

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

**HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI  
VIGENCIAS 2006 – 2007 – 2008**

**CDVC-CACP No 6  
Diciembre de 2009**

## AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

### HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI

Contralor Departamental

Carlos Hernán Rodríguez Becerra

Contralor Auxiliar para Control Fiscal

Lisandro Roldán González

Contralor Auxiliar Cercofis Palmira

Andrés Fernando Bastidas Solano

Equipo de Auditoria

Líder

Fernando Duque Monsalve

Profesionales

Martha Lucia Fernández de T.

Carlos Arturo García Trujillo

José Alberto Duero

Hedisson Tamayo Marulanda

Gonzalo Moreno Cataño

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO .....	5
2 METODOLOGÍA.....	6
2.1 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO .....	7
2.2 QUEJAS.....	7
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	8
3.1 GESTIÓN .....	8
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL.....	8
3.1.1.1 PLANEACIÓN.....	8
3.1.1.2 ACTUACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS.....	8
3.1.1.3 ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	9
3.1.1.4 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN .....	10
3.1.1.5 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	11
<i>Avance en la Implementación del MECÍ.....</i>	12
3.2 ENCUESTAS DE AUTOEVALUACIÓN .....	13
3.3 SALUD PÚBLICA .....	14
3.3.1.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	14
3.3.1.2 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS .....	15
3.3.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....	17
3.3.2.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO .....	17
3.3.2.2 AVANCES DEL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA 760 DE 2008.....	18
3.3.2.3 INFRAESTRUCTURA .....	18
3.4 FINANCIAMIENTO .....	22
3.4.1 ESTADOS CONTABLES.....	22
3.4.2 PRESUPUESTO .....	27
3.4.3 EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.....	30
3.5 LEGALIDAD .....	31
3.5.1 CUMPLIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO DE LA CONTRATACIÓN .....	31
3.5.2 PROCESOS JUDICIALES.....	35
3.6 REVISIÓN DE LA CUENTA.....	36
4 ANEXOS .....	37
Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado.....	37
Anexo 2. Opinión a los Estados Contables.....	37
Anexo 3. Cuadro de Hallazgos .....	37

## INTRODUCCIÓN

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

Esta auditoría se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las ESE-S, 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 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

La constante interinidad en la dirección general de la Empresa Social del Estado durante las vigencias auditadas y en el presente año ha creado una inestabilidad administrativa en el Hospital, evidenciando deficiente participación de la Junta Directiva en los procesos administrativos y una inadecuada planeación para el desarrollar su misión Institucional.

En la vigencia 2008 se consiguió recursos para modernizar el parque automotor administrativo y operativo (5 ambulancias) para el traslado de pacientes, garantizando el normal funcionamiento de la Entidad e implementando nuevas unidades de negocio como el servicio de ambulancia que se le vende al Hospital San José de Buga.

La entidad en la vigencia 2008, gestionó recursos los cuales sirvieron para el actual proceso de ampliación, adecuación, remodelación y reforzamiento estructural lo cual generara una mejor calidad del servicio y cobertura.

La existencia y cuantía de los procesos jurídicos en contra del Hospital constituyen un riesgo financiero en tanto no existe disponibilidad inmediata de recursos para cubrirlos ya que no se ha constituido un fondo de contingencias para cubrir fallos, igualmente constituye riesgo financiero, el déficit fiscal generado durante las tres vigencias examinadas.

## 2 METODOLOGÍA

El propósito fundamental de esta auditoría es determinar si la administración del Hospital San Roque del Municipio de Guacarí cuenta con un Direccionamiento claro y visible que le permita tener operaciones administrativas, 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 auditoría gubernamentales colombianas (NAGC)<sup>1</sup> compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS)<sup>2</sup> 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 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 Palmira.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por seis (6) profesionales en las áreas de Contaduría, Administración de empresas, Arquitectura, Bioquímica 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 auditoría y las respuestas dadas por ellos fueron analizadas, y se excluyeron del informe los hallazgos que se encontraron debidamente soportados.

Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el ente auditado se buscó la autoevaluación, a través de aplicación de encuestas distribuidas en cuatro (4) ejes temáticos, aplicadas a los funcionarios de la entidad, respondiendo a las disposiciones del Ministerio de la Protección Social, para evaluar el funcionamiento de los entes Hospitalarios.

---

<sup>1</sup> NAGC: Normas de Auditoría Gubernamentales Colombianas

<sup>2</sup> NIAS: Normas Internacionales de Auditoría

## 2.1 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad suscribió plan de mejoramiento con motivo de la auditoría realizada en la vigencia 2006, el cual se retomó en el proceso auditor, encontrándose que las acciones correctivas propuestas no fueron eficientes para subsanar algunas de las observaciones determinadas, ejemplo la aplicación de la Ley General de archivo (tablas de retención, organización de los diferentes archivos, ventanilla única entre otros aspectos) y la implementación de los mecanismos de verificación y seguimiento de la gestión en las diferentes áreas, esto generará inconvenientes para el manejo oportuno y claro de la información y el conocimiento de los resultados obtenidos frente a los planteados..

## 2.2 QUEJAS

Durante el desarrollo de la presente auditoría no se recibió ninguna queja por parte de la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana, ni por parte de la comunidad.

### 3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

#### 3.1 GESTIÓN

##### 3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

###### 3.1.1.1 PLANEACIÓN

Analizada la documentación presentada por la administración, se observa que no existen planes institucionales concebidos bajo los parámetros de la ley 152 de 1994, en términos de formulación, aprobación, ejecución, evaluación y seguimiento. De igual forma no se aportaron los planes indicativos u operativos, inversiones y financiero, que indiquen una adecuada y articulada planeación en la entidad.

Los planes de acción de las vigencias auditadas no tienen articulación con los planes institucionales, no se indican los responsables de las actividades, tiempos de cumplimiento entre otros aspectos, ni se tienen evaluaciones y seguimientos de los mismos.

Se aportó el plan de salud con vigencia 2008-2011, elaborado en el mes de agosto de la vigencia 2008, sin firmas de aprobación, el cual cuenta con un diagnóstico poco confiable en cuanto a la situación financiera, en razón a que se habla de superávit presupuestal a junio 30 de 2008, situación mal determinado a la fecha y sin tener en cuenta aspectos de orden financiero para realizar el análisis, como el sistema de costo para conocer la rentabilidad o proyecciones, de acuerdo a su capacidad operativa y administrativa. Este plan de salud no aplicó el plan financiero como soporte para su ejecución, se enuncia sostenibilidad en términos conceptuales, más no en términos operativos, tampoco contó con el plan operativo de inversiones.

Todo lo anterior permite determinar que la entidad carece de planeación adecuada en relación a los lineamientos antes enunciados, indicando con ello ineficiencia e ineficacia en el logro de los objetivos misionales y demostrando actuaciones realizadas desde lo empírico.

###### 3.1.1.2 ACTUACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS

La elección y conformación de los miembros de la Junta Directiva se ajusta a lo establecido en el Decreto 1876 de 1994. Analizadas las actas de 2006, 2007 y 2008 se observaron acciones de aprobación de proyectos, presupuesto y prima técnica; no se evidenció análisis, evaluación seguimiento y aprobación del plan de gestión de salud y de los informes de gestión de las diferentes vigencias auditadas que permitan generar un adecuado funcionamiento de la entidad, tampoco se ha dado cumplimiento a lo



dispuesto en el decreto 800 y resolución 165 de 2008 en cuanto a la selección del director.

### 3.1.1.3 ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La planta de personal está compuesta de la siguiente manera:

#### Personal de Planta

	2006	2007	2008
Administrativo			
Subtotal	19	19	19
Operativo			
Subtotal	23	21	17
Total	42	40	36

#### Personal por Contrato de prestación de servicios a través de cooperativa

	2006	2007	2008
Administrativo (Talento Humano)			
Subtotal	15	15	11
Operativo			
Subtotal	27	31	32
Total	42	46	43

Mediante acuerdo 05 de Diciembre 05 de 2008 emanado de la junta directiva, se fijó el plan de cargos y asignaciones salariales para los empleados.

En las vigencias 2006 y 2007 se contrató a través de una cooperativa de trabajo asociado sin ninguna justificación para realizarlo, haciendo contratación individual y no por procesos como lo determina la norma, en la vigencia 2008 se empezó a contratar por procesos.

En el 2008 se contrataron 11 funcionarios del nivel administrativo, para auxiliar a la gestión en la prestación de los servicios de la entidad.

La entidad cuenta con programas de bienestar social, de capacitación, de inducción, re inducción y de fortalecimiento de las competencias laborales, sin articulación a una política de formación y capacitación.

El valor pagado en el año 2006 al personal de planta fue de \$1.044.867.985, en el 2007 de \$1.048.499.340, presentando un incremento del 0.35%, en el 2008 de \$1.058.797.635 mostrando un incremento del 1% con respecto al año anterior, lo anterior indica un incremento por debajo del índice de inflación del año anterior (2008)

La administración realizó cambios de personal sin una debida justificación dentro de la planta de personal, tales como el traslado de los cargos de vigilantes a los de auxiliar administrativos de facturación y el de dos vigilantes a conductores de ambulancias, esto sin evidenciar un proceso ajustado a la norma de carrera administrativa o soporte legal al respecto. Hecho que la junta Directiva conoció de mano del equipo auditor.

### **Ley General de Archivo**

La implementación de esta normatividad no se ha cumplido, se aplican inadecuadamente las tablas de retención que están para aprobación, no se cuenta con un inventario de la documentación que garantice la organización del archivo de gestión, central e histórico y la conservación de la información de la Entidad.

El espacio donde se ubica el archivo central e histórico es inapropiado para tener la información en condiciones adecuadas y oportunas para su consulta permanente.

#### **3.1.1.4 ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Para las vigencias examinadas se observó que la entidad cuenta con un programa contable denominado "CONEXIÓN" el cual no satisface las necesidades para el manejo de la información financiera, se presentan deficiencias en el modulo de facturación y almacén por cuanto no están en interface con el paquete financiero, se producen inconvenientes en los centros de costos, las cuentas cero como la liquidación y manejo de los pagos inherentes a planta de personal se efectúa en forma manual.

### **Protocolos**

Se verificó la existencia de los protocolos de atención al usuario en manejo de consulta externa, el estándar de enfermería, atención del parto y recién nacido, enfermería de urgencias, hospitalización y parto, consulta externa, odontología, procedimientos en medicina legal, referencia y contra referencia, servicio de hospitalización, de los cuales se ubican copias en las estaciones de enfermería y atención a usuarios, así como en los cuartos de consulta, dichos protocolos han sido elaborados por funcionarios de la

entidad y no han sido formalizados mediante acto administrativo (Acuerdo de Junta Directiva).

### 3.1.1.5 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

#### EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS

ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI

ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE DE CUCARÁN		
COMPONENTE	SUBSISTEMA	SISTEMA
AMBIENTE DE CONTROL 2,21	CONTROL ESTRATÉGICO 2,38	2,25
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 2,53		
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2,40		
ACTIVIDADES DE CONTROL 2,48	CONTROL DE GESTIÓN 2,58	
COMPONENTE DE INFORMACIÓN 2,80		
COMUNICACIÓN PUBLICA 2,46		
AUTO EVALUACIÓN 2,10	CONTROL DE EVALUACIÓN 1,79	
PLANES DE MEJORAMIENTO 1.48		

La entidad mostro al equipo auditor el informe de control interno presentado ante el DAFP<sup>3</sup> informe calificado satisfactoria para las vigencias auditadas, en este sentido se entró a verificar la calificación obtenida por la entidad, aplicando la prueba sustantiva de encuesta a 43 empleados de diferentes niveles en algunas de las dependencias, para un 51% del total de la planta de empleados, la tabulación de la encuesta arrojó una calificación deficiente de 2.25, la cual no refleja la calificación reportada para las vigencias auditadas, así lo indica el cuadro que consolida la calificación.

La entidad no ha implementado un sistema de control y evaluación de la gestión de acuerdo con las características de la entidad y de conformidad con lo establecido en el artículo 343 de la Constitución Política de Colombia y demás normas concordantes, se ha adelantado desarrollo documental, pero los mecanismos de evaluación no son apropiados ni generan decisiones que coadyuven a mejorar el proceso administrativo y por ende el logro de los objetivos propuestos.

<sup>3</sup> Departamento Administrativo de la Función Pública

En la aplicación de la encuesta, se evidencio que la planeación de los directores no tiene la suficiente divulgación entre los empleados para un adecuado conocimiento y aplicación.

Revisada, analizada y evaluada la información suministrada por el asesor de control interno (auditorías internas administrativas y operativas, actas de control interno, oficios, informes de algunas dependencias, manual de funciones, manual de procesos y procedimientos e información general) de la entidad, se evidenció que el ejercicio de control interno no se cumple en condiciones adecuadas y técnicas que permitan mejorar los procesos administrativos, operativos y estratégicos de la entidad.

No se realizaron auditorias operativas y administrativas en las vigencias 2006 y 2007, en el año 2008 se realizaron pero no tuvieron un seguimiento apropiado ni generaron resultados de mayor impacto en la entidad.

La entidad no cuenta con sistemas de información confiables, ambiente de autocontrol, procesos y procedimientos que permiten determinar un adecuado funcionamiento del sistema de control interno, aspecto negativo en el manejo administrativo, operativo y financiero de los recursos, materiales y humanos.

#### *Avance en la Implementación del MECÍ*

Se ha dado cumplimiento con todos los aspectos formales para la adopción del modelo, creación del comité de seguimiento a la implementación, compromiso de la alta dirección y fusión con el sistema de gestión de la calidad, a través de actos administrativos debidamente formulados y en ejercicio.

A la fecha se ha cumplido con la implementación de los diferentes subsistemas en un 50%; en cuanto a desarrollo documental, presentándose poco desarrollo en el subsistema de evaluación y control.

La actual estructura organizacional no se ajusta a los cargos existentes en la planta de personal, se tienen creados cargos como el de facturación los cuales son ejercidos por funcionarios contratados como empleados oficiales, que no se han formalizado o legalizado mediante acto administrativo, debido a esta falla la administración está implementado el MECI articulado al sistema de gestión de calidad, con base en un modelo administrativo por procesos reorientando la estructura para mayor y mejor coherencia administrativa y operativa.

Todo lo anterior impacta negativamente la estructura de la entidad, generando un clima organizacional inadecuado y un bajo nivel de confianza en el manejo de los recursos públicos para cumplir con los objetivos misionales.

### 3.2 ENCUESTAS DE AUTOEVALUACIÓN

Para el análisis de la función de la entidad se aplicó cuestionario con 29 preguntas en cuatro ejes temáticos (Direccionamiento general, salud pública, prestación de servicios y financiamiento), tal como se muestra en el siguiente cuadro.

ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN DE LA ESE CONSOLIDACIÓN RESULTADOS VIGENCIAS 2006 A 2008 ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI	
BLOQUE TEMÁTICO	
2.91	58.2%
SALUD PÚBLICA	
3.32	66.4%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
3.12	62.4%
FINANCIAMIENTO	
2.82	56.4%

Este nos permite observar que la función de la ESE está en un 60.85% de cumplimiento de los temas necesarios, hecho que impacta regular de la organización para lograr una gestión adecuada en el cumplimiento de los objetivos misionales. En promedio se obtuvo una calificación de 3.04, en tal sentido la entidad tiene un direccionamiento general regular, frente al bloque temático y financiamiento que deben ser priorizados por la entidad para ser corregidos.

Dentro de la ampliación de los servicios de salud, se dotó de equipos al Departamento de Fisioterapia, se brindó una oportuna atención en los servicios de urgencias, de apoyo y ambulatorios, para brindar un excelente servicio a la comunidad.

La entidad no tiene atrasos en los pagos salariales a los funcionarios.

#### **Rendición de cuenta a la comunidad**

Con el ánimo de verificar el cumplimiento de los artículos 7 y 31 de la Resolución Reglamentaria No. 100-28.02 013 del 18 de diciembre de 2008 de la Contraloría Departamental Del Valle Del Cauca y los artículos 32 y 33 de la Ley 489 del 29 de diciembre de 1998, se pudo observar que la Entidad convocó y realizó la audiencia pública de rendición de cuenta de 2008 a la comunidad, el 17 de marzo de 2009 en el recinto del honorable Concejo municipal de la alcaldía de Guacarí Valle. Sin embargo el informe no fue rendido a la contraloría Auxiliar del Cercofis Palmira.

### 3.3 SALUD PÚBLICA

#### 3.3.1.1 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La población a quien fueron dirigidos los programas de p y p fue la siguiente:

Año	Población Total	Urbano	Rural
2.006	33.912	19.950	13.962
2.007	33.968	19.974	13.994
2.008	34.417	19.962	14.455

#### Actividades Realizadas

ACTIVIDAD	2006	2007	2008
Consulta Externa Medico General	28.233	26.713	32.578
Consulta Urgencias Medico General	12.173	11.436	16.813
Consulta por Enfermería	2.413	3.555	11.390
Controles Médicos	5.599	4.301	6.671
Consulta Odontológica Externa	2.387	2.440	2.081
Consulta Odontológica Urgencias	1.416	1.502	2.033
Egresos Hospitalarios	264	220	518
Radiografías	1.971	2.127	2.609
Exámenes de Laboratorio	34.934	38.511	49.359
TOTAL	89.390	90.805	124.052

Al analizar el cuadro anterior se evidencia el incremento en las actividades de consulta médica externa y de urgencias, consulta odontológica tanto de urgencias como externa, los exámenes de laboratorio, radiografías, egresos hospitalarios.

Se concluye que hubo un mayor cubrimiento de la población, lo cual benefició considerablemente la comunidad, de esta forma la Institución dio un mejor cumplimiento en las coberturas de las metas establecidas de las actividades de Promoción y Prevención antes mencionadas.

Aunque las actividades apuntan al mejoramiento de la Salud Pública del municipio, no se ha podido alcanzar el cumplimiento total de las metas establecidas, debido a que la población del municipio no está focalizada.

El Seguimiento que realiza el municipio a los programas de promoción y prevención, no especifica el impacto que generó el proyecto en la comunidad, tales como aumento o disminución de la enfermedad objeto del programa

### 3.3.1.2 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

#### Diseño y Formulación del PGIRH.

La entidad adoptó el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRHS y tiene conformado un Grupo Administrativo de Gestión Sanitaria y Ambiental “GAGAS” mediante resolución número 11 de junio de 2008, este grupo será el gestor y coordinador del plan para la gestión interna de Residuos hospitalarios y similares.

Así mismo, pese a que existe un grupo administrativo de gestión sanitaria y ambiental de residuos hospitalarios, no se evidencia un plan de acción, ni recursos destinados para llevar a cabo la ejecución de este grupo.

#### Implementación del PGIRH

El GAGAS no realiza la reunión mensual, descuidando el desarrollo, evaluación y ejecución del PGIRH, evidenciándose la falta de compromiso de los integrantes con la entidad.

Referente a los formatos RH, donde se reportan los datos de los residuos peligrosos y ordinarios se deben presentar de forma legible y de una manera ordenada, ya que en la actualidad se presentan con enmendaduras y poco legibles.

No se tiene registro de visitas frecuentes a las empresas prestadoras del servicio de aseo, tales como (RH y Ambient) por parte del personal del Hospital encargado de dicho seguimiento.

Esta institución aun no se ha inscrito como generador de residuos peligroso ante la autoridad ambiental, incumpliendo con el decreto 4741 del 2005.

No se evidencio en el recorrido de la ruta hospitalaria tableros alusivos a los sitios donde se pueden disponer los residuos hospitalarios, igualmente se observo que los recipientes que se están utilizando no son los que indica la norma y se encuentran en mal estado.





Recipientes en mal estado y que no son los indicados por la norma, se evidenciaron en el recorrido de la ruta



Sitio final donde se depositan los residuos biológicos y ordinarios, del hospital

### Componente Social

Pese a que no se evidencio la participación del personal de la entidad en la construcción del PGIRHS, esta institución ha realizado capacitaciones internas sobre el manejo de los residuos hospitalarios (socialización del PGIRH), quedando por fuera el componente externo, es decir la población que llega para atención médica hospitalaria.

No se tiene un plan de capacitaciones para darle continuidad a la implementación de dicho plan, ni recursos destinados para el mismo.

### Impacto Ambiental

La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRHS fue deficiente, por cuanto no se ha implementado en su totalidad dicho plan, adicional a esto, se evidencia mínimo acompañamiento por parte de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud, teniendo en cuenta que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades como hepatitis, 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.

### 3.3.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Para la prestación de servicios el hospital cuenta con 11 puestos de salud de los cuales 3 están habilitados y cubren el 80% de la población, cuentan con promotora permanente y se realiza consulta médica y odontológica una vez por semana, el resto de la población rural lo cubren los 8 puestos restantes no habilitados (está en trámite la habilitación) donde el servicio de promotora, medico y odontólogo se presta una vez en la semana.

El sistema de referencia y contra referencia a través del centro regulador de urgencias y emergencias, presenta inconvenientes en cuanto a la capacidad de respuesta del mismo, debido a que los tiempos se superan hasta 6 horas

No se encontraron proyectos a nivel del hospital que fueran direccionadas para disminuir las cifras de las enfermedades diagnosticadas en el COVE<sup>4</sup>.

Los proyectos presentados en el plan de desarrollo institucional que fueron 8 solamente en estos se evidenció que el proyecto 3 de salud pública, el cual no tiene coherencia con lo presentado en el plan de desarrollo institucional.

#### 3.3.2.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se aplicaron 16 encuestas a usuarios de los servicios de salud de consulta externa, hospitalización y urgencias con el fin de medir la satisfacción del cliente externo, así: Consultan externa 6 usuarios, Hospitalización 4 usuarios y Urgencias 6 usuarios.

Una vez se indagó por la calidad, oportunidad y eficiencia de los servicios, los usuarios manifestaron: en consulta externa, los tiempos de espera para las citas con los profesionales son cortos, las áreas de citas, de sala de espera, de atención y de actividad social comunitaria son cómodas y la información recibida por parte del personal es suficiente, clara y oportuna. Cada paciente es citado para una hora determinada, lo que permite al hospital tener control sobre su personal médico en el cumplimiento de horarios y comodidad del usuario.

En hospitalización, los usuarios se sienten bien atendidos por el personal de la entidad y consideran que los tratamientos médicos empleados han surtido efecto, presentando

<sup>4</sup> COVE, Comité de vigilancia epidemiológica.

mejoría en su salud. Manifiestan que los tiempos de espera, de admisión a la habitación, toma de exámenes y atención médica en cuanto a los términos es normal y consideran que la información recibida por el personal de portería, caja, enfermería y médico es suficiente y clara. También le dan una calificación excelente a las áreas de acceso en cuanto a comodidad, orden y señalización.

En urgencias, algunos usuarios se quejan de la falta de sabanas para cubrir las camillas, esta situación también se evidencia en el servicio de hospitalización, expresan que las áreas de acceso conservan una excelente limpieza, apariencia, orden y señalización. Consideran que en general los servicios y la información suministrada, en el área de urgencias, es suficiente y clara.

### 3.3.2.2 AVANCES DEL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA 760 DE 2008.

La entidad ha venido cumpliendo con la sentencia T-760 de 2.008, se pudo evidenciar que aunque el ciudadano no tenga la capacidad económica para pagar el servicio de salud, la entidad ha respetado este derecho fundamental tutelado por la corte constitucional prestándolo en forma pertinente, efectiva, desempeñando su labor misional.

### 3.3.2.3 INFRAESTRUCTURA

Para la auditoria se considero una selección de la contratación, según las rendiciones de cuentas, como se relaciona en el cuadro siguiente.

Vigencia	Valor Total contratación	Contratos Obra Pública y Mantenimiento		% en mant. y obra	Selectivo para Auditoria		% de la muestra
		Cantidad	Valor		Cantidad Contratos	Valor	
2006	\$ 539.130.539	6	\$ 36.180.276	7.0%	4	\$ 22.472.400	62.11%
2007	\$ 586.157.246	4	\$ 24.148.800	4.12%	4	\$ 24.148.800	100.00%
2008	\$ 1.900.876.905	10	\$ 1.144.473.204	60.20%	10	\$ 1.144.473.204	100.00%
<b>Total</b>		<b>20</b>			<b>18</b>		

La entidad cumplió con lo dispuesto en Artículo 1º del Decreto 1769 de 1994 referente a las inversiones que se deben apropiar para realizar mantenimiento hospitalario, (5% de la inversión en contratación) para las vigencias auditadas.

En la Orden de Servicio N° 004 celebrado entre el Hospital San Roque E.S.E. del municipio de Guacari y el Arquitecto Contratista para la elaboración de los pliegos de invitación o licitación para la construcción del proyecto de ampliación, adecuación y remodelación del Hospital san Roque de Guacari y la Interventoria al contrato N° 018-2008, correspondiente al diseño arquitectónico del mismo, no fue reportado en la rendición de cuenta del 2008 dado de que su ejecución empezó en el mes de enero de la presente vigencia.

En la revisión documental de la Licitación 001-2008, se encontraron algunos documentos referentes a esta orden de servicio N° 004 (propuesta del contratista y Informe de Interventoría N°2).

En los documentos del contrato 018-2008 se evidencia que la interventoría de este la ejerció un Interventor Externo, aun cuando en la minuta del contrato se establece que la interventoría o supervisión de este estará a cargo del Subgerente Administrativo (clausula decima primera).

En cumplimiento Ley 400 de 1997 y sus decretos reglamentarios por medio del cual se adoptan normas sobre construcciones Sismo-Resistentes, el Hospital San Roque de Guacarí contrato y realizó con el Ingeniero Amador Medina Aedo, los estudios de Vulnerabilidad Sísmica y Reforzamiento Estructural, el cual fue entregado en diciembre 15 de 2003, dando cumplimiento a los términos establecido en el artículo 35 de la Ley 1151 de Julio 24 de 2007, el plazo para el reforzamiento estructural vence el en el año 2012.

El estudio realizado cumple con los requerimientos exigidos por la norma, contiene el diagnostico del estado actual de la estructura, evaluación y propuesta del reforzamiento, sustentación y explicación (memorias de cálculo) análisis del comportamiento ante un sismo.

Como resultado de lo anterior y tal como se pudo verificar en el proceso auditor al hospital, se concluye que la estructura antigua no cumple con las especificaciones técnicas de la norma NSR-98 en cuanto a ductilidad, rigidez y resistencia, según este estudio se estableció las deficiencias estructurales de la edificación, construida en mampostería simple, sin elementos de confinamiento (vigas y columnas), por lo cual es necesario el reforzamiento total de la estructura.

Al momento de la auditoria las obras de ampliación, remodelación y reforzamiento estructural de la infraestructura del hospital se encuentran en plena ejecución, la obra ha tenido dos prorrogas que suman 85 días, por falta de planeación y coordinación con la administración para la entrega de las aéreas a intervenir.

En el diseño del reforzamiento se tuvo en cuenta los resultados y recomendaciones del estudio de vulnerabilidad, aunque se hicieron algunos ajustes y modificaciones.

En algunos de los puntos de refuerzo estructura, en el segundo piso, no se evidencia la coordinación con el diseño arquitectónico.

En el refuerzo estructural localizado entre la actual oficina de contabilidad y el futuro cuarto inteligente, los anclajes de uno de los soportes superiores no tienen todos los tornillos correspondientes, según el diseño.

En las visitas a las obras de ampliación y remodelación de la planta física del hospital se observaron errores en la ejecución de los acabados en muros y cielos construidos en sistema liviano (errores en los empates de las placas), los muros exterior del volumen sobresaliente de las escaleras, presenta desalineamiento y curvaturas que evidencian mala calidad de la mano de obra. En la misma fachada se presentan dilataciones causadas por errores en los empates entre placas. La pintura se ha embombado y desprendido en algunos aéreas de la fachada.



En el jardín interior del patio central y de los andenes exteriores se ha dejado como decoración piedras (cantos rodados) sueltas de tamaño regular que pueden ser utilizadas como proyectiles.

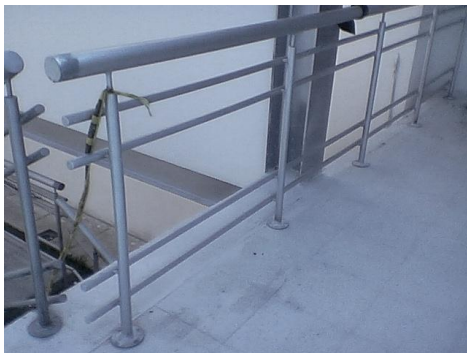




En el piso de la sala de espera de consulta externa hay cuatro tomas corrientes con tapas de protección, no hay señalización o elementos que impida el paso de los usuarios, lo que implica un potencial riesgo de accidente, además del daño de estos elementos. En esta misma área y en el hall de entrada principal el piso nuevo presenta un mal aspecto.



Además se observaron algunos detalles correspondientes al diseño, como falta de ventilación en los baños, elementos de protección a futuros deterioros como goteros (o mata goteras) en los voladizos en las fachadas, alfajías en las ventanas y protectores o remates de filos en columnas y muros, y flexibilidad por esbeltez de las baranda o pasamanos las escaleras nuevas y el hall de llegada al segundo piso, además el pasamanos del muro del segundo piso, tiene algunos anclajes sueltos.



Se observo que en la ejecución de los trabajos de ampliación y remodelación del hospital, los obreros NO utilizan los elementos de protección industrial, por tal razón están expuestos a sufrir accidentes, además las aéreas de trabajo no están debidamente delimitadas y señalizadas, lo que ocasiona incomodidad y posible riesgo de accidente a los usuarios.

Según se evidencia en lo que queda de la edificación vieja y los registros fotográficos de los estudios, el mantenimiento a la infraestructura en estas vigencias era muy precario. En términos generales la infra estructura vieja del hospital se encuentra en regular estado, presenta regulares condiciones de mantenimiento.

En algunos aspectos puntuales no cumple con las normas vigentes para las construcciones hospitalarias, resolución N° 4445 de 1996 del Ministerio de Salud, específicamente en lo relacionado con los acabados de muros y cielos, en algunas aéreas de la edificación vieja, como el corredor de urgencias, el corredor y las oficinas del segundo piso los cielos son de Asbesto-Cemento (Eternit), de igual manera en alas aéreas viejas no se cumple con las especificaciones referentes a los servicios sanitario, las escaleras y las señalizaciones.



En las aéreas que se han remodelado, adecuado y ampliado en algunos aspectos no se cumple con lo establecido en la citada resolución, como son las aéreas de los consultorios, el ancho de la escalera nueva.

El impacto social alcanzado con las obras de infraestructura realizadas en las vigencias auditadas no es relevante, dado que no se ejecutaron obras trascendentales que mejoren las condiciones de servicio a los usuarios, la contratación de las obras de remodelación, adecuación y ampliación del hospital se firmo en el 2008 pero la ejecución se está realizando en este año.

En ninguna de las etapas de la contratación de mantenimiento y obras de infraestructura, se evidencio la participación de la comunidad (Liga de Usuarios), no se cumplió con los principios de la participación ciudadana.

### 3.4 FINANCIAMIENTO

#### 3.4.1 ESTADOS CONTABLES

Se evaluaron los Estados Contables consolidados, Balance General y el Estado de Resultados para las vigencias fiscales 2006, 2007 y 2008 basados en las normas de

auditoría generalmente aceptadas en Colombia, el examen se realizó con base en pruebas selectivas, observándose lo siguiente:

Para las vigencias examinadas se observó que la entidad cuenta con un programa contable denominado “CONEXIÓN” el cual no satisface las necesidades para el manejo de la información financiera, se presentan deficiencias en el modulo de facturación y almacén por cuanto no están en interface con el paquete financiero, se producen inconvenientes en los centros de costos, las cuentas cero como la liquidación y manejo de los pagos inherentes a planta de personal se efectúa en forma manual.

La entidad no cuenta con dispositivos para obtener copias de seguridad de las bases de datos del sistema financiero.

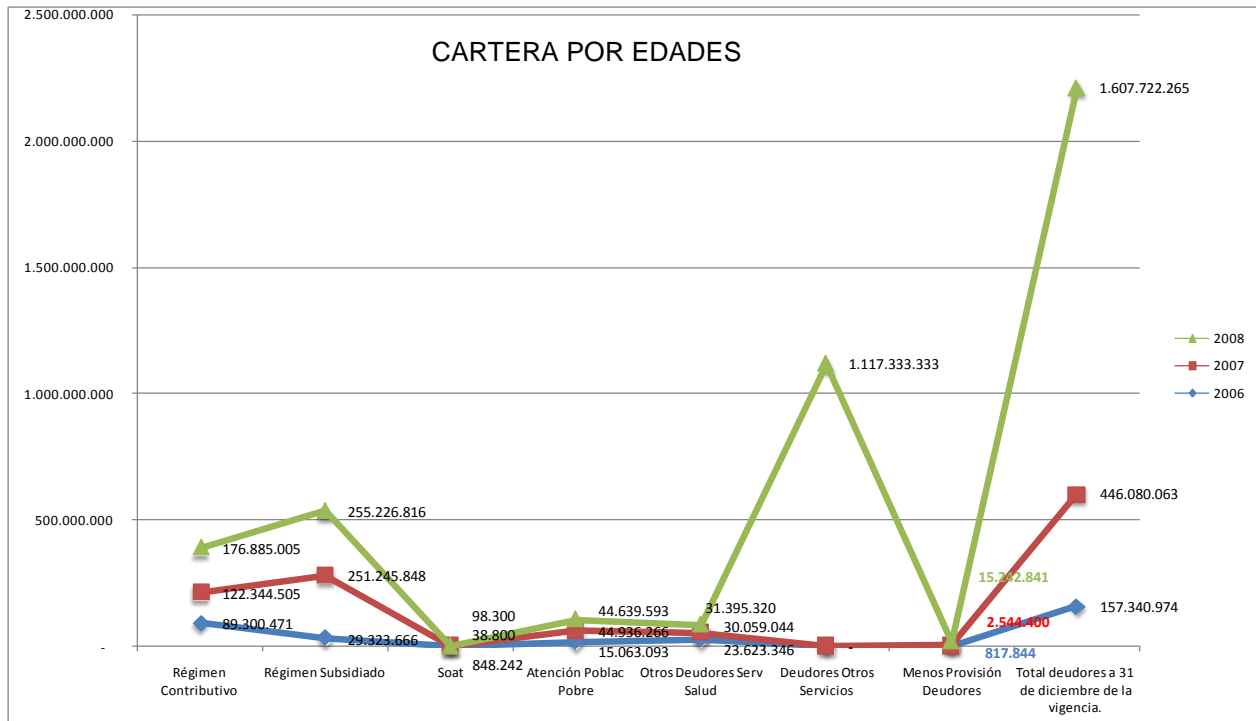
### Saneamiento Contable

El hospital en cumplimiento a lo normado en la Ley 716 de 2001 y Ley 901 de 2004 y Decretos Reglamentarios 1282 de 2002 914 y 915 de 2003, que obliga al Saneamiento contable de muebles e inmuebles, el Hospital a Julio 4 de 2006 realizo la depuración de sus bienes, quedando por legalizar lo referente al terreno en donde está construido el hospital, observándose que no se ha continuado con el proceso de sostenibilidad contable, igualmente no se ha conformado el Comité Técnico Auditor Contable.

Se observo que las actas del Comité de Saneamiento Contable carecen de algunas firmas, afectado la legalización de las actuaciones del comité.

### CARTERA POR EDADES

DÍAS	2.006	2.007	%	2.008	%
30	96,442,645	311,462,906	69.43%	1,307,496,294	238%
DE 31 A 60	9,707,649	81,027,742	18.06%	126,424,638	64%
DE 61 A 90	5,715,971	18,045,946	4.02%	34,716,542	2.14%
DE 91 A 180	16,356,888	12,337,981	2.75%	130,331,455	9.46%
DE 181 A 360	19,027,260	7,098,687	1.58%	15,344,941	46%
MAS DE 360	10,908,405	26.637.971	4.16%	8,649,257	0.53%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>158,158,818</b>	<b>456.611.233</b>	<b>3.46%</b>	<b>1,622,963,127</b>	<b>281%</b>
PROVISIÓN	<b>817.844</b>	20.544.400		15.242.841	
<b>TOTAL</b>	<b>157.340.974</b>	<b>436.066.833</b>	<b>3.61%</b>	<b>1,607,720,287</b>	<b>281%</b>



La cartera en 2007 con relación al 2006 aumentó 3.46% y entre el 2007 y 2008 un 281%, debido a que el ítems de deudores otros servicios se relacionaron los aportes por concepto de remodelación del hospital, contrato afro descendientes, SIGIVILA y aporte del Ministerio de la Protección para la adquisición de ambulancia.

Sumado a lo anterior el incremento en el año 2008 se generó por el no pago del Régimen subsidiado, lo cual según las empresas promotoras de salud se debe a que el municipio no cancela oportunamente el valor de los contratos suscritos con ellos.

Se observó que en los demás plazos el aumento no es significativo por lo tanto se estableció que el hospital presenta una cartera sana.

## Glosas

Los porcentajes de glosas de la facturación durante los años 2006, 2007 y 2008 presentan el siguiente comportamiento:



AÑO	MOTIVO	FACTURADO	GLOSAS	% GLOSAS	GLOSAS ACEPTADAS (4)	GLOSAS NEGADAS (\$)	TOTALES
2006	METAS NO CUMPLIDAS Y NO CARNETIZADOS	2,488,927,375	18,562,749	0.74%	18,562,749	0	2,467,570,308
	ERRORES DE COBRO		2,794,318	0.11%	2,794,318	0	
2007	METAS NO CUMPLIDAS Y NO CARNETIZADOS	2,575,005,284	60,510,506	2.35%	60,510,506	0	2,495,045,665
	ERRORES DE COBRO		19,449,113	0.75%	19,449,113	0	
2008	METAS NO CUMPLIDAS Y NO CARNETIZADOS	2,730,625,653	49,263,019	1.80%	49,263,019	0	2,661,509,442
	ERRORES DE COBRO		19,853,192	0.73%	19,853,192	0	

Para la vigencia 2007 el porcentaje de glosas fue del 2.35% y para las vigencias 2006 y 2007 el porcentaje de glosas fue inferior al 2%. Factores que generan glosas:

- Población no carnetizada: La contratación está sujeta a la población realmente pagada por el Municipio.
- Metas no cumplidas: Para la contratación de promoción y prevención se realizan glosas por población no carnetizada y por las metas no alcanzadas.

Las glosas generadas por la población no carnetizada del régimen subsidiado son responsabilidad de la EPS-S y la Secretaria de Salud Municipal de Guacari.

### Propiedad, Planta y Equipo

CUENTA	2.006	2.007	%	2.008	%
Edificaciones	88,056,375	88,056,375	-	88,056,375	-
Muebles Enseres y Eq. Oficina	327,864,286	291,718,755	(0.11)	317,995,007	0.09
Vehículos	303,082,469	247,962,387	(0.18)	437,919,928	0.77
Maquinaria y Equipo	8,611,570	8,611,570	-	8,611,570	-
Equipo médico y científico	734,154,201	761,154,614	0.04	778,127,735	0.02
Redes Líneas y Cables	0	0	0!	0	0
Equipo de común y computación	157,824,608	185,960,359	0.18	209,888,759	0.13
Equipo de comedor, cocina	2,058,700	3,707,100	0.80	3,707,100	-

CUENTA	2.006	2.007	%	2.008	%
<b>Subtotal Propiedad, Planta y Equipo</b>	<b>1,621,652,209</b>	<b>1,587,171,160</b>	<b>(0.02)</b>	<b>2,344,306,474</b>	<b>0.48</b>
Depreciación acumulada	924,220,891	806,925,719	(0.13)	619,154,444	(0.23)
<b>Total Propiedad Planta y Equipo</b>	<b>697,431,318</b>	<b>780,245,441</b>	<b>0.12</b>	<b>1,725,152,030</b>	<b>1.21</b>

	2006	2007	2008
Propiedad Planta y Equipo	697,431,318	780,245,441	1,725,152,030
Total Activos	1,214,244,708	1,389,938,489	3,518,853,310
<b>% participación Activo Fijos</b>	<b>43.43%</b>	<b>44.13%</b>	<b>49%</b>

La entidad realizó el último avalúo técnico de sus bienes muebles en el 2005, no ha cumplido con la circular externa 060 de 2005 de la CGN<sup>5</sup>, que exige el avalúo técnico a sus bienes muebles cada tres años, puesto que debió realizar un nuevo avalúo en el 2008 generando incertidumbre con respecto al saldo de esta cuenta, estos bienes representan el 49% del activo total.

Esta situación afecta el cálculo de provisiones, depreciación, amortización, valorización y agotamiento; por lo tanto para las vigencias examinadas el saldo de esta cuenta es incierto.

Se observó igualmente que aunque los bienes están asignados a cada funcionario estos se encuentran dispersos y al realizar la verificación en unas dependencias faltan y en otras sobran, no se encuentran plaqueados en su totalidad y algunos no se encuentran registrados en el inventario.

El hospital no cuenta con escritura de propiedad del terreno en donde se encuentra construido el hospital.

Mediante contrato sin número y sin fecha el hospital entregó en calidad de comodato a la unidad municipal Cruz Roja Colombiana de la ciudad de Tulua, una ambulancia HYUNDA 25, modelo 2008, color blanco, con placas OGG025, para el uso habitual y ordinario por cuatro años contados a partir de la fecha del acta de entrega (24 de Julio de 2009). No se evidenció póliza que ampare los siguientes riesgos: responsabilidad civil extracontractual, hurto, el buen uso del bien dado en comodato.

<sup>5</sup> Contaduría General de la Nación

### 3.4.2 PRESUPUESTO

#### Vigencia 2006

Mediante acuerdo de junta directiva sin número de noviembre 4 del 2005 se aprobó el presupuesto del 2006 por 2.056.789.000, presentando un presupuesto definitivo de 2.936.417.526, con una ejecución de recaudo de \$2.591.769.966.

#### Vigencia 2007

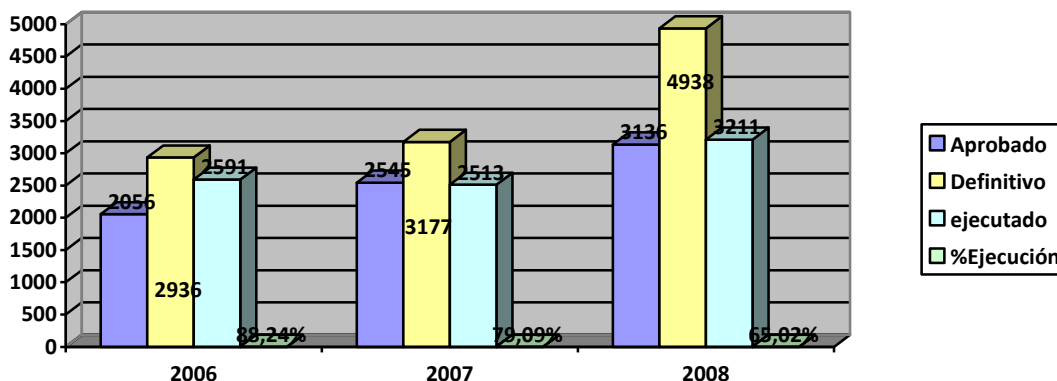
Mediante acuerdo de junta directiva 09 de noviembre 30 del 2006 se aprobó el presupuesto del 2007 por un valor de \$2.545.260.000, presentando un presupuesto definitivo de 3.175.018.220, con una ejecución de recaudo de \$2.510.492.272.

#### Vigencia 2008

Mediante acuerdo de junta directiva 08 de noviembre del 2007 se aprobó el presupuesto del 2008 por un valor de \$3.136.015.000, presentando un presupuesto definitivo de \$4.937.200.961, con una ejecución de recaudo de \$3.210.356.929

Los presupuestos fueron aprobados por Resoluciones del Comité de Política Fiscal Comfis del Municipio de Guacari

Ejecucion de ingresos



En la vigencia 2008 el mayor recaudo lo generó el régimen subsidiado, el cual tuvo un incremento con respecto al 2007 del 32% y el recaudo por régimen contributivo disminuyó entre el 2007 y el 2008 en un 11%.

Entre el 2006 y el 2007 los ingresos presentaron una disminución porcentual del 0.03% y entre el 2007 y el 2008 los ingresos se incrementaron en un 21.75%

### Ejecución presupuestal de Ingresos vs Gastos

Vigencia	Gastos	Ingresos	Variación
2006	2615	2591	-24
2007	2951	2513	-438
2008	4666	3211	-1455

Cifras en millones

Del cuadro anterior podemos concluir que la entidad está generando déficit de caja dentro de cada vigencia, se hace más representativo dentro de la vigencia 2008 porque se adicionaron recursos para inversión sin que estos ingresaran a caja y en los gastos si fueron comprometidos. Por lo que se explica la variación tan representativa.

### COMPARATIVO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS DURANTE LAS TRES VIGENCIAS

CONCEPTO	2006	2007	% VARIACIÓN	2007	2008	% VARIACIÓN
EGRESOS	2.716	2.951		2.951	4.666	
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	604	562	-6	562	706	25
GASTOS DE OPERACIÓN	1.262	1.544	22	1.544	1.853	20
GASTOS GENERALES	614	559	-9	559	569	1
INVERSIÓN	133	286	115	286	1.468	413
SERVICIO A LA DEUDA	102	0	-100	0	69	100

Cifras en millones

### COMPARATIVO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS DURANTE LAS TRES VIGENCIAS

CONCEPTO	2006	2007	variación%	2007	2008	%
INGRESO	2.056	2.510	18	2.510	3.212	12
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	447	554	19	554	494	-11
RÉGIMEN SUBSIDIADO	961	773	-24	773	1.038	16
SUBSIDIO A LA OFERTA	560	609	8	609	882	31

Entre la vigencia 2006 y 2007 el régimen subsidiado fue el que presento una mayor disminución de los ingresos, observándose que por este rubro de ingreso disminuyo en un 24%, producto del no pago de la EPS subsidiada dentro de la vigencia.

## Control Interno Contable

Evaluable el Control Interno Contable se evidenció que:

El proceso contable presenta debilidades en su integralidad de las distintas áreas de la entidad con la oficina de contabilidad.

Las conciliaciones de los saldos de las operaciones reciprocas con todas las dependencias que intervienen en el proceso, no se realizan periódicamente.

Las tomas físicas de inventario de bienes y derechos no se realizan periódicamente para confrontarlos con las cifras registradas en los reportes contables, tampoco se ha realizado el avalúo técnico de bienes muebles ordenado por la ley, (últimos tres años).

Falta identificar, analizar y tratar adecuadamente los riesgos de índole contable de la entidad en forma permanente.

En cuanto al aplicativo utilizado para procesar la información contable no se realiza permanentemente el mantenimiento, actualización y parametrización necesarios para un adecuado mantenimiento.

Los manuales de sistemas y procedimientos contables no están debidamente identificados (flujo gramas) además no se han socializado, para que sirvan de guía u orientación efectiva del proceso contable.

Los bienes no se encuentran debidamente individualizados en la contabilidad.

Las autoevaluaciones del área contable, para determinar la efectividad de controles implementados en cada una de las actividades del proceso contable no se realizan periódicamente.

Los costos históricos registrados en la contabilidad no se actualizan permanentemente de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Contabilidad pública.

No se evidencio la implementación de una política o mecanismo de actualización permanente para los funcionarios involucrados en el proceso contable.

El cálculo de provisiones, depreciación, amortización, valorización y agotamiento se ven afectados porque la entidad no ha llevado a cabo la actualización del avalúo técnico de bienes.

La entidad no publica mensualmente en lugar visible y de fácil acceso a la comunidad el Balance General y el Estado de Actividad Financiera.

Las notas explicativas de los estados financieros no incluyen las notas de carácter general ni específico, tampoco muestra las fortalezas y debilidades.

Estas deficiencias indican falta de controles adecuados, lo cual genera riesgos en el resultado financiero de la entidad

### **Cierre Fiscal de las Vigencias 2006 - 2007 – 2008**

#### **Resultado Fiscal 2006**

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un déficit de \$125.319.000 el cual no se adiciona en la vigencia 2.007 como Déficit Fiscal.

#### **Resultado Fiscal 2007**

La entidad ejecutó en la vigencia sus gastos por encima de sus ingresos, generando un resultado fiscal negativo de \$437.925.540, el cual no se alcanza a cubrir ni con el 75% de las cuentas por cobrar registradas en el último trimestre de la vigencia 2007.

#### **Resultado Fiscal 2008**

Al total de ingresos ejecutados por la entidad en el 2008 (Recaudos en efectivo más recursos del balance), se le restan los pagos efectuados en la vigencia, generando un disponible de \$55.770.964 que se compara con los recursos que se presentan en el Estado del Tesoro, determinándose que en tesorería se encuentran los recursos del ejercicio fiscal de la vigencia.

Al restar al total de los recursos existentes en tesorería, las Cuentas por Pagar, se determinó que la entidad no cuenta con recursos suficientes para cubrir los compromisos u obligaciones contraídas generando un déficit de \$1.454.807.989, el cual no fue incorporado en la vigencia 2009 como cuentas por pagar para ser cancelados con los recursos de la vigencia 2.009.

#### **Riesgos financieros**

Los riesgos financieros de la entidad están representados en 4 procesos jurídicos en su contra, como se determina en la línea de legalidad en procesos judiciales.

La existencia y cuantía de los procesos en contra constituyen un riesgo financiero en tanto no existe disponibilidad inmediata de recursos para cubrirlos ya que no se ha constituido un fondo de contingencias para cubrir fallos en contra del hospital.

### **3.4.3 EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA**

En la revisión de los protocolos de mantenimiento se observó que para las vigencias auditadas, en las carpetas u hojas de vida de los equipos biomédicos, de laboratorio, de

rayos X, de odontología y de hardware, en términos generales están incompletas, no aparecen la numeración, la dependencia a la que corresponde, los números de serie, la fecha de fabricación y de adquisición; los reportes de mantenimiento no son específicos y no se evidencia a que programación corresponden. No se evidencio la existencia de controles por parte de la entidad para verificar el cumplimiento técnico de estos mantenimientos.

En la revisión física de los equipos biomédicos, de laboratorio, de rayos X, de odontología y de hardware y según lo corroboran las personas que los operan, se evidencio que la mayor parte de estos se encuentran en buen estado y funcionan bien, pero el inventario físico no corresponde con el inventario entregado por la entidad, los códigos no corresponden o no existen, hay equipos que no están inventariados.

En los planes de mantenimiento se cumple con presupuestar y plantear en términos generales la programación de los mantenimientos, pero no existe una programación específica y un cronograma detallado de los mantenimientos, de igual manera en las diferentes aéreas del hospital no se conocen las programaciones de mantenimiento.

En las visitas no se evidencio que controles se ejercen para la salida y entrada de equipos por mantenimiento.

En términos generales no se cumple con los protocolos de mantenimiento.

### 3.5 LEGALIDAD

#### 3.5.1 CUMPLIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO DE LA CONTRATACIÓN

Por acuerdo numero 087 de julio 05 de 1.994 se crea el Hospital local de el Municipio de Guacari como empresa social del estado (E.S.E.). Pero en mayo 19 del Año 2.000 por acuerdo numero 014 se deroga el acuerdo número 087 del 05 de julio de 1.994, y se fija la nueva estructura administrativa del Hospital San Roque Empresa Social del Estado del municipio de Guacari Valle, después de este estatuto no se evidencio modificaciones a este en los últimos nueve años.

En relación con la línea de legalidad, se solicito a la entidad de salud, sobre manual de contratación, al evaluar dicho estatuto se observo que fue implementado por acuerdo numero 03 de septiembre 24 de 2.008, se implementa con base en el decreto 1876 de 1.994, también se adecua en lo considerado con los principios de la función pública normados en el artículo 209 de la constitución nacional, como son igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Parte este reglamento contractual del principio que gobierna jurídicamente a las E.S.E. en material contractual cual es el de regirse por el derecho privado como regla general



de acuerdo a lo establecido por el artículo 195 ordinal 6 de la ley 100 de 1.993, pero utiliza facultativamente las cláusulas excepcionales previstas en el estatuto general de la contratación pública.

El estatuto clasifica los contratos en mínima, menor y mayor cuantía lo establecen sobre la base del salario mínimo legal mensual vigente, así mismo establece inhabilidades e incompatibilidades de los contratistas para contratar con la institución, también constituye las modalidades o etapas de contratación, como la etapa precontractual identificándose con la necesidad del bien o servicio a contratar por la institución, como también asevera sobre el cumplimiento de los requisitos en esta etapa, elabora así mismo los procedimientos de acuerdo a las cuantías por contratar, la adjudicación de los contratos, póliza de cumplimiento y sus garantías, de la etapa contractual, interventoría y supervisión de los contratos, sanciones por incumplimientos de los contratos, suspensiones, modificaciones y adiciones de estos, en la etapa pos contractual contempla la solución de divergencias por concertación, conciliación o tribunal de arbitramento.

El estatuto de contratación fue adoptado en septiembre 24 de 2.008, bajo el decreto 066 de enero 16 de 2.008, como un principio orientador de sus actuaciones contractuales; a la fecha de implementar este estatuto, este decreto había sido derogado en julio 7 del 2.008.

También se estima que el estatuto no está actualizado en la normatividad de salud ya que debe de modernizarse, no solo con las reglas generales de contratación y procedimientos contractuales generales, sino también con las normas de salud, porque esta es su misión institucional, debe de contemplar en su normatividad la Ley 1122 de 2.007, que es una norma que actualiza el sistema de salud.

Las carpetas contractuales no se encuentran foliadas, no guardan los documentos anexos al contrato en orden cronológico, así mismo archivan en una misma carpeta contratos suscritos con el mismo contratista en varias vigencias, contraviniendo lo establecido por la ley 594 de 2.000, Ley general de archivo.

Presentan los contratos de las vigencias auditadas informes de interventoría con deficiencias, solo suscriben constancias de cumplimiento del contratista, sin hacer un relato de las diferentes actividades ejecutadas en el cumplimiento del objeto contractual.

Es deficiente la planeación contractual en las vigencias auditadas, no hay articulación entre los programas de salud entre el Municipio y el ente de salud, aunque en la práctica la institución Hospitalaria los ejecute en algunos contratos de prestación de servicios de salud a la comunidad.

No se evidenció la convocatoria de las veedurías en los contratos de salud.



Faltan actas de finalización de los contratos.

Referente a la contratación con la cooperativa talento Humano C.T.A. en la vigencia 2008 se empezó a contratar por procesos, pero no se demuestra la capacidad financiera de la cooperativa contratista, ni siquiera en el certificado de la cámara de comercio, esa observación se hace porque el contrato con la cooperativa es de una cuantía que requiere cuidado, además porque prestan un servicio de personal a las E.S.E. de tipo misional y administrativo, es quien les paga a los funcionarios, por ello deben de tener una capacidad financiera que de estabilidad al pago de los empleados. También se destaca que en este contrato no existió un parámetro del porque se contrato por parte del Hospital esta cooperativa, cual fue el parámetro para medir la idoneidad de esta, en comparación con otras.

## GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Etapas de la contratación (Precontractual – Contractual – Pos contractual).

Las propuestas presentadas por los contratistas son imprecisas, no concretan el objeto contractual a desarrollar, en relación con la misión institucional del ente de salud.

En algunos contratos de la vigencia 2.007 y 2.008 faltan los análisis de conveniencia y la justificación de la necesidad del servicio, en otros casos aunque fueron suscritos tienen deficiencias porque no explican la justificación del objeto a contratar.

La E.S.E. no exige constancias a los contratistas de no ser deudores morosos con el Municipio, ya que pueden contratar a personas naturales o jurídicas con deudas con el ente local, lo que puede conllevar a procesos disciplinarios al gerente de la entidad.

Tanto en la vigencia 2.007, como en el 2.008 se evidencio la falta de la copia del registro presupuestal en las carpetas contractuales de estos dos años, lo que puede sobrellevar el no tener establecido compromiso de pago al contratista por parte de la entidad.

Los contratos de prestación de servicios adolecen de tener todos los pagos en las carpetas contractuales, lo que puede determinar el tener pagos atrasados, y establecer acciones en contra de la entidad por parte de los contratistas.

Los informes de los contratistas solo hacen significado del cumplimiento de la actividad referida, les falta ahondar sobre los compromisos pactados en el desempeño del objeto contractual.

En cuanto a las actas de liquidación de los contratos solo se observa el pago final, faltando suscribir en el acta los demás pagos hechos al contratista.

En la vigencia 2008 se ejecutaron 6 contratos de consultoría y obra pública, En la revisión documental de estos se observo faltantes documentales y soportes técnicos en las carpetas.

En cuanto al contrato de obra pública suscrito en Diciembre de 2.008 por el Hospital San Roque E.S.E. con la unión temporal Domminvalle, se encontró que este cumplió los procedimientos contractuales exigidos por la Ley 80 de 1.993, y la Ley 1150 de 2.007, ya que tanto en la etapa precontractual, así mismo en la contractual que actualmente se está desarrollando se ha ido cumpliendo con la documentación pertinente del procedimiento aplicado, tanto en los pre pliegos, pliegos de condiciones, observaciones de estos, audiencias públicas, resolviendo las observaciones de los oferentes, ponderando las calificaciones de los oferentes tanto técnica, económica como jurídicamente, adjudicando el contrato, perfeccionándolo con el acuerdo de las partes y amparando dicho contrato con las pólizas respectivas.

El Municipio hace la gestión de los pagos mediante un software que no permite la realización de los pagos a las E.P.S. del régimen subsidiado en forma bimestral, ya que solo arroja información cuando se le ha ingresado el comportamiento de las novedades contenida en los formatos uno y dos.

La alcaldía de Guacari presenta un porcentaje de carnetización bajo (86%) lo que genera que las glosas o descuentos de facturación sean igualmente elevados, dado que la base de datos única de afiliados solo se encontraba validado ante el Fosyga en un 56% en octubre de 2.008, el municipio no captaba la totalidad de los recursos comprometidos en la contratación del régimen subsidiado, esta situación ha generado traumatismos en el flujo financiero y por ende morosidad en los pagos de municipio a E.P.S. y de las E.P.S. del régimen subsidiado al Hospital San Roque de Guacari.

Las E.P.S. del régimen subsidiado aducen que no pagan bimestre anticipado a la E.S.E. porque el municipio tampoco lo hace al día con ellas.

## IMPACTO DE LA CONTRATACIÓN

Se desarrollo el programa de salud de la gobernación “Salud es vida inclusión con equidad”. Este contrato fue para la población pobre no asegurada (Vinculados).

El convenio tuvo por objeto el prestar servicios de salud individual, familiar, colectiva, ambiental integral y con calidad, en el marco de la garantía del derecho a la salud y la estrategia de la atención primaria de salud renovada. Desarrollo acciones de promoción

de la salud, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación, además de urgencias y hospitalización las 24 horas del día, con entrega de los medicamentos.

También se adelanta prestación de servicios de salud en baja complejidad en el marco de la protección del derecho a la salud, en lo no cubierto con recursos de la demanda, incluye el modelo de atención en salud, organización de la red de servicios, el sistema de referencia y contrareferencia en el Valle del Cauca. Este servicio de salud que se presta en este contrato incluye disponibilidad de rayos X y laboratorio clínico las 24 horas cumpliendo la resolución 412 de 2.000, se provisiona medicamentos a la población en situación de desplazamiento, esta prestación se hizo bajo la modalidad de capitación.

Se cofinancio la adquisición de una ambulancia para traslado asistencial básico de conformidad con la resolución 1043 de 2.006, con ello se busco mejorar la capacidad de atención a los usuarios mediante la ubicación rápida y oportuna en una unidad médica pertinente, para ser atendidos con eficiencia y eficacia, calidad, para disminuir la mortalidad por patologías que requieran de remisión a un nivel superior de atención.

Con el Departamento la E.S.E. fortaleció el sistema de vigilancia y control epidemiológico del Municipio de Guacarí, con el sistema de información SIVIGILA, con el se monitorea el estado de salud de la población objeto a través de los indicadores de resultado centinela.

Contribuye a la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en el área de influencia.

### 3.5.2 PROCESOS JUDICIALES

Están radicados cuatro procesos con demandas hacia la institución de salud, la cuantía estimada es del valor de \$590.000.000, radicados con los números: 2009-00113; 2008-00390; 2008-00088 y 2009-00096. Las clases de procesos son: Ordinario laboral de mayor cuantía, proceso ejecutivo singular de menor cuantía, acción de reparación directa administrativa, además de una acción popular.

La demanda radicada con el numero 2008-00390 fue por la no cancelación en forma oportuna de facturas de venta, este proceso se encuentra cerrado, al cancelar la obligación existente con intercomercial médica LTDA. Como la acción de repetición de acuerdo a la Ley 678 de 2.001 tiene seis meses para ser instaurada a partir del momento en que se cancela la obligación, la Gerente actual ha enviado un oficio al comité de conciliación y defensa judicial para que realice los estudios pertinentes en relación si hay lugar o no a instaurar acción de repetición contra los posibles responsables por el no pago oportuno de esta deuda por valor de \$20.599.322.

La entidad ha creado en el presupuesto un rubro para sentencias y conciliaciones con el numero 2A303010, pero la entidad no ha apropiado valores ya que el estado de estos procesos es incierto todavía, uno se encuentran en primera instancia, otro se cerro, hay dos que no se han abierto a pruebas; No han constituido un plan de contingencias para el futuro pago de estas sentencias.

### 3.6 REVISIÓN DE LA CUENTA

#### Revisión de cuenta 2008

Se evaluó la cuenta de acuerdo al Manual de Revisión, obteniendo la siguiente calificación la cual dentro del análisis es confrontada para establecer si la Entidad atendió las observaciones que contenía el informe de la vigencia anterior:

#### CALIFICACIÓN CUENTA RENDIDA VIGENCIA 2006.207.2008

ENTIDAD REVISADA Y EVALUADA: HOSPITAL SAN ROQUE DE GUACARI			
ÁREA EVALUADA	PUNTAJE MÁXIMO	REPRESENTATIVIDAD DENTRO DEL OBJETIVO DEL ÁREA	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADMINISTRATIVOS
<b>MISIONAL</b>	<b>60</b>		<b>29</b>
Gestión Institucional	35	16	
Información Operativa	10	6	
Planes o convenios de mejoramiento con los entes de Control	5	4	
Gestión Ambiental	10	3	
<b>ADMINISTRATIVA</b>	<b>40</b>		<b>20.3</b>
Administración Talento Humano	9	4.3	
Administración del recurso físico	6	3.3	
Evaluación de los trámites judiciales	2	1.45	
Ejecución Presupuestal (comprende la actividad contractual) y de la Tesorería	12	5.9	
Proceso Contable	8	4.75	
Oficina de Control Interno	3	0.6	
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>		<b>49.3</b>
PRONUNCIAMIENTO SOBRE LA CUENTA			
El pronunciamiento de la cuenta rendida se emite considerando y sumando los puntajes asignados a cada actividad evaluada, hasta obtener la calificación que determine el fenecimiento o no de la cuenta así:	MENOR A 70 PUNTOS		<b>NO FENECE</b>
	DE 70 PUNTOS EN ADELANTE		

Una vez valorada las áreas y cada uno de los elementos a evaluar, teniendo en cuenta la aplicación de los lineamientos normativos o procedimentales establecidos para cada uno de ellos, se totalizó arrojando como resultado de NO FENECIMIENTO a las cuentas 2006 a 2008 de la Entidad.

#### **4 ANEXOS**

- Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado
- Anexo 2. Opinión a los Estados Contables
- Anexo 3. Cuadro de Hallazgos
- Anexo 4. Beneficio de Control Fiscal

## DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor  
**CARLOS ALBERTO ROBLEDO P.**  
Gerente  
Hospital San Roque de Guacari.

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

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre de los años 2006, 2007 y 2008 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años, dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, 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 y analizada por la Contraloría Departamental del valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental del valle del Cauca consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de las cuentas, con fundamento en el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad en las áreas o procesos auditados y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables consolidados.

Los representantes legales del Hospital, rindieron las cuentas anuales consolidadas por las vigencias fiscales de los años 2006, 2007 y 2008, dentro de los plazos previstos en las resoluciones orgánicas No.100.2802-22 de fecha 14 de diciembre de 2006, No. 100.2802-13 de fecha 05 de diciembre de 2007 y 100.2802-13 de fecha 18 de diciembre de 2008, respectivamente.

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

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

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 fenece** las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes al 2006, 2007 y 2008.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

### Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2006, 2007 y 2008 es desfavorable, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 0,42, En las vigencias 2006 y 2007 ,0.57 en la vigencia 2008, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

#### Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN			
CONCEPTO	CALIFICACIÓN		
	2006	2007	2008
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	1	1	1
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	0	0.5	1
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	0	0.5	1
CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN DE DESARROLLO	0	0	0.5
GESTIÓN FINANCIERA (PRESUPUESTAL)	1	1	1
GESTIÓN CONTRACTUAL (LEGAL – TÉCNICA)	1	1	1
OPINIÓN ESTADOS CONTABLES	0.5	0.5	1
<b>TOTAL</b>	<b>3.5</b>	<b>4.5</b>	<b>6.5</b>
<b>AÑO 2006 3.5/7 = 0.5 &gt; Concepto Desfavorable</b>			
<b>AÑO 2007 4.5/7 = 0.64 &gt; Concepto Desfavorable</b>			
<b>AÑO 2008 6.5/7= 0,92 &gt; Concepto Desfavorable</b>			

El concepto sobre la gestión de la entidad para los años 2006, 2007 y 2008, presentan una calificación desfavorable.

### Concepto sobre los Estados Contable.

La opinión de los estados contables es negativa de conformidad con lo expuesto en el anexo 2.

## RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 26 hallazgos administrativos.

## PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe realizar un Plan de Mejoramiento que incluya las acciones incumplidas en el anterior documento, y las acciones y metas que se implementarán para solucionar las deficiencias u observaciones comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

El Plan de Mejoramiento debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Palmira, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-0213 de diciembre 18 de 2008.

**LUIS ORLANDO MINA**

Contralor Departamental del Valle del Cauca (E)



**Palmira,**

Doctor

**CARLOS ALBERTO ROBLEDO P**

Gerente Hospital San Roque

Guacari Valle

Asunto: Opinión Estados Contables vigencias 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 del Hospital San Roque de Guacari, a través del examen al Balance General a 31 de diciembre de 2006, 2007, 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por los periodos comprendidos 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.

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

Para las vigencias examinadas se observó que la entidad cuenta con un programa contable denominado "CONEXIÓN" el cual no satisface las necesidades para el manejo de la información financiera, se presentan deficiencias en el modulo de facturación y almacén por cuanto no están en interface con el paquete financiero, se producen

inconvenientes en los centros de costos, las cuentas cero, la liquidación y manejo de los pagos inherentes a planta de personal se efectúa en forma manual.

El hospital realizó el último avalúo técnico de sus bienes muebles en el 2005, no ha cumplido con la circular externa 060 de 2005 de la CGN, que exige el avalúo técnico a sus bienes muebles cada tres años, puesto que debió realizar un nuevo avalúo en el 2008 generando incertidumbre con respecto al saldo de esta cuenta, estos bienes representan el 49% del activo total.

Se observo igualmente que aunque los bienes están asignados a cada funcionario estos se encuentran dispersos y al realizar la verificación en las dependencias faltan y en otras sobran, no se encuentran plaeados en su totalidad y otros no se encuentran registrados en el inventario.

Las conciliaciones de los saldos de las operaciones reciprocas con todas las dependencias que intervienen en el proceso, no se realizan periódicamente.

Las tomas físicas de inventario de bienes y derechos no se realizan periódicamente para confrontarlos con las cifras registradas en los reportes contables.

No existe un tratamiento adecuado a los riesgos de índole contable de la entidad en forma permanente por la falta de identificación y análisis de los mismos

Los bienes no se encuentran debidamente individualizados en la contabilidad.

Los costos históricos registrados en la contabilidad no se actualizan permanentemente de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Contabilidad pública.

Estas situaciones afectan el cálculo de provisiones, depreciación, amortización, valorización y agotamiento, evidenciando saldos de las cuentas inciertos.

En nuestra opinión, los estados contables no presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Hospital San Roque de Guacari a diciembre 31 de 2006, 2007, y 2008, los resultados de sus operaciones y los Flujos de Efectivo para los años terminados en estas fechas, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas.

Atentamente,

MARTHA LUCIA FERNÁNDEZ DE TORRES  
Contador Público  
Tarjeta Profesional No. 20.617-T

## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<b>SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>							
1	<p>El subsistema de control de evaluación presenta debilidades en el aspecto de la evaluación y control de la gestión, el desarrollo documental esta avanzado pero los mecanismos de evaluación no son apropiados ni generan decisiones que coadyuven a mejorar el proceso administrativo y por ende el logro de los objetivos propuestos.</p> <p>Se evidenció que el ejercicio de control interno no se cumple en condiciones adecuadas y técnicas que permitan mejorar los procesos administrativos, operativos y estratégicos de la entidad.</p> <p>Los seguimientos a las auditorias operativas y administrativas no son apropiados, no generan un resultado de impacto en la entidad</p> <p>La entidad no cuenta con sistemas de información confiables, ambiente de autocontrol, procesos y procedimientos que permiten determinar un adecuado funcionamiento del sistema de control interno, aspecto negativo en el manejo administrativo, operativo y financiero de los recursos, materiales y humanos.</p>	La entidad acepta el hallazgo.		X				
	<b>GESTIÓN</b>							
2	<p>No se evidenciaron los planes indicativos u operativos, de inversiones y el financiero, que indicaran la articulada planeación en la entidad.</p> <p>Los planes de acción de las vigencias auditadas no tienen articulación con los planes institucionales, no se indican los responsables de las actividades, tiempos de cumplimiento entre otros aspectos, ni se tienen evaluaciones y seguimientos de los mismos.</p>	La entidad acepta el hallazgo.		X				

### CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	El plan de salud con vigencia 2008-2011, no integra el plan financiero como soporte para su ejecución, se enuncia una sostenibilidad en términos conceptuales, más no en términos operativos, no se demuestra como la entidad va a lograr la sostenibilidad y tampoco cuenta plan operativo de inversiones. Además no está aprobado por la Junta ya que carece de las firmas							
3	No han implementado totalmente la ley general de archivos, las tablas de retención están para aprobación, pero en la entidad no sabe aplicarlas adecuadamente.  La entidad no cuenta con un espacio apropiado para el archivo central e histórico que permita tener la información en condiciones adecuadas y oportunas para la consulta permanente, además no existe un inventario de la documentación que garantice la organización del Archivo y la conservación de la información de la Entidad.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
4	Los protocolos de atención al usuario no han sido aprobados por la, ni se presentan ajustados a las normas técnicas de calidad, ni se han formalizados mediante acto administrativo.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
5	No se evidencio el análisis, evaluación seguimiento y aprobación de del plan de gestión de salud y de los informes de gestión de las diferentes vigencias auditadas por parte de la Junta Directiva de la entidad, que permitan generar un adecuado funcionamiento de la entidad, tampoco se ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 800 y resolución 165 de 2008 en cuanto a la selección del director.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
6	La función de la ESE esta por debajo del 70% de cumplimiento de los temas	La entidad acepta el		X				

## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS									
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL	
	necesarios, hecho que impacta negativamente la organización para lograr una gestión adecuada en el cumplimiento de los objetivos misionales, evidenciando deficiencias en el direccionamiento general, prestación de servicios y financiamiento que deben ser priorizados por la entidad para ser corregidas.	hallazgo.							
7	Los proyectos se evidencian el cumplimiento de las metas, debido a que la población no está focalizada, de otra parte no se encontraron proyectos a nivel del hospital que fueran direccionadas para disminuir las cifras de las enfermedades diagnosticadas en el comité de vigilancia epidemiológica.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
8	La gestión de recaudo es deficiente, el presupuesto presenta un decrecimiento representativo que le ha significado al hospital déficit fiscal en las tres vigencias y no se contemplan estrategias de recaudo efectivas.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
GESTIÓN RESIDUOS HOSPITALARIOS									
9	No se evidencio en el recorrido de la ruta hospitalaria tableros alusivos a los sitios donde se pueden disponer los residuos hospitalarios, igualmente se observo que los recipientes que se están utilizando no son los adecuados por la norma.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
10	No se tiene un plan de capacitaciones para darle continuidad a la implementación del PGIRHS, ni los recursos destinados para el mismo, quedando por fuera el componente externo, es decir la población que llega para la atención médica hospitalaria.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
11	No se tiene registro de visitas frecuentes a las empresas prestadoras del servicio de aseo (RH y Ambient) por parte del personal del hospital encargado de dicho seguimiento.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
12	Se evidencio que en algunas de las áreas no se utilizan los recipientes	La entidad acepta el		X					

## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS									
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL	
	adecuados según la norma, igualmente se encuentran en mal estado.	hallazgo.							
13	Los formatos RH, donde se reportan los datos de los residuos peligrosos y ordinarios se deben presentar de forma legible, sin enmendadura y de manera ordenada	La entidad acepta el hallazgo.		X					
GESTIÓN INFRAESTRUCTURA									
14	En la remodelación y ampliación de la entidad no cumple en algunos aspectos con las normas vigentes para las construcciones hospitalarias, resolución Nº 4445 de 1996 del Ministerio de Salud.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
15	No se cumplen los protocolos de mantenimiento de los equipos.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
FINANCIAMIENTO									
16	La entidad cuenta con un programa contable que no satisface las necesidades para el manejo de la información financiera, presentando deficiencias en el modulo de facturación y almacén por cuanto no están en interface con el paquete financiero, se producen inconvenientes en los centros de costos, las cuentas cero, la liquidación y manejo de los pagos inherentes a planta de personal se efectúa en forma manual, generando demora, posibles errores y reproceso, lo cual no garantiza confiabilidad de la información contable.  La entidad no cuenta con dispositivos para obtener copias de seguridad de las bases de datos del sistema financiero.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
17	La entidad no ha cumplido con la circular externa 060 de 2005 de la CGN, que exige el avaluó técnico a sus bienes muebles cada tres años, afectando	La entidad acepta el hallazgo.		X					

## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS									
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL	
	<p>el cálculo de provisiones, depreciación, amortización, valorización y agotamiento; evidenciando incertidumbre en el saldo de esta cuenta.</p> <p>Los bienes asignados a los funcionario se encuentran dispersos evidenciando desorden en la verificación de estos en las dependencias, no se encuentran plaqueados en su totalidad y algunos no se encuentran registrados en el inventario.</p> <p>El hospital no cuenta con escritura de propiedad del terreno en donde se encuentra construido el hospital.</p>								
18	Mediante contrato sin número y sin fecha el hospital entrego en calidad de comodato a la unidad municipal Cruz Roja Colombiana de la ciudad de Tuluá, una ambulancia HYUNDA 25, modelo 2008, color blanco, con placas OGG025, para el uso habitual y ordinario por cuatro años contados a partir de la fecha del acta de entrega (24 de Julio de 2009). No se evidencio póliza que ampare los siguientes riesgos: responsabilidad civil extracontractual, hurto, el buen uso del bien dado en comodato.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
19	Para cubrir los riesgos financieros no existe disponibilidad inmediata de recursos para resguardarlos, ya que no se ha constituido un fondo de contingencias para cubrir fallos en contra del hospital.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
	Control Interno Contable								
20	<p>Se evidenció que el proceso contable presenta debilidades en su integralidad desde distintas áreas de la entidad, con la oficina de contabilidad.</p> <p>Las conciliaciones de los saldos de las operaciones reciprocas con todas las dependencias que intervienen en el proceso, no se realizan periódicamente.</p>	La entidad acepta el hallazgo.		X					



## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>Las tomas físicas de inventario de bienes y derechos no se realizan periódicamente para confrontarlos con las cifras registradas en los reportes contables.</p> <p>No se identifican, analizan y tampoco se le da tratamiento adecuado a los riesgos de índole contable de la entidad en forma permanente.</p> <p>Al aplicativo utilizado para procesar la información contable no se le realiza permanentemente, mantenimiento, actualización y parametrización necesarios para un adecuado funcionamiento.</p> <p>Los manuales de sistemas y procedimientos contables no se han socializado, para que sirvan de guía u orientación efectiva del proceso contable.</p> <p>No se evidencia por medio de flujo gramas, u otra técnica, la forma como circula la información a través de la entidad y su respectivo efecto en el proceso contable.</p> <p>Los bienes no se encuentran debidamente individualizados en la contabilidad.</p> <p>Las autoevaluaciones del área contable, para determinar la efectividad de controles implementados en cada una de las actividades del proceso contable no se realizan periódicamente.</p> <p>Los costos históricos registrados en la contabilidad no se actualizan permanentemente de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen de Contabilidad pública.</p> <p>No se evidencio la implementación de una política o mecanismo de actualización permanente para los funcionarios involucrados en el proceso contable.</p>							

## CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	La entidad no publica mensualmente en lugar visible y de fácil acceso a la comunidad el Balance General y el Estado de Actividad Financiera. Las notas explicativas de los estados financieros no incluyen las notas de carácter general ni específico, tampoco muestra las fortalezas y debilidades. Estas deficiencias indican falta de controles adecuados, lo cual genera riesgos en el resultado financiero de la entidad							
LEGALIDAD								
21	No hay veedurías en ninguno de los contratos.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
22	El estatuto de contratación de la entidad fue adoptado en septiembre 24 de 2.008, con el Decreto 066 de enero 16 de 2.008, como principio orientador de sus actuaciones contractuales; a la fecha de implementación este decreto había sido derogado por el 2474 de julio 7 de 2008.  Evidenciando que el estatuto no está actualizado en la normatividad de salud desde sus reglas de contratación y procedimientos contractuales generales, sino también con las normas de salud Ley 1122 de 2.007, porque esta es su misión institucional.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
23	Las carpetas contractuales no se encuentran foliadas, no guardan los documentos anexos al contrato en orden cronológico, así mismo archivan en una misma carpeta contratos suscritos con el mismo contratista en varias vigencias, contraviniendo la Ley general de archivo y las normas de contratación.	La entidad acepta el hallazgo.		X				
24	Presentan los contratos de las vigencias auditadas informes de interventoria con deficiencias, solo suscriben constancias de cumplimiento del contratista,	La entidad acepta el hallazgo.		X				

### CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS									
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL	
	sin hacer un relato de las diferentes actividades ejecutadas en el cumplimiento del objeto contractual.								
25	Es deficiente la planeación contractual en las vigencias auditadas, no hay articulación entre los programas de salud entre el Municipio y el ente de salud	La entidad acepta el hallazgo.		X					
26	En algunos contratos de las vigencias auditadas faltan los análisis de conveniencia y la justificación de la necesidad del servicio, en otros casos aunque fueron suscritos tienen deficiencias porque no explican la justificación del objeto a contratar.	La entidad acepta el hallazgo.		X					
TOTAL				26					

REPORTE DE BENEFICIOS		
Contraloría Auxiliar	Cercofis Palmira	
Sujeto de Control	Hospital San Roque de Guacari	
Fecha de Seguimiento	Diciembre de 2009	
Modalidad de Seguimiento: Auditoria <u>  X  </u> Visita Fiscal <u>      </u>		
<b>3. BENEFICIOS</b>		
Conceptos	Valor estimado	TOTAL
<b>Recuperaciones:</b>		
En el presente proceso auditor no hubo acciones con resultados cuantificables, la relación de acciones obtenidas fueron de carácter cualitativo, es decir no generan recuperaciones o ahorros potenciales.	\$0	\$0
<b>Subtotal Recuperaciones (1)</b>	\$0	\$0
<b>Ahorros:</b>		
<b>Subtotal Ahorros (2)</b>	\$13.000.000	\$13.000.000
<b>Totales (1) + (2)</b>	\$13.000.000	\$13.000.000
<b>4. SOPORTE(S)</b>		
Informe de Auditoria		
<b>5. OBSERVACIONES</b>		
Durante la auditoria se logro que el contratista del contrato de obra pública 01 de 2008, cuyo objeto es la remodelación, adecuación y ampliación del Hospital San Roque de Guacari, mejorara la calidad de los muros y cielos en sistema liviano y los acabados en estuco y pinturas.		
<b>6. RESPONSABLE</b>		
Contralor Auxiliar	Andrés Fernando Bastidas Solano	
Cargo	Contralor Auxiliar para el Cercofis Palmira	
Fecha del reporte	Diciembre de 2009	