



**INFORME PRELIMINAR CONSOLIDADO DE AUDITORIA CON ENFOQUE
INTEGRAL**

MODALIDAD REGULAR

HOSPITAL SANTA CATALINA EL CAIRO

VIGENCIAS 2006 – 2007 - 2008

**CDVC-CAP-No- 01
ABRIL DE 2009**



AUDITORÍA REGULAR HOSPITAL SANTA CATALINA EL CAIRO

Contralor Departamental del Valle del Cauca	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Gerente	Alba Lucia Corrales Arcila
Coordinadora proceso auditor	Melba Lucía Zapata Durán
Equipo de Auditores:	
Líder de Auditoria	Víctor Hugo Sierra Yépez
Integrantes del equipo Auditor	Yohana Yannel Llano Libreros
	Héctor Mauricio Alarcón Mesa
	Rodrigo Hernán Montoya Troncoso
	Nelson Enrique Serna Restrepo



Tabla de Contenido del Informe

	Página
INTRODUCCION	
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	
2 METODOLOGIA	
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	
2.3 QUEJAS	
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	
3.1 GESTION	
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	
• Planeación	
• Actuación de las Juntas Directivas	
• Análisis de la Estructura Organizacional	
• Análisis de los Sistemas de Información	
• Evaluación del Sistema de Control Interno	
3.1.2 SALUD PÚBLICA	
• Promoción y Prevención	
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
• Satisfacción del Usuario	
• Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	
• Infraestructura	
3.2 FINANCIAMIENTO	
• Estados Contables	
• Presupuesto	
• Análisis de variables que afectan el financiamiento del Hospital	
• Evaluación de tecnología Biomédica	



3.3 LEGALIDAD

- Cumplimiento del marco normativo de la contratación
- Glosas
- Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) Hospital santa Catalina

3.4 REVISION DE LA CUENTA

3.6 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN

4 ANEXOS

Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado

Anexo 2. Estados Contables

Anexo 3. Cuadro Resumen de Hallazgos



INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoria con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca al Hospital Santa Catalina de el Municipio del Cairo, utilizando como herramientas la normas legales, el análisis y el conocimiento, con el fin de dar un concepto integral sobre la gestión de la administración del Hospital Santa Catalina en las vigencias 2006, 2007 y 2008, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoria se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las ESES, y a los resultados que de ella se derivan en procura de un mejor bienestar de la población de su área de influencia. En busca de éste objetivo, se realizó un trabajo que contó con un equipo de interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

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



1. HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

El financiamiento de los servicios de salud es un problema estructural en Colombia, lo cual la Corte Constitucional lo 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”.

Otros de los problemas estructurales de las Empresas sociales del Estado en Colombia, están relacionados principalmente con:

- Son un soporte clave de todo el sistema de salud pero no son suficientemente estructuradas ni autónomas para cumplir con el papel que se les asignó. Igualmente, poseen inconvenientes marcados en cuanto a la afectación que genera la ineficiencia de las EPSs y Secretarías de Salud.
- El modelo administrativo de las ESE planteado por el gobierno no contribuye a que las IPS soporten las deficiencias del sistema viéndose en grave peligro de desaparecer si no se regula adecuadamente la creación de nuevos centros asistenciales ni se optimizan los recursos de la red pública.
- El Régimen Subsidiado de Salud se ve afectado por conceptos relacionados al manejo que le dan las Secretarías de Salud al SISBEN, a la falta de control y monitoreo a las ARS con las que se contrata la atención a los afiliados y a las deficiencias de la ESE.¹

¹ Propuesta para organizar el sector salud en Colombia: régimen subsidiado
M.T. Montes & A. Espinosa Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia



Se presenta un alto riesgo en cuanto al mantenimiento general de los equipos con que cuenta el Hospital. Dadas las situaciones de no contar en la población de ningún servicio técnico o con un profesional en mantenimiento de equipos médicos y condicionar la prestación del servicio a la disponibilidad de contratista externos y a los mismos costos de los trabajos de revisión y reparación por los valores agregados de transporte, manutención y pernotada que requieren los operarios en razón de las distancias y otras situaciones de este Municipio.

Actualmente y debido al recrudecimiento del invierno, las vías de acceso al municipio se encuentran en pésimo estado, causando esto una demora excesiva en el traslado de los pacientes que deben ser atendidos de urgencia en hospitales de más alto nivel.

De acuerdo con las observaciones prestaciones en la fase de ejecución de la auditoria en lo referente al bloque temático salud pública (medio ambiente), la Entidad dio inicio a las acciones correctivas para la implementación del PGHIRS las cuales fueron verificadas por el equipo auditor, siendo esto un valor agregado para la Entidad



2. METODOLOGIA

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

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

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

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por cinco (5) profesionales en las áreas de contaduría, ingeniería Industrial, ingeniería ambiental, ingeniería civil y derecho, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la comunidad.

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



Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el Ente auditado se buscó la autoevaluación, a través de aplicación de encuesta que consistió en treinta y un (31) preguntas distribuidas en cuatro (4) ejes temáticos, aplicadas a veinticuatro (33) 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 auditoria, 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

El informe al seguimiento al Plan de Mejoramiento nos permitió observar las deficiencias que tenía la Entidad en la vigencia 2005, las cuales se reflejaron principalmente en el incumplimiento de las normas contractuales, la ausencia de una planeación eficiente, de manuales, y desorden de la parte financiera y documental de la entidad.

El cumplimiento de las acciones correctivas es del 93%, indicando con ello un nivel de cumplimiento satisfactorio, el cual se pudo evidenciar en el ejercicio del proceso auditor.

Sin embargo, hay cuatro (4) hallazgos del mencionado plan, que no se han subsanado y son de relevancia para la entidad, referenciados a continuación:

- El No.2 relacionado con un nuevo proceso operativo en el plan de saneamiento contable con mayor diligencia y agilidad, asegurando cumplir todo el proceso.
- El No. 11, 12 y 18, en la implementación de un plan de ajustes a los procesos de archivo y manejo documental.



En lo que respecta a la parte ambiental realizado el seguimiento del Plan de mejoramiento suscrito por Hospital Santa Catalina del municipio de El Cairo, con la Contraloría Departamental del Valle en el año 2008, se determinó un cumplimiento 75% a la fecha, es importante aclarar que la entidad tiene hasta el día 30 de junio de 2009 como fecha de final de implementación de las acciones correctivas, excepto el contrato con la empresa y el diseño de la ruta hospitalaria, acciones que ya se cumplieron

2.3 QUEJAS

Durante el periodo de ejecución de la auditoría al Hospital Santa Catalina, se presentaron cinco (5), quejas.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 GESTION

3.1.1. DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

Planeación.

El Plan de desarrollo no se elaboró para las vigencias 2006, 2007 y 2008, como lo estipula el artículo 24 del Decreto 1876 de 1994, el cual exige que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, tampoco fue aprobado por la Junta Directiva del Hospital.

El Plan de Desarrollo 2006 al 2008, no se ajusta a los parámetros de la Ley orgánica de los planes de desarrollo (Ley 152 de 1994), que define los planes, programas y proyectos y cómo se van a lograr los objetivos determinados en los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, adicionalmente no cuenta con indicadores y metas cuantificables y demás aspectos que permitieran determinar el cumplimiento de las metas de los proyectos propuestos.

La nueva Administración del Hospital a la fecha de esta auditoria no ha presentado el nuevo plan de Desarrollo institucional ante la Junta Directiva del Hospital.

Actuación de las Juntas Directivas

Se revisaron las actas de Junta Directiva de las vigencias 2006, 2007 y 2008, arrojando los siguientes resultados.

La Junta Directiva esta conformada por:

- Alcalde Municipal
- Director Local de Salud



- Representante del Grupo Científico
- Representante de los Profesionales de la Salud
- Representante de los Gremios de la Producción
- Representante de la asociación de usuarios

El Decreto No. 021 -020 del 19 de marzo de 2004, por medio del cual se designan los miembros de la junta Directiva por tres (3) años.

Mediante las Resoluciones 10-36-06, 10-36-07, 10-36-08 y 10-36-09 del 8 de junio de 2008, por medio del cual se designan los miembros de la junta Directiva.

De los anteriores actos Administrativos no se evidenciaron las convocatorias de los representantes de los gremios de la producción y el de la asociación de usuarios como Veedor Ciudadano.

Del proceso de designación de los representantes del grupo científico y de los profesionales de la salud este carece de la fecha de la elaboración.

No aportaron los oficios donde se les comunica la designación y funciones y las cartas de aceptación o declinación como representantes ante la Junta Directiva.

No se lleva el libro de actas, el cual debe ser registrado ante las autoridades competentes

Las actas de Junta Directiva están firmadas por el Presidente y el Secretario, excluyendo las actas No. 004, 007 y 012 de 2008, las cuales son firmadas por todos los integrantes.

En el Acta No. 01 de fecha 4 de enero de 2006, se pudo observar que el secretario de la junta confirma la asistencia de tres representantes, en la cual no había la asistencia de más del 50% (no existía quórum), y en esta acta se aprobó el Presupuesto de Ingresos y Egresos de la vigencia 2006.



El representante de la asociación de usuarios como Veedor Ciudadano ante la Junta Directiva no asistió a las seis (6) reuniones de la vigencia 2006 y a tres de la vigencia 2007.

En las vigencias 2006 y 2007 se realizaron seis reuniones por año, en el 2008 se efectuaron 13, de las cuales falta el acta No. 005, además no se evidenció las solicitudes de las siete (7) reuniones realizadas extraordinariamente.

Dentro de las funciones de la Junta Directiva esta la de establecer el monto máximo por el cual se autoriza al Gerente a contratar, de lo anterior se evidencia que a la fecha no existe ninguna acta que determine la cuantía sobre la cual el Representante Legal de la Entidad pueda celebrar contratos sin autorización de la Junta.

De las deliberaciones y decisiones de la Junta Directiva se pudo establecer que en su mayoría solo realizaron la aprobación, modificación y adición del presupuesto de Ingresos y Gastos.

No se ha realizado la actualización de los Estatutos de la Entidad, fue aprobado mediante Acuerdo 001 de fecha 18 de abril de 1997 y su correspondiente aplicación reflejándose en la falta de procedimientos, lo que implica un riesgo para los recursos administrados.

Análisis de la Estructura Organizacional.

Talento Humano

La planta de personal esta compuesta de la siguiente manera:



Personal de Nomina

Personal de Planta	2006	2007	2008
Administrativo			
Gerente	1	1	1
Subgerente	1	1	1
Tesorero	1	1	1
Conductor	2	2	2
Celador	1	1	1
Auxiliar Servicios Generales	2	2	2
Auxiliar Salud Familiar	1	1	1
Auxiliar Información Salud	2	1	0
Subtotal	11	10	9
Operativo			
Enfermera	1	1	1
Auxiliar Enfermera	3	3	3
Auxiliar Laboratorio	1	1	1
Auxiliar Odontología	1	1	1
Promotora Salud	5	5	5
Subtotal	11	11	11
TOTAL	22	21	20

Personal por Contrato de la CTA

Personal por Contrato	2006	2007	2008
Administrativo			
Subtotal	7	8	8
Operativo			
Subtotal	22	29	12



Total	29	37	20
--------------	-----------	-----------	-----------

De lo anterior se puede observar que la planta de personal está compuesta por veinte (20) cargos ocupados, dos (2) vacantes de planta y veinte (20) asociados a CTA, esto evidencia un estudio técnico inadecuado, pues la relación debe ser equilibrada.

La planta de cargos no esta acorde con el organigrama de la Entidad y Manual de Funciones, donde se pudo observar que la Subgerente es la jefe de personal, Jefe de Presupuesto y el Tesorero es el Almacenista y Control Interno y con la Gerente realizan las labores Administrativas de la Institución.

El Manual de Funciones fue aprobado el 18 de noviembre de 1996 y modificado por el acuerdo 03 del 13 de octubre de 2005.

En las vigencias auditadas se pudo observar que no existieron planes de bienestar social, de capacitación, de inducción y reinducción, de fortalecimiento de las competencias laborales

El valor pagado en el año 2006 al personal por contrato CTA fue de \$141.451.370, en el 2007 de \$439.368.096, presentando un incremento del 68%, en el 2008 de \$342.817.912 mostrando una disminución del 28%.

El valor total de la nomina (personal de planta y por contrato) de la Entidad represento en el 2006 el 47%, 2007 el 63% y el 2008 el 60% del Presupuesto de Gastos.

Normograma

La entidad durante las tres vigencias auditadas no cuenta con un normograma visible que permita identificar la normatividad vigente en lo que respecta a la materia de salud, para que esta sea dada a conocer y socializar entre todas las personas que laboran para el Hospital. Así mismo no existen documentos de



análisis, o las modificaciones de las normas, como tampoco se cuenta con medios efectivos de difusión de la normatividad en salud que hagan llegar al conocimiento de la comunidad como actores principales del sistema de salud.

La E.S.E no cuenta con el personal preparado suficientemente con respecto a la normatividad vigente en salud que enseñe a funcionarios, usuarios entre otros lo referente a la reglamentación que rige el ordenamiento jurídico en materia de salud, ya que la entidad no cuenta con una dependencia Jurídica ni los servicios de un asesor en esta materia, que instruya y oriente acerca de la normatividad vigente.

Ley de Archivo

El manejo de la documentación es regular en las diferentes dependencias del Hospital. Se está cumpliendo con la organización del Archivo de Gestión, Central e Histórico para garantizar la conservación de la información de la Entidad

Se está cumpliendo parcialmente con la organización de las Historias Laborales existentes, especialmente en el sentido de que en cada expediente los documentos se encuentren ordenados atendiendo la secuencia propia de su producción; y su disposición refleje el vínculo que se establece entre el funcionario y la entidad.

El comité de Archivo fue creado mediante Resolución 20-36-01 del 1 de octubre de 2006, desde su creación no se han realizado reuniones.

Las tablas de Retención Documental fueron aprobadas el 31 de julio de 2006, lo que se evidencio, no se le esta dando estricto cumplimiento.

El comité de Historias Clínicas fue creado mediante Resolución 20-36-007 del 9 de junio de 2008 y debe reunirse cada mes, lo cual no se esta cumpliendo.

No existe un proceso documentado mediante el cual los servidores públicos, al desvincularse de las funciones, entregarán los documentos y archivos a su cargo



debidamente inventariados, garantizando la conservación y custodia de los mismos, y de igual forma permita al funcionario que llega al cargo, recibir la mencionada documentación para poder dar continuidad a las actividades y procedimientos que estén bajo su responsabilidad.

Análisis de los sistemas de información.

Sistemas de Información

El Hospital Santa Catalina El Cairo solo cuenta con programas para contabilidad, facturación y costos (este último subutilizado por la institución), lo cual genera una gran vulnerabilidad y debilidad en el procesamiento de la información, puesto que aéreas como tesorería, presupuesto, inventarios de activos fijos e inventarios de mercancías no cuentan con sistemas.

Protocolos

La entidad tiene como base de identificación de amenazas en salud pública los protocolos epidemiológicos, los cuales son entregados a la entidad cada año por la Secretaria de Salud Departamental, los cuales a la fecha se encuentran vigentes.

Así mismo se pudo verificar la existencia de protocolos de atención al usuario tales como: manejo de consulta externa, manuales de odontología, manual de medicina legal, protocolo estándar de enfermería, procedimientos de referencia y contra referencia, manual de procedimiento de servicio de hospitalización, protocolo atención parto y recién nacido, protocolo enfermería urgencias, hospitalización y parto, protocolo servicio consulta externa y protocolo guía urgencia; los cuales se ubican copias de estos en las estaciones de enfermería y atención al usuarios, así como en los cuartos de consulta.

Evaluación del sistema de Control Interno.

La oficina de Control Interno esta a cargo del Tesorero Almacenista de la Entidad



desde el 1 de enero de 2005, además se creó el Comité de Control interno desde el mes de junio de 2007, desde su creación no se han reunido, lo cual se evidencia que no ha cumplido con su función primordial que es darle a conocer a los funcionarios las propuestas, diseñar los Planes de Mejoramiento y los seguimientos para el mejoramiento de la Entidad, fijar acciones orientadas al mejoramiento continuo en aras del cumplimiento de la Misión Institucional, además de ayudar a establecer los correctivos necesarios para obtener los resultados esperados.

La evaluación del sistema arrojó los siguientes resultados:

Subsistema de Control Estratégico:

No se tiene definidas las políticas de formación y de capacitación, ni el plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.

Subsistema de Control de Gestión:

Existen indicadores diseñados en el Manual de procedimientos, los cuales no se cumplen por que no están discriminados en eficiencia, eficacia y efectividad.

La Entidad tiene consolidados los principios y valores en un código de Ética Institucional, existen espacios de diálogo y confianza mutua, los cuales generan un ambiente laboral en función de estos, se debe de fortalecer la cultura del autocontrol.

Se cuenta con un Mapa de Riesgos y un Plan de Manejo de Riesgos Institucionales que evalúan los aspectos internos y externos que permiten establecer qué está sucediendo, con el fin de responder a las amenazas y debilidades en las distintas áreas de gestión.

Subsistema de Control de Evaluación:

Para las vigencias 2006 y 2007, no se desarrollaron auditorias internas, en el 2008



se efectuaron cuatro (4) y no se elaboraron los planes de mejoramiento, impidiendo calificar a cada funcionario en desarrollo del cumplimiento de sus funciones.

Para la vigencia 2008, con base en las encuestas aplicadas a los funcionarios de la entidad se obtuvieron los siguientes resultados:

COMPONENTE	SUBSISTEMA	SISTEMA
AMBIENTE DE CONTROL	CONTROL ESTRATEGICO	3,71
4,02		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
3,96	3,88	
ADMINISTRACION DE RIESGOS		
3,65		
ACTIVIDADES DE CONTROL	CONTROL DE GESTION	
3,70		
COMPONENTE INFORMACION		
3,89	3,71	
COMUNICACIÓN PUBLICA		
3,55		
AUTO EVALUACION	CONTROL DE EVALUACION	
3,45		
PLANES DE MEJORAMIENTO		
3,66	3,55	

Como se puede observar, el resultado de las encuestas va ligado con lo evidenciado en el proceso auditor, el cual se encuentra ubicado en un nivel Satisfactorio de desarrollo en el proceso de implementación del Sistema de Control Interno, puesto que en el 2008 se dio la mayor implementación del MECI.

Avance Modelo Estándar de Control Interno - MECI

El Gobierno Nacional, por medio del Decreto 4445 del 25 de noviembre de 2008, amplió el plazo para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno



para los municipios de 3ª, 4ª, 5ª y 6ª categoría y sus entidades hasta junio de 2009, para ello el Hospital se acogió a la mencionada prórroga argumentando que a los productos diseñados por el consultor y por los funcionarios sólo les hacía falta el requisito de socialización y revisión de los productos diseñados.

La entidad en su solicitud de prórroga argumenta un avance del 93% en este proceso. En la fecha de la visita de auditoría se evidenció el avance en su diseño e implementación.

Control Interno Contable

La entidad no cumple con la ley de archivo, situación que origina el no conocer las encuestas que esta reportó a la Contaduría General de la Nación; sin embargo se tuvo acceso a la reportada por la entidad en la última rendición de la cuenta vigencia 2008, formato F2, en la cual expresaban que la institución en materia de control interno contable se encontraba en un nivel satisfactorio siendo superior a 4 puntos en la calificación final, sin embargo en el proceso auditor se realizó la encuesta teniendo en cuenta la situación actual (se tuvieron en cuenta también los hechos de las vigencias 2006, 2007 y 2008), dando como resultado un puntaje de 2,19 puntos que lo ubican dentro del un rango insuficiente.

Dicha calificación se basó en que la institución a pesar de que aplica algunos conceptos en materia de control interno contable como: La existencia y cumplimiento de políticas y planes sobre necesidades de información presupuestal, contable y financiera, la comprobación y existencia de los Libros de Contabilidad, se contaba con la existencia y efectividad de medidas para la salvaguarda de los activos fijos (pólizas de seguros), la institución no adelantó controles con respecto a estas auditorías que le permitieran determinar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas, que le sirvieran para determinar y valorar los riesgos a que estaba sometido el Hospital Santa Catalina El Cairo, así como tampoco existen manuales de procesos y procedimientos actualizados que permitan el correcto flujo de información, tampoco existen controles sobre la propiedad planta y equipos, además de que el inventario de estos se encuentra totalmente desactualizado y sin ningún control sobre los



activos fijos, situación que evidencia el estado de vulnerabilidad en que se encuentra la institución por no contar ni cumplir con la normatividad en materia de control interno contable (circular externa No 042 de 2001 y resolución No 048 de 2004, emanadas por la Contaduría General de la Nación CGN).

La gestión adelantada por la administración, no acatan las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, reflejadas en la ausencia de una herramienta de planificación financiera y administrativa (plan de desarrollo), para las vigencias auditadas, además de la deficiente intervención de control interno en las vigencias 2006 y 2007 en cada uno de los procesos administrativos.

3.2.2 SALUD PÚBLICA

Promoción y Prevención y otras actividades realizadas por el Hospital

Se verificaron las distintas actividades realizadas por el Hospital durante las tres (3) vigencias, encaminadas a la prestación del servicio en salud, encontrando los siguientes resultados:

ACTIVIDADES	2006	2007	2008
Consulta Externa	15.924	11.500	12.040
Urgencia Odontología		114	170
Consulta Odontología	1.415	1.628	1.862
Control Placa	218	2.924	4.272
Flúor Tópico	92	1.773	3.183
Sellantes Fotocurado	3.527	5.182	4.944
Detartraje	174	1.005	1.732
Urgencias	1.759	1.902	2.056
Hospitalizaciones	476	355	268
Laboratorio	12.063	5.272	5.604
Vacunación	6.860	5.264	4.102
Atención Partos	28	33	33



Atención Recién Nacidos	28	35	34
Control Prenatal	741	939	903
Planificación Familiar	279	2.865	3.377
Citologías	1.078	907	854
Crecimiento y Desarrollo	240	2.111	1.986
Alteración del Joven	469	536	313
Alteración del Adulto	205	256	277
Agudeza Visual		295	336
TOTAL	45.576	44.896	48.346

Del cuadro anterior se observa, la variación de la población atendida del 2006 al 2007 del -1.5% y 2007 al 2008 del 7.7%, lo cual se representa en la disminución en consulta externa, hospitalizaciones, laboratorio, vacunación y citologías y un aumento en control placa, flúor tópico, detartraje, planificación familiar y crecimiento y desarrollo, lo que se evidencia que no se están fortaleciendo algunas de las estrategias utilizadas para atraer a la población a las jornadas realizadas por el Hospital.

En el Plan de Gestión programado para las Vigencias 2006, 2007 y 2008, no se han documentado las Políticas de Salud Pública, las cuales apuntan el direccionamiento de la prestación del servicio y están contenidas en las diferentes actividades realizadas.

Pese a lo anterior, las actividades apuntan al mejoramiento de la Salud Pública, pero existe un inconveniente para alcanzar el cumplimiento total de las metas establecidas, y es que siendo el Municipio del Cairo el mas distante ante la ciudad de Cali, el Hospital es un centro de asistencia del nivel básico; para esta institución es fundamental tener definidos las condiciones de remisión de pacientes desde el punto de vista medico, el tiempo de transporte por la vías precarias hasta el centro de apoyo de complejidad intermedia el cual puede tener implicaciones graves.

Portafolio de Servicios prestados por el Hospital



Según certificación emanada por la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, el Hospital Santa Catalina Empresa Social del Estado, identificado con el NIT 891.900.887-0, se encuentra inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del departamento del Valle del cauca, con el código No. 76-246-02104-01, en la modalidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud de complejidad baja, con domicilio en la carrera 4 calle 4, y el cual cumple con los requisitos establecidos en el manual de estándares que establece las condiciones de capacidad tecnológica y científica para los servicios de hospitalización general de adultos, pediátrica, obstetricia, consulta externa de enfermería, medicina general, consulta externa de odontología, atención domiciliaria, servicio extramural, urgencias, transporte esencial básico, laboratorio clínico.

El Hospital en cumplimiento de su portafolio de servicios de primer nivel en fomento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través del Plan de Atención Básica y el Plan Obligatorio de Salud en la localidad cuenta con: siete Puestos de salud, sala de Hospitalización, tres (3) camas para Hombres, cuatro (4) camas para Mujeres, dos (2) camas niños, sala de maternidad tres (3) camas.

Servicios paraclínicos de primer nivel, consulta externa, programas de salud, servicio complementario de transporte de enfermos con tres (3) ambulancias TAB, recurso de salud cuatro (4) médicos generales, un (1) odontólogo, un (1) bacteriólogo, una (1) enfermera profesional, un (1) higienista oral, ocho (8) auxiliares de enfermería y nueve (9) forjadores de salud.

INGRESOS POR PRESTACION DE SERVICIOS				
Años		2006	2007	2008
Régimen Subsidiado				
A.M.B.U.Q		416.798.762	546.291.541	649.984.246
Coosalud				
Caprecom				
Régimen Contributivo				
Cosmitet	Evento	135.907.048	142.731.694	112.914.905



Comfenalco				
Cooimea				
S.O.S				
La Nueva EPS				
Ejercito Nacional	Urgencias			
Policía Nacional				
Saludcop				
Salud Total				
Alcaldía Municipal	(PAB y PP)	62.179.223	42.047.424	52.637.317
Secretaria de Salud Departamental		579.473.393	515.840.068	439.546.997
SOAT		4.405.812	3.221.408	3.761.876
Recuperación		85.025.000	103.493.208	31.052.242
Otros Ingresos		31.825.312	37.117.950	26.703.988
Total		1.315.614.550	1.390.743.293	1.316.601.571

Del anterior cuadro nos muestra la disminución del valor contratado por la Secretaria de Salud Departamental para Atención a la población pobre no asegurada del Municipio, el cual del 2006 al 2007 rebaja el 11%, para el 2007 al 2008 el 15%, mostrando un descuento del 2006 al 2008 del 24%

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

Diseño y formulación del PGIRH

El documento denominado Programa de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, elaborado en el año 2004, implementado por el Hospital Santa Catalina mediante la Resolución No 20-36-019 del día 20 de diciembre de 2008, cuenta con revisión por parte de la UES, cuyo concepto es que el documento se ajusta a la ley.

Este documento fue elaborado hace 5 años, y a la fecha esta desactualizado, no



se realiza caracterización de los residuos en las diferentes áreas del hospital, no tiene matriz DOFA, no cuenta con cronograma de actividades, ni con Plan de Capacitaciones, no desarrolla los indicadores de gestión interna, no menciona los informes que se deben presentar a las autoridades ambientales y sanitarias.

El tema de manejo de residuos hospitalarios, ha sido socializado con la mayoría de funcionarios de la entidad, esto se corrobora mediante encuesta aplicada durante el proceso auditor al 46% de los funcionarios, incluyendo personal de la parte operativa, administrativa y asistencial, determinándose que el 94% de ellos conoce el proceso de separación en la fuente y el 78% ha recibido capacitación en el tema de manejo adecuado de los residuos hospitalarios.

Mediante Resolución No 20-36-002 del 12 de marzo de 2009, se creo el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria GAGAS, compuesto por 8 miembros, dado su reciente creación no es posible establecer su nivel de funcionalidad.

Revisados los presupuestos correspondientes a las vigencias 2006, 2007 y 2008, los gastos generados en la parte ambiental y de residuos hospitalarios se ejecutaron por el rubro de mantenimiento hospitalario. Para la Vigencia 2009, se evidencia en el presupuesto la apropiación denominado Aseo Residuos Sólidos Hospitalarios, con una asignación de cuatro millones seiscientos mil pesos (4.600.000 pesos)

Durante el recorrido por la institución, se evidenció la inadecuada utilización de los guardianes en las áreas de vacunación, hospitalización y toma de muestras de laboratorio. Se manejan 2 colores para la separación de los residuos Gris y rojo, los recipientes son suficientes y la mayoría son los adecuados, son recipientes plásticos tipo tapa pedal.



La ruta Hospitalaria establecida para el transporte de los residuos es la misma para bolsas rojas y grises, la recolección se realiza en los respectivos carros rodantes, en horarios diferentes. La ruta se observa demarcada mediante una línea amarilla y unos puntos verdes y rojos marcados en el piso de la institución.



Este hospital no realiza procesos de desactivación a los residuos generados, en algunas ocasiones cuando la auxiliar de servicios lo considera necesario agrega un poco de formol a los residuos biológicos. Los restos de BK de esputo generados en el área de laboratorio son desechados en las bolsas rojas para su posterior almacenamiento, los sobrantes de las muestras de orina de laboratorio son vertidas al sistema de alcantarillado, y es resto de las muestras desechadas sin ningún proceso desactivación en las bolsas rojas incluida la sangre.

En el área de odontología se desactivan las amalgamas con glicerina y su



almacenamiento se realiza en recipientes apropiados pero con un logo que no corresponde. Estos residuos son guardados en el consultorio hasta el día de su recolección por la empresa RH prestadora del servicio de recolección y disposición final de amalgamas y mercuriales según cláusula quinta del nuevo contrato.



En farmacia no se presentan medicamentos vencidos, ya que 4 meses antes de su vencimiento son devueltos a la Cooperativa de Hospitales del Valle.

Los restos de medicamentos utilizados en la parte asistencial, son destruidos y desechados en bolsa roja, para luego ser entregados a la empresa RH.

El sitio de almacenamiento es el mismo para las diferentes clases de residuos generados, lo cual genera contaminación cruzada de todas las bolsas allí almacenadas, disminuyendo la posibilidad del aprovechamiento del material reciclable.

El tamaño del cuarto de almacenamiento es muy reducido y el espacio destinado al almacenamiento de las bolsas rojas corresponde a una tercera parte del espacio total. Dado que la recolección de las bolsas rojas se realiza una vez al mes por la empresa RH, al momento de la visita se observó que el espacio del sitio de almacenamiento no es suficiente para el volumen generado, el sitio está casi lleno de bolsas y la recolección inmediatamente anterior fue realizada 15 días antes de la visita y se notó aproximadamente $\frac{3}{4}$ del volumen del cuarto ocupado.



La recolección y disposición final de los residuos peligrosos se realiza mediante el contrato No 40-10-05-005 con la empresa RH desde el mes de marzo del año 2008, el servicio de recolección se lleva a cabo una vez al mes, contraviniendo con lo establecido en la resolución 1164 de 2002, el hospital manifiesta que esta situación se presenta dado lo distante que queda el municipio, el mal estado de las vías y lo costoso del servicio.

A diferencia del primer contrato evidenciado, en el segundo se incluyó el servicio de recolección de amalgamas y mercuriales en la cláusula quinta, así como también la cláusula décimo tercera que trata de la Interventoría o vigilancia que el hospital ejercerá a la ejecución del mencionado contrato, a través del interventor que para este caso será la enfermera Jefe.

La empresa RH prestadora del servicio de recolección y disposición final de residuos especiales, cuenta con los permisos y licencias que respaldan su operación.

El Hospital no cuenta con permiso de vertimientos, aunque ya se dio inicio a la gestión mediante una solicitud de acompañamiento a la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca CVC para realizar el estudio de vertimientos líquidos en el hospital y en la morgue.



Componente social

El PGIRH fue socializado con los funcionarios del hospital, no ha sido socializado con la comunidad, práctica que debe realizarse después de la actualización que requiere el documento, un gran porcentaje de los funcionarios del hospital si conocen el tema de manejo de residuos hospitalarios y ha recibido capacitación acerca del adecuado manejo que se debe dar a los mismos. En el Plan de Capacitaciones que se diseñe en la actualización es importante incluir a la comunidad usuaria del hospital.

Impacto

La gestión del hospital en cuanto al cumplimiento del plan de mejoramiento es hasta la fecha del 75%, teniendo en cuenta que su plazo de implementación es hasta junio del 2009. Se evidencia mínimo acompañamiento por parte de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud y La CVC.

Teniendo en cuenta que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades como Hepatitis B o C, Rubeola, Panadís, tuberculosis, CMV, Sida, Mutaciones, Trastornos, Cáncer, Lesiones, Infertilidad, Leucemia e Irritación de Mucosas; y la incorrecta separación en la fuente, vertimientos de líquidos, emisión de gases, transporte y disposición final de los residuos generados en los hospitales, generan impacto negativo en el medio ambiente y el ser humano. Especialmente para los trabajadores de la salud y para quienes manejan los residuos dentro y fuera del establecimiento del generador.

Finalmente durante el proceso auditor se determina que el Hospital Santa Catalina El Cairo, no tiene implementado completamente el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios, se debe mejorar la gestión hospitalaria, para dar total cumplimiento a lo establecido en la norma.

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS



Satisfacción del Usuario

Se llevaron a cabo encuestas de satisfacción al usuario en las diferentes dependencias de atención a pacientes como urgencias, hospitalización y consulta externa para conocer las diferentes necesidades de sus usuarios; en general las observaciones encontradas corresponden a quejas por la falta de médicos con mas experiencia pues afirman los encuestados que la mayoría de ellos son profesionales muy jóvenes que no le dan al paciente la confianza y la credibilidad necesitada. Sin embargo el resultado de las encuestas presentaron un 85 % de satisfacción con referencia a los servicios brindados por el Hospital.

Cumplimiento Sentencia No T 760 de 2008

El hospital Santa Catalina por intermedio de su Gerente dio cuenta de las medidas adoptadas por esta entidad en cuanto al cumplimiento de la sentencia en mención las cuales son las siguientes:

La entidad viene realizando seguimiento al cronograma de órdenes de la sentencia, y teniéndolos en cuenta, para así cumplir el compromiso como entidad prestadora de salud y acatar el fallo.

El hospital Santa Catalina del Cairo (V), E.S.E. como única entidad prestadora de salud en esta zona, desde el momento en que entro en vigencia la sentencia T-760, socializó la misma con médicos, jefe y auxiliares de enfermería para que de manera paulatina se diera tramite y cumplimiento a la misma conforme a lo por ella indicado.

Conforme a lo anterior y según la orden de unificar en los términos establecidos los distintos POS, incluyendo nuevos medicamentos y tratamientos antes no cubiertos los cuales deben ser aprobados por los comités técnicos científicos con mayor flexibilidad, viene articulando un trabajo conjunto consiste en la atención primaria de pacientes y la formulación de medicamentos genéricos como también la práctica de tratamientos, si este procedimiento seguido no está siendo el indicado para la mejoría del paciente o los medicamentos recetados no produce el efecto requerido y se demanda la iniciación de un medicamento o tratamiento no



cubierto por el POS, inmediatamente la gerencia procede a comunicarse con la EPS, se le indica al paciente los pasos a seguir, informándole cual es la documentación que tiene que presentar para que se le autorice lo requerido. Cumplido el trámite anterior, es enviada toda esta información al Comité Técnico Científico, quien estudia el caso y dentro de las facultades a ellos concedidas de manera provisional por la sentencia en mención autoricen el proceso requerido. Desde que se le da trámite al proceso por el comité Técnico Científico, a la fecha de aprobación, siempre transcurren entre 15 a 20 días, tiempo durante el cual se suspende el tratamiento empeorando en algunos casos la salud del paciente pues el mismo dada su condición económica no puede adquirir los medicamentos de su peculio por su alto costo.

Infraestructura

Formulación y diseño de los proyectos

El Hospital Santa Catalina comprende un área construida de aproximadamente 1269.96 M² y ejecuta inversión en mantenimiento a la infraestructura discriminada en la siguiente tabla:

Vigencia	Presupuesto Ejecutado	Inversión en Mantenimiento a la Infraestructura	(%)
2006	\$ 1.226.985.481	\$ 1.623.500	0.13
2007	\$ 1.386.882.974	\$ 850.000	0.06
2008	\$ 1.292.984.118	\$ 270.000	0.02

Dado lo anterior, se evidencia falta de gestión de la entidad en cuanto a la inversión de los recursos presupuestales en lo referente al mantenimiento a la infraestructura.

La entidad no presenta plan estratégico de las vigencias 2006-2008, presenta solo unos planes de gestión para cada vigencia pero enfocados únicamente a los



servicios de salud y no contempla actividades relacionadas con mejoramiento o ampliación en la infraestructura, por otra parte se proyecta en el plan bienal 2007-2008, el reforzamiento estructural de la planta física de 402.5 m² por un valor de \$322.000.000, el cual no fue ejecutado en dicho periodo. Se proyecta luego en otro plan bienal 2007-2009, el reforzamiento estructural del edificio en un área de 222 m² con un costo de \$ 201.083.000 y la construcción de un puesto de salud en el corregimiento de Albán con un área de 75 m² y un costo de \$ 137.250.000.

Referente al cumplimiento de la ley 400 de 1997 “Normas sobre construcciones sismo resistentes”, el hospital Santa Catalina cuenta con un estudio de vulnerabilidad sísmica con fecha de Diciembre de 2006, realizado por la Universidad del valle mediante convenio celebrado con la secretaría de salud del departamento.

El estudio cumple con los requerimientos exigidos por la norma, debido a que contiene el diagnostico del estado actual de la estructura, evaluación y propuesta del reforzamiento, sustentación y explicación (memorias de calculo); para lo anterior, se realizaron las siguientes actividades: levantamientos arquitectónicos, recopilación de información del estado de la estructura y análisis del comportamiento ante un sismo, elaboración de los estudios de suelos y geotécnicos, elaboración de planos de la propuesta de diseño estructural y estudio de los elementos no estructurales.

Como resultado de lo anterior y tal como se pudo verificar en la visita fiscal al hospital, se concluye que la estructura actual no cumple con las especificaciones técnicas de la norma NSR-98 en cuanto a ductilidad, rigidez y resistencia, para lo cual es necesario el reforzamiento de la estructura de la edificación, excepto la estructura de dos bloques que fue construida por el departamento en el 2001 y en la cual funciona actualmente obstetricia y una bodega. Según observación visual hecha, la estructura presenta características de construcción sismorresistente (según chequeo de secciones de columnas y la observación de los diámetros y cuantía del acero de refuerzo que sobresale en algunos elementos estructurales.

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 35 de la Ley 1151 de Julio 24 de



2007, el plazo para el reforzamiento estructural vence en el año 2014.

La entidad cuenta con un estatuto de contratación vigente, en donde específicamente establece procedimientos para los procesos de contratación de obras y del control y supervisión durante la ejecución de las mismas.

No existen análisis de conveniencia y oportunidad dentro de los documentos de las órdenes de prestación de servicios ni cotizaciones de los contratistas que ejecutan las obras de mantenimiento, por lo cual no se evidencia una planeación para la selección previa de las propuestas económicas y de los contratistas.

Ejecución de los proyectos

Con base en el formato F7 se concluyó que en el Hospital para las vigencias 2006, 2007 y 2008 no se registraron contratos de obra pública en las tres vigencias, sólo se realizaron 7 órdenes de prestación de servicios de las cuales 3 se hicieron en 2006, 3 en 2007 y 1 en 2008 como se muestra en la siguiente tabla:

RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LA CONTRATACIÓN

Vigencia	Presupuesto ejecutado	Contratos Obra Pública y órdenes de servicio mantenimiento		Selectividad Auditoria		% de la muestra
		Cantidad	Valor	Cantidad	Valor	
2006	\$ 1.226.985.481	--- contratos	---	--- contratos	---	---
		3 OPS	1.623.500	--- OPS	---	---
2007	\$ 1.386.882.974	--- contratos	---	--- contratos	---	---
		3 OPS	850.000	--- OPS	---	---
2008	\$ 1.292.984.118	--- contratos	---	--- contratos	---	---



		1 OPS	270.000	---	---	---
		OPS				
Total	\$ 3.906.852.573	7	\$ 2.743.500	0	\$ 0.0	0.0 %

Como se observa, solo se realizaron 7 ordenes de prestación de servicios por unas cuantías cuyos montos no justifican la revisión de dicha contratación, ni la verificación de las actividades por medio de las visitas, sin embargo en los chequeos que se hicieron para verificar la vulnerabilidad sísmica y el cumplimiento de la resolución 4445 de 1996, se evidenció la ejecución de dichas órdenes.

En cuanto a las interventorías de obra, no se evidencia un control o seguimiento adecuado de las obras ejecutadas mediante las órdenes de servicios, al no aparecer actas de interventorías ni recibos a satisfacción de las obras por parte del interventor o quien hiciera sus veces; por lo cual, la entidad no podría adelantar acciones oportunas en el caso de presentarse anomalías en la ejecución de las obras, que conllevaran a restablecer o ejercer derechos que prevengan el detrimento del patrimonio de la empresa.

En lo referente al reforzamiento estructural, transcurridos tres (3) años de tener elaborados los estudios, hasta la fecha no se han ejecutado obras para el reforzamiento estructural, por consiguiente los estudios y diseños elaborados no han sido revisados por parte del organismo competente (entidades encargadas de expedir licencia de construcción como curadurías, secretarías de planeación o quien haga sus veces); lo que es preocupante si se tiene en cuenta el grado de importancia de la edificación dentro del marco de la salud municipal y el hecho de estar ubicada en una zona de amenaza sísmica alta con una estructura que no cumple los requerimientos de la NSR-98.

Con lo anterior se establece que no se ha realizado intervención de la estructura de la edificación para su actualización, tal como lo establece el art. 54 de la Ley 400 de 1997.

Las órdenes de servicios para mantenimiento de obra ejecutados en las tres



vigencias fueron de menor cuantía de acuerdo con lo estipulado en el artículo 19 punto 1 y el artículo 21 del manual de contratación, que autoriza al gerente para suscribir directamente toda clase de contratos cuya cuantía no supere los 400 S.M.M.L.V., previo cumplimiento de los trámites establecidos en dicho manual.

Componente Social

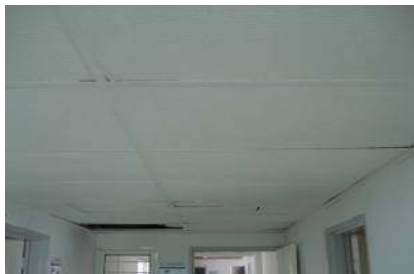
No hay evidencias de una previa socialización ante la comunidad o partes interesadas, de las obras que se van a realizar en el Hospital.

Al igual que no hay participación de la comunidad ó veedurías (control social) en ninguno de los procesos de la contratación (pre-contrato, durante la ejecución de las obras y pos-contrato).

Impacto

La infraestructura del hospital con respecto al chequeo de la resolución 4445 del ministerio de salud, presenta algunas falencias las cuales son:

1. Los cielo falsos de la mayor parte del área del hospital no cumplen con las especificaciones de ser contruidos en un material que sea sólido, impermeable, incombustible y de materiales lavables, ya que éstos son de láminas de asbesto cemento, madera y zinc, excepto en el área de obstetricia que si cumple. En las siguientes ilustraciones se evidencia tal situación.





***Cielo falso en láminas de asbesto-cemento Cielo falso en madera área de hospitalización
Área de urgencias***

2. Los pisos en general si cumplen con la norma ya que son sólidos, resistentes antideslizantes, de fácil limpieza y uniformes. Sin embargo, no presenta guarda escobas en mediacaña en ninguna de las áreas del hospital (excepto la sala de partos que si cumple). Ver foto siguiente.



Unión de piso con pared no presenta media caña

3. En cuanto al número de unidades sanitarias, no cumple, ya que no hay una unidad sanitaria por sexo por cada 15 personas, ni un dispensador de agua por cada 50 personas.
4. Hace falta más asepsia en el ambiente de lavado de del área de lavandería ya que las condiciones en las que funciona no es la adecuada (ver fotografía siguiente).





Ambiente de lavado área de lavandería

5. Los pisos de la zona de lavandería en la unión piso-pared, no presenta guarda escoba en meda caña.
6. El ambiente de secado se encuentra funcionando en el corredor de hospitalización (Ver fotografía siguiente).



Ambiente de secado en corredor de hospitalización

Los servicios de urgencias, pediatría, hospitalización adultos y lavandería, funcionan conjuntamente en una misma área del hospital, viéndose demasiado reducidos los espacios para el correcto funcionamiento de cada uno de estos servicios, tal que urgencias está compuesto de una sola sala de aproximadamente 20 m² donde funcionan a la vez los servicios de reanimación, consultorio, sala de curaciones, sala de yesos y sala de observación con dos camas y sin separación de ambientes.

El puesto de enfermeras de urgencias es el mismo para hospitalización, y pediatría.

El servicio de urgencias no tiene parqueadero de ambulancias independiente y correctamente señalizado con acceso directo a este servicio. El acceso a



urgencias es el mismo para el hospital en general, lo que en ocasiones dificulta la entrada de pacientes que requieren atención inmediata.

Los servicios de pediatría, urgencias y hospitalización no cuentan con sala de espera.

En las áreas de hospitalización y urgencias, se presentan en ocasiones malos olores provenientes del alcantarillado que pasa debajo de éstas, y que se encuentra en mal estado.

La entidad cuenta en estos momentos con un área construida de 300,70 m² del edificio, pero se encuentra en estos momentos en obra negra, y la cual se encuentra subutilizada. Pese a que el hospital requiere de espacios para la implementación y adecuación de nuevos servicios ó mejorar algunos que presentan falencias en cuanto a espacios (como urgencias y hospitalización), esta construcción no se ha utilizado ya que se le había dado a la entidad concepto verbal desfavorable por parte de la secretaría de salud con respecto a dicha construcción.

En visita realizada a dicha construcción se verificaron mediante medición con cinta, las secciones de los elementos estructurales tales como columnas y vigas, y se encontró que la mayoría de las columnas presenta una sección de 30x40 cm² y otras pocas presentan sección de 30x30 cm². las vigas presentan una sección de 30x35 cm². Se observaron muros de culata confinados (ver fotografías siguientes).



Nudo de uno de los ejes de la construcción nueva



Refuerzo longitudinal de vigas

Columna de 30x40cm² y viga de 30x35 cm²



Muro de culata confinado

El refuerzo longitudinal de las vigas que se pudo observar a simple vista por medio del hierro que sobresalía, consta de cuatro (4) varillas de hierro corrugado de $\frac{1}{2}$ "; y las columnas parecen estar reforzadas con seis (6) varillas de hierro corrugado de $\frac{5}{8}$ ". Es de aclarar que la apreciación del refuerzo, solo es de el que se pudo realizar a simple vista porque la entidad no contaba en el momento con los planos estructurales de dichos elementos. Por tanto puede darse concepto favorable para la implementación de servicios hospitalarios en dicha área.

Hace falta mucha mas inversión en obras de infraestructura para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y reducir la vulnerabilidad sísmica que en estos momentos presenta la edificación del hospital Santa Catalina.

En general, la gestión técnica de la entidad en cuanto a la consecución de recursos para obras de infraestructura fue deficiente en las vigencias 2006, 2007 y 2008, si se tiene en cuenta las necesidades del hospital en cuanto a la prestación de servicios y el cumplimiento de los lineamientos normativos en materia de infraestructura.

Se presenta una queja con respecto al estado actual de las vías de acceso al municipio del Cairo. Esta queja no afecta directamente la gestión del gerente de la entidad puesto que no se está cuestionando anomalías con respecto a la



ejecución de obras de infraestructura dentro del hospital; sin embargo, la situación a la que se refiere la queja si afecta directamente el servicio de traslado de pacientes a otros hospitales de nivel superior cuando la gravedad del paciente así lo requiera.

La queja presentada es la siguiente:

Actualmente y debido al recrudecimiento del invierno, las vías de acceso al municipio se encuentran en pésimo estado, causando esto una demora excesiva en el traslado de los pacientes que deben ser atendidos de urgencia en hospitales de más alto nivel.

El Cairo es un municipio de ladera ubicado en el norte del Valle a 1.850 metros sobre el nivel del mar, a 74 Km. de la ciudad de Cartago, a 99 Km. de la ciudad de Pereira y a 260 Km. de la ciudad de Cali. Su topografía está conformada por un relieve fuertemente quebrado y en partes escarpado, con pendientes entre el 20 y el 50 %. El uso del suelo varía entre cultivos de café, plátano, potreros con rastrojo bajo, rastrojos altos y bosques nativos hacia las cimas de las laderas y cabeceras de las cuencas.

La vía de acceso al municipio es de orden departamental y comprende una calzada con un ancho promedio de aproximadamente 6,50 ml. que funciona a doble vía. Presenta un sistema deficiente de drenaje de aguas lluvias y aguas de escorrentía superficial como las aguas de nacimientos y quebradas que abundan en la región

Esta vía presenta graves problemas de obstrucción por deslizamientos de tierra en épocas de invierno a lo largo de su recorrido desde la vereda La cabaña de Ansermanuevo, hasta los municipios de Argelia y El Cairo, volviéndose mas crítica la situación en el tramo comprendido entre La Marina-El Cairo.

Debido a que el trazado de la vía corta toda la topografía del terreno hasta llegar al municipio del Cairo, en muchos de los puntos de su recorrido se conformaron grandes taludes que desequilibraron las fuerzas internas de las masas de tierra.



Los procesos de erosión causados por la deforestación de los bosques nativos, la implementación de cultivos, la explotación de la ganadería extensiva, la escorrentía superficial y subsuperficial del agua lluvia que favorecidas por las altas pendientes producen el arrastre de las capas de ceniza y disminuyen las fuerzas cohesivas internas del suelo; hacen que se produzcan los movimientos de masas de tierra que no solo taponan las vías sino que en algunos casos arrastran la banca varios metros ladera abajo.

En el siguiente registro fotográfico se evidencia la situación expuesta anteriormente:



Zona de deslizamientos constantes. Talud inestable



Vía deteriorada por los derrumbes.





Obstrucción por deslizamiento



Desprendimiento de la banca por procesos erosivos



Muro de contención fracturado y a punto de colapsar



Disminución ancho carril por deslizamientos





Obstrucción de cunetas y cajas dirigen el agua a las vías

Mediante oficio 130-19.11-61 del 31 de Marzo de 2009, enviado al alcalde del municipio del Cairo, se le pregunta acerca de los planes y acciones encaminados al mantenimiento de la infraestructura de la vía principal de acceso al municipio del Cairo y de los planes de contingencia previstos para atender las emergencias de los próximos periodos de invierno.

Como respuesta al oficio anterior, el alcalde dice que la vía es del orden departamental y que por tanto, corresponde a la secretaría de obras e infraestructura del departamento el mantenimiento de dicha vía. Pero que sin embargo el municipio se esfuerza por mantenerla en condiciones de transitabilidad.

Las acciones de mantenimiento están encaminadas a la limpieza y remoción de derrumbes sobre la vía y a la limpieza de las obras de drenaje, para lo cual el municipio cuenta con un parque automotor compuesto de una retroexcavadora de llantas, un cargador y dos volquetas. No invierten en obras ya que por limitantes de tiempo normativo la administración no puede invertir recursos en obras en dicha vía. Sin embargo queda la preocupación de que el municipio pueda quedar aislado por varios días, si se llegaran a presentar deslizamientos de proporciones tal que desbordan la limitada capacidad del municipio en cuanto a personal y maquinaria para atenderlos, como ya ocurrió en el mes de Noviembre del año 2008.

Los planes de contingencia previstos por el municipio para subsanar los taponamientos de la vía principal por efectos del invierno, están encaminados básicamente al mantenimiento de la vía interveredal La Bodega – Salmelia – La Carbonera, salida alterna hacia la ciudad de Cartago, en la cual se mantiene de forma constante un caminero haciendo labores de destape de cunetas y alcantarillas. Pese a que se ha mandado por parte de la administración municipal varios comunicados soportados con videos y fotografías a la secretaría de

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

infraestructura departamental, donde se muestra el estado lamentable en que se encuentra actualmente la vía principal, no se ha obtenido respuesta favorable.



3.2 FINANCIAMIENTO

Estados Contables

El Hospital Santa Catalina El Cairo, realizó el proceso de saneamiento contable ordenado por la ley 716 de 2002 y demás decretos reglamentarios de esta, comenzando en la vigencia 2006, mediante un proceso interno de la entidad, tal proceso NO permitió identificar todas las partidas objeto de saneamiento y depuración, sin embargo se pudo evidenciar que dicho proceso solo fue direccionado a las cuentas de inversiones, deudores e inventarios; por fuera del saneamiento contable quedaron el realizar y levantar el inventario sobre la propiedad planta y equipo e inventarios de materiales medico quirúrgicos y demás, tal situación y dado que el saneamiento contable no fue extensivo a los activos y pasivos de la entidad, genero la necesidad en la vigencia 2008 de depurar la información de los estados financieros y crea el comité de sostenibilidad del proceso de saneamiento contable con el fin de sostener lo que la entidad realizo en vigencias pasadas y depurar la información que no fue tenida en cuenta en aquel proceso; en las actas de reunión de este comité se pudo evidenciar que la problemática sobre la propiedad planta y equipo fue detectada por la entidad.

En cuanto al manejo de las pólizas de seguros, la entidad durante los tres periodos auditados contó con estas para situaciones como robo, hurto, incendio, terremoto y demás, sin embargo para el amparo de los bienes y propiedad planta y equipo la entidad cuenta con una fuerte debilidad debido a que no todos los bienes con que cuenta se encuentran amparados con pólizas de seguros, puesto que el Hospital NO tiene identificado toda la propiedad planta y equipo, además de las pólizas se encuentran subvaluadas, situación esta que genera incertidumbre ante una eventualidad.

El Hospital Santa Catalina El Cairo cuenta con sistemas de información solo para la parte de facturación, contabilidad y costos (el cual no es utilizado desde el segundo semestre del 2007), presentado una gran debilidad, puesto que la



información presupuestal, de nómina y tesorería es manejada en Excel, programa este que no es prenda de garantía para el manejo de información, además de que la entidad no realiza o aplica ningún proceso de conciliación entre estas áreas y la información que la entidad reporta a los entes de control no es confiable, dejando en evidencia una debilidad en la veracidad de la información.

El Hospital maneja las cuentas de presupuesto y tesorería y estas son reportadas a la Contaduría General de la Nación de acuerdo con los tiempos establecidos, sin embargo se pudo evidenciar que estas no son causadas en el momento de ocurrido el hecho financiero y contable, si no tiempo después, desconociendo así los principios de la contabilidad pública (registro y causación).

Efectivo

Como se manifestó anteriormente el Hospital Santa Catalina cuenta con sistemas de información, aunque primarios que le permiten administrar el flujo de información con debilidades; también se pudo evidenciar que los dineros recaudados son consignados al día inmediatamente siguiente generando un grado de tranquilidad en el manejo de efectivo, puesto que el tesorero y la cajera realizan cuadros a diario, permitiendo tener controles sobre los ingresos diariamente.

También se pudo evidenciar durante el proceso auditor que la entidad no realiza conciliaciones bancarias constantemente, y las que realiza son tomadas del programa contable Apolo, produciendo así incertidumbre en la información tesimal.

Propiedad Planta y Equipo

La institución NO cuenta con un programa o base de datos para el manejo y control sobre los activos fijos, ahora bien el hospital nunca ha realizado un levantamiento o toma física de los inventarios de propiedad planta y equipo, tal



situación se pudo evidenciar por que existen actualmente tres ambulancias y un campero Mitsubishi fuera tanto de los inventarios como de los estados contables, además de que existen en la contabilidad vehículos y otros bienes que ya no están en el Hospital y que aunque fueron dados de baja mediante acto administrativo estos NO fueron sacados de la contabilidad, tal circunstancia genera una total incertidumbre en la información sobre los activos fijos, a pesar de que en la vigencia 2008 con el comité de sostenibilidad contable se hayan detectado las anomalías estas a penas serán corregidas por la entidad.

También se pudo constatar que los terrenos en que actualmente se encuentra el hospital no son de propiedad de este, si no del Municipio, además de que en la contabilidad a parece valuada la edificación en \$1.1 millones de pesos, hecho que permite evidenciar el total descuido sobre los bienes que posee la institución.

	2006	2007	2008
TERRENOS	24.138.201,00	24.138.201,00	24.138.201,00
EDIFICACIONES	1.180.350,00	1.180.350,00	1.180.350,00
PLANTAS, DUCTOS Y TUNELES	27.170.528,00	27.170.528,00	27.170.528,00
EQU. HOSPITAL	104.990.531,00	104.990.531,00	137.035.979,00
MUEBLES Y ENSERES	78.887.405,00	79.007.396,00	83.647.396,00
EQU. COMUNICACION	106.600.808,00	102.610.104,00	124.060.104,00
EQU. TRANSPORTE	54.806.872,00	151.050.141,00	151.050.141,00
DEP ACUMULADA	-197.260.495,00	-194.458.428,00	-238.019.199,00
	200.516.206,00	295.690.830,00	310.265.508,00
PROP PLAN Y EQUIPO	397.774.695,00	490.147.251,00	548.282.699,00
DEPRECIACION	-197.260.495,00	-194.458.428,00	-238.019.199,00
	200.514.200,00	295.688.823,00	310.263.500,00
AUMENTO \$		92.372.556,00	58.135.448,00
AUMENTO %		23,22	11,86

En cuanto a la depreciación, se constato que solamente en el periodo 2008 la entidad practicó mensualmente dicho proceso pero en forma global, (dado a que en la contabilidad se encuentran todos los bienes agrupados por cuentas mayores y no discriminados), para los años 2006 y 2007 el Hospital NO realizo depreciación a la propiedad planta y equipo situación esta que va en contra de la normatividad y a la vez no permite conocer el estado real del bien una vez aplicada



la depreciación.

Deudores

La entidad no contó en los tres periodos 2006, 2007 y 2008 con un reglamento interno de recuperación de cartera, tal cual como lo exige la ley 1066 de 2006 en su artículo 5 y su decreto reglamentario No 4473 de 2006, para el periodo 2009 la entidad creó tal reglamento al cual no se le ha dado aplicabilidad total.

Para la cuenta por cobrar del régimen subsidiado ARS (140903), los dos más grandes deudores son Barrios Unidos de Quibdó con \$118,6 millones y Coosalud con \$59 millones de pesos (deuda al 31 de diciembre de 2008, según contabilidad), sin embargo se solicita a dichas entidades el estado de la deuda para con el hospital, encontrando que Barrios Unidos de Quibdó certifica que la deuda al 31 de diciembre de 2008 es de \$50,2 millones de pesos, presentándose una diferencia de más de \$68,4 millones; Coosalud certificó la deuda al 31 de diciembre de 2008 en \$28,1 millones de pesos, presentándose una diferencia de \$30,9 millones, a lo cual la entidad respondió que son producto de la no conciliación con estas entidades.

Código cuenta	Detalle	Vigencia 2006	Vigencia 2007	Vigencia 2008
140901	Plan Obligatorio EPS	11.637.691,00	39.652.776,00	60.092.029,00
140903	Plan Subsidiado ARS	55.153.660,00	54.778.578,00	184.288.118,00
140906	Servicio de salud cías asegur	1.170.441,00	2.669.041,00	5.625.912,00
140911	Atención con cargo al subsid	22.669.155,00	99.796.774,00	13.660.119,00
140913	Transferencias por cobrar	30.636.562,00	0,00	0,00
140990	Otros serv salud	0,00	0,00	22.830.567,00
1475	Deudas de difícil cobro	0,00	0,00	0,00
1480	Provisión para deudores	0,00	0,00	0,00
	TOTAL	121.267.509,00	196.897.169,00	286.496.745,00

En cuanto a las glosas Barrios Unidos de Quibdó certificó que durante los tres periodos fueron glosados a la entidad \$70,8 millones de pesos por concepto de no carnetizados y actividades no cumplidas de Promoción y Prevención según las

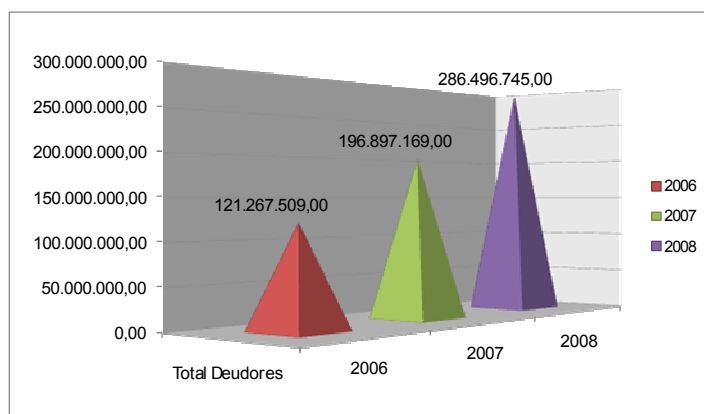


matrices del Minprotección (entre ellas la mas destacada es por higiene oral). Para Coosalud la entidad glosó \$51,2 millones de pesos por el mismo concepto que Barrios Unidos de Quibdó; cabe anotar que en Prevención y Promoción, al igual que otras entidades del nivel de complejidad uno realiza esfuerzos por cumplir las metas asignadas en las matrices sin embargo la base de datos y matrices impuestas por el Ministerio hacen que sean casi imposibles de cumplir; además de que los vacíos en la legislación permite que estas entidades descuenten tales valores, sin que dicho dinero sea reintegrado de nuevo al Municipio ni al Sistema de Salud; ahora también se pudo evidenciar que muchas de estas glosas son por la mala facturación de la institución (se pudo evidenciar que existen glosas por falta de firma de los médicos, de anotar del nit del hospital o por no enviar la factura original a la entidad).

En comunicado de la Administradora Barrios Unidos de Quibdó, esta manifiesta en cuanto a las glosas que ellos dicen ser descuentos “Los descuentos que se realizan a lo no ejecutado de P y P no son objeto de reintegro al Municipio del Cairo. El contrato de la EPS con el Municipio es un contrato de aseguramiento, es decir de administración del riesgo de la salud de la población de manera que si realizan menos actividades de P y P la población se enferma más y los costos de recuperación de la salud se incrementan.

Adicionalmente las actividades de P y P ejecutadas por nuestra EPSs son por una parte ejecutadas por el Hospital Santa Catalina el Cairo ESE y por otra las realizadas por otros hospitales públicos y privados de la región en que tienen habilitados estos servicios”

Comunicados de barrios unidos de marzo 16 de 2009 a esta comisión auditora.



En la grafica anterior se puede ver las cuentas por cobrar que tiene el Hospital Santa Catalina han venido aumentado de manera progresiva en los últimos tres años que representa un incremento del \$165,2 millones de pesos del año 2006 al 2008 (136,25% de aumento). También se pudo constatar que la entidad no práctico provisión a la cartera máxime cuando en los dos últimos periodos se tenía cartera con edad superior a los 360 días.

CARTERA VIGENCIA 2008

	mayor a 360	181 a 360	91 a 180	61 a 90	hasta 60	Total
Cartera	77.018.709,00	64.534.692,00	41.928.758,00	52.780.193,00	50.234.393,00	286.496.745,00
% dCartera / total de cartera	26,88	22,53	14,63	18,42	17,53	100,00

Inventarios

La institución contó hasta el periodo 2006 con inventarios de materiales medico quirúrgicos y de aseo, sin embargo esta fue objeto de saneamiento contable en ese periodo, ya para los periodos 2007 y 2008 no existen dentro de la contabilidad pero se pudo evidenciar que la entidad cuenta con un almacén de acopio de materiales medico quirúrgicos y de aseo y que estos solamente tienen control de kardex pero que no aparecen en la contabilidad de la institución, sin que exista una respuesta o explicación al por que estos no forman parte de la contabilidad de



la entidad.

Obligaciones Laborales

El Hospital Santa Catalina El Cairo en su cuenta obligaciones laborales presenta en los tres años auditados saldos en la cuenta de cesantías. En la vigencia 2007 la cuenta de cesantías presento una disminución del 0,70% que representa \$947.815; para el año 2008 presenta una reducción considerable del 59,50%, o sea de \$79.529.376.

Dicha reducción manifiesta la entidad se debió a que se llegaron a realizar conciliaciones y depuración en tal cuenta, puesto que tal cifra en realidad No era adeudada por el hospital.

CODIGO CUENTA	OBLIGACIONES LABORALES	VIGENCIA 2006	VIGENCIA 2007	VIGENCIA 2008	VARIACION
250501	NOMINA POR PAGAR	0,00	0,00	0,00	
250502	CESANTIAS	134.614.159,00	133.666.344,00	54.136.968,00	-79.529.376,00
250503	INTERESES CESANTIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
250504	VACACIONES	0,00	0,00	0,00	0,00
250505	PRIMA VACACIONES	0,00	0,00	0,00	0,00
250506	PRIMA SERVICIOS	0,00	0,00	0,00	0,00
250507	PRIMA NAVIDAD	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL	134.614.159,00	133.666.344,00	54.136.968,00	-79.529.376,00
INCREMENTO \$		134.614.159,00	-947.815,00	-79.529.376,00	
INCREMENTO %		0,00	-0,70	-59,50	

Pasivos Estimados

El Hospital Santa Catalina en la actualidad no cuenta por procesos judiciales en contra ni a favor, dentro de la cuenta pasivos estimados (27), durante las tres vigencias auditadas no se realizaron las provisiones para las prestaciones sociales, sin embargo se pudo verificar que la entidad se encuentra a paz y salvo por concepto de prestaciones sociales, aunque en la cuenta obligaciones laborales aparece un saldo en la cuenta cesantías, este saldo viene siendo depurado, puesto dicha deuda no es real.



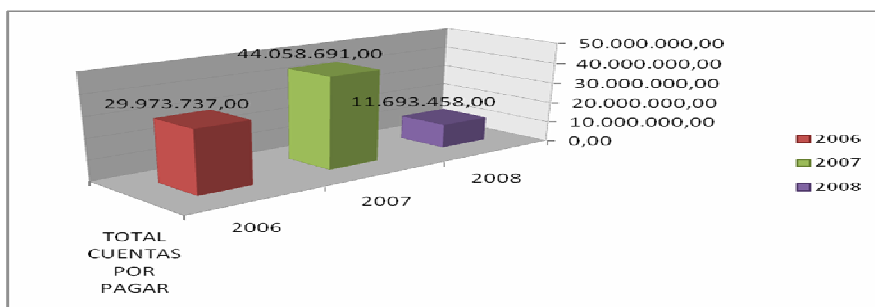
Cuentas por Pagar

Las cuentas por pagar del Hospital Santa Catalina El Cairo para la ultima vigencia tuvieron una disminución de \$32,4 millones de pesos que representa un 73,46%, frente a la vigencia anterior (2007), estas obedecieron a bienes y servicios adquiridos por la entidad para el cumplimiento de su objeto social; tambien se pudo establecer que la cuenta 242520 (aportes a Sena, Icbf y Caja de Compensación) durante los tres periodos auditados fue objeto de conciliación con las diferentes instituciones a las cuales se les debia, puesto presentaban saldos muy altos de vigencias anteriores sin que se conociera con exactitud si estos valores eran adeudados realmente por la entidad.

En lo que respecta a las demas cuentas por pagar se pudo confirmar los saldos de la ultima vigencia que correspondian a \$11,6 millones de pesos con Cohosval (\$8,6 millones), y Glomedical (\$3 millones), los cuales coinciden con los saldos que aparecen en los estados financieros.

COMPORTAMIENTO DE CUENTAS POR PAGAR

CODIGO CUENTA	CUENTAS POR PAGAR	VIGENCIA 2006	VIGENCIA 2007	VIGENCIA 2008
241001	BIENES Y SERVICIOS	0,00	27.968.302,00	11.693.458,00
24251901	APORTES A FONDOS SALUD	0,00	0,00	0,00
242520	APORTES ICBF, SENA Y CAJA	25.893.737,00	5.083.957,00	0,00
242553	SERVICIOS	0,00	2.602.200,00	0,00
24255201	HONORARIOS	0,00	481.740,00	0,00
24259090	OTROS	4.080.000,00	7.922.492,00	0,00
2436	RETENCION EN LA FUENTE	0,00	0,00	0,00
2437	RETENCION IMPTO Y CIO	0,00	0,00	0,00
		29.973.737,00	44.058.691,00	11.693.458,00



PRESUPUESTO

El hospital Santa Catalina El Cairo en las tres vigencias a las que se le aplicó el proceso de auditoría, presento como lo exige la norma el presupuesto a la junta directiva de la entidad.

Se logra determinar que durante las vigencias auditadas 2006, 2007 y 2008, las liquidaciones del presupuesto concuerdan con las cifras y topes aprobadas por la junta directiva del hospital, que estas cifras eran incorporadas al sistema utilizado por el hospital (Excel), que no es prenda de garantía, puesto que este no tiene normas mínimas de seguridad, además que puede ser modificado con suma facilidad.

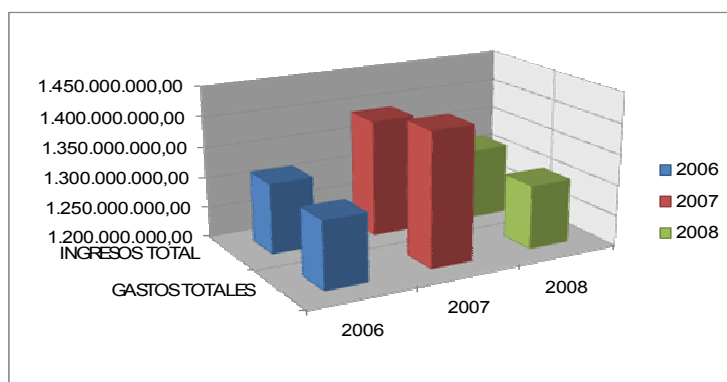
Para los ingresos durante los tres periodos auditados estos no han tenido un incremento porcentual significativo, pues para la vigencia 2006 fueron de \$1.315 millones recaudados, que aumentaron en 5,71% para la vigencia 2007 quedando en \$.1390 millones ejecutados y finalmente para el año 2008 presentaron una disminución de 5,33% para un final recaudado de \$1.316 millones de pesos.

Para los gastos pagados en la vigencia 2006 fueron de \$1.309 millones, en la siguiente vigencia aumentaron en 8,26% ejecutando \$1.418 millones de pesos, \$27 millones de pesos por encima de lo recaudado y \$108 millones en comparación con la vigencia 2006 y finalmente para el periodo 2008 estos gastos en comparación con la vigencia anterior disminuyeron en \$113 millones de pesos



que representa un 7,99%.

COMPORTAMIENTO DE INGRESOS Y GASTOS DURANTE LAS VIGENCIAS 2006, 2007 Y 2008



Ahora bien los resultados fiscales de la entidad durante las tres vigencias fueron los siguientes:

VIGENCIA	Estado del Tesoro	Cuentas por Pagar	Recursos a Incorporar Presupuesto Siguiente Vigencia
2006	6.289.568	0	6.289.568
2007	3.912.925	31.052.242	-27.139.317
2008	23.604.612	11.693.458	11.911.154

Como se puede ver en el cuadro anterior solamente en la vigencia 2007 el Hospital Santa Catalina El Cairo genero déficit fiscal, los otros dos periodos (2006 y 2008), genero superávit, sin embargo para ninguno de los dos casos (superávit y el déficit fiscal), fueron decretados e incorporados en las siguientes vigencias.

Las posibles causas de que el hospital genero déficit fiscal (2007), es por la



entidad cuenta NO utiliza en flujo de caja para controlar los gastos e ingresos, adicionalmente se tiene un programa de costos (sinergia), el cual se encuentra subutilizado; también a que la entidad no es capaz de cumplir con las metas propuestas en las matrices del MINPROTECCION y por ultimo a que a la institución le glosan por mala facturación (no existe auditor medico, y la persona que realizan la revisión y contestación de glosas adicionalmente tienen a su cargo, personal, manejo del presupuesto de la entidad, entre otras funciones).

INDICADORES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.

Dentro del proceso auditor se realizaron análisis a los estados financieros para los cuatro periodos buscando el cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 y de la resolución No 1043 de 2006, y indagando sobre el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera del Hospital Santa Catalina El Cairo en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

SUFICIENCIA PATRIMONIAL.

Para el caso del patrimonio total en las tres vigencias auditadas se encuentra por encima del 50% del capital social, encontrando que: en la vigencia 2006 el porcentaje fue de 110.40%; para el año 2007 fue de 108,60% y finalmente para la vigencia 2008 la suficiencia patrimonial fue de 129,46%. Dejando claro que la entidad patrimonialmente tiene estabilidad financiera e influencia y liquidez para las obligaciones que esta genera a corto plazo.

OBLIGACIONES COMERCIALES.

2. Analizado el indicador de obligaciones comerciales para el Hospital Santa Catalina El Cairo se determina que durante las tres vigencias a la que se les aplico el indicador se determino que las obligaciones comerciales de la entidad los dos primeros periodos superan el 50% del pasivo corriente, los resultados fueron los siguientes: 2006 el indicador fue de 86,39%; para el periodo 2007 fue de 75,02%; para el periodo 2008 este indicador fue de



0%, ya que las obligaciones comerciales no superaban los 360 días; determinando que las obligaciones comerciales para los años 2006 y 2007 pesaban sobre los pasivos corrientes mas del 50%, contrariando la normatividad y determinando que la entidad no tenían la capacidad necesaria para poder realizar su objeto social y ser viable financieramente.

OBLIGACIONES LABORALES.

Para el indicador de obligaciones laborales en los tres periodos auditados estos superaron el 50% de los pasivos corrientes quedando de la siguiente forma: para el año 2006 fue de 449,10%; para el periodo 2007 fue de 303,38% y finalmente la vigencia 2008 fue de 462,97%.

Una vez analizado los indicadores de suficiencia patrimonial y financiera se pudo establecer que la entidad no cumple con la resolución No1043 de 2006, artículo 1 que manifiesta que son condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios y permanecer en el sistema único de habilitación.

Se puede decir que los constantes cambios del responsable de la información contable (en las tres vigencias se presentaron tres contadores públicos), y la centralización del manejo presupuestal por parte de la subgerencia, permite que la entidad se encuentre en un estado de alta vulnerabilidad, además de que la entidad no presenta una razonabilidad en los estados financieros por lo anteriormente expuesto.

Evaluación de tecnología Biomédica

La Institución no cuenta con tecnología biomédica de alta complejidad y ha sido una dificultad evidente el mantenimiento general de los equipos con que cuenta el Hospital. Dadas las situaciones de no contar en la población de ningún servicio técnico o con un profesional en mantenimiento de equipos médicos y condicionar la prestación del servicio a la disponibilidad de contratista externos y a los mismos



costos de los trabajos de revisión y reparación por los valores agregados de transporte, manutención y pernotada que requieren los operarios en razón de las distancias y otras situaciones de este Municipio.

Se puede observar que las condiciones de la dotación de equipos del Hospital ofrecen muy poca garantía en las reparaciones que se ejecutan, poniendo en riesgo el funcionamiento adecuado y sus resultados.

Queja.

En lo que respecta a la segunda queja que hace referencia al equipo de rayos X presentada por un veedor ciudadano, en lo que respecta a la entrega de una maquina de rayos X, se puede concluir lo siguiente una vez indagada por el equipo auditor.

Se pudo constatar que aunque en el contrato de donación de los equipos médicos hacia el hospital se relaciona el equipo reveladora marca kodak, este equipo no aparece en la relación de despachos, en la relación de salidas de mercancías de la empresa Siemens y en el comprobante de envío y recepción no aparece relacionado como entregado a la institución, por tal motivo se oficio a la secretaria de salud departamental para conocer los inconvenientes que pudieron presentarse al momento del despacho de tales equipos.

3.3 LEGALIDAD

Esta línea implica el análisis de la contratación efectuada por el Hospital Santa Catalina E.S.E. en su calidad de ente auditado. Con el propósito de llevar a cabo el estudio, se solicitó la relación completa de los contratos celebrados por el Hospital durante las vigencias 2006, 2007 y 2008; además se requirió el Estatuto de Contratación de la entidad y los planes de desarrollo.

Se verifico el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto al desarrollo de la gestión y sus respectivos resultados, conforme a la ejecución de las diferentes



actividades contractuales suscritas por la E.S.E Hospital Santa Catalina, con base en los principios de eficacia y transparencia, el manual de contratación, la ley 100 de 1993, artículo 3, 23, 195, Ley 10 de 1990, ley 715 de 2001, decreto 855 de 2004, ley 489 de 1988, la constitución política y demás normas concordantes.

Se dio inicio a la revisión en lo que respecta a documentación y soportes que deben reposar en cada carpeta contractual, procediendo más adelante a realizar una muestra selectiva correspondiente al 50% de cada año, que arrojó un total de 35 contratos que fueron tomados para su análisis; para las vigencias 2006 y 2007 22 contratos, más 13 para la vigencia 2008. todo esto con base en la rendición de la cuenta entregada por el Hospital a la contraloría departamental del Valle del Cauca la cual al momento de la comprobación coincidió conforme a la información entregada por la entidad.

De los objetos de los contratos ejecutados por parte de los contratistas, Se pudo evidenciar que en la mayoría de los contratos los contratistas no aportaban la documentación de manera completa, es decir, en algunos casos se anexa el certificado de la Procuraduría General de la Nación, la Hoja de Vida en formato único o el RUT y en otros de los casos esta documentación no se anexa. En la contratación analizada se pudo apreciar que no se encuentra la aprobación de las pólizas de garantía, y no se elabora el análisis de conveniencia para los contratos que así lo exigen. Se evidencio en la documentación recolectada, que las interventorias a los contratos en muchos de los casos son incompletas, a pesar de que en las actas existentes se certifique el cumplimiento

Con base en la información entregada, se analiza que la entidad no cuenta con un archivo organizado, aunque se comprobó que los contratos se conservan, pero la documentación soporte de estos, en muchos de los casos se encuentra de manera separada en diferentes dependencias de la entidad, contraviniendo las exigencias de la Contraloría Departamental en el parágrafo 1, artículo .73 de la Resolución Reglamentaria 100.28.02.13 y anteriores. Así mismo la institución no cuenta con un archivo central donde se garantice el adecuado funcionamiento del mismo, y la conservación de los documentos y contratos.



La mayor parte de la contratación en las tres vigencias, tuvo como objetivo la vinculación de personal para la prestación de servicios de salud, bajo la modalidad de contratación de prestación de servicios por medio de Cooperativas de trabajo Asociado como COODESPTAS Y SERSALUD.

La entidad certificó la no celebración de contratos de Concesión, Encargo Fiduciario y Fiducia Pública durante las vigencias del 2006 al 2008. De igual manera manifestó no haber utilizado la figura de la Urgencia Manifiesta.

La E.S.E. ejecutó contratos de Prestación de Servicios en el 2006, por valor de \$ 438.413.355. En el 2007, por valor de \$ 547.078.421 y en el año 2008 por valor de \$ 379.793.312.

En lo que se refiere a servicios asistenciales tales como: Medicina general, auxiliares de enfermería, odontología, bacteriología, entre otros, la contratación se llevo a cabo durante los años 2006 y 2007 con la Cooperativa de Trabajo Asociado COODESPTAS, asociación con domicilio principal en la ciudad de El Cairo Valle, la cual ya no se dedica a prestar sus servicios para la rama de la salud y en adelante solo contrata con la Alcaldía Municipal de este Municipio.

A partir del año 2008 la entidad contrata estos servicios con la Cooperativa de Trabajo Asociado SERSALUD, la cual tiene su domicilio principal en el Municipio de El Cairo. Por su parte la Gerencia entrego copia de la documentación que certifica que la Cooperativa de Trabajo Asociado SERSALUD para el año 2008 tramito ante la Superintendencia de Economía Solidaria el certificado de especialización en la rama para la cual presta sus servicios, en este caso el sector salud. Al verificar la contratación de los recursos del régimen subsidiado por parte de las EPS-S en mención con la IPS Municipal, se comprobó que se cumplió con el porcentaje mínimo del 40% establecido por la ley.

Es de suma importancia mencionar que el Hospital muestra desorden y falencias en cuanto al desarrollo de funciones administrativas ya que la entidad cuenta con dos empleados ; la Subgerente Administrativa y el Jefe de Almacén quienes tienen



bajo su responsabilidad el desempeño de varias labores que fácilmente estarían en cabeza de dos o tres trabajadores mas, Lo que deja como resultado una excesiva carga laboral para estos dos empleados quienes en muchas de las ocasiones no alcanzan a cubrir todas las responsabilidades que tienen a su cargo y por consiguiente la entidad muestra debilidades en el cumplimiento de compromisos y obligaciones que se encuentran en cabeza de los mencionados empleados.

En lo que respecta con las EPS-S, se comprobó que la entidad contrata sus diferentes actividades con las EPS Subsidiadas *AMBUQ Y COOSALUD*, contando cada una con su respectiva oficina de atención a sus usuarios en el Municipio de El Cairo, donde se hacen entrega de carnets, y órdenes de segundo nivel de procedimiento o cirugía, donde el usuario se dirige a su respectiva EPS-S para que le sea expedida la autorización correspondiente. El Hospital Santa Catalina, tiene contrato por capitación con Las mencionadas EPS-S y cada vez que hay ampliación de cobertura, se hace la modificación al Contrato de capitación mediante Otro sí para dar cobertura a los nuevos Usuarios. Cuando se liquida el contrato, se hace acta donde se especifica, el valor total facturado y el total pagado y la disparidad son *glosas* o diferencia entre el valor facturado y el pagado que en general se presenta por usuarios no carnetizados a la fecha de terminación del contrato.

En lo que se refiere a la gestión de la contratación del Hospital Santa Catalina se pudo evidenciar que la entidad muestra falencias y desorden en lo que respecta al manejo contractual, teniendo esto como uno de sus principales motivos, la falta de personal adecuado encargado de direccionar la contratación de la entidad.

También se debe todo esto a que el hospital hasta el año 2008 no contaba con manual interno de contratación que fijara los parámetros y lineamientos contractuales por los cuales se debía de regir la contratación del Hospital, lo que generó una desorganización documental en cuanto a las exigencias y requisitos que se deben conformar para la celebración de los contratos, por lo que en materia de contratación se rigieron por la Ley 80 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios. Para el mes de abril de 2008, la Institución empezó a elaborar su



Estatuto de contratación, y en el mes de diciembre de 2008 fue aprobado por la junta directiva del Hospital. La Entidad paulatinamente se ha venido ajustando a la normatividad vigente, reformando el proceso de organización documental, sin embargo se siguen omitiendo requisitos exigibles por la ley.

Glosas

En cuanto a las glosas que se presentan en la entidad, la mayoría surgen por equivocaciones en la facturación, evidenciándose la falta de capacitación para los empleados encargados de llevar a cabo esta labor. También son muy frecuentes las glosas que se presentan cuando ocurre un accidente de tránsito y en el que el Hospital está en la obligación de acompañar el informe de la urgencia con una serie de documentos, que en la mayoría de las veces esta no se anexa, glosando la aseguradora la factura por la falta de los documentos pertinentes. Se constata también que algunas de las glosas no fueron contestadas por parte de la entidad.

Antes de la expedición de la ley 1122 de 2007 y durante la vigencia 2006 el Hospital contrato directamente acciones de promoción y prevención con la Alcaldía Municipal el 4.01% y el restante 5.99 % la E.S.E lo contrataba con las E.P.S-S para un total del 10 % mensual. A partir del año 2007 las E.P.S-S contratan directamente con el Hospital el 10 % mensual referente a los recursos destinados a promoción y prevención.

La EPS-subsidiada *AMBUQ* certifico que ha contratado con el Hospital Santa Catalina prestación de servicios para la vigencia 2006 un 55%, para el 2007 el 55% y para el 2008 contrataron un 54 %. Con base en la información entregada por el representante legal de la entidad auditada, la cual hace referencia a que la E.P.S-S *AMBUQ* contrato para las vigencias 2006 un 45%, para el 2007 un 45 % y para el 2008 un porcentaje del 44%, se puede evidenciar que aunque la E.P.S-s contrato con el Hospital un porcentaje por encima de lo exigido por la ley que es de un 40 % la información enviada por la E.P.S-s es errónea al compararla con la entregada por la gerencia de la entidad auditada. Por su parte la E.P.S-S



COOSALUD no entregó la información solicitada, pero con base en la información entregada por el Hospital, la nombrada E.P.S también cumplió con lo exigido en la ley 1122 de 2007 que obliga a contratar como mínimo el 40 % con la red pública municipal ya que en todos los años auditados han contratado por encima del 44%.

Las E.P.S Subsidiadas COOSALUD y AMBUQ vienen dando aplicación al acuerdo 306 expedido por el Código Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS); el Hospital por ser una entidad de baja complejidad, debe ser contratado por las EPS-s para prestar los servicios de primer nivel de atención incluidos en el POS-s. Y que estén debidamente habilitados, los cuales se encuentran descritos en el portafolio de servicios de la entidad. A la fecha se tienen contratadas las actividades que corresponden a la baja complejidad conforme a la resolución 0412 y 3388 del 2000 el cual reglamenta las actividades de promoción y prevención y los artículos 20, 21, del 96 al 100 y del 103 al 104 de la resolución 5261 de 1994 correspondiente al manual de intervenciones, actividades y procedimientos del plan obligatorio de salud.

En lo relacionado al pago oportuno por parte de la Alcaldía a las EPS-S y de estas a la IPS municipal, el Secretario de Salud del Municipio certifica que este se ha venido realizando de manera satisfactoria siempre y cuando las E.P.S demuestren las labores realizadas. En cuanto a la mora que se pueda presentar afirma el señor secretario, que esta se debe a los retardos en los giros de los recursos por parte del Gobierno, y lo mismo con los recursos provenientes del Departamento. Por su parte la E.P.S-S AMBUQ afirma que en ningún periodo se han presentado mora en los pagos por parte del municipio, este se hace en general de manera oportuna, y por parte de ellos a la IPS local los pagos se realizan inmediatamente se reciben los recursos provenientes del ente territorial.

El Secretario de Salud y Desarrollo Social del Municipio del Cairo dio muestra de las interventorias que su despacho ejerció sobre los contratos del régimen subsidiado, en las vigencias 2006, 2007 y 2008, donde se valora la documentación presentada, lo mismo que el selectivo de actividades a desarrollar las cuales se encuentran contempladas en el plan de atención básica que va dirigido



principalmente a la población pobre no asegurada. Se resaltan algunos aspectos negativos de estos informes como son que muchas de estas interventorias no se encuentran firmadas por el interventor, por otra parte se analiza que la persona encargada de llevar a cabo estas interventorias las elabora de una manera muy superficial ya que se nota que los informes son copias de las anteriores realizadas. También Se llevo a cabo trabajo de campo consistente en visitas a las diferentes áreas de atención al usuario como Odontología, Farmacia, Vacunación y Laboratorio, así como la selección de una muestra de los programas de promoción y prevención que permitió concluir que el nivel de satisfacción en la población es muy bueno, siendo la opinión de los habitantes del municipio de El Cairo bastante favorable.

En lo referente a procesos judiciales adelantados contra del Hospital, la Gerencia certifico no tener ninguna clase de proceso judicial adelantado en su contra, así como tampoco se encuentran quejas radicadas en la personería dirigidas a la entidad.

Centro Regulator de Urgencias y Emergencias (CRUE) Hospital santa Catalina

El procedimiento para el funcionamiento del CRUE es el siguiente: El Hospital antes de remitir un paciente, en el caso de un *vinculado* que necesita ser atendido en un nivel II o III, debe de ser comentado su estado y necesidad al Centro Regulator de Urgencias y Emergencias con el único fin de ser ubicado en la red prestadora de servicios que cubra la necesidad que exige el tratamiento del paciente.

Cuando el paciente se encuentra afiliado al Régimen Contributivo o Subsidiado el Hospital comunica la Remisión del paciente a su Red Privada la cual lo ubica en el hospital o clínica donde le aseguren la atención requerida.

En cuanto al CRUE en El Hospital Santa Catalina se pudo constatar con un funcionario de la entidad que el radio teléfono con el cual cuentan para comentar las remisiones, aunque se encuentra en buen estado, la central a la cual se



reportan los casos no contesto en dos ocasiones en las que se intento la comunicación. Según comenta el funcionario la comunicación de la urgencia la deben hacer por medio de teléfono fijo presentándose aquí una falencia ya que en reiteradas ocasiones la comunicación telefónica para este municipio sufre daños que pueden durar dos días, tres días y hasta una semana. Por su parte la Gerente de la entidad manifestó su inconformidad con los procedimientos del CRUE pues estando en la ejecución del proceso auditor se tuvo conocimiento del caso de una paciente quien el día 17 de marzo de 2009 llego al hospital de El Cairo procedente de una vereda a dos horas del Hospital quien presentaba cuadro clínico de coma diabético, allí estabilizan su condición clínica y seguidamente se comenta al CRUE donde autorizan remisión al Hospital Departamental de Cartago. Al comunicarse con la UCI de dicha institución, manifiestan su imposibilidad para recibir la paciente debido a que la EPS-S AMBUQ a la cual se encuentra afiliada la paciente se encontraba en mora con los pagos a ese hospital. Lllaman nuevamente al CRUE y se informa el inconveniente donde deciden redireccionar la remisión al Hospital Departamental de Cali. Al llegar el equipo de salud destinado para el traslado de la paciente a la ciudad de Cali manifiestan allí que no hay cama en la UCI y debe nuevamente ser trasladada al Hospital de Cartago. Lllaman nuevamente al CRUE en vista de las incongruencias, y allí se indica que la paciente tiene cama reservada en la UCI del Hospital de Cartago. Finalmente la paciente es recibida en este Hospital luego de 15 horas, cuando pudieron haberla atendido en 3 horas de no ser por la negligencia de CRUE, lo cual empeoro el pronóstico cerebral de la paciente.

De acuerdo a la información suministrada, para las vigencias 2006, 2007 y 2008 las remisiones que se efectuaron por urgencias so las siguientes:

TOTAL REMISIONES - CRUE		
2006	2007	2008
394	291	227

QUEJAS



El día 25 de marzo de 2009, se llevo a cabo mesa de trabajo con la presencia de la contraloría auxiliar para la comunicación y participación ciudadana, el equipo auditor, algunos representantes de la comunidad cairense y funcionarios del Hospital Santa Catalina, allí se dieron a conocer las siguientes quejas:

- 1- La no entrega de la dotación de vestido a la cual tienen derecho ciertos empleados del Hospital
- 2- La claridad acerca de la inversión de la apropiación de bienestar social con el que cuenta el hospital.
- 3- La solicitud de cancelación de dineros adeudados por concepto de turnos, recargos y horas extras a algunos de los empleados del Hospital.

Resultado:

Se constato que en años anteriores la entidad no hacia efectiva la entrega de la dotación debido a la situación económica por la cual atravesaba el Hospital no se lo permitía y se encontraban en austeridad en el gasto, sin embargo la Gerencia actual de la entidad destino una apropiación para la vigencia 2009, para hacer efectiva la entrega de la dotación a los empelados que por ley les corresponde, en cuanto a las dotaciones de vigencias anteriores existe un compromiso de cancelar en la medida de lo posible y de acuerdo a la disponibilidad de recursos existentes, las dotaciones adeudas y colocarse a paz y salvo por este concepto.

La apropiación de bienestar social, no se volvió a destinar como en años anteriores a fiestas, paseos e integraciones, debido a la situación económica del Hospital no era la ideal y como se mencionó en la anterior la entidad se encontraba en austeridad de gasto para evitar situaciones económicas que situaran al hospital en déficit fiscales, por tal razón y en la medida de sus capacidades económicas la institución ha destinado tal apropiación para la capacitación de los funcionarios del hospital, así como incentivos económicos para los empleados que cursan estudios de nivel universitario y especializaciones.

Se comprobó con base en información entregada por la entidad, que el Hospital no adeuda a los funcionarios, conceptos referentes a turnos, horas extras o



recargos nocturnos, puesto que con las pruebas suministradas en medios físicos y verificación en el sistema de información se evidencio que se encontraban al día con los salarios, aportes a salud y parafiscales, ahora bien, en las pruebas suministradas por los funcionarios se puede apreciar que estas son borradores de liquidaciones de turnos y horas extras que fueron liquidados si la entidad hubiera seguido con las tarifas y porcentajes de liquidación de estos, por tanto se verifico la no existencia pasivos ocultos o deudas laborales con los funcionarios.

Con respecto a la respuesta entregada por la Gerencia de la entidad, el equipo auditor verifico los soportes con los cuales el Hospital cuenta para respaldar las anteriores afirmaciones concluyendo que efectivamente estos reposan en las instalaciones de la entidad.

En lo que respecta a la segunda queja que hace referencia al equipo de rayos X presentada por un veedor ciudadano, en lo que respecta a la entrega de una maquina de rayos X, se puede concluir lo siguiente una vez indagada por el equipo auditor.

Se pudo constatar que aunque en el contrato de donación de los equipos médicos hacia el hospital se relaciona el equipo reveladora marca kodak, este equipo no aparece en la relación de despachos, en la relación de salidas de mercancías de la empresa Siemens y en el comprobante de envío y recepción no aparece relacionado como entregado a la institución, por tal motivo se oficio a la secretaria de salud departamental para conocer los inconvenientes que pudieron presentarse al momento del despacho de tales equipos.

Se presenta una queja con respecto al estado actual de las vías de acceso al municipio del Cairo. Esta queja no afecta directamente la gestión del gerente de la entidad puesto que no se está cuestionando anomalías con respecto a la ejecución de obras de infraestructura dentro del hospital; sin embargo, la situación a la que se refiere la queja si afecta directamente el servicio de traslado de pacientes a otros hospitales de nivel superior cuando la gravedad del paciente así lo requiera.



Actualmente y debido al recrudecimiento del invierno, las vías de acceso al municipio se encuentran en pésimo estado, causando esto una demora excesiva en el traslado de los pacientes que deben ser atendidos de urgencia en hospitales de más alto nivel.

Los procesos de erosión causados por la deforestación de los bosques nativos, la implementación de cultivos, la explotación de la ganadería extensiva, la escorrentía superficial y subsuperficial del agua lluvia que favorecidas por las altas pendientes producen el arrastre de las capas de ceniza y disminuyen las fuerzas cohesivas internas del suelo; hacen que se produzcan los movimientos de masas de tierra que no solo taponan las vías sino que en algunos casos arrastran la banca varios metros ladera abajo.

En el siguiente registro fotográfico se evidencia la situación expuesta anteriormente:



Zona de deslizamientos constantes. Talud inestable



67

s 5 y 6
822488 -
ontralori





Muro de contención fracturado y a punto de colapsar

Mediante oficio 130-19.11-61 del 31 de Marzo de 2009, enviado al alcalde del municipio del Cairo, se le pregunta acerca de los planes y acciones encaminados al mantenimiento de la infraestructura de la vía principal de acceso al municipio del Cairo y de los planes de contingencia previstos para atender las emergencias de los próximos periodos de invierno.

Como respuesta al oficio anterior, el alcalde dice que la vía es del orden departamental y que por tanto, corresponde a la secretaría de obras e infraestructura del departamento el mantenimiento de dicha vía. Pero que sin embargo el municipio se esfuerza por mantenerla en condiciones de transitabilidad.

Las acciones de mantenimiento están encaminadas a la limpieza y remoción de derrumbes sobre la vía y a la limpieza de las obras de drenaje, para lo cual el municipio cuenta con un parque automotor compuesto de una retroexcavadora de llantas, un cargador y dos volquetas. No invierten en obras ya que por limitantes de tiempo normativo la administración no puede invertir recursos en obras en dicha vía. Sin embargo queda la preocupación de que el municipio pueda quedar aislado por varios días, si se llegaran a presentar deslizamientos de proporciones tal que desbordan la limitada capacidad del municipio en cuanto a personal y maquinaria para atenderlos, como ya ocurrió en el mes de Noviembre del año 2008.

Los planes de contingencia previstos por el municipio para subsanar los



taponamientos de la vía principal por efectos del invierno, están encaminados básicamente al mantenimiento de la vía interveredal La Bodega – Salmelia – La Carbonera, salida alterna hacia la ciudad de Cartago, en la cual se mantiene de forma constante un caminero haciendo labores de destape de cunetas y alcantarillas. Pese a que se ha mandado por parte de la administración municipal varios comunicados soportados con videos y fotografías a la secretaría de infraestructura departamental, donde se muestra el estado lamentable en que se encuentra actualmente la vía principal, no se ha obtenido respuesta favorable.



3.4 REVISION DE LA CUENTA

Revisión de las Cuentas vigencias 2006, 2007 y 2008

Antecedentes al Alcance de la Revisión de las Cuentas Vigencias 2006, 2007 y 2008. Se realizó la evaluación formal de la cuenta de acuerdo al manual de revisión obteniendo la siguiente calificación.

Vigencia 2006

Área Misional: En esta Área contempla un máximo de 60 puntos, siendo el resultado de 41 puntos, alcanzando un promedio de 68,33% para la vigencia 2006, siendo la Gestión Ambiental y la Participación Ciudadana la afectación más baja del componente misional

Área Administrativa: De igual manera el área administrativa contempla un máximo de 40 puntos, siendo el resultado de 32 puntos, alcanzando un promedio de 80% para la vigencia 2006. En esta área el componente que afecta de manera significativa el resultado es la Oficina de Control Interno.

Vigencia 2007

Área Misional: En esta Área contempla un máximo de 60 puntos, siendo el resultado de 45.8 puntos, alcanzando un promedio de 76,33% para la vigencia 2007, siendo la Gestión Ambiental la afectación más baja del componente misional

Área Administrativa: De igual manera el área administrativa contempla un máximo de 40 puntos, siendo el resultado de 27 puntos, alcanzando un promedio de 61,35% para la vigencia 2007. En esta área el componente que afecta de manera significativa el resultado es la oficina de control interno.

Vigencia 2008

Área Misional: En esta Área contempla un máximo de 60 puntos, siendo el resultado de 46,42 puntos, alcanzando un promedio de 77,37% para la vigencia



2008, siendo la Gestión Institucional la afectación mas baja del componente misional

Área Administrativa: De igual manera el área administrativa contempla un máximo de 40 puntos, siendo el resultado de 24,54 puntos, alcanzando un promedio de 61,35% para la vigencia 2008. En esta área el componente que afecta de manera significativa el resultado es la Administración de los Recursos Físicos.

Como resultado de la revisión se obtuvo la siguiente calificación: 73 puntos para el 2006, 72,8 puntos para el 2007 y 70,96 puntos para el 2008, donde se pudo establecer que la entidad alcanza el puntaje mínimo, donde el concepto fue favorable a la Rendición de la Cuenta

Revisada la totalidad de los formatos de la rendición, no se evidenciaron inconsistencias entre la información señalada en ellos y la información física entregada al grupo auditor.

3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN

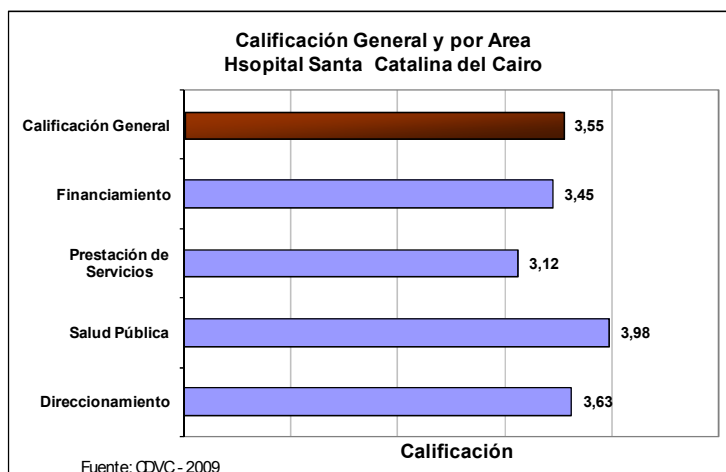
Se realizaron 33 encuestas entre los funcionarios del Hospital Santa Catalina El Cairo, relacionadas en el Instrumento Metodológico con el fin de evaluar la situación actual de la prestación del servicio de la Entidad como parte del sistema de salud en el Valle.

Las encuestas fueron respondidas por funcionarios del Hospital Santa Catalina del nivel administrativo y asistencial. Según los resultados obtenidos al tabular las respuestas se observa que en los cuatro bloques temáticos se obtienen calificaciones normales las cuales fueron confrontadas en el desarrollo del proceso auditor, evidenciándose que algunas de estas respuestas se aproximan con lo evidenciado en la auditoria ya que la entidad esta cumpliendo en parte con lo plasmado en las encuestas.

La calificación mas alta se presenta en el bloque correspondiente a salud pública, en el que se analizan aspectos relacionados con el grado de capacidad de respuesta oportuna y eficaz en el control de problemas de salud pública obteniendo una calificación de 3.98%, seguido del direccionamiento general y



control con una calificación 3.63%; en financiamiento se obtuvo una calificación de 3,45% en el cual se evalúa el adecuado manejo de los recursos; y finalmente en la prestación del servicio de salud con una calificación de 3.12%, en el cual se evalúa el grado de satisfacción de los usuarios de los diferentes servicios que ofrece el Hospital Santa Catalina; finalmente se obtiene una media general de 3.55%, como se observa en la siguiente grafica.





4. ANEXOS

Anexo 1- DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Santiago de Cali,

Doctor:

ALBA LUCIA CORRALES ARCILA

Gerente

Hospital Santa Catalina.

El Cairo Valle del Cauca

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Santa Catalina del Municipio del Cairo, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del Balance General Consolidado al 31 de diciembre de las vigencias 2006, 2007 y 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social para el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 2006, 2007 y 2008; dichos estados contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoria incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Asimismo, se evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la Entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de la cuenta, 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.

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

La auditoría 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; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría Auxiliar para el Cercofis de Cartago.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

En la auditoría a que se refiere el presente informe, se examinaron las siguientes líneas de auditoría de la entidad:

- Evaluación del Sistema de Control Interno.
- Revisión de la Cuenta.
- Evaluación de la Gestión.
- Evaluación del proceso Contable y Financiero.
- Evaluación Legalidad.
- Evaluación Obra Pública.
- Evaluación Ambiental.

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de nuestra auditoría.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoría, las respuestas de la administración fueron analizadas y



se incorporó en el informe, lo que se encontró debidamente soportado.

DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas y la Opinión sobre los Estados Contables Consolidados, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, **NO SE FENECEN** las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a los años 2006, 2007 y 2008.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre la Gestión y los Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, es Favorable con Observaciones en las tres vigencias auditadas, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 1,0 para las vigencias 2006, 2007 y para el 2008, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la Calificación

Concepto	Calificación 2006	Calificación 2007	Calificación 2008
Evaluación del Sistema De Control Interno	1	1	1
Direccionamiento General Y Control	1	1	1
Salud Publica	1	1	1
Prestación Del Servicio	1	1	1
Financiamiento	1	1	1
Opinión Estados Contables	1	1	1
Gestión Contractual (Legal – Técnica)	1	1	1
Gestión ambiental	1	1	1
Gestión obra pública	1	1	1
TOTAL	1,0	1,0	1,0
9/9 =1 Concepto Favorable con Observaciones			

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Conmutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



Revisión de las Cuentas vigencias 2006, 2007 y 2008

En la revisión de la cuenta obtuvo la siguiente calificación: 73 puntos para el 2006, 72,8 puntos para el 2007 y 70,96 puntos para el 2008, se puede establecer que la entidad alcanza el puntaje mínimo, donde el concepto fue favorable a la Rendición de la Cuenta.

Revisada la totalidad de los formatos de la rendición, no se evidenciaron inconsistencias entre la información señalada en ellos y la información física entregada al grupo auditor.

Gestión misional - Plan de Desarrollo.

El Hospital no presenta fortalezas en la articulación y planificación de los planes, programas y proyectos y cómo se van a lograr los objetivos determinados en el plan de desarrollo Institucional, adicionalmente no cuenta con indicadores y metas cuantificables y demás aspectos que permitieran determinar el cumplimiento de las metas de los proyectos propuestos.

Gestión Presupuestal y Financiera

Se puede concluir que la entidad presenta debilidades en el manejo y conciliación de la información presupuestal y contable, además de que no se tiene sistemas de información que sirvan de herramienta para el procesamiento de la información, así como tampoco el personal suficiente que permita el análisis de esta.

Gestión de Administración del Talento Humano

La planta de cargos no está acorde con el organigrama de la Entidad y Manual de Funciones, donde se pudo observar que la Subgerente es la jefe de personal, Jefe de Presupuesto y el Tesorero es el Almacenista y Control Interno y con la Gerente realizan las labores Administrativas de la Institución.

La entidad para su funcionamiento cuenta con un personal de acuerdo al perfil requerido



Al interior de la entidad se adoptaron las Políticas de Administración del Talento Humano, las cuales se obtuvieron mediante un proceso de sensibilización y participación colectiva respecto a la definición y formulación de los valores y políticas éticas que regirán la entidad.

Evaluación del Cumplimiento y Avance del Plan de Mejoramiento

El cumplimiento de las acciones correctivas es del 93%, indicando con ello un nivel de cumplimiento satisfactorio, el cual se pudo evidenciar en el ejercicio del proceso auditor.

Sin embargo, hay cuatro (4) hallazgos del mencionado plan, que no se han subsanado y son de relevancia para la entidad.

Evaluación del Sistema de Control Interno

La calificación final de los resultados en las encuestas aplicadas a los funcionarios y de la Matriz Totalizadora del desarrollo del Sistema de Control, ubicó a la Entidad para la vigencia 2006, 2007 y 2008 en un estado Satisfactorio.

La entidad en su solicitud de prórroga en la implementación del MECI, argumenta un avance del 93% en este proceso. En la fecha de la visita de auditoria se evidenció este avance en su diseño e implementación.

Se evidencio que en la Entidad existen diferentes comités de los cuales el Comité de Historias Clínicas, Comité de Archivo y Comité de Control Interno no se les evidenció documento alguno de operación, no esta creado el Comité de Glosas.

El manejo de la documentación es deficiente en las diferentes dependencias del Hospital. No se está cumpliendo con la organización del Archivo para garantizar la conservación de la información de la Entidad

Gestión Contractual

Verificado el cumplimiento de la normatividad vigente en el desarrollo de la gestión y resultados en la ejecución de la actividad contractual suscrita por el Hospital Santa Catalina, y tomando como base los principios de transparencia y



eficacia, el manual de contratación de la entidad, la ley 100 de 1993, la ley 715 de 2001, el decreto 855 de 2004, la constitución política y demás normas concordantes, se verificaron en su generalidad inconsistencias por falta de documentos soportes legales en todas las modalidades de contratación celebradas por la entidad, así como también la mala calidad de las interventorias realizadas a los mismos.

Gestión Ambiental

El Hospital no ha actualizado el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, como tampoco se ha inscrito como generador de residuos peligrosos ante la autoridad ambiental competente, denotándose falta de acompañamiento de las Secretarías de Salud Departamental y Municipal y bajo compromiso institucional.

Gestión en Infraestructura

La entidad no efectúa una gestión eficiente en cuanto a la apropiación de recursos presupuestales para el mantenimiento a la infraestructura, ya que, en las vigencias 2006, 2007 y 2008 sólo ejecutó siete (7) órdenes de prestación de servicios por un valor total de \$ 2.743.500, lo cual es una inversión muy reducida para tres vigencias. Esto ha ido generando impactos negativos a través del tiempo, representados en una infraestructura que no cumple en la actualidad parámetros normativos (ley 400 de 1997 y resolución 4445 de 1996) y en una deficiente prestación de los servicios hospitalarios.

Opinión sobre los Estados Contables

Se detalla a continuación cada una de las deficiencias encontradas las cuales permiten opinar sobre la razonabilidad de los estados contables:

- A pesar de que se adelanto el proceso de saneamiento contable del periodo 2006, este proceso no fue claro y presenta dudas en los saldos que fueron depurados.
- La entidad no ha realizado tomas físicas de los inventarios y a la propiedad planta y equipo de la entidad, tampoco existen controles y su posterior conciliación con los saldos registrados en contabilidad, además de que



existen por fuera de los estados contables tres ambulancias y un campero Mitsubishi, así como también el inventario de productos medico quirúrgicos y de aseo que posee el Hospital.

- La no existencia de procedimientos y procesos de conciliación entre contabilidad y tesorería contra presupuesto, la cual es una gran vulnerabilidad máxime cuando la institución NO cuenta con un sistema de información para presupuesto, tesorería e inventarios de activos fijos y mercancías.
- El Hospital NO contó con un Reglamento interno de recuperación de cartera en las vigencias 2006, 2007 y 2008 (Ley 1066 de 2006 y Decreto 4473 del 15 de diciembre de 2006), situación que deja con una alta vulnerabilidad al momento de recuperar la cartera de la entidad.
- El Hospital Santa Catalina El Cario no tiene un sistema de control interno contable definido a pesar que la entidad desarrollo y aplicó varios conceptos de la resolución 048 y de la circular 042, sin embargo no realizo auditorias internas a la parte contable que le permitieran identificar todos los riesgos a la que se encuentra sometida la institución, además de prever las situaciones que identifico el proceso de auditor y así realizar planes de mejoramiento continuo y la neutralización de los riesgos.
- La institución no tiene controles ni realiza conciliación a las cuentas del balance, tales como cuentas por cobrar, propiedad planta y equipo, cuentas por pagar, nomina por pagar, esta ultima presentado saldos incoherentes.
- Que la información que ha reportado la entidad a los diferentes órganos de control no es la misma que reposa en su sistema y el archivo físico.

Finalmente se determina que la entidad tiene falencias en la parte administrativa, financiera, contractual y ambiental dado a que el personal con que cuenta la institución es insuficiente para atender el manejo correcto de este, además el Hospital no presenta fortalezas en la articulación y planificación de los planes, programas y proyectos, además del desorden documental al no tener un archivo fortalecido; también se observa que la entidad no tiene control sobre los activos fijos que posee y no existe un inventario actualizado de estos, permitiendo que se encuentren por fuera algunos elementos.



RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 18 hallazgos administrativos, de los cuales 1 corresponden a presunto hallazgo con alcance disciplinario, los cuales fueron ó serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento, con acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento ajustado debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100-28.02 13 del 5 de diciembre de 2008.

Dicho plan de mejoramiento debe contener las acciones y metas que se implementarán por parte de la entidad, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

CARLOS HERNÁN RODRÍGUEZ BECERRA

Contralor Departamental del Valle del Cauca



Anexo 2. – Estados Contables

Doctora
ALBA LUCIA CORRALES ARCIAL
Gerente
HOSPITAL SANTA CATALINA
El Cairo, Valle

Asunto: Opinión Estados Contables vigencia 2006, 2007 y 2008

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 al Hospital Santa Catalina El Cairo, a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de las vigencias 2006, 2007 y 2008, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 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 Contable.

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

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



legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno contable.

Se detalla a continuación cada una de las deficiencias encontradas las cuales permiten opinar sobre la razonabilidad o no a los estados contables:

A pesar de que se adelanto el proceso de saneamiento contable del periodo 2006, este proceso no fue claro y presenta dudas en los saldos que fueron depurados.

La entidad no ha realizado tomas físicas de los inventarios y a la propiedad planta y equipo de la entidad, tampoco existen controles y su posterior conciliación con los saldos registrados en contabilidad, además de que existen por fuera de los estados contables tres ambulancias y un campero Mitsubishi, así como también el inventario de productos medico quirúrgicos y de aseo que posee el Hospital.

La no existencia de procedimientos y procesos de conciliación entre contabilidad y tesorería contra presupuesto, la cual es una gran vulnerabilidad máxime cuando la institución NO cuenta con un sistema de información para presupuesto, tesorería e inventarios de activos fijos y mercancías.

El Hospital NO contó con un Reglamento interno de recuperación de cartera en las vigencias 2006, 2007 y 2008 (Ley 1066 de 2006 y Decreto 4473 del 15 de diciembre de 2006), situación que deja con una alta vulnerabilidad al momento de recuperar la cartera de la entidad.

El Hospital Santa Catalina El Cario no tiene un sistema de control interno contable definido a pesar que la entidad desarrollo y aplicó varios conceptos de la resolución 048 y de la circular 042, sin embargo no realizo auditorias internas a la parte contable que le permitieran identificar todos los riesgos a la que se encuentra sometida la institución, además de prever las situaciones que identifico el proceso de auditor y así realizar planes de mejoramiento continuo y la neutralización de los riesgos.

La institución no tiene controles ni realiza conciliación a las cuentas del balance, tales como cuentas por cobrar, propiedad planta y equipo, cuentas por pagar, nomina por pagar, esta ultima presentado saldos incoherentes.



Que la información que ha reportado la entidad a los diferentes órganos de control no es la misma que reposa en su sistema y el archivo físico.

En nuestra opinión, los estados contables es negativa, en todo aspecto significativo, la situación financiera del Hospital Santa Catalina El Cairo por los años terminados el 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 Aceptados por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente,

VICTOR HUGO SIERRA YEPEZ

Tarjeta Profesional No. 130538-T



Anexo 3. – Cuadro Resumen de Hallazgos

**CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL AL HOSPITAL SANTA CATALINA EL CAIRO
VIGENCIAS 2006 - 2007 - 2008**

RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	SOPORTES TÉCNICOS							
1	No se ejerce una interventoría adecuada para el control de las obras, hace falta un mayor orden en cuanto a los soportes técnicos que deben contener las carpetas contractuales, para poder realizar una mejor verificación de las obras ejecutadas.	Se acepta este Hallazgo en las condiciones en el mismo indicada, para ser incluida en el plan de mejoramiento, y aplicar a partir de la presente vigencia.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta	X				
	FINANCIAMIENTO							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
2	La institución NO cuenta con sistema de información que le permitan tener confiabilidad sobre la información que procesa esta, además la información que reporta a los diferentes órganos de control NO son iguales a la que reposan en los archivos del Hospital; también se puede evidenciar que la entidad NO realiza conciliaciones entre presupuesto, contabilidad y tesorería	es cierto que para las vigencias auditadas, no se conto con un sistema de información confiable, como tampoco se realizaron conciliaciones entre presupuesto, contabilidad y tesorería, en cuanto a la información reportada a los órganos de control no se acepta lo indilgado toda vez que esta es la misma que reposa en el archivo de la entidad y la cual se entrego en su momento al equipo auditor; a partir de enero del presente año se implemento el programa SAMI, por medio del cual se viene manejando presupuesto, contabilidad, tesorería, nomina inventarios, lo que ha permitido una confiabilidad efectiva y clara en cuanto a la información contable, y el enlace entre presupuesto, contabilidad y tesorería.	El hallazgo queda en firme ya que la sustentación dada por la entidad no satisface al equipo auditor; puesto que la entidad apenas viene implementando el sistema de información nuevo y la información que se vienen procesando debe ser objeto de conciliación.	X				



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>- Documentos anexos:</p> <p>1. Certificación expedida por la firma que se encuentra implementando el sistema SAMI. (1 folio).</p>						
3	El Hospital maneja las cuentas de presupuesto y tesorería y estas son reportadas a la Contaduría General de la Nación de acuerdo con los tiempos establecidos, sin embargo se pudo evidenciar que estas no son causadas en el momento de ocurrido el hecho financiero y contable, si no tiempo después, desconociendo así los principios de la contabilidad pública (registro y causación).resolución	No se acepta este hallazgo como Disciplinario, pues si bien es cierto que las cuentas de presupuesto y tesorería en los años 2006, 2007 y 2008, no eran causadas en el momento de la ocurrencia del hecho financiero y contable, se demostró en la ejecución de la auditoria que desde el 02 de enero del 2009, con la implementación del sistema SAMI, se corrigieron todas estas fallas encontrándonos a la fecha con un programa confiable y seguro, que	El hallazgo se baja de disciplinario a administrativo puesto que la entidad se encuentra en etapa de implementación del sistema de información que le permite tener en interface la información, y esta ser causada en el momento en que ocurren los hechos financieros y contables.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	No 222 de 2006, numerales 116 y 117 principios de contabilidad publica.	permite reportar las cuentas en su momento.						
4	El hospital No siempre practica conciliaciones bancarias, además las que se realizan no cuentan con la firma del que concilio y aprobó tal proceso	Se acepta este hallazgo para ser implementado en el plan de mejoramiento, y darle tramite a partir de la presente vigencia.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta.	X				
5	La institución NO cuenta con un programa o base de datos para el manejo de los activos fijos, tampoco se ha realizado toma física de inventarios de propiedad planta y equipo, puesto que existen por fuera de los activos fijos tres ambulancias y un campero Mitsubishi, también el lote en que opera el hospital no se encuentra legalizado y aparecen a nombre del Municipio, además de que las pólizas se encuentran	Con el programa SAMI, se creó una base de datos, por medio del cual se manejan los activos fijos; en lo pertinente al inventario de propiedad planta y equipos la entidad conforme a las observaciones emitidas en la etapa de ejecución de la auditoria se procedió a solucionar la misma con la celebración del contrato No. 40-10-05-007, con objeto "PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA REALIZACION DEL INVENTARIO DE TODOS LOS BIENES QUE LA ENTIDAD CONSERVA PARA EL	Se mantiene el hallazgo administrativo hasta cuando se incorporen todos los activos fijos a los estados financieros. Se mantiene el hallazgo disciplinario por cuanto la entidad debió practicar el proceso de depreciación durante las vigencias 2006 y 2007 a los activos fijos que la entidad tiene en los estados financieros.	X	X			



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	subvaluadas. Por ultimo la entidad NO practico durante las vigencias 2006 y 2007 depreciación a la propiedad planta y equipo. Circular externa No 011 de 1996 numeral 2	FUNCIONAMIENTO DE LA MISMA", el cual se encuentra en proceso de ejecución, este tiene como fin que se dé a conocer todos los enseres y bienes que posee el Hospital y que sean incluidos dentro de los activos fijos incluyendo la depreciación de ellos; en cuanto al lote de terreno en que se encuentra construida la planta física, se han iniciado los trámites correspondientes con la administración municipal, para que por medio del concejo se faculte al alcalde y este pueda ceder el inmueble a la entidad hospitalaria. Conforme a lo anterior solicitamos muy respetuosamente al equipo auditor considerar los trámites iniciados para dar solución a lo por ustedes evidenciado, pues en su momento acatamos las recomendaciones, dando tramite perentorio a las actividades						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>tendientes a corregir el mismo, por lo que pedimos comedidamente se considere nuestro esfuerzo pues nuestra intención es mejorar en beneficio de la comunidad, por lo que solicitamos comedidamente conforme a lo argumentado no se mantenga este hallazgo como disciplinario y se conserve como administrativo para que en el plan de mejoramiento ustedes evidencien el cumplimiento de los contratos mencionados.</p> <p>- Documentos anexos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contrato No. 40-10-05-007. (Folios 8) 2. Certificación expedida por el Contador relacionada con la 						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		depreciación (1 Folio). 3. Copia de acta de acuerdo celebrado entre alcaldía y Hospital (1 Folio)-						
6	Se encuentran por fuera de los estados financieros en los periodos 2007 y 2008 los inventarios de materiales medico quirúrgicos y implementos de aseo.	La entidad acepta este Hallazgo, para ser incluido y cumplido conforme al plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta.	X				
7	Durante las tres vigencias auditadas no se realizaron las provisiones para las prestaciones sociales, determinándose una falta a la normatividad contable por cuanto estas provisiones debieron realizarse mensualmente para cada	No se acepta este hallazgo disciplinario, ya que los pasivos se encontraban sobreestimados y por tanto cubrían las vigencias auditadas, para este año 2009, serán sometidos a verificación y se realizaran las provisiones necesarias mes a mes.	El hallazgo se baja a administrativo por cuanto la entidad aporó pruebas que demuestran que aunque no se realizó provisiones para las prestaciones sociales, el hospital se encuentra a	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	vigencia. circular externa No 011 de 1996 del 15 de noviembre, numeral 5.2.11	- Documentos anexos: 1. Certificación expedida por el Contador.	paz y salvo al 31 de diciembre de 2008 por dichos conceptos, ahora bien dentro de la pruebas aportadas por la entidad esta cargo tales provisiones a la cuenta obligaciones laborales					
8	La entidad no cuenta con todas las medidas mínimas en lo concerniente al control interno contable, permitiendo así notables fallas que evidencia el estado de vulnerabilidad en que se encuentra la institución.	La entidad acepta este hallazgo para ser implementado conforme al plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta.	X				
9	El hospital para las vigencias 2007 y 2008 no tuvo en cuenta el tratamiento administrativo y contable de las glosas. Circular externa No 035 de 2000 numeral 5.	La entidad no acepta este hallazgo disciplinario, queremos hacer notar que aunque contablemente no fueron relacionadas las glosas, la institución en su parte administrativa al máximo logro responder estas, como prueba de esto, le anexo algunos documentos que prueban este	Se baja el hallazgo de disciplinario a administrativo, por cuanto se reconoce que la entidad en los tres periodos contesto y agilizo lo concerniente a las glosas, a pesar de contar	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		procedimiento y las respuestas pertinentes. - Documentos anexos: 1. Certificación del Contador. 2. Oficios de glosas 3. Respuestas a glosas.	con limitantes presupuestales y administrativas. Sin embargo la entidad debe tener en cuenta el manejo contable y administrativo de las glosas de la mencionada circular.					
10	Se pudo establecer que la entidad no cumple con la resolución No1043 de 2006, artículo 1 que manifiesta que son condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios y permanecer en el sistema único de habilitación.	En lo relacionado con este hallazgo, la entidad para la vigencia 2008, realizo El PAMEC, el cual conjuntamente con la implementación del MECI, y el sistema de gestión de la calidad implementado en un 95% a la fecha. - Documentos anexos:	Se mantiene el hallazgo por cuanto la respuesta dada por la entidad, no es coherente con el hallazgo y la resolución No 1043 de 2006 sobre los indicadores y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		1. Copia PAMEC 2. Copia Contrato implementación MECI						
	AMBIENTAL							
11	Hospital Santa Catalina de El Cairo es catalogado como mediano generador de Residuos Peligrosos y no han realizado la inscripción como Generadores de residuos Peligrosos ante la Corporación autónoma Regional del Valle del Cauca CVC, Incumpliendo con lo estipulado en el decreto 4741 de 2005 y con la Resolución 1362 de 2007 dado que no se cumple con lo siguiente: -actualización e implementación de PGIRH -Permiso de vertimientos	conforme a este hallazgo la entidad para el 05 de mayo de 2009, y según comunicado No. 0771 – 5448 -2009 (01), emitido por la CVC, fue certificada por la CVC, indicando que no requiere permiso de vertimientos, así mismo se indica en la misma que la empresa con la que se está realizando el transporte y manejo de los residuos R.H. están autorizados para este proceso; en lo relacionado con el PGIRH, este se encuentra implementado y está en fase de actualización, y este fue socializado en su totalidad tal como lo evidenciado la auditora; en lo que	Se levanta el hallazgo disciplinario teniendo en cuenta la respuesta entregada por la entidad y se deja como administrativo para realizar el seguimiento al plan de mejoramiento	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	-Presentación de informes ante las autoridades ambientales y sanitarias -socialización del PGIRH con la totalidad de los empleados y la comunidad -separación en el diseño de la ruta hospitalaria -mejoramiento del sitio de almacenamiento -seguimiento e interventoría al contrato suscrito con la empresa RH para la recolección de los residuos hospitalarios	tiene que ver con el permiso de vertimientos, según oficio de la CVC, no lo requerimos, en cuanto a los informes estos se presentan cada 6 meses este proceso se inicio en Diciembre del año anterior el cual fue suministrado al equipo auditor; en cuanto a la ruta hospitalaria es cierto que esta en cuanto a su diseño no se encuentra separada pero este proceso se implementara en esta vigencia; el sitio de almacenamiento se encuentra diseñado conforme a las indicaciones dadas por la contraloría, secretaria de salud departamental, en cuanto a lo no contaminante esto se procedió a retirarlos, en cuanto a la interventoría del contrato RH, se realizó visita a la planta de incineración para corroborar lo indicado en el objeto contractual la cual se anexa al presente.						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<ul style="list-style-type: none"> - Documentos anexos: 1. Certificación de la CVC. 2. Certificación acta de visita RH 3. Acta de integración del comité GAGAS, por medio del cual se actualizará y paulatinamente se estará dando a conocer los avances del PGIRH, a funcionarios y comunidad en general. 4. Formularios RH1 a la fecha 5. Documento de 						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>aceptación del PGI RH. Y acta de visita Secretaria de Salud</p> <p>Conforme a lo anterior es evidente y tal como se probó en la ejecución de la auditoria que la entidad viene cumpliendo en la parte ambiental, por lo que es inexplicable que se haya considerado como disciplinario, así pues requerimos muy respetuosamente se considere lo contestado.</p>						
	LEGALIDAD							
12	Incumplimiento de requisitos contractuales, este se presenta debido a que durante dichos años no se cumplió en su totalidad la normatividad sobre la documentación que debe soportar cada contrato; como hojas de vida en formato único,	Se acepta esta observación, sin embargo para la presente vigencia las carpetas contractuales se vienen organizando conforme lo indica la norma en materia contractual.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	antecedentes fiscales, análisis de conveniencia, propuesta, se encontró en unos contratos toda la documentación y en otros parcialmente.							
13	Desorden documental, en la mayoría de los casos los documentos que soportan cada contrato reposan en diferentes dependencias en contraposición a lo exigido por la Contraloría Departamental en el parágrafo 1, artículo .73 de la Resolución Reglamentaria 100.28.02.13 y anteriores.	Se acepta este hallazgo y se implementara lo indicado en la presente vigencia.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta	X				
14	Falta del normograma, para las vigencias 2006, 2007 y 2008 la entidad no conto con un Normograma o	Se acepta este Hallazgo y se implementara en esta vigencia.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>mecanismo alguno donde se registrara toda la normatividad relacionada con el sector salud, no existen los respectivos documentos de análisis y modificaciones de normas; tampoco se cuenta con un mecanismo efectivo de difusión que haga llegar la información a la comunidad como actores principales del sistema de salud.</p> <p>La entidad no cuenta con el personal idóneo que posea el conocimiento suficiente en lo que respecta a la normatividad vigente en salud, que instruya a funcionarios, usuarios y proveedores en cuanto a las políticas y reglas que rigen el</p>							



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	ordenamiento jurídico en materia de salud, pues no se cuenta con una oficina Jurídica ni el servicio de un asesor en esta rama para tal fin, Por lo anterior no existe una incidencia directa de la entidad en los cambios o ajustes a la normatividad en salud.							
15	Con base en la queja entregada por uno de los funcionarios de la entidad la cual hacia referencia a que algunos de los empleados del Hospital que tenían derecho a recibir la dotación de vestido que por ley les corresponde no la estaban recibiendo, se le hizo saber	En lo pertinente a esta queja se presupuestó para el año 2009, valores para que gradualmente se cancelen lo que tiene que ver dotaciones, cumpliendo con las exigencias de los trabajadores.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	de la inquietud a la Gerente actual quien a su vez confirmo que esta queja ya había sido analizada por ella y que dentro de su gestión ya había acordado con los empleados el destino de una apropiación para darle cumplimiento a esta exigencia.							
	GESTION							
16	Plan de Desarrollo se programo para las vigencias 2006, 2007 y 2008, como lo estipula el artículo 24 del Decreto 1876 de 1994 y exige que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, en el cual no se diferencia que se realizaría en cada una de ellas y el cual no fue	Se acepta lo evidenciado, sin embargo ya existen los proyectos de plan de desarrollo 2008-2012, reglamento interno de trabajo, y estatutos para ser aprobados por la junta directiva, de lo cual se probara su desarrollo en el plan de mejoramiento.	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad acepta	X				



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>aprobado por la Junta Directiva del Hospital.</p> <p>El Plan de Desarrollo 2006 al 2008, no se ajusta a los parámetros de la Ley orgánica de los planes de desarrollo (Ley 152 de 1994), que define los planes, programas y proyectos y cómo se van a lograr los objetivos determinados en los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, adicionalmente no cuenta con indicadores y metas cuantificables y demás aspectos que permitieran determinar el cumplimiento de las metas de los proyectos propuestos.</p>							
17	<u>Actuación de las Juntas Directivas</u>	Se acepta este hallazgo y se tendrá en cuenta para su organización	El hallazgo queda en firme por cuanto la entidad	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>No se evidenciaron las convocatorias de los representantes de los gremios de la producción y el de la asociación de usuarios como Veedor Ciudadano.</p> <p>Del proceso de designación de los representantes del grupo científico y de los profesionales de la salud este carece de la fecha de la elaboración.</p> <p>No aportaron los oficios donde se les comunica la designación y funciones y las cartas de aceptación o declinación como representantes ante la Junta Directiva.</p> <p>No se lleva el libro de actas, el cual debe ser registrado ante las autoridades competentes</p>	conforme al plan de mejoramiento.	acepta.					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Las actas de Junta Directiva están firmadas por el Presidente y el Secretario, excluyendo las actas No. 004, 007 y 012 de 2008 las cuales son firmadas por todos los integrantes.</p> <p>En el Acta No. 01 de fecha 4 de enero de 2006, se pudo observar que el secretario de la junta confirma la asistencia de tres representantes, lo cual no había la asistencia de mas del 50%, en esta acta se aprobó el Presupuesto de Ingresos y Egresos de la vigencia 2006.</p> <p>El representante de la asociación de usuarios como Veedor Ciudadano ante la Junta Directiva no asistió a las seis (6) reuniones de la vigencia 2006 y</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	a tres de la vigencia 2007. En las vigencias 2006 y 2007 se realizaron seis reuniones por año, en el 2008 se efectuaron 13, de las cuales falta el acta No. 005, además no se evidenció las solicitudes de las siete (7) reuniones realizadas extraordinariamente.							
18	El manejo de la documentación es deficiente en las diferentes dependencias. No se está cumpliendo con la organización del Archivo de Gestión, Central e Histórico para garantizar la conservación de la información de la Entidad No se está cumpliendo con la organización de las Historias Laborales existentes, especialmente en el sentido de	En cuanto a la organización del archivo, la entidad por medio del contrato No. 40-10-05-006, contrato la implementación del archivo conforme a la ley 594 del 2000 y demás normas concordantes el cual se encuentra en proceso de ejecución, referente a las demás observaciones se aceptan en su totalidad para que por medio del plan de mejoramiento se implementadas en la actual vigencia.	El hallazgo se baja de disciplinario a administrativo por cuanto la entidad demostró que esta en el proceso de implementación de la ley 594 de 2000.	X				



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>que en cada expediente los documentos se encuentren ordenados atendiendo la secuencia propia de su producción; y su disposición refleje el vínculo que se establece entre el funcionario y la entidad.</p> <p>El comité de Archivo fue creado mediante Resolución 20-36-01 del 1 de octubre de 2006, desde su creación no se han realizado reuniones.</p> <p>Las tablas de Retención Documental fueron aprobadas el 31 de julio de 2006, lo que se pudo observar que no se le está dando estricto cumplimiento.</p> <p>El comité de Historias Clínicas debe reunirse cada mes, de lo</p>	<p>- Documentos anexos:</p> <p>1. Copia contrato (8 folios)</p> <p>Con lo anterior damos por contestadas las observaciones evidenciadas por la auditoria, quedando en espera de que sean tenidas en cuenta e incluidas en el informe final conforme a lo probado en cada una.</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM I.	DISCIP	PENAL	FISCAL	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	cual no se esta cumpliendo.							
				18	1	0	0	

HOSPITAL SANTA CATALINA EL CAIRO (Vigencias auditadas 2006, 2007 y 2008) BENEFICIOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS DEL CONTROL FISCAL VS COSTOS

El hospital no tiene un control sobre la propiedad planta y equipo, hace más de 4 años no se realiza inventario y por fuera de los estados financieros se encuentran 3 ambulancias y un campero, los terrenos en que se encuentra la entidad no se encuentra legalizados y pertenecen al Municipio, además las pólizas de seguro se encuentran subvaluadas. Actualmente la entidad se encuentra legalizando los terrenos donde se encuentra ubicado, también se encuentra en etapa precontractual para la realización y toma física de inventarios a la propiedad planta y equipo, además de la valoración por medio de una lonja de propiedad raíz.



La entidad ha generado superávit en las vigencias 2006 y 2008, para la vigencia 2007 se generó un déficit fiscal de \$27 millones de pesos.

La entidad presenta deficiencias en los sistemas de información, puesto que solo se tienen para contabilidad y costos (este último se encuentra subutilizado), presupuesto es manejado mediante hoja electrónica de Excel, lo cual no es prenda de garantía en la información que se maneja. Actualmente la entidad se encuentra implementando el sistema SAMI, el cual integra la contabilidad, presupuesto y tesorería.

El hospital no tiene un archivo general, violando así la normatividad vigente. El hospital se encuentra adelantado la etapa de adecuación del sitio para el archivo general, además encontrarse en etapa precontractual para la organización del archivo general.

Durante el proceso auditor se presentaron observaciones que fueron atendidas y corregidas por la entidad.

Se atendieron cinco quejas durante el proceso auditor.

Durante el proceso auditor se determinó que la nueva administración del hospital no había realizado ni aprobado el plan de desarrollo 2008-2011, al cual se tomaron las acciones respectivas del caso. La gerencia convocó a la junta directiva para la presentación y posterior aprobación del plan de desarrollo 2008-2011.



Se determino que la planta de cargos del hospital no se encuentra acorde con las necesidades de la institución, presentándose sobrecarga laboral en los funcionarios administrativos. Actualmente la entidad se prepara para una restructuración administrativa a al planta de cargos

La entidad viene realizando seguimiento al cronograma de órdenes de la sentencia T760, y teniéndolos en cuenta, para así cumplir el compromiso como entidad prestadora de salud y acatar el fallo.

Se evidencio la inconformidad de los funcionarios con los procedimientos del CRUE.

Se evidencio que la infraestructura física del hospital no cumple con la norma sismoresistente.

COSTO DE LA AUDITORIA

LUZ ADRIANA BUITRAGO	\$
RODRIGO HERNAN MONTOYA TRONCOSO - TULUA	\$ 870.000
VICTOR HUGO SIERRA YEPEZ	\$1.031.000
HECTOR MAURICIO ALARCON MESA	\$1.031.000
NELSON ENRIQUE SERNA RESTREPO	\$ 480.000
YOHANA YANNEL LLANO LIBREROS	\$ 212.000
MELBA LUCIA ZAPATA DURAN	\$ 274.000

\$

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

LOS ANTERIORES VALORES INCLUIAN TRANSPORTE, ALIMENTACION Y PERNOTADA