de 2008 se hace necesario practicarles auditoria fiscal, de ahí que el contrato CO5-26 de marzo de 2005 por \$280.392.462,00 entre el medico Jorge Iván Ospina, anterior Director del HUV y Lázaro Alberto Maya Serna representante de la Cooperativa de Trabajo Asociado Coenpaz, lo suscribe, donde el contratista se obliga con el Hospital a suministrar el personal de auxiliares técnicos en el área Clínica e instalaciones del mismo en un número de cargos de 24, de acuerdo a los requerimientos exigidos y a la propuesta, siendo su responsabilidad organizar las actividades de trabajo de sus

asociados con autonomía administrativa asumiendo los riesgos de su realización.

Se observó que el HUV, no proyectó como necesidad para contratar los estudios técnicos en todos sus aspectos, además permitió que el contratista obviara: la presentación de los informes de las actividades realizadas, informe de Interventoría, certificación de especialización y la constancia de inscripción de la Superintendencia del sector solidario. permitiera la publicación extemporánea del contrato, es decir, el 23 de diciembre del 2005 y el contrato se pacto de marzo de 2005 al 15 de noviembre de 2005, según recibo expedido de la Imprenta Departamental del Valle No. 07351, lo anterior conforme lo considera el Artículo 17 Litera e del mismo contrato.

Caso igual sucedió con el contrato No. CO5-29 por \$895.043.987,00, suscrito entre el medico Jorge Iván Ospina anterior Director y la Cta Coenpaz; en donde el contratista se obliga a suministrar 106 auxiliares técnicos administrativos a las instalaciones del hospital de acuerdo con los requerimientos exigidos y la propuesta; verificada la ejecución del contrato y demás requisitos se encontró que el hospital permitió la publicación de dicho contrato una vez ejecutado como se muestra en el recibo de caja de la imprenta Departamental N°. 05958, igualmente el informe de Interventoría no fue presentado, según el Artículo 17 numeral e del mismo contrato.

Lo manifestado es consecuente con la ausencia de control e intervención de la oficina asesora de Control Interno, conforme se considera en el acuerdo No. 007 de abril 1 del 97 Artículo 63 y 67.

Las anteriores deficiencias la Comisión de auditoría las ha calificado como un posible hallazgo de carácter disciplinario.

2. Por la queja **(QC-127-2008)** instaurada por la organización sindical Sintrahospiclinicas sobre los contratos Nos. CO7-57 y CO6-66, hechas las visitas técnicas a las obras civiles referidas y averiguaciones de rigor se pudo evidenciar que:

Referente al contrato CO7-57, suscrito el 27 de junio de 2007, entre el Md. Jairo Alarcón en su calidad de Director General (E.) del HUV y la Unión Temporal Z & P, para “La Adecuación de la Unidad de Cuidados Intensivos de Urgencias del HUV”, por valor de \$583'.533.614,00, se pudo establecer en

revisión documental de la carpeta contentiva del contrato que su ejecución se realizó entre el 24 de agosto de 2007, según Acta de Inicio y el 22 de diciembre de 2007, según Acta de Terminación, efectuando obras de acuerdo a los ítems del presupuesto y propuesta en la habilitación de 10 salas de UCI en zona donde funcionaban consultorios aledaños a la sala de atención de Urgencias, que fue separada por muro esbelto de construcción en ladrillo debidamente aporticado y con las cimentaciones sismo-resistente requeridas según se pudo constatar en los informes de Interventoría, control y vigilancia ejercido por el Arquitecto Andrés Felipe Acosta Moncayo, a través del contrato CO7-63.

Se manifiesta en la queja de Sintrahospiclinicas que, en un muro construido entre la sala de urgencias y la UCI del área de urgencias se presentan fisuras que atentan contra las personas y la institución por peligro de colapso para lo cual solicitan las correcciones del caso y se investigue a los responsables por mala ejecución del contrato.

Efectuadas las averiguaciones necesarias para la identificación del contrato correspondiente, se pudo establecer que se trata del mencionado anteriormente, es decir, el CO7-57 en el cual se desarrolló, como ya se mencionó, la división del área de UCI y Urgencias. Realizada la verificación de inspección ocular se pudo constatar que efectivamente se presentaban las fisuras en comento por el quejoso, en dos sitios laterales y específicos de forma vertical siguiendo la unión de columnas de apoyo de la edificación en concreto armado de grandes dimensiones y rigidez con respecto al muro construido; de igual manera, se pudo constatar que los pisos aledaños no muestran ni fisuras ni hundimientos por asentamiento diferencial, por lo cual se puede concluir que éstas fisuras en el muro, obedecen a la diferencia de contracción y temperatura de dos materiales no homogéneos, es decir, columna de concreto armado y ladrillo de mampostería que debió haberse dejado dilatado en el repello de revestimiento del ladrillo en el proceso constructivo, precisamente para evitar su aparición en forma de fisura desagradable a la vista y de formación caótica aunque sí vertical en esas zonas. No obstante a lo anterior, la Interventoría y el Hospital advierten que esta junta no era posible formar en el repello, por cuanto la normatividad hospitalaria y zona de altos problemas de infecciones no puede tolerar sitios donde se haga difícil la limpieza patológica que permanentemente debe efectuarse por la prestación del servicio de salud y sus factores de calidad, por lo que el repello se paso liso.

Cabe anotar que en inspección inicial de las fisuras, estas se evidenciaron en el proceso auditor en fecha 11 de febrero del corriente, siendo corregidas por el contratista y verificada la corrección el 11 de marzo en la visita técnica de obra con la sección técnica del HUV, el contratista e interventor en cumplimiento al programa de visita fiscal del selectivo de muestra para la vigencia 2007, siendo ésta actuación beneficio del proceso auditor.

Descartado el problema de colapso del muro por lo cual no existe riesgo frente a su construcción, es preciso advertir que dada la flexibilidad de la estructura por su esbeltez (altura de 4.30 mts y luces entre columnas de 8.40 mts) y diferencia de contracción y dilatación por temperatura de los materiales utilizados no se descarta la aparición de las fisuras con el tiempo y es posible que en unos cuatro meses suceda; debe manejarse por parte del área de mantenimiento locativo, un tratamiento especial a estas juntas a lo largo de la unión entre columna y muro verticalmente con algún polivinílico o sellante flexible que evite el fisuramiento de repello-estuco-pintura del muro en esos sitios.

Referente al contrato CO6-66, suscrito el 22 de septiembre de 2006, entre el Md. Jorge Iván Ospina Gómez en su calidad de Director General del HUV y la Unión Temporal OBRALINKS, para “La Construcción de la segunda fase del reforzamiento estructural del Bloque I del edificio principal y la adecuación de sala de operaciones del HUV”, por valor de \$3,925'.454.965,00, con recursos del Ministerio de Protección Social con destinación específica para el cumplimiento de la Ley 400 de 1997, que trata sobre el reforzamiento estructural de edificaciones indispensables para la recuperación de la comunidad, se pudo establecer en revisión documental que su ejecución se realizó entre el 29 de noviembre de 2006, según Acta de Inicio y el 15 de febrero de 2008, según Acta de Terminación, en el cual se desarrollaron obras correspondientes a recomendaciones de estudio de vulnerabilidad sísmica para el 3er. y 4to. pisos del bloque I del edificio principal lado oriental del HUV con la adecuación de sala de operaciones para 13 quirófanos en el cuarto piso de acuerdo a propuesta de la Unión Temporal adjudicataria en proceso de convocatoria pública, para lo cual el desarrollo de obras se llevó a cabo con la Interventoría de la Universidad del Valle realizándose en general un buen trabajo a la vista; tuvo su lunar de inadecuada ejecución en pisos de habilitación de zona de quirófanos puesto que estos presentaron fisuras superficiales, que comprometen su puesta en funcionamiento.

Manifiesta el quejoso que dada la presentación de fisuras por lo que creen ellos una mala ejecución afectación y riesgo al Hospital, se corrijan los daños y se investigue sobre los responsables del incumplimiento y afectación presupuestal. Efectuada la visita técnica correspondiente, se verificó que efectivamente los pisos de granito pulido aplicados en el 4to. piso de quirófanos, presentan fisuras superficiales que al comparar con registro fotográfico anterior de la Interventoría, van en progreso, siendo el más afectado, el del ala norte el cual tiene 7 quirófanos en funcionamiento por lo que se aduce, por parte del cuerpo técnico del HUV, que esto era de esperar debido al tráfico y uso del área; igualmente se observa el levantamiento de algunos perfiles de bronce causado por el tráfico de camillas personas y demás equipos médicos.

Analizados los diferentes documentos de seguimiento y control tanto de la Interventoría como del constructor, son múltiples las razones de la problemática. De un lado, afirma el contratista que no es responsable de las especificaciones técnicas suministradas por el Hospital y controladas por la Interventoría y que no tiene responsabilidad sobre su construcción, además de que, a pesar de presentarse algunas fisuras en el proceso constructivo, la Interventoría y el Hospital permitió la continuidad de la obra; de otra parte, la Interventoría afirma que desde el proceso de destronque para el posterior pulido y brillado, advirtió en bitácora de obra y Comité Técnico del momento, que habían problemas al no respetarse los tiempos de fraguado de la fundición de granito y cemento blanco que debía esperar por lo menos 7 días, realizándose algunas actividades de destronque a las 24 horas, además efectuadas algunas pruebas de adherencia y consistencia, se encontró sitios de material fundido sin ésta condición, lo que podría provocar la falla de los pisos al aplicar las máquinas pulidoras.

Dada esta discusión que inició desde septiembre de 2008, según reza en la parte documental, se han represado los reconocimientos del pago de este capítulo, por lo cual a la fecha dicho contrato por la divergencia misma, no ha sido liquidado e igualmente en 12 Actas parciales para pago cursadas, no se reconoció el área de pisos de granito pulido.

Ante el panorama crítico de la necesidad de prestación del servicio, se han habilitado 7 quirófanos y un 8vo. se encuentra en proceso de habilitación, sin que a la fecha se generen aclaraciones al respecto del incumplimiento y solución al conflicto, de igual manera, la perspectiva de recomposición del piso

en granito pulido, en el cual sería crítica su demolición para volver a fundir pulir y brillar, causaría un traumatismo de grandes proporciones al Hospital.

No obstante a lo anterior y en reunión de visita técnica con los representantes del contratante en cabeza del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, la Interventoría de UNIVALLE en cabeza de la directora y coordinadora de esta supervisión y el representante de la Unión Temporal OBRALINKS en cabeza del Arq. Germán Sandoval, se plantearon algunas soluciones a la divergencia, donde el contratista propone el “entapetado” del piso existente con texturas especiales que cumplen la norma hospitalaria frente a la asepsia requerida en el área, así como también la descarga estática de equipos y personal usuario medico y asistencial, propuesta ésta acogida por los representantes de HUV pendiente de su debida aprobación ante la alta Dirección. De otra parte, el contratista plantea la intervención de un perito que determine el reconocimiento al pago o no pago de los pisos afectados y su responsabilidad.

En el Acta de Terminación referida, igualmente se dejó constancia sobre obras adicionales de ductos, aire acondicionado y otras, no autorizadas por el interventor oportunamente, siendo necesarias para la complementación de corrección de reforzamiento estructural y puesta en funcionamiento de sala de operaciones lo cual de manera verbal fueron avaladas por la Interventoría en reunión de visita técnica, lo cual quedo pendiente de la certificación escrita para su reconocimiento.

La Comisión de Auditoría, como resultado de lo anterior, lo determina como un posible hallazgo de carácter administrativo.

3. El contrato CO6-63 de fecha 30 de agosto de 2006 (**QC-117-2008**), suscrito entre el Md. Jorge Iván Ospina, anterior Director de HUV y Orlando Rincón Bonilla representante legal de la firma Parque Tecnológico del Software - “Parquesoft” con Nit. 890.303.461-2 por \$499.997.306,00 para una duración de ejecución de 2 meses después del pago del anticipo según acta de inicio de fecha 22 de septiembre de 2006 en donde para su actuación como interventor fue nombrado el subdirector de Servicios Generales del momento, Javier Berna Maccias por medio de la resolución DG-2585 de septiembre 27 de 2006; efectuadas las visitas a los puntos donde se encuentran instalados los sistemas de acceso y previa revisión del expediente contractual y análisis sobre el fin del contrato, se encontró que dicho sistema no está en funcionamiento, a falta del Sistema de Gestión del monitoreo por cabinas de video, y el control y registro



de visitantes en los componentes del hardware, situación esta coherente por lo manifestado por el subdirector de servicios generales actual del Hospital Ingeniero Marco Tulio Quintero a la Gerencia, Dpto. Jurídico de HUV y al contratista, según oficios sin numero de fecha noviembre 19 de 2008, diciembre 9 de 2008, diciembre 29 de 2008 y enero 29 de 2009.

Como resultado del examen practicado al expediente del contrato, se evidenció que el Hospital no le exigió al contratista la póliza de calidad, entendiéndose que el contrato es de suministro de unos equipos, en donde el contratista debía instalarlos y entregarlos funcionando, caso que no ocurrió; de otra parte, la Entidad dejó vencer la póliza de cumplimiento que ampara el fin del objeto contractual, por la característica del no funcionamiento, de igual manera el contratista no cumplió con la cláusula 8ª del contrato referente a: **“obligaciones del contratista”** numerales 1, 2 y 4, se observó que lo comentado, no fue cuestionado por el interventor, antes por el contrario se evidenció un acta de entrega y recibo final del contrato de fecha 28 de febrero de 2007 suscrita por el antes subdirector de Servicios Generales de HUV Javier Berna Maccias en donde se observa que actúa como contratante y no como interventor.

Aparte de lo anterior, el contrato en su ejecución refleja una serie de irregularidades respecto a la prórroga, en donde fue solicitada después de vencidos los términos iniciales del mismo, es decir, el acta de inicio fue del 22 de septiembre de 2006 para una duración de 2 meses y la prórroga se solicitó el 22 de noviembre de 2006, a la fecha el contrato según el acta de entrega y recibo final, no aparece liquidado conforme a lo establecido en el manual de contratación, omisión cuestionada, toda vez que no se observa trámite, de conformidad a la Ley 1150 de 2007 y Acuerdo 007 de 1997 de la Junta Directiva del Hospital.

Por la situación actual del presente contrato, a la Dirección General del Hospital le fue notificada por oficio de fecha 21 de octubre de 2008 de la organización sindical Sintrahospiclinicas explicación al respecto, se encontró respuesta en oficio de fecha 5 de noviembre de 2008, en donde la Directora manifiesta que “actualmente ya se dieron las instrucciones pertinentes al Ing. Marco Tulio Quintero, Subdirector de Servicios Generales del HUV donde se le solicitó que realice las acciones con el fin de que pongan en funcionamiento los tornos de

control, de entrada de personal interno como externo del HUV”, actuación que no se evidenció.

No obstante a lo comentado, se hicieron las averiguaciones en Tesorería sobre la cancelación del contrato en donde se constató que a través de las órdenes de pago No. 50397 de septiembre 20 de 2006 se canceló el anticipo por \$199.988.922,00, con la orden N°. 53523 del 30 de enero de 2007 se cancela un parcial de \$157.688.306,00 y con la N° 55040 de junio 12 de 2007 se paga el saldo por \$89.421.932,00, se totaliza el valor del contrato por \$60499.997.306.

Consecuente con lo manifestado, la comisión de auditoría considera que la Entidad aplicó en forma inequívoca el acuerdo de la junta directiva No. 007 del 1 de abril de 1997 – Manual de Contratación, en sus Artículos 1, 4 numeral 3, 4, 6 y 8, Artículo 63, 67, 69 y 74; en lo referente al objeto del acuerdo, principios que lo rigen, control y supervisión, modificaciones contractuales, prorrogas y la misma minuta.

En virtud a lo evidenciado se determina que la contratación referida generó un posible hallazgo de carácter fiscal en una cuantía de \$499.997.306

4. En la denuncia verbal de fecha 26 de enero de 2009, por la Organización Sindical Sintrahospiclinicas, sobre el estado de la cartera del H.U.V, hechas las averiguaciones en la Subdirección de Crédito y Facturación al 31 de Diciembre de 2008, se recibe informe según oficio No. DFCC02-065-09 de fecha Febrero 9 de 2009, en donde el Hospital presenta una cartera de \$ 63.990.000.000, al 31 de Diciembre de 2008, al analizar la gestión de su recuperación, se encontró que ésta aparece clasificada, en deudas de difícil cobro o recuperación por \$31.094.000.000 que equivalen al 48.5% de la cartera total, el 38% de la anterior es decir \$ 11.888.000.000, se encuentra asignada a los abogados externos a la fecha, para que adelanten las acciones de cobro coactivo; el 51.5% de la cartera restante y total equivalente a \$32.895.000.000, se evidenció que el 50% de ésta es cartera corriente para cobro de 1 a 60 días y el otro 50% es cartera vencida para cobro de 61 a 180 días, éstas se encuentra en cobro prejurídico.

En consideración a lo denunciado, los \$31.094.000.000, clasificados como cartera de difícil cobro, el Hospital pretende recuperar \$11.888.000.000, por la vía de cobro coactivo por estar soportados debidamente, el excedente, es

decir, los \$19.166.000.000, entrarían en proceso de saneamiento contable previo cumplimiento de requisitos legales considerados en los artículos 772, 780 y 789 del Código de Comercio, concordante con la ley 716 de 2001.

Respecto a la cartera corriente y vencida por \$ 32.895.000.000, se espera que el H.U.V al primer semestre del 2009, de acuerdo a estrategias establecidas por la Subdirección de Crédito y Facturación, refleje un comportamiento de recaudo por recuperación de acuerdo a Políticas implementadas en conjunto con toda la administración del H.U.V.

Al confrontar la anterior información de Cartera en Contabilidad, se encontró una diferencia en registro de \$45,831.783.715, es decir, mientras en contabilidad aparece por cartera asiento de \$109,821.783.715 al 31 de diciembre de 2008, en la Subdirección de Crédito y Facturación se tiene un valor de \$63,990.000.000.

La comisión respecto al comportamiento de la cartera, opina que ésta, no es confiable por la incoherencia en sus registros; en razón a ello, dicha deficiencia se califica como un posible hallazgo de carácter administrativo.

5. Se radica queja ciudadana (**QC-127-2008**) del señor Gilberto Piedrahita, sobre irregularidad en el interior del parqueadero ubicado en inmediaciones de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle – Sede San Fernando, en donde éste ha sido convertido en un lavadero permanente de vehículos, trayendo contaminación, costo por el consumo de agua y riesgos por manipulación de los vehículos, toda vez que allí laboran en dicho oficio tres (3) personas; al ser informada la Comisión de auditoría a través de los oficios 1301911-2019 del 11 de Febrero de 2009 y 1301911-19 del 11 de Febrero de 2009 de la Contraloría Auxiliar para Participación Ciudadana, del quejoso de fecha Noviembre 18 de 2008 y de la Rectoría de la Universidad del Valle No. R0065-09, consultado el caso a través del oficio No. 1301911-06 de fecha 19 de Febrero de 2009, dirigido a la Dirección General del H.U.V, Subdirección de Servicios Generales y por visita practicada al sitio, se estableció que en realidad dicho espacio público se está utilizando en forma inadecuada, es decir, siendo parqueadero lo han convertido en un lavadero de vehículos permanente de propiedad de los mismo empleados del H.U.V, de los Docentes de la Escuela de enfermería y usuarios.

Al notificar el caso a la Dirección General y Servicios Generales del H.U.V, se recibe respuesta donde la Dirección certifica que en ningún momento ha dado autorización para que se le dé uso inadecuado al parqueadero en las condiciones anotadas, según lo expresado en oficio sin número, de fecha 24 de Febrero de 2009; en forma similar se recibe Oficio del Jefe de la Dirección Técnica del H.U.V Ingeniero Alejandro Ramírez, donde expresa que a través del oficio de fecha 3 de marzo de 2009 dirigido a la Dirección General se ha hecho lo pertinente para suspender definitivamente la acometida de agua que viene existiendo para tal fin y por ende la prohibición del uso inadecuado del parqueadero en lavadero de vehículos.

Sobre el particular, la Comisión de auditoría considera que el caso fue atendido como beneficio de control ciudadano, advirtiendo que el Hospital debe tener más contacto de control y vigilancia con el fin de evitar recurrencias sobre el caso.

3.4 REVISION DE LA CUENTA

AREA EVALUADA	Vigencia 2006	Vigencia 2007	Vigencia 2008
	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADMINISTRATIVOS	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADMINISTRATIVOS	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADMINISTRATIVOS
MISIONAL	47.4	48.5	47
Gestión Institucional			
Información Operativa			
Planes o convenios de mejoramiento con los entes de Control			
Gestión Ambiental			
ADMINISTRATIVA	35.25	35.85	35.15
Administración Talento Humano			
Administración del recurso físico			
Evaluación de los tramites judiciales			
Ejecución Presupuestal (comprende la actividad contractual) y de la Tesorería			
Proceso Contable			
Oficina de Control Interno			
TOTALES	82.7	84.4	82.2



De acuerdo a la calificación de 82.7, 84.4 y 82.2 puntos, se puede establecer que la entidad alcanzó el puntaje requerido para que la Contraloría Departamental del Valle emita concepto FAVORABLE a la forma de Rendición de la Cuenta 2006, 2007 y 2008.

3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN

En desarrollo de la auditoría y a fin de establecer la percepción del Cliente Interno, en cuanto al funcionamiento general del Hospital, se aplicó encuesta por ejes estratégicos, a cien (100) funcionarios de planta, la cual, una vez tabulada y calificada en una escala de 1 a 5, arrojó el siguiente resultado:

ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN DE LA ESE	
DIRECCIONAMIENTO GENERAL	3,50 – 70%
SALUD PÚBLICA	3.31 – 66.2%
PRESTACION DE SERVICIOS	3.24 – 64.8%
FINANCIAMIENTO	3.22 – 64.41%
MEDIA TOTAL	3.32

Se refleja una media total de 3.32, lo que indica que los encuestados tienen un conocimiento no muy satisfactorio sobre la funcionalidad de la entidad.

El eje de Direccionamiento General, alcanzó 3,50 puntos equivalente al 70% de percepción, reflejando que los funcionarios participaron del análisis estratégico realizado para diseñar el Plan de Desarrollo 2008-2011, de igual forma, conocen y aplican los instrumentos de medición.

La percepción en este eje no fue satisfactoria, con relación al papel que debe cumplir la Junta Directiva, teniendo en cuenta que esta no aprobó en el 2008, el Plan Estratégico 2008-2011, no ha reformado el manual de contratación, los estatutos y el reglamento interno, aparte de la irregularidad evidenciada sobre el nombramiento y posesión de la actual directora y la contratación de la revisoría fiscal.



Salud Pública, obtuvo 3.31 puntos equivalente a 66.2%, se tiene conocimiento de la prestación de los servicios en salud, referente a los programas hospital en casa y hospital vida; una buena percepción en cuanto al conocimiento de la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH).

Aunque se tiene una buena calificación en este eje, la implementación del PGHIR es deficiente, en lo cual debe mejorar la entidad.

Prestación de Servicios, con 3,24 puntos y 64.8%, refleja una buena percepción en cuanto al conocimiento que se tiene sobre el proceso de oferta de los servicios de salud, así como la programación de la inversión en infraestructura para atender la demanda de servicios. Sin antes advertir que el reforzamiento estructural aparece ejecutado en un porcentaje muy bajo.

Financiamiento, con 3.22 puntos y 64.41%, es la parte mas compleja, el hospital conoce las debilidades en el financiamiento, pero sus acciones de mejora no son consecuentes con la misma situación.

Vigilamos
el patrimonio
Regional



CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA



Certificado No. SC-3002-1

4- ANEXOS

- Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado
- Anexo 2. Estados Contables
- Anexo 3. Cuadro de Hallazgos

DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctora
MARIA LUCERO URRIBO CERQUERA
Directora (E)
Hospital Universitario Evaristo García

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral modalidad Regular al Hospital Universitario Evaristo García.

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 de los años 2006, 2007 y 2008 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría 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 y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

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.

Los representantes legales del Hospital, rindieron las Cuentas Anuales consolidadas por las vigencias fiscales 2006, 2007 y 2008, dentro de los plazos previstos en las resoluciones orgánicas No.100.2802-22 de fecha 14 de diciembre de 2006 y No. 100.2802-13 de fecha 05 de diciembre de 2007, respectivamente.

En el trabajo de auditoría 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 auditoría, las respuestas de la administración fueron analizadas, y se excluyeron del informe, los hallazgos que se encontraron debidamente soportados.

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, Fenece las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a 2006, 2007 y 2008.

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 auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2006, 2007 y 2008 es Favorable con observaciones, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de **1.1** puntos, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION 2006-2007-2008	
CONCEPTO	CALIFICACION
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	2
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1
SALUD PUBLICA	1
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	1
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
TOTAL	9
9/8 = 1.1 > Concepto favorable con observaciones	



RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 33 hallazgos administrativos, de los cuales tres (3) corresponden a presuntos hallazgos con alcance disciplinario y un (1) presuntamente fiscal por \$499.997.306, los cuales serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe realizar un Plan de Mejoramiento que incluya las dos acciones incumplidas en el anterior documento, 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 Sector Descentralizado, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-02 13 de diciembre 18 de 2008.

DORIS NOHEMI PIZARRO MELGAREJO
Contralor Departamental del Valle del Cauca (E)

Santiago de Cali,

Doctora

MARIA LUCERO URRIAGO CERQUERA

Gerente

“ESE” HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA

La Ciudad

Asunto: Opinión Estados Contables

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 “ESE” Hospital Universitario del Valle Evaristo García, a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008, el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008 ; 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.

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 con normas, políticas y procedimiento de auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y la Resolución 100-.28.22.005 donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con los 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. 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 cada una de las deficiencias encontradas dentro de los estados financieros de las vigencias de 2006, 2007 y 2008:

Dentro del grupo de activos; la cartera de la entidad ascendió en el 2006 a \$110.836 millones con una provisión de \$43.902 millones; en el 2007 \$95.204 millones y provisión de \$20.163 millones; en el 2008 \$109.822 millones y provisión 20.163 millones, provisiones realizadas sin un criterio técnico de reconocido valor y a la fecha se encuentra subvalorada; la cartera se encuentra sobrevalorada con partidas correspondientes a entidades que no existen, valores que no han sido conciliados , anticipos y avances antiguos que no han sido legalizados desde el año 2006, no se ha ajustado la cuenta Terrenos urbanos y Rurales con el avalúo practicado, el terreno cedido a la universidad de valle aún no ha sido retirado de la contabilidad, las cuentas del activo fijo aún no han sido actualizadas con el inventario realizado, se encuentran activos para dar de baja.

Dentro de la cuenta de pasivo; Existen cuentas por pagar mayores a 360 días, las cuales no han sido conciliadas con los proveedores, ingresos recibidos por anticipado en vigencias anteriores que no han sido objeto de ajuste,

La entidad esta aplicando parcialmente la normatividad sobre sostenibilidad contable con respecto a las diferentes cuentas de los estados financieros.

En nuestra opinión, los estados financieros presentan razonablemente, Excepto por lo anterior en todo aspecto significativo, la situación financiera por los años terminados al 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008, los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo por los periodos que terminaron en estas fechas, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente Aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente

AMILVIA COCA PINZON
T.P. 65834-T



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
CONTROL INTERNO								
1	<p>Componente Direccionamiento estratégico: Estructura organizacional aprobada que no es suficiente para la prestación de servicios, se recurre a contratación por cooperativas, el modelo de operación por procesos no tiene correlación con la estructura organizacional.</p> <p>Componente Actividades de Control: Las políticas de operación adoptadas no coinciden con los procesos existentes, los procedimientos no están todos divulgados, es incipiente los controles preventivos y correctivos.</p> <p>Componente de Información: No se tiene ventanilla única, como tampoco las tablas de retención documental, los sistemas no están integrados, el archivo central no funciona.</p> <p>Componente comunicación Pública: existe la oficina Asesora de Comunicaciones, pero la comunicación interna es deficiente, se trabaja como islas, no se tiene titular de este cargo.</p> <p>Componente de Autoevaluación: Se ha sensibilizado al personal sobre el tema, pero la atención es incipiente.</p> <p>Componente Planes de Mejoramiento: Los procesos de Control son cuatro, Control</p>	<p>Actualmente en la organización se viene implementado el Modelo de Operación por Procesos. Si bien existe un organigrama, en este solo se describen las jerarquías y las dependencias organizacionales, es un diagrama estático y su alcance no es ilustrar el funcionamiento de la Organización.</p> <p>La políticas de Operación fueron basadas en nuestro Mapa de Procesos Organizacional, y se determinaron por los objetivos del proceso y se agruparon, esto específicamente para los procesos asistenciales, es decir, se agruparon por los procesos que brindan servicios ambulatorios, hospitalarios, etc</p> <p>Los tres Sistemas de Gestión de Calidad mencionados anteriormente deben estar soportados en una adecuada Gestión Documental, y es en esta parte donde se encuentran dificultades, pues dado la complejidad de esta Institución, el volumen de documentos es abundante, aunado a una carencia de Sistematización y Centralización.</p> <p>Por las limitaciones presupuestales que de tiempo atrás viene afrontando la Institución, no existe a la fecha un titular de esta Oficina dentro de la planta oficial de cargos. Esta deficiencia se suple mediante contratación externa tal como lo ha señalado el Equipo Auditor. No obstante ello, consideramos que los resultados son satisfactorios para el Hospital.</p>	<p>Se unen los hallazgos del 1 al 5 según el informe preliminar, para una mejor operatividad en la conformación del plan de mejoramiento. Las observaciones planteadas son con el propósito de que la operatividad del sistema de control interno sea efectiva y que las falencias detectadas puedan ser resueltas con un compromiso institucional serio, trabajo riguroso y voluntad de transformación. Los procesos cuentan con líderes los cuales por su carácter deberían tener poder de decisión y este se consigue estando integrado en la estructura, se debe ser coherente en las políticas de operación, es a los objetivos, actividades o a los procesos como tal, no se incluyeron varios procesos. Los planes de mejoramiento no deben estar supeditados a las auditorias de calidad, se deben tener en cuenta las actividades regulares de los procesos de evaluación y control.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Interno, Control Interno Disciplinario, Vigilancia Epidemiológica y Auditoria Medica, solamente el proceso de control Interno genera planes de mejoramiento producto de auditorias internas	Consideramos que con el transcurso del tiempo y el mantenimiento de la integración de la información por parte de la Oficina de Comunicaciones, se resolverá la percepción de la Contraloría de que no existe un trabajo de información acorde en los frentes interno y externo de la Institución. Como parte de la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad, dentro de estos procesos se planeó y ejecutó el primer ciclo de Auditorías Internas de Calidad, el cual tuvo como alcance los requisitos contenidos en la normatividad vigente aplicable a una organización como el Hospital Universitario del Valle.						
GESTION								
Direccionamiento y control								
2	El Plan de Desarrollo, según la documentación aportada es debatido por primera vez en reunión extraordinaria de la Junta Directiva según Acta No.1 de Marzo 28 de 2008. En esta reunión el Plan no se aprueba y se conforman comisiones de estudio para su análisis y ajuste. Solamente hasta Febrero 27 de 2009 se aprueba el Plan de Desarrollo hoy vigente para la institución. Para una Institución de tanta importancia para la región, con una larga trayectoria en ejercicios de planificación, es muy nocivo el haber pasado todo el año de 2008 y los dos primeros meses	...no podía presentar un plan de desarrollo a la ligera"... ...Los macroproyectos tienes sus respectivos indicadores, sin embargo los costos sin los diseños son difíciles de cuantificar"... ...Los logros y avances del año 2008 se explican completamente en el informe de gestión año 2008"... ...Los servicios de mediana complejidad no hacen parte de estos objetivos estratégico por cuanto estos servicios están debidamente habilitados, quedando	Se unen los hallazgos del 6 al 15 según el informe preliminar, para una mejor operatividad en la conformación del plan de mejoramiento. Los problemas antes identificados en el campo de la planeación estratégica, el actuar de la junta directiva, la gestión de la planta de cargos, las dificultades con el sistema de información, están revelando una seria dificultad en la estructura de direccionamiento de una institución de gran importancia y magnitud para los vallecaucanos.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>de 2009 sin un instrumento legitimado que dirija y oriente su gestión.</p> <p>A pesar de no tener un Plan Estratégico aprobado durante el 2008, se trabajó con Planes de Acción por Macroproyectos que carecen de indicadores y costos. Se solicitaron ejercicios de evaluación o de seguimiento a la gestión en este periodo y no se pudo aportar ninguna información. De otro lado, proyectos como el de gestión de tecnología e infraestructura no incluye un Plan de Inversiones para el cuatrienio y se tienen como responsables áreas que no existen en la estructura aprobada.</p> <p>De acuerdo al cuadro que presenta los objetivos estratégicos se esperaría que cada objetivo fuera una categoría independiente y consecuentemente se pudiera observar como se va a lograr en el PDI. Sin embargo se observa que:</p> <p>Para el objetivo 1, solo se evidencian intervenciones explícitas para los servicios de alta complejidad. Para los servicios de mediana no hay este desarrollo y hay que suponer que las acciones de "fortalecimiento o mejora generales" van a ocuparse explícitamente de estos servicios</p> <p>El objetivo 2 habla del posicionamiento del Hospital a todo nivel. No hay un desarrollo</p>	<p>supeditado su mantenimiento y conservación dentro de los planes normales propios de la institución. Dichos servicios hacen parte integral de los objetivos del plan de desarrollo"...</p> <p>..."La metodología contemplada en el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., se ajusta a la metodología"...</p> <p>..."En relación a la formulación de recursos, compartimos el criterio de que debe existir el necesario direccionamiento preciso del esfuerzo tanto profesional como material o económico, lo cual se cumplirá y realizará dentro del plan Operativo de cada vigencia"...</p> <p>..." La complejidad misma del Documento del Plan de Desarrollo Institucional, hace que el mismo sea extenso y denso. Ya que por sus características de tipo técnico, estructural, metodológico y legal así lo contempla"...</p>	<p>La gran mayoría de las deficiencias señaladas pueden ser resueltas con un compromiso institucional serio, trabajo riguroso y voluntad de transformación, se pretende por parte de la Contraloría que la entidad realice una acción de mejora tomando en cuenta las observaciones.</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>operativo específico para este objetivo. Por lo que hay que suponer que todos los demás (1, 3, 4 y 5) son medios y son considerados suficientes para conseguir el propósito final de todos los esfuerzos que de esta forma sería el posicionamiento del Hospital. Los objetivos 4 y 5 en realidad no son dos objetivos que deban tener un desarrollo operativo independiente. Una política del talento humano (objetivo 4) debe comprender la formación de los profesionales (objetivo 5) como uno de sus componentes básicos.</p> <p>Al analizar el segundo cuadro que corresponde a la formulación de las Líneas Estratégicas, Macroproyectos y Estrategias, se esperaría encontrar el sentido de cada categoría y la respectiva correspondencia lógica entre las tres.</p> <p>La categoría "línea estratégica" en realidad no está agrupando o representando algún significado, no aporta información ya que sus contenidos prácticamente se repiten en la columna de macroproyectos.</p> <p>En la categoría de "Macroproyectos" aparecen 5 ítems que de acuerdo a su agrupamiento responderían a 5 macroproyectos. En el PDI la Modernización aparece como un título que agrupa varios "Subproyectos" y los demás ítems de esa columna se designan en el PDI como "Proyectos".</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Los ítems que aparecen en la columna como Estrategias-FCE tienen diferentes denominaciones en el PDI. Para el primer Macroproyecto las líneas estratégicas corresponden a 8 Subproyectos enunciados, cada uno con sus respectivos resultados o productos. Para el segundo Macroproyecto (denominado Proyecto en el PDI) las Estrategias-FCE son presentadas en el PDI como resultados o productos. Para el tercero, cuarto y quinto Macroproyectos (denominados Proyectos en el PDI) las Estrategias-FCE presentadas en cada uno de ellos, no son en el PDI ni proyectos, ni subproyectos, ni resultados. Son un listado de enunciados. Entre los macroproyectos el Plan propone y desarrolla operativamente la Modernización hacia una gestión integral y el Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). Trabajar hacia una gestión moderna o integral o hacia una gestión con criterios de calidad es aplicar un determinado enfoque de trabajo a todos los grandes procesos de la organización, sea en su nivel de direccionamiento, en su nivel misional, financiero - administrativo y de logística o apoyo. Así está planteado el SOGC por el Ministerio de la Protección Social. Por ello no es claro por que se planifican por separado dos macroproyectos. En lo operativo esta separación va a producir duplicidades, pérdida</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>de la coherencia y confusión.</p> <p>La lógica de correspondencia entre los niveles de Direccionamiento estratégico y Formulación estratégica</p> <p>Como se hizo la formulación del Plan es difícil entender lo que hemos denominado claridad estratégica. La serie de observaciones antes mencionadas contribuyen a esta dificultad. De otra parte en ningún documento se hace el esfuerzo por “asociar” y mostrar la coherencia entre los distintos cuadros y matrices elaboradas. Así, no se sabe como el grupo de los objetivos estratégicos se asocia a las líneas estratégicas, a los macroproyectos y a las estrategias. Al utilizar indistintamente términos como “Subproyecto” y “Proyecto” no se sabe en realidad cuantos niveles de agrupación existen y por ende menos se pueden establecer sus relaciones. Cuando no se puede establecer la claridad estratégica de un plan, la probabilidad de que su ejecución operativa se “enrede” es muy alta. De hecho al revisar en la parte operativa los cronogramas propuestos 2008 – 2011 se ve que la mayor parte de la finalización del conjunto de proyectos se da entre junio de 2009 y diciembre del mismo año. Esto representa una sobre carga para este año, teniendo en cuenta que el horizonte de tiempo para la planificación es de tres años. En el mismo</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>desarrollo operativo ya se ven las duplicidades y es difícil establecer la relación en el tiempo entre las distintas actividades de los diferentes proyectos o subproyectos.</p> <p>En relación a los resultados o productos: Una dificultad frecuente en el PDI es la formulación de resultados que por su alcance, terminan convirtiendo en resultados intermedios los otros resultados propuestos para el mismo proyecto. En la matriz se operacionaliza cada resultado sin establecer esta diferenciación lo que hace perder la coherencia lógica del desarrollo operativo. Algunos ejemplos de ello: Proyecto: Implementación de Modelo de Operación por Procesos Resultado de mayor alcance: Modelo de Operación por Procesos Implementado Resultados intermedios: Procedimientos estandarizados, Equipos conformados para la mejora continua de procedimientos Proyecto: Sistema de información gerencial Resultado de mayor alcance: Sistema de Información Gerencial en Funcionamiento Resultados intermedios: Requerimientos de información identificados, Equipos de trabajo entrenados y operando el sistema Proyecto: Consolidación de un sistema de</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>gestión de calidad enfocado en el cliente Resultado de mayor alcance: Cumplir y mantener el SOGC en Salud. Resultados intermedios: Implementación de Sistemas de Gestión de Calidad., Posicionamiento del Sistema de Gestión de Calidad. Estos ejemplos evidencian mas un ejercicio mecánico que un ejercicio analítico, donde prácticamente para cada proyecto existe un solo resultado, que es ya el logro del proyecto en si mismo. Esto va a plantear problemas a la hora de hacer el seguimiento a los avances.</p> <p>En relación a la formulación de las metas por proceso: Hay metas sin cuantificar (Subproyecto Sistema de información gerencial), otras con formulación poco precisa que dificulta una evaluación objetiva del compromiso adquirido (Aplicativo de quejas y reclamos mejorado, Pagina Web optimizada, Aplicativo de mantenimiento implementado, Control de acceso a empleados institucionalizado, etc.). Esta formulación deja varios interrogantes: Sirvió el aplicativo de quejas para mejorar el tiempo de tramite de las mismas? Las mejoras a la página Web trajeron consigo mas visitantes? El control de acceso a empleados cumplió la función para la que fue implementado?</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Vuelve y se repite el ejercicio mecánico de formulación perdiéndose el valor de análisis. Las metas o los indicadores son instrumentos diseñados para evaluar si se cumple la intencionalidad que se quería lograr con los resultados. Este es un problema estructural que se repite en todo el Plan, que termina teniendo así un sistema de evaluación muy precario. Adicionalmente hay inconsistencias en las metas entre los distintos documentos, algunos ejemplos:</p> <p>“Proyecto: Consolidación de un sistema de gestión de calidad enfocado en el cliente Meta de Proceso en el PDI: Apropiar (empoderar, interiorizar o sensibilizar) el concepto de calidad en su quehacer diario del 50% de los colaboradores de la Institución a diciembre de 2009 Meta en resumen ejecutivo: 60% de colaboradores con apropiación de conceptos de calidad a diciembre de 2011” “Subproyecto: Modelo de operación por procesos, MOP Meta de proceso: 100% de procedimientos estandarizados a oct de 2009 Meta en resumen ejecutivo: Al 2011, 80% de los procedimientos estandarizados” “Subproyecto: Sistema de información gerencial Meta de proceso: A junio de 2009 sistema de información gerencial implementado</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Meta en resumen ejecutivo: 80% de implementación del SIG a 2011"</p> <p>En relación a la formulación de actividades: Las actividades o acciones tienen un punto de partida y un punto de terminación, es decir pueden ser planificadas en un espacio de tiempo determinado. Hay acciones formuladas como intenciones o resultados que se espera obtener, lo que dificulta su programación precisa, la asignación de responsabilidades y el correspondiente seguimiento</p> <p>En relación a la formulación de recursos No es posible determinar la dimensión del esfuerzo en términos de los recursos humanos, materiales o económicos asignados. La formulación es muy vaga como "Tiempo de funcionarios", "Tiempo de estudiantes asignados", "Lugares de capacitación", "Material diseñado y duplicado", "Materiales didácticos", "Fotocopias de documentos", "Logística para reuniones", "Recursos financieros para requerimientos a la casa de software", "Horas de los profesionales y técnicos". Esto se repite a lo largo de todo el PDI.</p> <p>Un dimensionamiento preciso del esfuerzo tanto profesional, como material o económico da un buen nivel de credibilidad al proceso planificador. No hacerlo genera gran</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>incertidumbre acerca de las posibilidades de que realmente se pueda ejecutar lo planeado y termine todo el ejercicio como un simple cumplimiento de un requisito. Si bien es un proceso complejo y en nuestro medio difícil de calcular a cuatro años, se esperaría que por lo menos se realizara el cálculo financiero en cada vigencia fiscal, de tal forma que de acuerdo a los presupuestos anuales se realicen las replanificaciones del documento base de Plan de Desarrollo Institucional 2008 - 2011. El Plan Operativo Anual 2008 - 2009, tampoco tiene este dimensionamiento.</p> <p><u>La documentación del Plan</u> Los documentos presentados son muy extensos, poco didácticos y difíciles de entender para personas que no estén en la cotidianidad del hospital o que estando no hayan participado directamente en su elaboración. Los documentos no logran comunicar fácilmente la estrategia propuesta. En gran medida esta dificultad radica precisamente en los propios problemas que fueron identificados en su formulación. Una documentación comunicativa exige consistencia y coherencia en su contenido y un tratamiento didáctico de los textos que sean amigables al lector.</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
3	<p>Existe desarticulación de la información financiera-administrativa dado que los procesos de integración de los datos entre los módulos de iHospital y Servinte son manuales, se presenta diferencia de los datos entre los módulos de facturación y suministros con contabilidad, así como nómina, contabilidad y tesorería; estas situaciones ocasionan variación en las cifras de un mismo reporte producido por las dependencias financieras y administrativas.</p> <p>El desarrollo del sistema de costos es incompleto, pues aunque el departamento de costos tiene una metodología de trabajo, su información se apoya en el desarticulado sistema de información financiera-administrativa. No existe un software de costos implementado.</p> <p>Existe un inadecuado manejo, control, trazabilidad y seguimiento de las historias clínicas, esto se da porque no se cuenta con un sistema de información hospitalaria y su correspondiente manejo de historia clínica digital.</p>	<p>..."Hasta el corte 31 de Diciembre de la vigencia 2008 el sistema contable no se encontraba integrado con ninguna de las áreas que lo alimentan, para la vigencia 2009 esta situación ha cambiado ya que dando cumplimiento al plan de mejoramiento presentado en el año 2005, desde el mes de octubre de 2007 se inicio el proceso de implementación de un nuevo aplicativo denominado Servinte Clínico Suite el cual integra inicialmente las área de Tesorería, Cuentas por Pagar, Suministros, Activos Fijos, Presupuesto, nómina y Contabilidad y en una segunda fase integrará Facturación y Cartera al grupo anteriormente mencionado"...</p> <p>..."El hospital universitario del valle desde el año 2006 ha realizado convenios con diferentes entidades (Parquesoft y Synergia S.A.) para la implementación de un software de costos, pero no han cumplido con las funcionalidades que el sistema de costos del H.U.V. requiere, así mismo no se cuenta con los recursos necesarios para la compra del mismo"....</p> <p>..."La administración del archivo de historias clínicas consciente de esta situación, gestionó la inclusión dentro del plan de trabajo de la subdirección de sistemas, el desarrollo del Modulo informático de Gestión de Historias Clínicas"...</p>	<p>Quedan en firme, se unen los hallazgos 16, 17 y 18, la acción de mejora termina cuando exista integralidad en el manejo de la información, se hará seguimiento en el plan de mejoramiento.</p>	X				
4	<p>Es apodíctico que la Junta Directiva del hospital para la vigencia del año 2008 incurrió en mora e incumplimiento grave para discutir y</p>	<p>El Plan Estratégico o Plan de Desarrollo HUV 2008 – 2011 fue presentado a consideración de la Junta Directiva el 28 de marzo de 2008 tal como consta en</p>	<p>Los hallazgos 19 y 20 se unen, según el informe preliminar, para una mejor operatividad en la conformación del plan</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>aprobar el Plan de Desarrollo ya que solamente se aprobó el 27 de febrero del año 2009, cuyo efecto negativo se traduce en el hecho que para el año 2008 no existía un norte para el direccionamiento y operatividad de la entidad, esta obligación esta claramente determinada en el numeral segundo del artículo 20 ibídem.</p> <p>La Junta Directiva sin ningún argumento serio a pretermitido por mas de catorce meses la obligación de cumplir con lo ordenado por la Ley y los estatutos de la entidad para la designación del Director (a), lo que a traído como consecuencia negativa que el segundo órgano de dirección no pueda ejercer un liderazgo bien logrado dado que su cargo lo ejerce en interinidad, lo que hace que esta situación jurídica sea indeterminada e inestable.</p>	<p>el Acta No. 001. en ella, por la discusión y aportes presentados por los Miembros de la Junta Directiva se concluyó que era necesario que: "El Plan de Desarrollo del Hospital 2008 – 2011 debía tener unos lineamientos estratégicos, los cuales permitieran unos ajustes en el momento que se consideraran necesarios realizarlos, entendiend que la línea estratégica de base debería ser recuperar el mercado. Por lo tanto, se aprobó de manera unánime crear una primera comisión accidental para profundizar en el tema, el cual debe ser realizado de manera coordinada con el plan de Desarrollo del Departamento. Esta Comisión fue conformada por los Doctores: HECTOR FABIO USECHE, LILIANA ARIAS y ALEJANDRO VARELA, Coordinador de la Comisión. En la Comisión se hicieron los ajustes pertinentes y finalmente en la sesión de Junta Directiva Celebrada el 27 de febrero de 2009, Acta No. 001 – 09, reunión ordinaria, quedó aprobado el Plan de Desarrollo HUV 2008 – 2011.</p> <p>No obstante lo anterior, la Administración del Hospital a cargo de la Suscrita, siempre – durante el 2008 – tuvo un norte y un direccionamiento en el manejo del Hospital como se refleja en los resultados no solo operacionales – financieros sino en el Balance Social de la Entidad.</p> <p>..."En conclusión hasta tanto no se sanee la situación de los miembros de la Junta Directiva que tienen período vencido, no es posible que se realice el concurso para la elección del Gerente o Director del</p>	<p>de mejoramiento, cuando un Plan de desarrollo no parte del año cero se pierde un tiempo valioso para la ejecución de este, mas cuando la responsabilidad parte de los órganos de dirección y en el caso que nos ocupa, la Junta Directiva no actuó y la dirección estaba en interinidad, se efectuara seguimiento en el plan de mejoramiento.</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., trámite este que se está surtiendo por parte del H.U.V. en lo de su competencia, en asocio con la Secretaría Departamental de Salud del Valle"....						
5	<p>No existe correlación entre los procesos existentes y la planta de cargos aprobada, unos por que el responsable del proceso no esta en la estructura y otros el responsable del proceso no ejerce las funciones según el manual, como ocurre con el asesor jurídico, estas son realizadas por un abogado externo vinculado por cooperativa de trabajo asociado, que es el que proyecta todas las actuaciones de la oficina, originándose una incongruencia entre la estructura aprobada, el manual de funciones, frente al actuar de los funcionarios; en igual condiciones están la subdirecciones de: medicina física, hematología oncología y atención al cliente, como también la oficina asesora de comunicaciones.</p> <p>No se tiene un estudio completo y detallado por áreas en donde se indique con que personal debe funcionar la entidad. La ultima reestructuración realizada fue con el propósito de bajar carga prestacional y personal, pero se nota cada año el aumento de personal vinculado por cooperativas de trabajo asociado sin estudio previo de necesidades, superando el 50% de la planta aprobada</p>	<p>..."El personal requerido por el Hospital, en forma externa, a partir del año 2000 se ha contratado a través de Cooperativa de Trabajo Asociado. Esta alternativa se ha mantenido por cuanto es eficaz para que el Hospital cumpla sus funciones como IPS porque su planta oficial de cargos desde el año 2000 se encuentra congelada en 1.446 funcionarios"...</p> <p>..."La figura de Oficina Jurídica Asesora Externa no es un invento del HUV, sino que es la réplica de un modelo, que para nosotros ha sido eficaz, implementado por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, hoy de la Protección Social, no presentándose en la práctica incongruencia alguna en el manejo de los asuntos jurídicos de la Entidad. Igual situación predicamos para la Subdirección de Medicina Física, Hematología, Oncología, Atención al Cliente y Oficina de Comunicaciones"...</p>	<p>Queda en firme los hallazgos 21 y 22, del informe preliminar se unen en uno solo para la conformación del plan de mejoramiento. Los procesos cuentan con lideres los cuales por su carácter deberían tener poder de decisión y este se consigue estando integrado en la estructura, en el caso de la oficina jurídica nos referimos a que en la planta aprobada existe el cargo de asesor jurídico con funciones establecidas en un manual, pero no las cumple; y las subdirecciones enunciadas también están en la planta aprobada pero no tiene titulares del cargo.</p> <p>El propósito de la Contraloria se encamina a que la entidad tenga mas controles en la contratación de personal externo, sin el estudio referido los controles no son eficientes.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
				X				
6	<p>Existe una escasa infraestructura tecnológica, pues no cubre la totalidad de servicios del Hospital. Hay carencia y obsolescencia en equipos, redes y soporte tecnológico, lo cual no permite generar información confiable e inmediata para la toma de decisiones, adicionalmente no se realizan los backup de la información producida por las diferentes aéreas.</p>	<p>...”Basados en el plan de Desarrollo 2008 – 2011 en la línea estratégica Modernización hacia una gestión integral en el Subproyecto Infraestructura Tecnológica de Servidores, Estaciones de trabajo, Red de datos y conectividad, impresoras y plataforma de software base para soporte de aplicación de misión crítica adecuados a las necesidades y como quiera que el Hospital está gestionando la inclusión del proceso de TIC’s en el Plan de Inversión y apoyados en un convenio interadministrativo con la ERT, se ha venido adquiriendo equipos de Hardware y Conectividad para suplir paulatinamente las necesidades.</p> <p>Sobre la no generación de información confiable, no está asociado a la carencia de equipos, redes y soporte tecnológico, sino a la falta de integración del Sistema de Información Financiero y Administrativo (SIFA), mismo este que no podrá ser implementado hasta tanto el H.U.V. no adquiera la solución de facturación de la misma casa con la cual el Hospital contrató el E.R.P. o en su defecto con alguna otra casa que certifique que puede integrar la misma al SIFA actual sin inconvenientes transaccionales y de integridad de información”....</p>	<p>Queda en firme, la acción de mejora termina cuando exista integralidad en el manejo de la información, se están basando en un Plan de desarrollo que apenas se aprobó en febrero de 2009.</p>	X				
Salud Publica								
7	<p>El PGIRH del hospital Universitario del Valle pese a estar adoptado e implementado no se evidencia su respectiva socialización, este documento se modifico pero se encuentra en etapa de evaluación, por lo tanto se presenta</p>	<p>Precisamente, ya el hospital esta realizando quincenalmente reinducción al personal de la institución, donde se incluye el PGIRH, que en el corrido del 2009, ha capacitado 232 funcionarios, de todas las áreas de la institución.</p>	<p>La respuesta de la institución no desvirtúa la observación ya que en esta no se soportan las capacitaciones de los funcionarios de las diferentes áreas de la institución, por lo tanto este hallazgo</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	la misma observación de la visita realizada en el 2008, en la cual el documento no incluye todos los ítems mínimos requeridos en la resolución 1164 de 2002, las cuales se ejecutan de forma aislada.	Dentro del ajuste al PGIRH se tuvo en cuenta lo estipulado en el decreto 2676 de 2000 y resolución 1164 de 2002.	se mantiene en firme.					
8	En la actualidad no se tiene conformado el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria que garantice una formulación conforme del PGIRH. No existe un rubro específico para el PGIRH, los pagos a la empresa EMSIRVA E.S.P afectan el rubro presupuestal servicios públicos.	El Departamento de gestión Ambiental, en el mes de marzo de 2009, reactivo el grupo de gestión ambiental y sanitaria, el cual esta realizando el seguimiento y control al PGIRH. Cabe resaltar que el acto administrativo No. DG 2366 con fecha Septiembre 8 de 2006, Crea el Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria.	Se acepta la respuesta en cuanto a la conformación del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, pero queda en firme en lo referente a que no se tiene un rubro específico para PGIRH.	X				
9	En el proceso auditor se observo trabajos de adecuación en los sitios de almacenamiento intermedios y cuartos de aseos, en el almacenamiento final se evidencio poca ventilación, paredes y cielorraso con humedad, no posee equipo de extinción de incendios.	Dentro del proyecto de adecuación que se esta ejecutando se contempla la adecuación de los cuartos de almacenamiento finales, dentro de esta adecuación se tendrá en cuenta la impermeabilización de las partes internas y externas para evitar la humedad, también se dotara los cuartos de equipos como extintores y basculas digitales.	Este hallazgo se mantiene en firme, debido a que la institución no hace ningún tipo de objeción a este.	X				
10	No se evidenciaron los planos con las rutas internas en cada uno de los corredores de la institución, ni control y seguimiento (auditorias externas) a las empresas del servicio de aseo, como tampoco los informes semestrales o reportes a las autoridades de vigilancia y control ambiental y sanitario periodo 2008.	El PGIRH del Hospital cuenta con los planos de las rutas internas, cada piso cuenta con un plano y su respectivo recorrido desde su generación hasta el almacenamiento final, realizando cuatros recorridos diarios para la recolección de los residuos. En el año 2008, no se realizo auditorias a las empresas externas, pero el Departamento de Gestión Ambiental solicito mediante oficios CEXT/DO/052 y CEXT/DO/051 la visita a las empresas ciudad Limpia y Ambiental, para realizar el seguimiento y control de los	En cuanto al primer punto, la comisión de auditoria tiene claro que el hospital cuenta con planos de las rutas internas por cada piso, la observación esta enfocada en el sentido de que estos no se evidencian (visibles) en los corredores de la institución. En el segundo punto la institución acepta no haber realizado auditorias a las empresas externas en el 2008, por lo	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		residuos sólidos generados por el HUV en el año 2009. De fechas 10 de noviembre de 2008 y 2 de febrero de 2009, se envían a las autoridades ambientales los informes semestrales de los indicadores de gestión interna de los residuos generados por el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.	tanto estos dos puntos se mantienen en firme. En el tercer punto la comisión de auditoria acepta lo expresado en este, ya que la entidad soporta los informes semestrales del 2008.					
11	A la fecha no se ha cumplido con la declaratoria ambiental del 2008 cuya fecha limite era el 30 de septiembre de 2008, sin embargo esta se encuentra en proceso de elaboración, el hospital solicito prorroga al DAGMA hasta el 27 de febrero de 2009 para su entrega, sin que se le haya dado respuesta a esta solicitud por parte de esta autoridad ambiental; el plan de contingencia no es acorde con lo establecido en la norma ya que carece de ciertos componentes, sin embargo el hospital diseño uno nuevo el cual se encuentra en revisión.	El hospital ya realizo la entrega de la Declaración Ambiental correspondiente al año 2008, el cual se incluyeron los cuatro componentes vertimientos líquidos, emisiones atmosféricas, ruido ambiental y residuos sólidos. En el nuevo PGIRH, se ajusto el Plan de Contingencia acorde a las necesidades de la institución, pudimos verificar que dichas modificaciones fueron acertadas con la ejecución en la emergencia Sanitaria producida por el cierre de la empresa Emsirva.	La comisión de auditoria acepta la respuesta de la institución en lo que concierne a la declaratoria ambiental del 2008, sin embargo queda en firme lo referente al plan de contingencia debido a que no se soporto en la respuesta dicho plan.	X				
12	La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRH fue regular, por cuanto no se han realizado los respectivos ajustes a dicho plan, y se evidencia un decaimiento del proceso que venia adelantando esta entidad en la implementación del PGIRH, recalándose que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades	El hospital se encuentra en proceso contractual para la realización del PMIR, actualización del PGIRH, caracterización de los residuos peligrosos en cada una de las áreas, estudio microbiológico de los cuartos intermedios y finales, la caracterización de vertimientos líquidos, emisiones atmosféricas, ruido ambiental y residuos sólidos. Para así evitar deterioro en la salud y en el medio ambiente.	La respuesta de la institución no desvirtúa el hallazgo, ya que esta no hace ningún tipo de objeción a este, por lo tanto se mantiene en firme.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	como hepatitis, Rubéola, Panadís, tuberculosis, CMV, Sida, Mutaciones, Trastornos, Cáncer, Lesiones, Infertilidad, Leucemia e Irritación de Mucosas; y la incorrecta separación en la fuente, vertimientos de líquidos, transporte y disposición final de los residuos generados en los hospitales, causan impacto negativo en el medio ambiente y el ser humano.							
Prestación de Servicios								
13	<p>El CIAU realiza encuestas de satisfacción de usuario en distintas Subdirecciones prestadoras de servicio. Los resultados que reportan en las vigencias auditadas arrojan un promedio de satisfacción entre el 87% y 91%. Estas encuestas arrojan información también sobre una serie de aspectos que los usuarios no consideran satisfactorios, tales como: La oportunidad quirúrgica, El trato con el paciente y su familia, El trato que brindan los vigilantes, El proceso de comunicación e información, El proceso de mensajería, Evitar las largas colas en consulta externa, Evitar la tramitología</p> <p>Gran parte de estos temas se repiten de una vigencia a la otra, circunstancia indicativa de que los problemas se mantienen y que el esfuerzo de consultar al usuario no rinde frutos.</p> <p>Dado el volumen de consultas y atención en servicios que tiene un hospital de esta magnitud, llama la atención el bajo nivel de</p>	<p>..." Para el año 2009, se espera que el 80% de las UES asistenciales hayan implementado los procedimientos y que se realice por parte de Atención al Cliente, un plan de Seguimiento a los planes definidos en cada una de las UES, para evaluar el impacto de las acciones implementadas en los servicios y la eficacia en relación con la percepción de los Usuarios"...</p>	<p>Queda en firme, la contraloría realizara seguimiento a la acción de mejora propuesta.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	encuestados al año que para las tres vigencias arroja un promedio anual de 2.749 usuarios consultados. De otra parte el HUV cuenta con 18 Subdirecciones prestadoras de servicios, de este total se realizan encuestas solamente en la mitad de ellas.							
14	<p>En revisión de la consolidación de la información contractual por clase de contrato, se pudo establecer que a pesar de rendir la información en la oportunidad, algunos contratos de mantenimiento, suministros, compraventa y servicios, que tienen que ver con obra y consultoría en obra, no fueron clasificados como de obra pública en el reporte mensual del formato F30 causando contratiempos en la verificación técnica, lo referente conforme a la Resolución 100-28.02-13 para presentación de informes; ídem situación para el formato F7 de la rendición de contratación total.</p> <p>Referente a la revisión documental de las carpetas de contratación de obra seleccionadas y aportadas para su análisis y, además, del manejo de la Oficina Asesora de Planeación y su sección de Ingeniería y Arquitectura, se pudo evidenciar un manejo acorde al manual de contratación adoptado. No obstante a lo anterior, se presentan algunas deficiencias de forma, que deben ser mejoradas como el manejo de la documentación en cuanto a su foliatura, hoja</p>	<p>La Administración agradece al Equipo Auditor haberse tonado el trabajo de explicar en forma personal y práctica a nuestros funcionarios de la Oficina de Planeación la correcta clasificación de los contratos en los formatos F30 y F7, de todo lo cual se tomó atenta nota y estamos procediendo de conformidad.</p> <p>La Administración, y en especial la Oficina de Planeación han tomado atenta nota del hallazgo para mejorar el manejo de la documentación en cuanto a su foliatura, hoja de ruta del contrato y la posible falta de coordinación que se presenta entre la suscripción del contrato y su inicio por presunta falta de diligencia en el proceso de aprobación de pólizas, aspecto este que se coordinará con la Oficina Jurídica Asesora Externa encargada de tal proceso, el giro de anticipos que siempre estará supeditado a la liquidez de la Entidad, mora en la entrega de la áreas a intervenir</p> <p>Le asiste razón al Equipo Auditor en el presente hallazgo. Por razones presupuestales y por cuanto el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Ambiente podría colaborar en el financiamiento del Tanque de Almacenamiento, este no se incluyó dentro de las Plan de Inversiones de 2008. Precisamente por las</p>	<p>Los hallazgos 31, 32, 33 y 34, las mismas se ratifican para mejoramiento, por lo cual la Entidad debe presentar un plan de acción a la superación de estas deficiencias en la cual se implemente acciones correctivas, responsables de la gestión, un cronograma de mejoramiento y los costos a aplicar si es del caso para efectuar los lineamientos en la consecución de los logros, con indicadores que midan esta implementación a corto plazo, pues no basta decir que se tomaran los correctivos. Para el caso específico del Mantenimiento Hospitalario y su cumplimiento, debemos recordar que el Decreto 2174 de 1996, por el cual se organiza el sistema de garantía de calidad, establece en su artículo tercero 3o. las características de la calidad, una de las cuales es la disponibilidad y suficiencia de recursos, calidad que depende en buena medida de la realización y desempeño del plan de mantenimiento hospitalario. Frente a la</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>de ruta del contrato y la deficiente coordinación que ocurre entre la suscripción del contrato y su inicio por la falta de diligencia en el proceso de aprobación de pólizas, giro de anticipos y mora en la entrega de las áreas a intervenir. Por lo anterior, la Comisión de auditoría determina un hallazgo de carácter administrativo. No cumple con tanque de almacenamiento de agua potable de acuerdo al artículo 17 de la resolución mencionada, que es de carácter obligatorio y cuya capacidad deberá garantizar como mínimo 48 horas de servicio; sin embargo, se encontró que mediante la Orden de Trabajo No. 8801-03 de diciembre 23 de 2003 se ejecutó consultoría relacionada con la Evaluación de las redes internas se suministro de agua potable, alcantarillado y diseño de Tanque Subterráneo para agua del HUV, por valor de \$9.458.604,00, entregado en agosto 10 de 2004, donde se plantea su construcción en zona de parqueadero de enfermería sitio más alto de Campus al suroccidente. Revisado su contenido y planos, cumple con las normas de sismo resistencia y capacidades para la dotación requerida, igualmente la reserva de incendio.</p> <p>En referencia al mantenimiento hospitalario de conformidad al Decreto 1769 de 1994, que reglamentó el artículo 189 de la Ley 100 de 1993, se comenta que respecto a esta</p>	<p>razones que expone la Contraloría, está proyectada su inclusión en el Plan de Inversiones del 2010 – 2011 que en su oportunidad se presentará a consideración de la Junta Directiva.</p> <p>A la subdirección Técnica anualmente se le asigna el 5% del presupuesto definitivo de la Institución para las actividades de Mantenimiento General (Ejecución de Ordenes de Trabajo y Compra de Repuestos).</p> <p>El presupuesto se ejecuta mediante solicitudes mensuales que al efecto realiza el Área de Mantenimiento.</p> <p>El Área de Mantenimiento, como las diferentes áreas Médico – Asistenciales del HUV ha visto reducido su nivel de ejecución por los permanentes y altos recortes que ha realizado el Gobierno Nacional a través de las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) y en recursos propios por la disminución del valor del contrato anual que suscribe el Hospital con el Ente Territorial, situación esta que es del pleno conocimiento del Señor Contralor Departamental del Valle del Cauca, quien así ha denunciado esta situación por la disminución de los Ingresos del Departamento del Valle del Cauca.</p>	<p>construcción del tanque de reserva además de ser de carácter obligatorio, debemos recordar que se debe garantizar un suministro continuo de agua potable por lo cual se deben plantear las gestiones y sus responsables para la consecución de los recursos a corto plazo. "</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	disposición legal, el Hospital no cumplió en las vigencias auditadas el porcentaje de reserva del 5% del presupuesto total de que trata la norma en comento.							
FINANCIAMIENTO								
15	Ausencia de un sistema integrado de información financiera contable, observación realizada en plan de mejoramiento vigencia 2005, lo anterior genera reprocesos en la preparación de la información e incertidumbre en la información contable; El actual software de contabilidad no genera un auxiliar por beneficiario para la revisión, conciliación y seguimiento de cada una de las EPS Subsidiadas, lo cual dificulta la conciliación entre dichas áreas.	...Se encuentra en proceso de Solución por la siguiente gestión de la administración...	Queda en firme, se verificara en el seguimiento al plan de mejoramiento	X				
16	Se evidencia debilidad en la planeación para el manejo de los recursos de la entidad por cuanto desde el mes de octubre de 2008 se viene incurriendo en costos financieros sobre un crédito de \$10.000 millones con findeter, recursos sin ejecutar que aún se encuentran depositados en una cuenta del banco de Bogotá. Además La entidad ha realizado inversión con recursos de la estampilla prohospitales; dineros de destinación específica que deben ser utilizados para mejorar la calidad en la prestación del servicio o para cubrir las obligaciones con proveedores y acreedores de la entidad.	...Ahora, esta administración sabe y reconoce que la especulación económica no forma parte de su objeto social, pero si debe velar por el patrimonio que se le ha confiado, lo cual cumplimos con la decisión de apertura de la cuenta de ahorros en la forma arriba señalada. El tiempo que ha transcurrido para la ejecución del proyecto de inversión se encuentra justificado por el análisis sereno, objetivo en el rediseño y correcta selección en la adquisición de los equipos biomédicos...	Queda en firme, la Contraloria hace la observación con respecto al tiempo que llevan dichos recursos dentro de la entidad, la solicitud de un recurso como éste, debe ser antecedido por una clara planeación sobre su ejecución.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
17	<p>En el manejo en la facturación; durante las vigencias 2006, 2007 y 2008 Persisten situaciones de un periodo a otro que impiden el buen resultado de las actividades y la oportunidad en la radicación de la facturación para su respectiva gestión de cobro; existen 3.544 cuentas abiertas al finalizar la vigencia 2008, correspondientes a diferentes periodos por valor de \$442.278.633, ocasionando envejecimiento de la cartera dentro de la entidad, No toda la facturación realizada es radicada para iniciar la gestión de cobro.</p> <p>Falta gestión de cobro sobre los contratos de arrendamiento de los espacios físicos de la entidad. No se evidenció la existencia del contrato de arrendamiento correspondiente al sitio donde se encuentra localizada la cafetería del séptimo piso, el último contrato encontrado en jurídica y revisado fue suscrito por las partes en el año 2001.</p> <p>Para las vigencias 2006, 2007 y 2008 cartera Presenta saldos no depurados, saldos con entidades que ya no existen, cartera muy antigua que debe ser objeto de revisión y análisis, teniendo en cuenta lo anterior, la cartera de la entidad se encuentra sobrevalorada.</p> <p>La información de cartera es manejada en varias hojas de cálculo que no son</p>	<p>Al finalizar el periodo 2008 noviembre y diciembre, se puso en marcha el plan de choque diseñado desde el área de planeación con el propósito de dinamizar la entrega de cuentas desde el área de facturación hacia cartera para su radicación en la entidad responsable del pago .Con este plan de choque se logro incrementar la entrega mensual promedio dinamizando la operación e impactando la oportunidad de respuesta en la ruta de la factura hacia cartera. Anteriormente en el área no se realizaba la función de gestión de cobro para cada uno de los arrendatarios del HUV, pero desde el mes de Marzo se inicio la circularización y al mismo tiempo gestión de cobro, manteniéndose así un estricto control de dicha situación. con respecto al contrato de la cafetería del séptimo piso manifestamos los siguiente: Respetando el criterio jurídico aplicado por el Equipo Auditor, en forma respetuosa nos apartamos de él por cuanto el precitado contrato de arrendamiento se ha renovado anualmente, prueba de ello es el actual canon que recibe el Hospital...</p> <p>Situación que ha sido subsanada dentro del área ya que se identifica cada una de las situaciones llevándola al rubro correspondiente, además se están realizando gestiones de cobro exclusivas para las vigencias 2005 a Diciembre de 2008 a todas las entidades que tiene saldo de estos periodos; estas entidades están siendo citadas a las audiencias de conciliación ante la Supersalud, para así lograr un total de la depuración de la cartera.</p> <p>La situación Administrativa detectada por la</p>	<p>Se acepta la respuesta del hallazgo 40, quedan en firme los hallazgos No.37- 38 -39 – 41 y 42,. Por cuanto El manejo en la facturación ha presentado falencias que afectan en forma considerable las finanzas de la entidad. Persisten situaciones de un periodo a otro que impiden el buen resultado de las actividades y por ende la oportunidad de mejorar en lo que respecta a la oportunidad en la radicación de la facturación; además de frecuentes glosas a nivel de las áreas funcionales; mal diligenciamiento de los soportes enviados con la facturación, falta de soportes y extemporaneidad en la presentación de la información, todo esto afectando el proceso de recaudo y liquidez de la entidad.</p> <p>La cartera continúa presentando los mismas inconsistencias que en años anteriores; se arrastran saldos no depurados. las bases de datos no están automatizadas, manejan varias hojas de cálculo que no son actualizadas con información oportuna, por lo tanto no se cuenta con información de cartera actualizada.</p> <p>La contraloria además hace alusión a mantener actualizados todos los</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>actualizadas con información oportuna, por lo tanto no se cuenta con datos de cartera actualizados.</p> <p>Glosas frecuentes en la facturación por mal diligenciamiento de los soportes, por falta de estos o por extemporaneidad en la presentación de la información. Incumplimiento de los artículos 4, 8, 9 y 10 de la resolución 1995 de 1.995 del Ministerio de Protección Social.</p> <p>El trámite para presentar la información ante fidufosya se viene adelantando por parte de contratistas externos, pero dicha información es devuelta en su gran mayoría por extemporaneidad en la presentación, por mal diligenciamiento de los formatos soportes o por ausencia de los mismos. (Violación resolución 2056 de 2003, decreto 1281) por lo tanto son cuentas que no fueron ni serán canceladas por el fosyga.</p>	<p>Contraloría, se estructuró su solución en la siguiente forma:</p> <p>En el 4 trimestre de la vigencia 2008 y dentro del plan de choque estructurado desde planeación se rediseño el modelo operativo de funcionamiento del equipo encargado de responder las glosas , teniendo en cuenta los siguientes criterios...</p> <p>El Hospital como la inmensa mayoría de IPS del sector privado y público del País estableció que la presentación de la información y trámite de cobro ante el FIDUFOSYGA se realizara a través de Firma especializada en el ramo, mediante contrato de prestación de servicios.</p> <p>El Hospital como la inmensa mayoría de IPS del sector privado y público del País estableció que la presentación de la información y trámite de cobro ante el FIDUFOSYGA se realizara a través de Firma especializada en el ramo, mediante contrato de prestación de servicios.</p>	<p>contratos de la entidad, y propender por mejorar la gestión de cobro y el recaudo de cartera.</p>					
18	<p>Dentro de la cuenta 142012 anticipos para adquisición de bienes y servicios aparece sin legalizar desde el año 2006 las siguientes partidas: Luís Eduardo Barrera \$2 millones Divimodulares Sierra \$12.9 millones, Manuel Tascón Cuevas \$49 millones, Fernando de Jesús Gutiérrez \$2.millones, Parque Tecnológico del software \$139.9 millones, Nilson Agudelo \$12 millones.</p>	<p>Esta observación del Equipo Auditor, obedece unos a Contratos pendientes de liquidación, en ejecución y otros de extravío de documentos. Sin embargo, se ha solicitado a la Oficina jurídica Asesora Externa la solución de esta situación a más tardar Abril 30 de 2009, con lo cual satisfeceremos el requerimiento de la Contraloría.</p> <p>Se ha dado traslado a la Oficina Jurídica Asesora Externa para que solicite al Ministerio de la Protección</p>	<p>Queda en firme los hallazgos 43 y 44, Por cuanto no se está realizando conciliación ni revisión de estados de cuenta con los proveedores a los cuales se les ha entregado anticipo; la entidad no viene realizando revisión y depuración de cuentas a nivel de contabilidad.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Se encuentra registrada en contabilidad la cuenta 140917 Ministerio de Salud Iva Social con un valor de \$975 millones desde el año 2005, valor que está sobrevalorando la cartera de la entidad.	Social, antes Ministerio de Salud, para que se efectúe el Acto Administrativo de liquidación del contrato respectivo, para así saldar definitivamente el valor que aparece en cartera. Con relación al criterio aplicado por el Equipo Auditor para el hallazgo que nos ocupa, debemos manifestar que esta Administración desde la vigencia de 2008 por intermedio del área de Crédito y Cobranzas efectuó análisis detallado de los clientes que conforman la Cartera y teniendo en cuenta la clase de deuda y los tiempos de vencimiento presentó proyección de provisión para la misma, la cual fue revisada por las Directivas de la Institución, tomando la determinación de efectuar su aplicación en forma gradual durante las vigencias 2009, 2010 y 2011 dado el impacto que ello genera en los Estados Financieros.						
19	La provisión de cartera para las vigencias 2006 ascendió a \$ 43.902 millones en el 2007 \$20.162.millones y 2008 ascendió \$20.162. Millones valores provisionados sin un criterio técnico de reconocido valor, que permita determinar la contingencia de pérdida o riesgo. La cuenta de terrenos del balance, no se encuentra ajustada de acuerdo con la información del avalúo realizado al predio el cortijo; el predio principal donde se encuentra ubicado el hospital no cuenta con un avalúo actualizado, de igual manera la cuenta edificio no ha sido ajustada con la información del	Con relación al criterio aplicado por el Equipo Auditor para el hallazgo que nos ocupa, debemos manifestar que esta Administración desde la vigencia de 2008 por intermedio del área de Crédito y Cobranzas efectuó análisis detallado de los clientes que conforman la Cartera y teniendo en cuenta la clase de deuda y los tiempos de vencimiento presentó proyección de provisión para la misma, la cual fue revisada por las Directivas de la Institución, tomando la determinación de efectuar su aplicación en forma gradual durante las vigencias 2009, 2010 y 2011 dado el impacto que ello genera en los Estados Financieros.	Quedan en firme los hallazgos No.45 – 46, Por cuanto para las vigencias analizadas no se aplico la normatividad vigente para el manejo de estas cuentas del activo.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	predio cedido a la Universidad del Valle por lo tanto esta cuenta continua sobrevalorada.							
20	Se encuentran en el almacén General: un congelador vertical por valor de \$80 millones y una cabina de bioseguridad por valor de \$45 millones para la unidad de trasplantes desde hace 12 meses; un tomógrafo por valor en libros de \$320 millones donado por la DIAN Barranquilla en el año 2006, el cual no ha sido utilizado para los fines pertinentes; medicamentos no utilizados próximos a vencer e insumos obsoletos cuyo valor asciende a \$ 56 millones; medicamentos vencidos dentro de la Bodega que no deben conservarse por ser residuos tóxicos; reactivos de laboratorio muy antiguos no han sido desechados. Ausencia de procesos y procedimientos claros para el manejo de los activos. el traslado de activos fijos entre las diferentes áreas funcionales no es informado a los funcionarios encargados.	Infortunadamente el equipo aludido nos fue entregado no en forma completa para ser puesto en operación y funcionamiento, como lo ha asumido el Equipo Auditor. El Hospital a través de su área de mantenimiento y electro medicina ha realizado diversas gestiones con la casa matriz fabricante del equipo para el suministro de los elementos que nos hacen falta... la depuración de la información del inventario de Almacén se encuentra en trámite de obtener el visto bueno de los servicios a que corresponde el tipo de producto para comprobar o nó que ellos son útiles a la Institución para proceder a "bajarlos" del Kardex o colocarlos a disposición de Inventarios, en el caso de los repuestos y demás para destrucción. Dentro de los productos a dar de baja se encuentran repuestos para camperos Land Rover donados en su momento por el Fondo Nacional Hospitalario.	Queda en firme, la administración debe propender por utilizar todos los recursos con los que cuenta la entidad para optimizar la prestación de servicios en el hospital. No se cuenta con los procesos y procedimientos claros para el manejo de las cuentas del activo.	X				
21	Las cuentas por pagar por edades reportadas por contabilidad no coinciden con las cuentas que reposan en tesorería y las cuentas manejadas por los técnicos de CXP. Las cuentas con vencimiento mayor a 360 días ascienden a \$1.160 millones; de los cuales \$934 millones no se encuentran registrados en el software de tesorería. Existen anticipos recibidos sobre contratos	Consideramos que el hallazgo administrativo, a la fecha ha sido satisfecho, por lo siguiente: Hasta el 31 de diciembre de 2008 los reportes que manualmente generaba cuentas por pagar no eran comparables con la contabilidad ya que éstos se realizaban tomando el valor bruto de las facturas sin efectuar la causación de los impuestos y descuentos respectivos.	Quedan en firme los hallazgos No.48 y 49, Por cuanto no se realizan conciliaciones entre tesorería y contabilidad.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	con vencimientos mayores a 360 días sin legalizar a diciembre de 2008 el valor asciende a \$1.156 millones. La cuenta ingresos recibidos por anticipado 291007 a dic.2008 presenta un saldo de \$662 millones, saldo que viene arrastrando vigencias anteriores sin ajustar.							
22	La entidad en el desarrollo de sus actividades periódicamente presenta sobregiros bancarios; operación que por sus características se asimila a un crédito de tesorería (créditos destinados a satisfacer necesidades de capital de trabajo a corto plazo). La entidad al culminar las vigencias 2006, 2007 y 2008 presenta créditos de tesorería, los cuales según la ley 819 de 2003 deben ser cubiertos antes del 20 de diciembre de la respectiva vigencia.	La Administración en forma respetuosa se aparta del criterio del Equipo Auditor de la Contraloría por lo siguiente: Los créditos de tesorería y sobregiros bancarios que nos ocupan, son tales y así expresamente se encuentran tipificados por la ley. Distinto es, en nuestro sentir, que por situaciones totalmente ajenas a la voluntad, decisión y actuar administrativo del H.U.V. los créditos de tesorería no se hubieran cancelado oportunamente por el incumplimiento del Departamento del Valle del Cauca – Secretaría de Salud Departamental. Por los compromisos previamente adquiridos de pago por el Ente Territorial con el Hospital, dicho incumplimiento en nuestro sentir constituye una fuerza mayor que como tal es eximente de nuestra responsabilidad. Pero, aún y en gracia de discusión, el no cumplimiento en la fecha límite de un crédito de tesorería, que es el caso específico y concreto nuestro, por ese hecho no lo convierte de manera automática en crédito de deuda pública como lo predica el oficio en mención.	Queda en firme, incumplimiento ley 819. Si bien es cierto que los recursos de la Secretaría de Salud son importantes, también es cierto que la participación de estos dentro del total del ingreso de la entidad no alcanza al 50%. El Hospital teniendo en cuenta el comportamiento en el recaudo de los recursos, debe proyectar sus gastos de acuerdo con el flujo de efectivo; lo anterior indica una vez más falta de planeación y gestión para el recaudo de la cartera de la entidad.	X				
23	El manual de procedimientos para cuentas por pagar no se encuentra actualizado de acuerdo con las actividades realizadas por los	"...Si bien es cierto la observación corresponde a la realidad de hoy; tampoco es menos cierto y así solicitamos su valoración que, como a partir del 1 de	Queda en firme, hasta que el manual de procedimientos no sea actualizado.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	funcionarios encargados dentro del área.	enero de 2009 se implementó el nuevo aplicativo de cuentas por pagar Servinte Clínica Suite, a partir de ese momento se han venido presentando cambios tanto en el proceso de registro de las mismas como en el proceso de pago, los cuales no han finalizado”...						
24	No existe un software para el manejo de los costos de la entidad, se cuenta con información en hojas de cálculo, lo cual ocasiona reprocesos y posibilidades de error en la asignación de los costos; existe Incertidumbre con el manejo de estos, los ingresos de un periodo se ven afectados por notas créditos de periodos anteriores, el personal asignado por centro de costos no es el mismo distribuido en las áreas, los suministros son cargados directamente a los servicios sin tener en cuenta el consumo real por servicio.	...”Actualmente se espera la implementación del modelo de costos con el sistema Servinte Clínica Suite”... ...”En cuanto a las notas crédito, sucede debido a que el software toma las notas crédito en el periodo que se realizan, sin tener en cuenta el periodo en que se realizó la facturación”...	Queda en firme, por cuanto los costos en la entidad se constituyen en la principal herramienta gerencial para la toma de decisiones. Un modelo de costos no puede basarse solamente en asignar los costos sobre un factor determinado, debe existir un análisis de la información y una verificación de los datos consolidados.	X				
25	La entidad esta aplicando parcialmente la normatividad sobre sostenibilidad contable con respecto a las diferentes cuentas de los estados financieros, aunque el comité de sostenibilidad contable viene funcionando, no está generando los resultados esperados, no esta cumpliendo con el objetivo para el cual fue creado, que es “Revisar, analizar y recomendar la depuración de los valores de los informes que presentan las diferentes áreas funcionales sobre la gestión administrativa realizada, proponiendo el	Respecto de la aplicación parcial de la normatividad sobre sostenibilidad contable en el Hospital en lo que concierne a las diferentes cuentas de los estados financieros, es necesario aclarar que en Comité de Sostenibilidad contable, el cual la Contraloría verificó que viene funcionando, como resultado de la revisión y análisis, ya se ha recomendado la depuración (castigo) de saldos del área de cartera y algunos saldos del área de facturación; trasladándose la información respectiva a la Oficina Jurídica del Hospital para revisión y la respectiva aprobación. Por sugerencia de la Oficina Jurídica del Hospital se	Como la entidad lo afirma, con la visita de la Contraloría lo que se pretende es que las directivas realicen las acciones administrativas necesarias para la depuración de sus estados financieros con el propósito de mostrar la realidad económica de la entidad.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	ajuste, retiro o incorporación de información en los estados financieros.	esperó la visita de la Contraloría Departamental del Valle con el fin de conocer sus observaciones sobre la depuración, realizando así acompañamiento en esta actividad; como quiera que la visita ya terminó, el Hospital pondrá, en las próximas reuniones de Junta Directiva de la Institución, a consideración de los miembros de la misma, dicha depuración de saldos.						
26	<p>El presupuesto del hospital universitario Evaristo García, se fijó mediante acuerdo de Junta Directiva No. 024 de diciembre 30 de 2005 por \$117.125.7 millones y aprobado mediante Resolución No. 034 de diciembre 27 de 2005 emitida por el Consejo Departamental de Política Fiscal – CODFIS -, presentando incongruencia ya que el Codfis no puede aprobar el presupuesto antes del acto administrativo de fijación como lo es el acuerdo de Junta Directiva.</p> <p>En la ejecución de gastos, en el grupo de inversiones se apropiaron \$18.051.3 millones y su ejecución solo alcanzó el 53% denotando que no hubo la suficiente planificación en el presupuesto.</p> <p>Se evidenció en las tres (3) vigencias auditadas que la Junta Directiva aprueba varios acuerdos modificatorios al presupuesto</p>	<p>La reunión de la H. Junta Directiva del H.U.V en la cual se presentó y aprobó el Acuerdo N° 024, por medio del cual se fijó el Presupuesto para la vigencia 2006, se efectuó el día 30 de diciembre de 2005, pues a pesar de haber sido programada con anterioridad, muchos de los miembros de Junta no podían asistir. No obstante, el Consejo Departamental de Política Fiscal informó al H.U.V. que su última reunión para aprobación de Acuerdos se realizaría el día 27 de diciembre, razón por la cual fue necesaria la sustentación del Proyecto de Acuerdo N° 024 ante esta instancia, previa a la presentación y aprobación por parte de la Junta Directiva, con el objetivo de incluir al H.U.V. dentro de los actos administrativos que aprobaría el Codfis en su Acta de fecha 27 de diciembre de 2005.</p> <p>Dicho cálculo de la estampilla para la vigencia 2008 quedó sobreestimado teniendo en cuenta el comportamiento histórico del recaudo de este recurso, aspecto que fue manifestado oportunamente por la Asesora de la Estampilla del H.U.V. Quién emitió pronunciamiento al respecto, el cual fue radicado ante la Secretaría de Hacienda Departamental y del cual no</p>	<p>Se acepta la respuesta al hallazgo 55 quedan en firme hallazgos 54, 56, 57, en cuanto al 54, es deber de la Junta aprobar mediante acuerdos el presupuesto y sus modificaciones, para el 56 es importante que al momento de realizar las proyecciones en el presupuesto se tenga bien clara la cifra que se va a presupuestar, con respecto al 57, es necesario precisar que la entidad al momento los ajustes presupuestales, tenga en cuenta las fechas de reunión de la Junta Directiva,</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>se obtuvo respuesta ni se efectuó modificación a dicho Plan de Inversiones a sabiendas que la meta de recaudo estimada no se cumpliría.</p> <p>La Junta Directiva del H.U.V. se reúne con una periodicidad mensual, sin embargo, Los Acuerdos Modificatorios se presentan en el evento de existir el recurso adicional, es decir que es perfectamente probable que en una misma reunión de Junta Directiva se presenten dos o más Acuerdos, teniendo en cuenta la notificación de recursos o ajustes presupuestales que sean necesarios. De igual manera cabe mencionar que por solicitud de la Junta Directiva, se debe presentar un Acuerdo por cada tema, para mayor claridad acerca del origen y uso de los recursos.</p>						
27	<p>Al total de ingresos ejecutados por la entidad en el 2008 (Recaudos en efectivo mas recursos del balance), se le restan los pagos efectuados en la vigencia, generando un disponible de \$ 27.002.480.782 que se compara con los recursos que se presentan en el Estado del Tesoro, por \$21.926.045.462, determinándose que en tesorería NO se encuentran los recursos del ejercicio fiscal de la vigencia, contando inclusive con una diferencia de \$5.076.435.320, que de acuerdo con la información del área financiera corresponde a diferencias conceptuales de la imputación presupuestal y la falta de integralidad con las áreas de cartera y</p>	<p>No se tiene derecho a la contradicción, por que este hallazgo fue concertado una vez evaluado el cierre fiscal de la vigencia 2008, conjuntamente con funcionarios de la Entidad</p>	<p>Queda en firme. La entidad debe comprometerse mediante el plan de mejoramiento a identificar las cifras tanto presupuestales como en tesorería.</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	tesorería.							
LEGALIDAD								
28	<p>La contratación suscrita por los Médicos Jorge Iván Ospina, Jairo Alarcón, Directores anteriores y, la actual Directora María Lucero Urriago Cerquera, referenciada en el cuadro que antecede, para vigencias 2006, 2007 y 2008, reflejan algunas deficiencias documentales para los contratos No.: CO6-01 \$116 millones, CO6-02 \$116 millones, CO6-05 \$489 millones, CO6-22 \$624 millones; CO7-24 \$336 millones, CO7-32 \$2.069 millones, CO7-25 \$240 millones, CO7-16 \$158.7 millones, CO7-34 \$1.117 millones, CO7-62 \$1,021 millones, CO8-04 \$321 millones, CO8-07 \$121 millones, CO8-39 \$2.261 millones, CO8-47 \$682 millones, CO8-114 \$207 millones, CO8-100 \$176 millones, CO8-78 \$35 millones, CO8-03 \$629 millones y los convenios relación Docencia con la UNIVALLE, USACA, UNILIBRE U. AUTONOMA DE OCCIDENTE, U. JAVERINA, ESC. DE ENF.EDEN Y ESC. DE ENF. NUESTRA SEÑORA DE FATIMA; las debilidades referenciadas son producto de la aplicación inadecuada del Acuerdo de la Junta Directiva No. 007 de abril 1 del 97 en sus artículos 34, 44, 54, 55 numeral 7, artículos 57, 63, 67 inciso 3º, artículo 69 inciso 3º y artículo 74, concordante con la Ley 734 del 2002 artículo 34 numeral 1.</p>	<p>Presuntas Deficiencias Documentales en Contratos: No obstante que la Administración mediante comunicaciones de respuesta a observaciones del Equipo Auditor, especialmente la AJ 221-2009 del 25 de febrero de 2009, explicó en forma individualizada sus puntos de vista con relación a presuntas deficiencias documentales en los contratos señalados hoy en el hallazgo, debemos reiterar tales explicaciones, no sin antes manifestar que hemos extremado nuestros controles en la correcta preservación y existencia en los fólderres respectivos de todo el actuar administrativo o documental de la contratación. Igual situación predicamos para los convenios de relación docente, con la observación de que en nuestro criterio dichas deficiencias de carácter moral no tienen la entidad para convertirse en hallazgos administrativos o de tipo disciplinario.</p>	<p>Como consecuencia dada por la entidad al presunto hallazgo, el grupo auditor determina mantener la presente observación y/o posible hallazgo, debido a la falta de pruebas documentales y claridad en la respuesta.</p>	X	X			



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
29	Se observó que el HUV, para el contrato CO5-26 de fecha 15 de marzo de 2005 no proyectó como necesidad para contratar los estudios técnicos en todos sus aspectos, además permitió que el contratista obviara: la presentación de los informes de las actividades realizadas, informe de Interventoría, certificación de especialización y la constancia de inscripción de la Superintendencia del sector solidario. Permitiera la publicación extemporánea del contrato, es decir, el 23 de diciembre del 2005 y el contrato se pacto de marzo de 2005 al 15 de noviembre de 2005, según recibo expedido de la Imprenta Departamental del Valle No. X07351, lo anterior conforme lo considera el Artículo 17 Litera e del mismo contrato.	<p>Presunto Incumplimiento Normas del Estatuto Contractual del HUV en el Contrato C05-26: Revisados los antecedentes administrativos del contrato referido, observamos lo siguiente: El contrato aludido contó en forma previa con el estudio - análisis de conveniencia, oportunidad y necesidad de la contratación, el cual se acompaña como anexo No. 6.</p> <p>El asunto que denomina la Contraloría como actividades realizadas, que afirma no se presentaron, corresponde a los "cumplidos" que en forma mensual presenta la C.T.A. y que debe contar con el visto bueno del Jefe de cada una de las áreas donde se realizó la prestación del servicio, condición esta indispensable para girar el pago de las compensaciones a la Entidad Contratista. Estos documentos que son mes a mes, no reposan en la carpeta jurídica contractual, sino en el archivo de la Tesorería General de la Institución, como soporte del comprobante de egreso o de pago.</p> <p>La Interventoría del contrato generalmente se realiza por la Oficina de Recursos Humanos y/o de Control Interno. Recursos Humanos no autoriza el trámite de la factura mensual de pago de compensaciones ordinarias, extraordinarias y de seguridad social integral, hasta que se encuentre acreditado el cumplimiento de las obligaciones del Contratista. Esta labor se realiza mes a mes por la Oficina antedicha.</p> <p>Existió una confusión de buena fe por parte del Equipo Auditor al señalar que se permitió la publicación extemporánea del contrato, según recibo expedido por</p>	Al analizar la respuesta presentada por la entidad, se observo la falta de puntualidades en referencia a las deficiencias encontradas; la administración solo se limito a expresar la forma como se recurrirá al diligenciamiento de los procesos administrativos de control, en razón a ello la observación se mantiene. No se esta cuestionando el otro si, sino el contrato principal.	X	X			



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		la Imprenta Departamental del Valle No. X07351 del 23 de diciembre de 2005, cuando el contrato principal abarcó del marzo de 2005 al 15 de noviembre de 2005. <i>El recibo aludido de la Imprenta Departamental corresponde al número 06351 del 23 de diciembre de 2005, y es el pago de la publicación, no del contrato principal, sino del Otrosí No. 2, en dinero del contrato principal.</i> Como anexo No. 7 presentamos copia del otrosí y del referido recibo de la Imprenta Departamental.						
30	Se encontró que el hospital permitió para el contrato CO5-29 la publicación de dicho contrato una vez ejecutado como se muestra en el recibo de caja de la imprenta Departamental N°. 05958, igualmente el informe de Interventoría no fue presentado, según el Artículo 17 numeral (e), además de la ausencia de interventoría e intervención de la oficina de control interno según el artículo 63 y 67 del manual de contratación – acuerdo 007 de 1970.	Presunto Incumplimiento Normas del Estatuto Contractual del HUV en el Contrato C05-29: Revisados los antecedentes administrativos del contrato referido, observamos lo siguiente: Existió un omisión de buena fe por parte del Equipo Auditor al señalar que se permitió la publicación del contrato una vez ejecutado, según recibo expedido por la Imprenta Departamental del Valle No. 05958, el cual es de fecha 31 de octubre de 2005, cuando el contrato principal comprendió del marzo de 2005 al 15 de noviembre de 2005. <i>El recibo aludido de la Imprenta Departamental corresponde al pago la publicación, no del contrato principal, sino del Otrosí No. 1, en dinero y tiempo del contrato principal.</i> Como anexo No. 8 presentamos copia del otrosí y del referido recibo de la Imprenta Departamental. La Interventoría del contrato generalmente se realiza por la Oficina de Recursos Humanos y/o de Control Interno. Recursos Humanos no autoriza el trámite de la factura mensual de pago de compensaciones	Al analizar la respuesta presentada por la entidad, se observo la falta de puntualidades en referencia a las deficiencias encontradas; la administración solo se limito a expresar la forma como se recurrirá al diligenciamiento de los procesos administrativos de control, en razón a ello la observación se mantiene. No se esta cuestionando el otro si, sino el contrato principal.	X	X			



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		ordinarias, extraordinarias y de seguridad social integral, hasta que se encuentre acreditado el cumplimiento de las obligaciones del Contratista. Esta labor se realiza mes a mes por la Oficina antedicha. Además, dentro del proceso administrativo con las Cooperativas de Trabajo Asociado existe la figura de los denominados "cumplidos" que en forma mensual presenta la C.T.A. y que debe contar con el visto bueno del Jefe de cada una de las áreas donde se realizó la prestación del servicio, condición esta indispensable para girar el pago de las compensaciones a la Entidad Contratista. Estos documentos que son mes a mes, no reposan en la carpeta jurídica contractual, sino en el archivo de la Tesorería General de la Institución, como soporte del comprobante de egreso o de pago.						
31	En el contrato CO6-63 de fecha 30 de agosto de 2006 suscrito entre el Hospital y la firma Parque Tecnológico del software por \$499.997.306, se evidenció que el Hospital no le exigió al contratista la póliza de calidad, entendiendo que el contrato es de suministro de unos equipos, en donde el contratista debía instalarlos y entregarlos funcionando, caso que no ocurrió ; de otra parte, la Entidad dejó vencer la póliza de cumplimiento que ampara el fin del objeto contractual, por la característica del no funcionamiento, de igual manera el contratista no cumplió con la cláusula 8ª del contrato	Presunto Incumplimiento Normas del Estatuto Contractual del HUV en el Contrato C06-63: Los antecedentes administrativos del contrato referido, permite concluir: El contrato C06-63 suscrito entre el HUV y la Fundación Parque Tecnológico del Software, que una vez perfeccionado es Ley para las partes, señaló en la Cláusula Sexta del mismo la obligación del Contratista de constituir a favor del Hospital póliza única de cumplimiento, que ampare los riesgos: a) Calidad y Cumplimiento del Contrato, b) Buen manejo e inversión del anticipo y c) Amparo de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. El Contratista presento póliza de la Compañía	Al interpretar el anterior texto como respuesta de la entidad no se encontró una explicación razonable del por que el incumplimiento del objeto del contrato y demás requisitos exigidos por la normatividad vigente y su manual de contratación, en consecuencia a lo expresado con relación a lo remitido por la administración se determina mantener el hallazgo.	X		X		\$499.997.306



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>referente a: “obligaciones del contratista” numerales 1, 2 y 4, se observó que lo comentado, no fue cuestionado por el interventor, antes por el contrario se evidenció un acta de entrega y recibo final del contrato de fecha 28 de febrero de 2007 suscrita por el antes subdirector de Servicios Generales de HUV Javier Berna Macias en donde se observa que actúa como contratante y no como interventor, a parte de lo anterior el contrato en su ejecución refleja una serie de irregularidades respecto a la prórroga en donde fue solicitada después de vencidos los términos iniciales del mismo, es decir, el acta de inicio fue del 22 de septiembre de 2006 para una duración de 2 meses y la prórroga se solicitó el 22 de noviembre de 2006; a la fecha el contrato según el acta de entrega y recibo final no aparece liquidado conforme a lo establecido en el manual de contratación, omisión ésta cuestionada toda vez que no se observa trámite de conformidad a la ley 1150 de 2007 y acuerdo 007 de 1997 de la Junta Directiva del Hospital - Manual de contratación.</p>	<p>Aseguradora de Fianzas “Confianza” S.A. No. GU020607. La vigencia de la garantía única de seguros de cumplimiento comprende: desde 31.08.2006 hasta el 31.10.2009. Ampara clase de contrato: Suministro de Software. El objeto de la póliza es: “Amparar el pago de los perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones contenidas en el Contrato C06-63, relacionado con el suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de control de accesos con los componentes de Hardware, Software y conectividad del Hospital Universitario del Valle E.S.E. de acuerdo a los requerimientos del Hospital y a la propuesta presentada por el Contratista, la cual hace parte integral del mismo”. Dicho amparo comporta el factor de Calidad a que alude el Equipo Auditor de la Contraloría. Como anexo No. 9 acompañamos la mencionada póliza.</p> <p>Obviamente, existe contradicción entre la vigencia de la garantía única de seguro de cumplimiento de la póliza referida, y la vigencia de los amparos contenida en la misma póliza. Esta situación está siendo analizada jurídicamente frente a la legislación de seguros vigente a 2006.</p> <p>En el Acta de Entrega y Recibo Final del contrato ya mencionado, se presentó un error de digitación donde el Subdirector de Servicios Generales firmó como Contratista cuando debió hacerlo como Interventor. Respetuosamente debemos manifestar que la prórroga solicitada el 22 de noviembre de 2006 por el Contratista no fue extemporánea. Nos explicamos: El</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>término del contrato esta pactado en meses (2), y no en días. Ello significa que, al iniciarse la vigencia contractual el 22 de septiembre de 2006, el mismo finalizaría el 22 de noviembre de 2006 a las 12 p.m. Es decir en las horas hábiles del día 22 de noviembre de 2006 el contrato se encontraba dentro de su término de ejecución siendo por tanto válida y procedente la solicitud de prórroga, y la aceptación de ella. Distinto sería si el término en vez de haberse fijado en meses (2) se hubiera pactado en 60 días calendario. Nuestro procedimiento adjetivo es sumamente claro en la distinción o diferenciación de la forma de contar los términos cuando estos corresponden a días, y cuando corresponden a meses y años.</p> <p>Ahora, como por diferentes causas no se ha puesto en funcionamiento el control de accesos, el contrato aludido no ha sido objeto de liquidación definitiva, decisión esta que precautela o salvaguarda el interés patrimonial del Hospital. Sin embargo, esta Administración comisionará a la Dirección Administrativa para que inicie de inmediato todas las acciones tendientes a la puesta en funcionamiento de este sistema de control de accesos, ordenado en administraciones anteriores.</p>						
32	Por la queja instaurada por la organización sindical Sintrahospiclinicas sobre el contrato No. CO6-66, hecha la visita técnica a las obra civil referida y averiguaciones de rigor se pudo evidenciar que:	No obstante a lo anterior y en reunión de visita técnica con los representantes del contratante en cabeza del Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, la Interventoría de UNIVALLE en cabeza de la directora y coordinadora de esta supervisión y el representante	Aunque inicialmente no se tenía como hallazgo, se hace necesario relacionarlo para que la entidad por intermedio de la alta Dirección tome los correctivos del caso.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Referente al contrato CO6-66, suscrito el 22 de septiembre de 2006, entre el HUV y la Unión Temporal OBRALINKS, para "La Construcción de la segunda fase del reforzamiento estructural del Bloque I del edificio principal y la adecuación de sala de operaciones del HUV", por valor de \$3,925'.454.965,00 su ejecución se realizo entre el 29 de noviembre de 2006, y el 15 de febrero de 2008, según Acta de Terminación, en el cual se desarrollaron obras correspondientes a recomendaciones de estudio de vulnerabilidad sísmica para el 3er. y 4to. pisos del bloque I del edificio principal lado oriental del HUV con la adecuación de sala de operaciones para 13 quirófanos en el cuarto piso de acuerdo a propuesta de la Unión Temporal adjudicataria en proceso de convocatoria pública. El desarrollo de obras se llevó a cabo con la Interventoría de la Universidad del Valle realizándose en general un buen trabajo a la vista; tuvo su lunar de inadecuada ejecución en pisos de habitación de zona de quirófanos puesto que estos presentaron fisuras superficiales, que comprometen su puesta en funcionamiento. Efectuada la visita técnica correspondiente, se verificó que efectivamente los pisos de granito pulido aplicados en el 4to. piso de quirófanos, presentan fisuras superficiales que al comparar con registro fotográfico anterior de la</p>	<p>de la Unión Temporal OBRALINKS en cabeza del Arq. Germán Sandoval, se plantearon algunas soluciones a la divergencia, donde el contratista propone el "entapetado" del piso existente con texturas especiales que cumplen la norma hospitalaria frente a la asepsia requerida en el área, así como también la descarga estática de equipos y personal usuario medico y asistencial, propuesta ésta acogida por los representantes de HUV pendiente de su debida aprobación ante la alta Dirección. De otra parte, el contratista plantea la intervención de un perito que determine el reconocimiento al pago o no pago de los pisos afectados y su responsabilidad. En el Acta de Terminación referida, igualmente se dejó constancia sobre obras adicionales de ductos, aire acondicionado y otras, no autorizadas por el interventor oportunamente, siendo necesarias para la complementación de corrección de reforzamiento estructural y puesta en funcionamiento de sala de operaciones lo cual de manera verbal fueron avaladas por la Interventoría en reunión de visita técnica, lo cual quedo pendiente de la certificación escrita para su reconocimiento.</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Interventoría, van en progreso, siendo el más afectado el del ala norte el cual tiene 7 quirófanos en funcionamiento por lo que se aduce, por parte del cuerpo técnico del HUV, que esto era de esperar debido al tráfico y uso del área; igualmente se observa el levantamiento de algunos perfiles de bronce causado por el tráfico de camillas personas y demás equipos médicos.							
64	Por denuncia verbal de la organización sindical Sintrahospiclinicas se evidenció que la cartera que registra el Hospital Universitario del Valle no es confiable toda vez que la Subdirección de Crédito y facturación reportó a diciembre 31 de 2008 cartera por valor de \$63.990 millones con un comportamiento de difícil cobro \$19.166 millones, se confronta el anterior reporte con el área de contabilidad generándose una diferencia de \$45.831 millones es decir mientras que en contabilidad aparece una cartera registrada de \$109.821 millones en la subdirección de crédito y facturación se tiene un valor de \$63.990 millones.	No confiabilidad del saldo de cartera que registra el Hospital. El hallazgo de carácter administrativo que nos ocupa, en nuestro sentir, obedece a una ligereza de la Organización Sindical Sintrahospiclinicas al interpretar en forma errada el Informe de la Señora Coordinadora de Crédito y Cobranzas de fecha 9 de febrero de 2009, que se contrae exclusivamente a la <i>gestión integral y evolución de cartera radicada al corte 31 de diciembre de 2008</i> . Para todos los efectos a que haya lugar, la única información confiable sobre los saldos de las cuentas del Balance y Estados Financieros de la Institución, la constituye los saldos que se expresan oficialmente en los Balances que prepara y suscribe la Contadora General del Hospital. Dicho de otra manera, no es comparable técnicamente un informe independiente y aislado sobre radicación de cartera al corte 31 de diciembre de 2008 frente a los saldos de la cuenta 14 Deudores. 1409 Servicios de Salud y 1475 Deudas de Difícil Cobro del Balance General, por la sencilla razón de	El hallazgo queda en firme debido que en explicación que da la entidad, se nota descoordinación en la entrega de informes sobre cartera a la contraloría. La acción de mejora debe estar centrada a unificar y actualizar los registros.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>que la Contabilidad toma para sus registros la totalidad o el 100% de la producción de la facturación en desarrollo precisamente del principio de causación; mientras la Coordinación de Crédito y Cobranzas solo registra la facturación que efectivamente entrega o radica a los clientes de la Entidad y conocido es que existe un proceso administrativo de recepción de facturación por las EPS-S SOAT, FIDUFOSYGA y particulares porque contractualmente se pactan términos y fechas para el recibo de facturación, todo lo cual es ajeno al principio de causación.</p> <p>Como prueba fehaciente o plena del criterio que antecede, expresamos:</p> <p><i>El Balance General del HUV al corte del 31 de diciembre de 2008, refleja en las cuentas 14 Deudores. 1409 Servicios de Salud y 1475 Deudas de Difícil Cobro unos saldos que totalizan \$103.997.469.394.00, y el Informe de cartera a la misma fecha e corte (31.12.2008), estado de cuenta detallado por régimen – cliente presenta un saldo de \$103.468.710.876.00. La diferencia mínima que se presenta corresponde a una deficiencia del aplicativo de cartera para el control de la cuota recuperadora, lo cual no sucede en el aplicativo del área de Contabilidad. Es mas, el propio Equipo Auditor de la Contraloría efectuó la verificación de la conciliación entre las áreas de Cartera y Contabilidad, encontrándola correcta, por cuanto al respecto no se presentó ninguna observación sobre dicho tópico.</i></p>						
	TOTAL			33	3	1		\$499.997.306

Vigilamos
el patrimonio
Regional



CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA



Certificado No. SC-3002-1