



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

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA ANA
BOLIVAR VALLE**

VIGENCIAS 2006 – 2007 – 2008

**CDVC-CACT No 04
Abril de 2009**



AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

HOSPITAL SANTA ANA

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar Cercofis Tuluá-	Jorge Aldemar Arias Echeverri
Coordinador	
Equipo de Auditoria	
Líder	Ruth Felisa Casanova Bejarano
Profesionales	Carlos Alberto Marín Becerra
	Carlos Alberto García Trujillo
	Carlos Alberto Pastrana Zapata
	Cesar Augusto Vega Pérez
	Johana Yanel Llano L.



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCION	5
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	6
2 METODOLOGIA	8
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	9
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	9
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	10
3.1 GESTIÓN	10
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	10
• Planeación	10
• Actuación de la Junta Directiva	11
• Talento Humano	12
• Evaluación del Sistema de Control Interno	13
3.1.2 SALUD PÚBLICA	15
• Promoción y Prevención	18
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	20
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	25
• Proceso de ajuste y dimensión de oferta de servicios de salud	25
• Avances en el cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	29
• Infraestructura	29



3.2	FINANCIAMIENTO	32
	• Presupuesto	32
	• Software contable	34
	• Saneamiento Contable	35
	• Deudores	35
	• Propiedad Planta y Equipo	36
	• Indicadores Financieros	36
	• Control Interno Contable	36
	• Comprobante de egreso	37
	• Procesos Judiciales	38
	• Patrimonio	39
	• Cierres Fiscales	40
	• Glosas	40
	• Proceso Financiero y Contable	43
	• Evaluación de Tecnología Biomédica	44
3.3	LEGALIDAD	45
	3.3.1 QUEJAS	47
3.4	REVISIÓN DE LA CUENTA	50
3.5	ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN	51
	ANEXOS	54
	Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado	55
	Anexo 2. Opinión sobre los Estados Contables	59
	Anexo 3. Cuadro Resumen de Hallazgos	61



INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la auditoria con enfoque integral, practicada por La Contraloría Departamental del Valle del Cauca a La Empresa Social del Estado, Hospital Santa Ana del Municipio de Bolívar Valle, 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 auditoria 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 del municipio. 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 narrar los principales resultados obtenidos durante la auditoria. Finalmente y como síntesis del proceso se presenta el anexo No. 1 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.



HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

- Es urgente la necesidad de redefinir el modelo de atención para la población en armonía con la Política Pública de Salud, ya que existe una baja capacidad de gestión y las acciones para contribuir a la mejora de la salud de los habitantes, representado en acciones aisladas o no coordinados con iniciativas locales y Departamentales.
- La actual Política de salud en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requiere el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes, ya que no se han definido las efectivas relaciones y la coordinación entre las diferentes actores, dentro del concepto técnico administrativo de la red de servicios, lo cual se lograría en parte mediante el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia para lograr una gestión eficiente, optimización de la infraestructura, el fomento de una cultura de salud y la facilidad, oportunidad y eficiencia para el acceso a los servicios de salud .
- Una desventaja competitiva para cualquier institución es desconocer la estructura de sus costos, situación en la que el Hospital se encontró en las vigencias auditadas.



- Adolece de una evaluación periódica de la pertenencia de los servicios en términos de la medición del balance entre las necesidades de la población y la oferta de los servicios para cubrir estas necesidades y donde no siempre se utilizan intervenciones apropiadas efectivas y basadas en evidencia.
- El hospital, viene arrojando durante las últimas vigencias un déficit fiscal impactando la prestación del servicio y los recursos humanos, por cuanto hace (3) meses no le pagan salarios a los funcionarios. Aún siendo mas riesgoso al confirmar que La Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca, no ha girado los dineros para reforzar la red Publica de Salud, que redundaría en el beneficio de la inversión social, ni se han realizado esfuerzos importantes para sanear las finanzas y que no se presente desequilibrio entre los servicios personales, colectivos y entre los servicios hospitalarios y los de fomento y prevención.
- Uno de los puntos críticos en el funcionamiento de los sistemas de salud, es la poca capacidad administrativa de los entes territoriales para administrar eficientemente los recursos y lograr una calidad óptima de los mismos y se presenta como el principal impedimento. En la medida en que los recursos son escasos, la administración eficiente de estos se convierte en un requisito indispensable para ampliar la cobertura. Desarrollar agresivamente la capacidad de gestión de todos los agentes del sistema es un paso certero hacia la ampliación de la cobertura y mejorar la calidad.



1. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es establecer si la administración del Hospital Santa Ana, está cumpliendo con la responsabilidad de velar por el bien público en materia de salud, contribuyendo con el fortalecimiento de la función de la Entidad para una mayor economía y productividad de los recursos del sector y una mayor equidad en la prestación del servicio de salud para el municipio.

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, la 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 Tuluá.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario de seis profesionales en las áreas de derecho, contabilidad, ingeniería civil, ingeniería sanitaria y ambiental y administración de empresas, a través de análisis documental, discusiones en mesas de trabajo, entrevistas con los usuarios y funcionarios en los diferentes departamentos del hospital y visitas a los puestos de salud mas importantes adscritos al ente hospitalario. De igual manera se atendieron las quejas interpuestas ante La Contraloría Departamental y la comisión de auditoria.



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 tenidas en cuenta para excluir 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 31 preguntas distribuidas en cuatro ejes temáticos aplicadas a 10 funcionarios del Nivel Directivo, 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 período comprendido entre el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2008.

2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

El último Plan de Mejoramiento fue suscrito en la vigencia 2004, con fundamento en el proceso auditor, no se evidenciaron planes con base en auditorias internas de control interno, por lo tanto, no se visualizaron los beneficios de las auditorias aplicadas.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

A continuación se desarrollan los puntos temáticos objeto de auditoria, con los resultados obtenidos como resultado de la evaluación.

3.1 GESTION

Se evaluaron las diferentes áreas de la Empresa Social del Estado, con el fin de determinar la forma en que elaboró su planeación y la ejecutó en cumplimiento de sus objetivos, examinando si los recursos disponibles involucrados en las diferentes actividades fueron asignados, distribuidos y utilizados de manera eficiente, económica, eficaz con oportunidad y calidad.

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- Planeación

La formulación del plan estratégico no define la visión, la misión y los valores de la organización de acuerdo con el análisis estratégico realizado, ni contiene programas detallados en planes de acción, los cuales no se realizaron de acuerdo a lo estipulado en las normas que rigen la prestación del servicio en salud con participación activa de la comunidad.

La ejecución de los planes no tuvo una asignación equitativa de recursos, en función de las necesidades más relevantes en salud de la población y de acuerdo al portafolio de servicios con el que cuenta la entidad. La ejecución de los planes de acción no se realizó de acuerdo a lo programado, tal como lo revelan los resultados de los instrumentos diseñados para medir el cumplimiento de las metas establecidas, de acuerdo a la misión del ente hospitalario además fueron inoperantes.



Infortunadamente, estas experiencias metodológicas en la elaboración de la planeación, no están documentadas en un proceso que permita estandarizarlas e implementarlas en vigencias futuras.

La mayoría de los planes adoptados por la entidad, no se encuentran articulados en un plan de acción entorno a la misión y objetivos de la empresa con base en la realidad socioeconómica de la Región no tiene identificado un diagnostico de la situación de salud del área de influencia.

No se observa la valoración y utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la ESE y el efectivo cumplimiento de las metas y programas aprobados por la junta directiva.

No se evidencia que la institución haya adoptado nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del S.G.S.S.S, garantizando tanto la eficiencia social como económica de la entidad, así como la competitividad de la institución.

La entidad no ha adoptado un plan de mercadeo por eso no posee seguridad sobre la disponibilidad de los recursos, ya que la entidad aún trabaja con presupuestos históricos, en los que no existe una clara limitación de los recursos, tampoco ningún tipo de incentivo para controlar los costos ni la calidad de los servicios prestados, se evidencio que no se realizo mercadeo de ventas de servicios en salud, que puede ofrecer la empresa a otras entidades.

- Actuación de la Junta Directiva

No se han actualizado por Acuerdo de Junta, ni los Estatutos de la entidad, ni Manual de Contratación e Interventoría, reflejándose en la contratación falta de procedimiento en las etapas pre y post contractual, lo que implica un riesgo para los recursos administrados.



La Junta Directiva no ha tomado las respectivas medidas para exigir la actualización de los Estatutos tanto del hospital como el de Contratación, ni establecer los montos de las cuantías que le debe autorizar al Representante legal para la contratación, permitiendo una prestación oportuna, eficaz y eficiente en los servicios de salud que es la misión del ente hospitalario.

Se verifico que por acuerdo numero 004 de diciembre 9 de 2008, se fijaron los parámetros para realizar el concurso de meritos para la elección del gerente del hospital, por existir la vacante, pero aún no se ha efectuado, contraviniendo lo preceptuado en la Ley 1122 de 2007 artículo 28, reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional No. 800 de 2008, porque el actual gerente se encuentra encargado desde el 01 de abril de 2008.

No se evidenció la aprobación de la mayoría de los planes tales como el de seguridad Integral Hospitalario, que garantizan la prestación de servicios de salud, no se ha diseñado un plan de Mercadeo de ventas de servicios en salud que permitiera verificar las estrategias del mercado, basadas en el conocimiento de la demanda en salud, en su área de influencia, las características poblacionales, las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios, las normas de seguridad en salud y capacidad de operación, la competencia, perfil epidemiológico y vulnerabilidad de los grupos de las diferentes comunidades y su posicionamiento en el mercado, segmentación del mercado, lo cual le permite a la empresa explorar nuevos mercados a fin de identificar nichos o franjas potenciales de demanda para lograr dinamizar la venta de los servicios.

- Talento humano

En las tres 3) vigencias auditadas, se contó con el personal suficiente para atender las necesidades del Hospital, se realizaron los ajustes exigidos por la nueva reglamentación, según el Decreto Reglamentario No. 785 de marzo 17 de 2005, la Ley 909 de septiembre 23 de 2004 y el Decreto 2539 de julio 22 de 2005.



La entidad cuenta con una planta de cargos de 35 empleados, compuesta: de 25 de carrera, 7 trabajadores oficiales y 3 empleados provisionales. Además, 19 por Cooperativa C.T.A., y 4 contratistas independientes.

La entidad tiene contruidos los protocolos explícitos para su procesamiento, validación, cada proceso tiene un responsable según el manual de funciones, procesos y procedimientos, pero no se refleja un efectivo esfuerzo para que sean operantes y articulados, el Control interno, Mecí y el Sistema de Gestión de la Calidad.

Otra forma de vinculación del personal es mediante la contratación directa de prestación de servicios para Apoyar la Gestión, contratación que en algunos casos incumplen con los procesos contractuales, hay ausencia de informes parciales y finales, impidiendo observar el avance del cumplimiento del objeto contractual; de informes de interventoría, cuya ausencia impide evidenciar el control y el seguimiento realizado por parte del interventor designado por la entidad, quien garantiza y vigila el cumplimiento del objeto, misión que es determinante para este cumplimiento; y con las actas de liquidación de los mencionados contratos, lo que puede ocasionar demandas por parte de los contratistas, por cuanto la liquidación finiquita el negocio jurídico y la relación entre las partes.

No existen los planes de bienestar social, de capacitación, de inducción y reintroducción, de fortalecimiento de las competencias laborales y tampoco se aprovechan los convenios que han suscrito con las Universidades para que los estudiantes realicen las pasantías en el hospital, en el sentido de que pueden realizar gestiones para obtener capacitación para los funcionarios a bajos costos.

No existe un proceso documentado mediante el cual los funcionarios que se retiran de la entidad realicen la entrega del archivo y la documentación que tuvieron a su cargo, así como los bienes inventariados, garantizando la conservación y custodia de los mismos, y que 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.



El hospital recientemente elaboró y socializó dentro de la organización con la guía del buen gobierno y formuló un código de ética.

- Evaluación del Sistema de Control Interno

El sistema de control interno de la entidad no presenta operatividad, que permita detectar las falencias que como organización tiene el hospital santa Ana, el modelo estándar de control interno contiene los productos del mismo, pero hasta la fecha no se han implementado. La oficina de control interno en la actualidad no cuenta con un equipo multidisciplinario que permita evaluar el sistema y que logre evidenciar las debilidades del mismo y corregirlas.

La evaluación del sistema presenta las siguientes observaciones:

Componente ambiente de control:

No existe proceso de formación y capacitación en la entidad porque no se evidenció un programa como tal que fuese elaborado de acuerdo a un diagnostico de necesidades.

No se ha elaborado programa de inducción y reinducción, programa de incentivos, ni programa de bienestar.

No Se tiene reglamentado el proceso para la selección y premiación de los Equipos de Trabajo.

Componente direccionamiento estratégico:

No se tienen definidos indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan realizar evaluaciones, no se tiene el proceso de seguimiento y evaluación de los planes y programas de manera periódica, los Puntos de control no se encuentran definidos.

Componente administración del riesgo:



No identificaron los factores de riesgos a todos los servidores de la entidad

No se definieron los lineamientos para el manejo de los riesgos por parte del Comité de Coordinación de Control Interno

Componente información.

No se encontraron Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en las normas archivísticas.

No existe una Sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada.

Componente de autoevaluación:

No se evidencia la realización del ejercicio de la evaluación sobre el desarrollo e implementación del Mecé por parte de la oficina de control interno

No se realiza el programa anual de salud pública de auditorías internas ni Planes de mejoramiento.

3.1.2 SALUD PÚBLICA

Partiendo del Plan Nacional de Salud Pública que busca garantizar de una manera integrada la salud de la población, cuyo objetivo es la atención y prevención de los principales factores de RIESGO para la salud y la PROMOCION de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y de los diferentes niveles territoriales para actuar, teniendo en cuenta el PERFIL EPIDEMIOLOGICO, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definieron las prioridades de la salud pública en el municipio. Que investigaciones existentes por el Dpto. o Ministerio de Protección Social o cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio. Las



actividades que buscaron promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos.

La ESE elaboró el plan de seguridad integral hospitalario para garantizar la prestación de los servicios de salud de los usuarios, cuyo objetivo fue la atención y prevención de los principales de riesgo de salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable.

Se observó que se diseñó un plan de mercadeo, pero es inoperante, al verificar las estrategias del mercadeo basado en el cumplimiento de la demanda en salud en su área de influencia las características poblacionales, las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios, las normas de seguridad en salud y su capacidad de operación, la competencia, perfil epidemiológico y vulnerabilidad de los grupos de las diferentes comunidades y su posicionamiento en el mercado, segmentación del mercadeo, lo cual le permite a la empresa explorar nuevos mercados a fin identificar nichos o franjas potenciales de demanda logrando dinamizar la oferta de los servicios.

Dentro del Eje Temático de Política Pública de Salud, opera el comité de vigilancia epidemiológica COVE Municipal y uno institucional, por lo tanto, los riesgos los asume directamente la entidad aunque no haya implementado el plan financiero y presupuestal de salud pública definidos en cada uno de los actores responsables del SGSSS, con recursos de la Secretaría de Salud Departamental por \$599.000.000.00, y el ente territorial dentro del plan territorial municipal le transfirió para Salud Infantil \$14.000.000.00, para Salud Sexual y reproductiva \$15.700.000.00, Salud Oral \$4.500.000.00, Enfermedades crónicas no transmisibles \$14.952.874.00, Nutrición \$14.000.000.00, Enfermedades de interés en salud pública \$2.000.000.00, Fomento de la participación comunitaria y ciudadana \$1.000.000.00, Atención a la población en condición de desplazamiento, discapacidad e indígenas \$10.500.000.00, Vigilancia en salud pública \$3.500.000.00, Salud Mental \$16.000.000.00, Apoyo a planes de emergencia o contingencia \$4.149.661.00; para un total de \$111.102.535.00.

Existe un comité de vigilancia epidemiológico, donde se plasman los problemas de salud de la población más relevantes, por medio de un instrumento COVE, cuyos



integrantes son los 5 médicos de planta (2 del área rural y 3 de la zona urbana), un coordinador medico una enfermera jefe, la auxiliar de enfermería de promoción y prevención, el técnico en estadística, el bacteriólogo, la odontóloga, la auxiliar de salud familiar y comunitaria y una promotora de salud.

El comité se reúne cada mes, los perfiles lo evidencian con las historias clínicas existentes.

El ente hospitalario, ofrece servicios extramurales de promoción y prevención para determinar los perfiles epidemiológicos, por medio de visitas domiciliarias, capacitaciones, charlas, folletos educativos.

EL plan institucional fue socializado, con base en la prestación de servicios de salud, ya que no existía ningún plan.

Según el análisis de los componentes del Plan de Auditoria mejoramiento de la calidad, PAMEC, se ha venido desarrollando de acuerdo a las necesidades diagnosticadas por medio de encuestas, entrevistas etc. el cual se reúne mensualmente para establecer los indicadores de avance del desarrollo del plan el cual debe reportarse a la Súper Salud, Secretaria de Salud, a las EPSS., del cual no se evidencio ningún reporte.

Las estrategias de la Información, educación y comunicación IEC utilizadas por la institución son personalizadas, por medio de las promotoras de salud en visitas domiciliarias, charlas educativas, folletos y carteleros. El municipio no tiene medios de comunicación radial ni televisiva. Solo se difunde por medio de parlantes o perifoneo.

Dentro de la formulación del plan estratégico, no contiene los diferentes programas, así como los planes de acción, los cuales no se realizaron de acuerdo a lo estipulado en las normas que rigen la prestación del servicio en salud con participación activa de la comunidad. Instrumentos diseñados para medir el cumplimiento de las metas establecidas, y las encuestas de satisfacción de los usuarios. Además, no se encuentran articulados en un plan de acción, entorno a la misión y objetivos de la empresa con base en la realidad socioeconómica de la



región. No tiene identificado un diagnóstico de la situación de salud del área de influencia.

El plan de mercadeo es inoperante, por eso la institución no posee seguridad sobre la disponibilidad de los recursos, ya que la entidad aun trabaja con presupuestos históricos, en los que no existe una clara limitación de los recursos, tampoco ningún tipo de incentivo para controlar los costos ni la calidad de los servicios prestados.

De ahí, la importancia del papel del Estado como ente regulador de las fuerzas del mercado y no tanto como regulador de precios, promotor del acceso y difusor de la información. Todo esto es indispensable para que cualquier forma de contratación que realice la ESE opere eficientemente y logre los objetivos buscados.

- Promoción y Prevención

Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención de la salud de la población de Bolívar, aproximadamente se cuenta catorce mil habitantes y la mayor cobertura se presta en los corregimientos (70%).

Año	Población Total	Urbano	Rural
2.006	17.724	5.317	12.407
2.007	16.368	4.910	11.458
2.008	14.728	4.418	10.310

Se verificó que en la zona urbana se cuenta con (4) puestos de Salud que son: Guare, San Fernando, Ricaurte, La Herradura, a los cuales asiste el Medico, Auxiliar de Enfermería y Promotora cada 15 días.

Hay adscritos a la IPS 16 puestos de salud rural y habilitados por la Secretaria Departamental de Salud así:



Puesto de Salud Primavera: cuenta con una ambulancia, un medico y auxiliar de enfermería permanente, se realizan consultas programadas semanalmente en: Punta Larga, Guacas, La Tulia, La Aguada, Cabuyal.

Puesto de Salud Naranjal: con una ambulancia, un medico y auxiliar de enfermería permanente, se realizan consultas programadas cada 15 días en: Buenos Aires, Catres, Betania, Aguas Lindas, donde se verificaron las actividades realizadas durante las tres vigencias auditadas de acuerdo al cumplimiento de las metas del programa de promoción y prevención arrojando los siguientes resultados:

ACTIVIDAD	2006	2007	2008
Consulta Externa Medico General Bolívar	12.715	16.382	25.122
Cons. Urgencias Medico General Bolívar	3.055	4.282	4.147
Consulta por enfermería Bolívar	5.712	6.942	3.415
Consulta Externa medico General Naranjal	3.807	3.866	4.387
Cons. Urgencias Medico Gener. Naranjal	352	122	450
Consulta por Enfermería Naranjal	4.358	2.155	830
Cons. Externa Medico General Primavera	4.647	4.778	4.915
Cons. Urgencias Medico Gener. Primavera	339	164	537
Consulta por Enfermería Primavera	4.094	2.608	1.265
Consulta Odontológica Bolívar	15.472	1.800	4.975
Cons. Odontológica Naranjal y Primavera	5.756	363	594
Laboratorio Clínico Urbano y Rural	11.173	14.944	17.147
TOTAL	71.480	60.561	67.784



En el cuadro anexo de las actividades realizadas en los diferentes programas por el Hospital con sus respectivas zonas rurales, podemos observar que la población asignada para el municipio disminuyó en el año 2.008; en un 11.6%.

A pesar de la leve reducción se logró incrementar las siguientes actividades: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Apoyo Diagnóstico, Vacunación, Control Prenatal, Planificación Familiar, Crecimiento y Desarrollo, Alteración del Joven, Alteración del Adulto, Tamizaje Visual.

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

No obstante, las actividades apuntan al mejoramiento de la salud pública del municipio, pero existe un inconveniente para alcanzar el cumplimiento total de las metas establecidas, y es que la base de datos del municipio sobre la población contratada no tiene actualizadas las direcciones de las residencias de los usuarios, lo que impide ubicarlos a todos para vincularlos a las actividades programadas, quedando por fuera de los beneficios parte de dichos usuarios.

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

Diseño y Formulación del PGIRH

Revisado el Plan de Mejoramiento del Hospital Santa Ana del municipio de Bolívar, suscrito con La Contraloría Departamental del Valle en el año 2008, se evidencia la no implementación de las acciones correctivas direccionadas a la corrección de los hallazgos encontrados en la anterior auditoría, por lo tanto la calificación del Plan corresponde a un 56%.

El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios - PGIRS del Hospital Santa Ana fue actualizado en el mes de diciembre del año 2008, no se evidencia acto



administrativo de implementación o adopción. No fue presentado ante la autoridad ambiental y no cuenta con concepto favorable emitido por ésta, como tampoco ha sido socializado con todo el personal.

Existe el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS) que fue creado mediante la Resolución No. 23 del 05 de marzo 2008, esta a su vez fue modificada por Resolución No. 85 del 22 de octubre de 2008, donde se incluyen al grupo los cargos de subgerente y coordinador medico, quedando integrado finalmente por 11 miembros.

No se evidenció Plan de Acción o ficha MGA en el cual se referencia la necesidad de elaborar el PGIRH, tampoco los recursos destinados a su ejecución.

Implementación del PGIRH

Pese a que en el documento denominado Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios se prescribe un presupuesto de inversión para el manejo de residuos hospitalarios y similares, con un cronograma de ejecución planteado para el 2008, éste solo se cumplió en un 20% (de acuerdo a lo verificado). A su vez, en el Plan de Acción y Ejecución Presupuestal de Gastos de la institución para la vigencia 2009 no se enmarcan actividades de ingerencia ambiental.

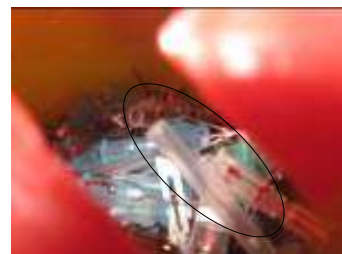
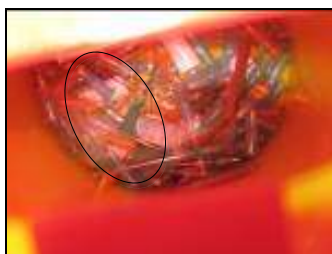
Referente a la implementación de lo prescrito en el PGIRH en cuanto al manejo de los residuos, se evidenció que se plantea la utilización de recipientes tipo pedal de 3 colores diferentes para la recolección de los residuos, rojo, verde y gris, no obstante en la entidad no se ha implementado el color verde, adicional a esto, en los baños se utiliza recipiente tipo papeleras, el recipiente tipo canastilla que se utiliza en los baños no es el adecuado.

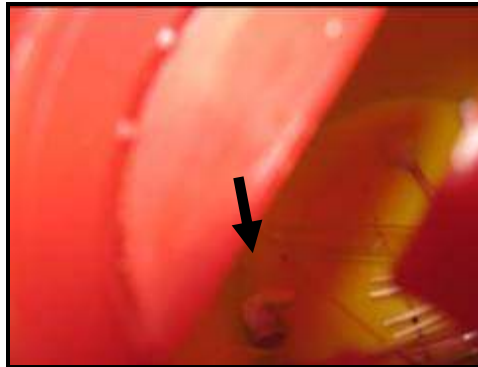


La ruta Hospitalaria establecida para el transporte de los residuos es la misma para bolsas rojas y grises, el horario de recolección es diferente y el transporte se realiza en carros rodantes de material plástico debidamente identificados.

La institución no realiza procesos de desactivación a los residuos generados, excepto los residuos de amalgama que se desactivan con glicerina y a los restos de BK de esputo generados en el área de laboratorio que se desactivan con hipoclorito.

Se observó inadecuado uso de guardianes en las áreas de urgencias, laboratorio y preparación de medicamentos, depositando capuchones plásticos, corchos y otros residuos no cortopunzantes contraviniendo lo establecido en la Resolución No. 1164 de 2002, estas acciones dejan en evidencia la falta de capacitación al personal asistencial en el tema de manejo de residuos hospitalarios.





Los residuos de amalgama generados en el área de odontología son recolectados en recipientes plásticos, rotulados y entregados a la empresa RH para su disposición final.

En farmacia no se presentan medicamentos vencidos, ya que 3 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.

Las bolsas no son rotuladas por área de generación y son pesadas en una balanza tipo reloj, lo cual dificulta precisar el peso en gramos de las bolsas pequeñas, lo que genera diferencias entre el peso anotado por el funcionario del hospital, con respecto al peso recogido y anotado en la planilla de la empresa recolectora RH. Teniendo en cuenta la observación realizada por la Contraloría General de la República, en la presente vigencia, “ninguno de los Hospitales de Colombia” está cumpliendo con la exigencia del pesaje de los residuos producidos.

Al sitio de almacenamiento de los residuos hospitalarios no se le ha realizado las adecuaciones necesarias, conforme a lo establecido en el plan de mejoramiento suscrito con este Ente de Control, no tiene señalización, es completamente



cerrado, no tiene aireación natural, permanecen la puertas sin candado, las escobillas de las puertas presentan desgaste, lo que permite el paso de animales rastreros al interior del cuarto de almacenamiento.

No se evidencia gestión por parte de la coordinadora del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios en la ejecución del PGI RH, se desarrollan indicadores de gestión con datos que no corresponden a la realidad.



El Hospital Santa Ana tiene contrato vigente de prestación del servicio de recolección de líquidos revelador y fijador utilizados en rayos x, suscrito con la empresa Ambient por termino indefinido. Sin embargo se observó que el equipo para la toma de rayos X esta dañado y según la gerente de la institución, no hay recursos para ponerlo de nuevo en funcionamiento; por lo tanto se debe dar inicio a la cancelación del contrato teniendo en cuenta que en la cláusula tercera del mismo reza que podrá terminarse de común acuerdo, dando aviso por escrito con 30 días de anticipación.

El Hospital no cuenta con permiso de vertimientos, debido a que no ha realizado la caracterización de las aguas residuales, condición exigida por la autoridad ambiental para dar inicio a los trámites de obtención del permiso de vertimientos. De acuerdo a todos los ítems antes mencionados, esta entidad hospitalaria no dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1164 de 2002, siendo un presunto hallazgo de tipo disciplinario.



No se evidenció gestión para realizar la inscripción como generador de residuos ante la autoridad ambiental, incumpléndose con el Decreto 4741 de 2005 y la Resolución 1362 de 2007, por cuanto al generar este hospital un promedio mensual de 313 kg de residuos, se clasifica como mediano generador y su plazo de inscripción venció en febrero de 2009, siendo esto un presunto hallazgo de tipo disciplinario.

Componente Social

El PGIRH fue actualizado con la participación directa de los empleados del hospital, no obstante no se han realizado capacitaciones internas sobre el manejo de los residuos hospitalarios, tampoco al componente externo, es decir la población que llega para atención médica hospitalaria.

Se tiene un plan de capacitaciones programado para la vigencia 2009, donde no se tiene en cuenta a la comunidad.

Impacto

La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRH fue deficiente y esto se evidencia en la calificación del plan de mejoramiento correspondiente a un 56%, 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.



3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Proceso de ajuste y dimensión de oferta de servicios de salud

El hospital tiene documentado el número de habitantes y familias de la población tanto rural como urbana asignada a cada una de las promotoras de salud, la cual puede determinar para 100 usuarios cuantas horas medico necesita anual cada zona.

Control sobre la calidad de los servicios médicos

Se realiza mensualmente para cada una de las EPSS con las que se tiene contrato los indicadores de calidad, accesibilidad y oportunidad, de calidad técnica de la atención, de gerencia del riesgo, satisfacción del usuario, seguridad y otros, se evidencio en las encuestas de satisfacción del usuario que se hace mensualmente por el SIAU que se encuentra constituido y cuenta con instrumentos e informes que permiten documentar un proceso educativo y de cambio de la cultura de calidad en los usuarios.

Es importante destacar que no hay una inclinación natural para formular quejas por los servicios que se reciben, si la atención es mala, simplemente cambian de medico o se van a otra IPS, la evaluación a la satisfacción al paciente se hace por medio de encuestas, recolección de sugerencias y atención de quejas, el énfasis en tal evaluación depende fundamentalmente de las políticas de la institución y de la conciencia que tengan sobre la importancia de la satisfacción del cliente. Finalmente, resulta claro que si el usuario no tiene ningún poder sobre los servicios que recibe, será perjudicado, pues, tanto la prestadora como la administradora podrán transferir todo el riesgo por medio de la calidad o el costo del servicio.

Las acciones que adelantó el municipio para seguimiento del cumplimiento en la prestación de servicios para el Régimen Subsidiado durante el año 2008, a través de informes de indicadores de monitoreo externo del Sistema de Información para la calidad de la E.S.E. del ente territorial, realizó monitoreos externos de



información para la calidad, se practicaron auditorias externas realizadas por las EPS-S con el fin de que éstos revisen el estado del sistema de Gestión de La Garantía de La Calidad, y puedan exigir el mejoramiento de dichas inconformidades detectadas en las auditorias que se realizaron.

Bolívar Valle viene desarrollando la estrategia de municipio saludable, con acciones intersectoriales, comunitarias, sostenibles, las cuales se ven reflejadas en estadísticas de mortalidad evitable: materna, infantil, EDA, neumonía, malaria y dengue.

El hospital presenta una adecuada implementación en el Sistema de Calidad y PAMEC, el cual en el momento se esta realizando auto evaluación de acuerdo al decreto 1043, y documentar todos los procesos y subprocesos con indicadores y estándares de seguimiento.

Debiendo mejorar la oportunidad para la consulta odontológica, para la cual se asignan citas una vez en el mes, se encontró un buen estado en cuanto a lo relacionado con la preservación de la historia clínica; se encontró una buena redacción y concordancia cronológica en las historias realizadas por los profesionales de la institución.

Existen unos compromisos para continuar con el proceso de documentación de todos los indicadores de la auditoria de calidad. No evidencia que no se han documentado los planes de mejoramiento y seguimiento para mejorar la oportunidad en la asignación de citas odontológicas.

Se estableció con todos los requerimientos tecnológicos necesarios el Sistema de Vigilancia de Salud Pública SIVIGILA, por La Secretaría de Salud Departamental, el municipio y el hospital, quien ha suscrito planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos detectados en la calidad de la prestación de servicios en salud.

Se evidenció que La Secretaría Departamental de Salud por medio de La Universidad del Valle, realizo una auditoria la cual evaluó la capacidad resolutive de la institución y la calidad de la prestación de servicios de salud con la normatividad vigente, la cual indago sobre los procesos prioritarios, los procesos



de atención en salud, referencia y contrarreferencia, medicamentos e insumos, legalidad, recursos humanos, suficiencia patrimonial y financiera, área de facturación, equipos biomédicos, atención al usuario y sistemas de información.

Para conocer la opinión de los usuarios del servicio sobre la atención que les brinda la entidad hospitalaria se realizó encuesta a 30 usuarios que esperaban ser atendidos en consulta externa, odontología, control prenatal, facturación y farmacia, la cual arrojó un resultado del 89% que están satisfechos.

Destacan la calidad de profesionales de consulta externa y odontología, no obstante esta opinión, tienen algunas inconformidades, entre ellas:

Citas Consulta Externa

No se estiman algunos cupos especiales de consulta externa para usuarios que viven en las veredas lejanas y requieren del servicio en el casco urbano.

Demora en la atención

Por consulta externa y odontología se gastan un promedio de 4 horas de espera para la atención.

Esta pregunta hace alusión a las explicaciones dadas por los médicos de la institución a los pacientes sobre su estado de salud, el 79% (30 usuarios) responden que los galenos son claros en este aspecto.

Con respecto a la limpieza e higiene de las instalaciones del centro hospitalario el 61% de los encuestados (15 personas) responden que les parecen buenas las condiciones de aseo,

Con relación a la atención brindada en el área de facturación el 70% (20 usuarios) consideran es buena ya que es rápida.



Se le preguntó a los encuestados sobre la comodidad e iluminación de las instalaciones hospitalarias; 41 usuarios (53 encuestados, 77%) manifestaron que en las áreas donde estuvieron les parecieron incómodas.

Se le preguntó a los encuestados si la atención recibida en el hospital contribuyó a mejorar su estado de salud, el 64% ó sea 24 usuarios manifestaron que de alguna manera observan mejoría en su salud. El 12% manifestaron algún grado de inconformidad en la recuperación de la salud.

Con relación a esta pregunta con enfoque de respuesta SI – NO la cual estuvo dirigida a preguntar si el recibo del paciente por el área de urgencias fue adecuado y oportuno. Al respecto 20 personas de las 30 encuestadas (62%) manifestaron de manera afirmativa que fueron atendidos adecuada y de manera rápida en esta área que es de las más importantes en este centro hospitalario de nivel I.

- Avances en el cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008

Se verificó que la entidad como una IPS de Nivel I y de baja complejidad, tiene como una política de salud pública cumplir con las exigencias de la sentencia, la cual se está preparando para realizar los cobros por servicios no POS, pero actualmente la falta de un flujo adecuado de recursos obstaculiza el acceso a los servicios de salud, mientras se expide la Regulación por parte del Ministerio de Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, para garantizar la prestación del servicio, pero aún la alta gerencia no ha trazado las directrices a seguir para su cumplimiento.

- Infraestructura

La E. S. E está conformada por una sede principal de Nivel I de baja complejidad y cuenta con diez y seis (16) puestos de salud adscritos al ente hospitalario, los más importantes son los corregimientos de: Primavera, Naranjal, La Tulia, Betania y Ricaurte.



El plan estratégico 2008 - 2011 de la entidad, no incluye actividades relacionadas con el mejoramiento o ampliación en la infraestructura.

En las vigencias auditadas la entidad cumplió con lo dispuesto en el artículo 1º del Decreto 1769 de 1994 referente a las inversiones que se deben apropiar para realizar mantenimiento hospitalario, donde el porcentaje de cumplimiento otorgado por la ley del 5%, en cada una de estas vigencias se sobrepaso, lo que nos indica que hubo mayor inversión como lo demuestra el siguiente cuadro:

Cifras en miles de pesos

Vigencia	Ppto. Ejecutado	%	Inversión Mtto
2006	1.950.171.938.	11%	217.610.862
2007	1.928.715.632.	8.30%	160.017.634
2008	2.263.302.419.	6.16%	139.503.050.

Las obras de mantenimiento realizadas, obedecen a actividades producto de la necesidad inmediata de reparar elementos de la planta física, indispensables para la prestación del servicio, pero no son actividades programadas.

No hay una persona encargada del mantenimiento preventivo de la infraestructura y su equipamiento.

Según inspección realizada a la planta física del hospital, se evidenció el cumplimiento de las normas arquitectónicas para construcciones hospitalarias, necesarias para una aceptable prestación del servicio, las deficiencias halladas, radican en el deterioro de algunos elementos por falta de mantenimiento, el incumplimiento de algunas especificaciones arquitectónicas exigidas por la ley y por razones propias de una edificación antigua.

- Se verificaron deficiencias en áreas como laboratorio clínico y curaciones de urgencias, no existen uniones en media caña entre piso-pared y techo-pared como lo ordena la norma.



- Los cielos 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 icopor y asbesto cemento.

-No hay unidades sanitarias para minusválidos.

-No hay ducha teléfono en los baños.

-De los dos (2) consultorios hay uno que no tiene baño.

-Los consultorios no tienen división para separar el ambiente de entrevista con el de examen.

-No hay un cuarto de reanimación en el área de urgencias.

Por contrato de consultoría N° 33 de septiembre de 2006 suscrito por el ente hospitalario se presentó ante la Secretaría de Salud del Valle, el proyecto de “Reparaciones locativas sala de urgencias hospital Santa Ana ESE”, este proyecto contempló dos alternativas: la adecuación del área de urgencias o la construcción de una nueva edificación. Evidenciándose que dicho proyecto no obtuvo viabilidad técnica, pues no se aportó la documentación necesaria, como estudios, diseños, planos constructivos y la codificación de ítems de acuerdo al listado de precios oficiales de la Gobernación del Valle.

El puesto de salud ubicado en el corregimiento de Naranjal, cumple con la normatividad para construcciones hospitalarias exigidas para su bajo nivel de complejidad, pues solo atienden consulta externa y odontología.

El puesto de salud del corregimiento de Primavera, funciona en una edificación cuya construcción se inicio en la década de los noventa y a la fecha se encuentra en obra negra en un 75%. Esta edificación fue concebida para el funcionamiento de un Hospital Regional, lo que hace que se encuentre subutilizada, pues los



protocolos médicos correspondientes a su nivel de complejidad como puesto de salud, se están realizando en un 25% de la planta física.

Se evidenció que la planta física de los puestos de salud visitados corresponde a edificaciones donde en su diseño no se analizó costo-beneficio, verificándose que presentó unas dimensiones muy grandes y por lo tanto costosas en su construcción y mantenimiento, para la poca oferta de servicios.

Se constató que el ente hospitalario realizó el estudio de Vulnerabilidad Sísmica en el año 2004, según lo exigido por la ley 400 de 1997.

Posteriormente, en la vigencia de 2005 se presentó proyecto de reforzamiento estructural al Departamento de Planeación Nacional. Igualmente, en la vigencia de 2006 se presentó proyecto ante el Ministerio de Protección Social, sin respuesta alguna.

Se debe efectuar gestión ante otros entes gubernamentales para conseguir los recursos necesarios para ejecutar el proyecto del reforzamiento estructural de la planta física del hospital.

Dentro de la poca obra civil contratada durante las vigencias auditadas, no se encontraron anomalías en la formulación de proyectos financieramente y por la baja complejidad y cuantía de las obras realizadas.

No se evidenció elaboración de análisis de conveniencia ni procedimientos que se asimilen, para la inversión en mantenimiento y reparaciones locativas.

En la ejecución de las obras de mantenimiento de la planta física, realizadas durante las vigencias auditadas, debido a la baja complejidad y cuantía de estas, no se realizaron interventorias.

Se verificó que actualmente se están ejecutando obras de adecuación en el puesto de salud del corregimiento de Primavera, tanto en el área habilitada donde



funciona físicamente el puesto de salud como en la parte que se encuentra en obra negra. Estas obras se realizan con recursos de la secretaria de Salud Departamental y ejecución del Comité de Cafeteros. No se evidenció interventoría ni una relación de las obras a realizar con sus respectivas especificaciones técnicas, debido a esto se presenta deficiencias de calidad.

No hay evidencia de socialización de proyectos con la comunidad.

Se constató que las obras de mantenimiento realizadas en el Hospital y los puestos de salud adscritos, han contribuido para el mejoramiento en la prestación del servicio.

3.2 FINANCIAMIENTO

- Presupuesto

En las tres vigencias, los ingresos presupuestados presentaron su mayor incremento en el 2008, aumentando un 7,3 % respecto al 2007, en el presupuesto de ingresos la apropiación más representativa es la del subsidio a la oferta que corresponde para la vigencia 2006 en 48,7%, 2007 en 36% ,2008 en 29.9% .es de acotar que el hospital no se ha preparado para realizar su presupuesto en relación con el subsidio a la demanda por no tener centro de costos para los servicios que presta.

El régimen subsidiado para la vigencia 2006 fue de 21.4%,2007 de 32 % ,2008 de 39% siendo esta apropiación la que mas aumentó debido a que el hospital obtuvo mayores ingresos producto de la ampliación de la cobertura realizada por el municipio y contratada con el hospital.

Al ejecutar el presupuesto se evidenció la imputación de gastos que no pertenecía a los rubros afectados en la vigencia, incumpliendo el artículo 8 de la ley 115 de 1996, como es el caso del pago de impuestos afectando el rubro de sentencias y conciliaciones.



Los actos administrativos de modificaciones, reducciones, adiciones y traslados al presupuesto no se realizaron en su totalidad, como se evidencia en la ejecución presupuestal de las vigencias 2006 y 2007,

PRESUPUESTO DE INGRESOS

CONCEPTO	2006	%	2007	%	2008	%
INGRESO	1.605.703.541		1.670.630.983		1.993.846.739	
REGIMEN SUBSIDIADO	344.721.812	21.4	535.331.789	32	782.692.716	39
SUBSIDIO A LA OFERTA	782.627.530	48.7	604.644.498	36	596.938.453	29.9
REJIMEN CONTRIBUTIVO	71.370.722	4.4	78.725.321	4.7	116.731.679	5.8

PRESUPUESTO DE EGRESOS

CONCEPTO	2006	%	2007	%	2008	%
EGRESOS	1.797.659.522		2.040.899.277		1.949.406.181	
GASTOS DE ADMINISTRACION	424.743.245	23.6	450.512.803	22	474.219.496	24
GASTOS DE OPERACION	812.510.430	45	830.690.736	40.7	961.843.583	49
GASTOS GENERALES	330.449.322	18.3	269.447.721	13.2	259.511.254	13.3

VARIACIONES DE LOS PRESUPUESTOS DE INGRESOS

	2006	2007	% Var.	2008	VARIACION 2007VS 2008
Proyectado	1.950.171.938	1.928.715.632	-1.1	2.610.518.919	7.3
Ejecutado	1.605.703.541	1.670.630.983	3.9	1.993.846.739	6.3
% Ejecución	82	87		76	

- Software Financiero



Para las vigencias 2006, 2007 y 2008 el hospital utilizó el programa Sistecom para contabilidad y Sistepre para presupuesto, los cuales se encuentran entregados, Factsalud para facturación, almacén, estadística y cartera, observándose que son programas diferentes y no permiten la articulación en las diferentes áreas del hospital, lo cual obliga a realizar las conciliaciones de la información de forma manual, lo que genera poca confiabilidad en las cifras de los Estados Financieros.

Teniendo en cuenta que la inversión ejecutada en la vigencia del 2008 aproximadamente fue de trece millones de pesos, para el proceso de actualización y mantenimiento de los software mencionados, se evidencio que los programas no tienen ninguna interrelación y cada uno de ellos es manejado por aparte.

No se evidenció que la alta gerencia haya tomado las medidas correctivas y preventivas en la efectiva implementación y actualización en los programas de facturación, almacén, estadística y cartera para una efectiva seguridad y confiabilidad de la información en los procesos y parámetros operativos como integridad en los contratos y acuerdos del sistema, además, haberlos articulado en red con los puestos de salud que operan en el área rural, en los procesos de facturación y estadística y en el riesgo que existe por la inseguridad en lugares tan lejanos.

- Saneamiento Contable

Se evidenció que existió un comité de saneamiento contable inoperante, ya que en los estados financieros no se refleja su gestión.

Revisados los libros oficiales y los balances de comprobación de las vigencias auditadas, se evidenció que la información de los libros no coincide con la saldos de los balances de comprobación, por lo tanto existe una inexactitud en la información.

- Deudores



Variación Cuenta Deudores 2005 – 2008

	2005	2006	2007	2008
Saldo a diciembre 31	388.612	244.893	347.217	539.861
% de variación	0	-37%	42%	55%

Se evidenció que para las vigencias 2006 y 2007 los saldos de la cuenta deudores no se habían depurado, y en la vigencia 2008 aumentaron los deudores en un porcentaje del 55%, lo que refleja saneamiento contable, al conciliar los saldos contables con las EPSS.

- Propiedad, Planta y Equipo

No se evidenció avalúo técnico a los bienes inmuebles y muebles, contraviniendo las normas contables, y lo establecido por la Contaduría General de la Nación (CGN) donde se establece que se debe realizar cada tres (3) años.

Así mismo se observó que no se está cumpliendo el registro de traslado de los bienes muebles de una dependencia otra, esta situación genera riesgo en el manejo de la información ya que se dificulta el flujo y tránsito de la misma.

Se evidenció que en el cuarto trimestre del 2007 y el primer semestre del 2008 los bienes muebles no estaban asegurados, ya que algunas de las pólizas fueron revocadas por el no pago oportuno, dejando ver la falta de control y manejo en el recurso financiero de la entidad.

- Indicadores Financieros

INDICADOR	2006	2007	2008
Razón corriente	1.37	1.42	1.42
Solidez	5.86.	4.93	3.60



Endeudamiento	17.07	20.27	27.77
---------------	-------	-------	-------

El hospital cuenta con 1.42 pesos para cancelar cada peso que adeuda, según el indicador de Razón Corriente, evidenciado en 2008, lo que demuestra que cuenta con los recursos suficientes representados en Caja – Bancos, Inversiones, Cuentas por Cobrar e Inventarios (Activos corrientes) para cubrir sus pasivos.

Según el indicador de solidez la entidad cuenta con 3.60 pesos para cancelar cada peso que debe, lo que demuestra que cuenta con los activos suficientes, representados en sus activos corrientes y Propiedad Planta y Equipo y Otros Activos, para cubrir sus pasivos totales.

En cuanto al endeudamiento presenta un índice del 27.77% que es bajo, ya que al corte de la vigencia 2008 cancelo las obligaciones financieras.

- Control Interno Contable

En la vigencia 2004 el hospital inició el proceso de Saneamiento Contable a sus cuentas, según lo establecido en la Ley 716 de 2001, revisados los balances de comprobación se verificó que la entidad no culminó satisfactoriamente la depuración siendo esta situación negativa porque no refleja la realidad financiera de la empresa.

No existe un adecuado y efectivo control interno contable, pues en las partidas conciliatorias no efectúan los ajustes correspondientes, además, no se ha implementado un plan financiero ni los manuales de sistemas y procedimientos contables.

Revisados los Formatos F2 de la rendición de la cuenta de las vigencias 2007 y 2008 donde la entidad reportó la información de control interno contable, se evidencio que no obedece a la realidad contable de la entidad de acuerdo a las inconsistencias detectadas.

- Comprobantes de egreso



Se evidenció que en las conciliaciones bancarias desde marzo 2 de 2005 se ha estado arrastrando un cheque devuelto por \$119.375 para al pago de aportes al fondo de pensiones Santander, correspondiente al mes de febrero de 2005 de una funcionaria del hospital; el cheque fue devuelto por el cambio de fondo de pensiones.

Se evidenció que en la Resolución No. 071 de agosto 22 de 2008, se autoriza el pago de las prestaciones sociales al gerente anterior, incluidas las compensaciones por vacaciones no disfrutadas de periodos desde enero 8 de 2005 a enero 7 de 2008, se observó que en el egreso 020798 de abril 27 de 2007 se le pago la suma de \$2.339.148 por concepto de compensación de vacaciones no disfrutadas del periodo 2006 – 2007 según la Resolución No. 045 de abril 27 de 2007. En el mismo proceso de auditoria con base en la observación efectuada se modifico dicha resolución la cual fue corregida para evitar pagar un mayor valor, presentándose así un valor agregado en el proceso auditor.

Se constató, que un funcionario de carrera administrativa que desempeña el cargo de auxiliar de estadística, siendo empleado de la planta de cargos, además, se le contrató por órdenes de prestación de servicios OPS como profesional en psicología, cuyo objeto contractual fue la de psicólogo para el programa de la Atención Primaria en Salud APS durante las vigencias 2006 y 2007, evidenciándose un posible detrimento patrimonial por \$14.700.000.00, que equivale al doble pago, uno por nomina de planta de cargos y el otro por contratación de servicios.

Se realizaron dos pagos, uno por ejecución de un contrato de consultaría No. 033 de septiembre de 2006, por \$4.000.000, cuyo objeto fue la elaboración de proyectos hospitalarios en la metodología general ajustada MGA, se le canceló un mayor valor de \$500.000, según los comprobantes de egresos No.903 de septiembre 29 de 2006 por \$2.000.000 y egreso No. 926 de octubre 6 de 2006 por \$2.500.000. Evidenciándose que se le canceló por el total del contrato \$4.500.000.00, presentándose un posible detrimento patrimonial por \$500.000.00.



- Procesos judiciales

Se evidenció que durante las vigencias auditadas cursaron 6 procesos judiciales en contra del hospital que ascienden aproximadamente a \$198.413.772.00., uno incoado desde 1.999 por una acción de Reparación Directa, el cual fue sentenciado por el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle en la vigencia de 2008, quien condenó al hospital a pagar \$161.525.000.00, por causa de una negligencia medica, los cuales no están reflejados en la contabilidad y el presupuesto, generando intereses sobre intereses sin que medie alguna conciliación. El segundo proceso se condeno al hospital por el juzgado laboral del circuito de Roldadillo por \$11.246.626.42, conciliado y pagado en la vigencia de 2007 y el tercero, conciliación realizada ante la Procuraduría Judicial delegada ante el Contencioso Administrativo por \$4.617.549,00 pagado el 27 de noviembre de 2008.

Se constató que no existe comité de conciliaciones, siendo la conciliación un mecanismo que permite a las partes de un proceso ponerse de acuerdo para resolver un litigio y de esta manera lograr una economía procesal, en razón a que se detiene el proceso y se logra un ahorro.

La constitución Política establece que cuando un funcionario le genere daño Patrimonial al Estado, deberá responder con su propio pecunio, para lo cual la entidad afectada deberá repetir contra este, para resarcir el daño, por medio de una acción de repetición plasmada en la Ley 640 de 2001.

Se verificó el incumplimiento de esta Ley, por cuanto no se ha iniciado ninguna acción por el Hospital para recuperar los dineros perdidos en demandas y procesos judiciales, teniendo en cuenta que su aplicación requiere que se compruebe que hubo culpa grave o conducta dolosa por parte del causante (funcionario publico) de la sanción económica a la entidad pública, cuyas acciones directas solo pueden iniciarse dentro de los seis meses siguientes al pago, siendo casual de mala conducta para el Representante legal que deje vencer este termino. Cumplido ese periodo es necesario que se entablen las acciones a través de las entidades del Ministerio Publico, que tienen hasta dos años para proceder a la repetición.



- Patrimonio

Se evidenció que la entidad presentó déficit operacional en las vigencias auditadas, el costo de ventas corresponde a un 70% aproximadamente de los ingresos y los gastos a un 40%, donde los más representativos son los sueldos y salarios.

La entidad recibe otros ingresos financieros correspondiente a las transferencias del departamento y del municipio lo que le permite disminuir la perdida.

	2,006		2,007		2,008	
Ingresos	1,626,269		1,773,800		2,097,961	
Costo de ventas	1,190,741	73%	1,120,188	63%	1,409,279	67%
Gastos Operacionales	459,043	28%	706,957	40%	864,266	41%
Sueldos y salarios	205,868	45%	478,441	68%	383,359	44%
Déficit operacional	- 23,515		- 53,345		- 175,584	
Otros ingresos	27,438		11,974		166,038	
Excedente (déficit)	3,923		- 41,371		- 9,546	

- Cierres Fiscales

2006

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un Resultado Fiscal negativo por \$191.955.981, el cual no se alcanza a cubrir con el 75% de las cuentas por cobrar registradas en la vigencia 2006, generando un déficit de \$6.137.250 verificándose que no fue incorporado al presupuesto de la siguiente vigencia.

2007



La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un Resultado Fiscal negativo de \$370.268.294, el cual no se alcanza a cubrir con el 75% de las cuentas por cobrar registradas en la vigencia 2007, generando un déficit por \$ 109.855.919 verificándose que no fue incorporado al presupuesto.

2008

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un Resultado Fiscal negativo de \$460.182.892, el cual no se alcanza a cubrir con el 65% de las cuentas por cobrar registradas en la vigencia 2008 generando un déficit por \$ 162.925.123 evidenciándose que fue incorporado al presupuesto del 2009.

Glosas

Se evidenciaron dos causas principales para la generación de las glosas de la entidad.

EPS	USUARIOS	NO CARNETIZ	% NO CARNETIZ
CAPRECOM	64	0	100
AMBUQ	4.342	0	0
CAFESALUD	6.368	471	7

La primera, el 80% de las glosas se da por que los contratos se ejecutaron por capitación y muchas veces no se alcanzaron a cumplir las metas de promoción y prevención, pues la base de datos del municipio no está actualizada, generando un impacto negativo, ya que no se pueden cubrir todas las personas usuarias del servicio.

La segunda, por la atención que se presta a la población no asegurada, por falta de carnetización, porque no están en la base de datos.

La mayoría de las glosas son aceptadas por que no son carnetizadas.



Se evidenció que los saldos de las glosas no son precisos por que los usuarios vinculados al régimen subsidiado presentan inconsistencias en la base de datos, por inconsistencias en la información, además, existen usuarios que aparecen simultáneamente afiliados al régimen contributivo, así mismo, la entidad no ha depurado la cartera de las EPSS.

Se evidenció que en la entidad no se ha conformado comité de glosas que permita el levantamiento de las mismas, y esta responsabilidad recae solo en cabeza del auditor medico de la entidad.

Se evidenció que la contratación con las EPSS implica un riesgo, entendido este como la posibilidad de asumir un costo inesperado de esta, depende quien asume el riesgo, porque puede recaer sobre el usuario, la aseguradora o la prestadora, o bien puede ser compartido, se presume que los efectos de la existencia de riesgos son por el traslado de los costos y por efectos sobre la calidad de los servicios que son asumidos en su totalidad por el usuario, los costos no esperados pueden ser asumidos por cualquiera de las partes.

Se revisó que para el caso de la capitación, cuando los pacientes no realizan copagos, el riesgo es asumido en su totalidad por el ente hospitalario, este se presenta como un costo adicional que debe ser asumido por el hospital. Así, pues con la existencia de copago, el riesgo será compartido por la prestadora y por el usuario. Cuando se paga por servicio prestado, el riesgo recae sobre quien paga, en este caso, la concertación de precios distribuye el riesgo entre las partes. En el presupuesto histórico parecería que es el usuario quien absorbe el riesgo a través de la calidad de los servicios que recibe.

En la contratación por evento, al igual que la capitación, hace que el riesgo recaiga fundamentalmente sobre la ESE, ya que si el costo real del servicio esta por encima del precio pagado, esta perderá el dinero. Sin embargo, en la medida en que se logre incorporar en el precio del caso el factor de incertidumbre, el riesgo puede ser trasladado a las EPS-S.

Igualmente, verificada la facturación del Régimen Subsidiado, a la EPS SALUD COLOMBIA y COOSALUD se evidenciaron posibles detrimentos por causa de



glosas aceptadas, glosas no corregidas y por el no cobro por parte del hospital de las siguientes facturas descritas en los siguientes cuadros:

Facturas no cobradas

Factura Numero	Fecha A/M/D	Valor	Deudor E. P. S
AC000456	08/01/31	\$423.183	Salud Colombia
AC000175	07/06/30	\$601.981	Salud Colombia
001441	06/05/31	\$75.695	Salud Colombia
0364	04/01/31	\$405.162	Salud Colombia
1102	05/09/30	\$37.187.775	Coosalud
1107	05/09/30	\$64.134	Coosalud
0019	07/01/30	\$68.156	Coosalud
07113	07/11/30	\$30.000	Coosalud
1109	05/09/30	\$64.134	Coosalud
Presunto detrimento patrimonial		\$38.920.218	

Facturas Glosadas y aceptadas

Factura Numero	Fecha A/M/D	VALOR	Deudor E.P.S	GLOSAS
001374	06/03/31	\$2.668.200	Coosalud	\$ 126.851
0906	05/04/30	\$5.324.664	Coosalud	\$3.216.240
1371	06/03/31	\$39.729.498	Coosalud	\$1.591.010
Presunto detrimento patrimonial				\$4.934.101

Facturas Glosadas y no corregidas

Factura Numero	Fecha A/M/D	VALOR	Deudor E.P.S
1106	05/09/30	\$524.475	Coosalud
1103	05/09/30	\$1.032.210	Coosalud
1059	05/08/31	\$37.187.775	Coosalud
1063	05/08/31	\$137.430	Coosalud



1062	05/08/31	\$4.547.406	Coosalud
1108	05/08/31	\$524.475	Coosalud
1061	05/08/31	\$1.032.210	Coosalud
Presunto detrimento patrimonial		\$44.985.981	

- Procesos Financieros y Contables

Se observaron inconsistencias en el Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios y en el pago de obligaciones, el no pago de los Parafiscales y a la Cooperativa COHOSVAL la cual suministra los medicamentos, entidades con las cuales en la vigencia 2008 se suscribieron acuerdos de pago los que se han incumplido por la falta de ingresos.

Se presenta incumplimiento en los tiempos establecidos por el área Contable para suministrar la información producida en desarrollo de las actividades, que debe ser procesada para elaborar los documentos contables, así como los establecidos para recibir las facturas de los proveedores, que en muchos casos en las áreas responsables lo hacen sin dejar constancia de la fecha y hora.

Adicionalmente los proveedores se perjudican con los retrasos, toda vez que sus pagos no son realizados de forma oportuna, generando presiones por parte de los mismos, lo que puede conducir a errores y una mala imagen del hospital hacia el exterior.

En lo financiero la entidad presenta una cartera alta que alcanza más de \$539.861.000.00, con una gestión no eficiente para los años auditados, para la presente vigencia se evidenciaron acuerdos de pago por parte de la entidad con los deudores, esta situación no es conveniente para la entidad ya que por su naturaleza los recursos deben ser tenidos disponibles para atender necesidades del servicio que presta.

Evaluación de tecnología Biomédica



Como un hospital de Nivel I de baja complejidad cuenta con los equipos necesarios para demanda, actualmente el Ministerio de Protección Social le aprobó \$45.000.000 para compra de equipo biomédico, tales como unidad odontológica, equipos de rayos X odontológica entre otros, contrato por prestación de servicios para las tres vigencias el mantenimiento de equipos médicos, quien ha coordinado los procesos contratados para el mantenimiento preventivo y correctivo y de calibración de los equipos con que cuenta el hospital, tales como Equipos de Apoyo Diagnóstico, Odontológicos y de Consulta Médica.

Se verificó que se cumple con el artículo 12 del Decreto 1769 de 1994 y la Circular 029 de marzo 13 de 1997 en lo relativo al plan de mantenimiento hospitalario.

Del plan hospitalario se verificó, que no se han presentado accidentes con los equipos en las vigencias auditadas, por lo tanto no existe ningún informe y se tiene definido un protocolo para atender estos eventos por parte de la ARP.

Se evidencio que el plan de mantenimiento hospitalario no se había socializado dentro de la entidad, esto ayuda a darle cumplimiento al cronograma.

El equipo biomédico responsable del mantenimiento de la vida debe ser incluido dentro de un plan de calibración.

Las hojas de vida de los equipos, incluyendo los que estén en la zona rural se deben centralizar, a estas se deben anexar los informes técnicos que deben describir en detalle la labor de mantenimiento realizada a los equipos y recibida por el responsable del equipo.

En el plan de mantenimiento los equipos deben describirse uno a uno, adolece de la actividad a realizar y el numero de inventario.

3.3 LEGALIDAD

No registran el plan de compras ante el SICE., de acuerdo al Decreto 3512 de 2003, "Por el cual se reglamenta la organización, funcionamiento y operación del



Sistema de Información para la Vigilancia de la Contratación Estatal, SICE, creado mediante la ley 598 de 2000 y el Acuerdo No. 0009 del 18 de septiembre de 2006 “Por el cual se fijan lineamientos para el funcionamiento del Sistema de Información para la Vigilancia de la Contratación Estatal, SICE” , que aplica para las ESES pertenecientes a los Entes Territoriales.

La Empresa Social del Estado por su naturaleza jurídica, se regula por el derecho publico, salvo en aspectos expresamente determinados por la ley como en la contratación de servicios en salud, que se rige por el derecho privado, sin perjuicio de observar los principios generales del Estatuto Contractual Publico.

No obstante con la observancia de lo reglado en el 209 de la C.P, 715 de 2001, Ley 80 de 1993 artículos 3 y 23, Decreto Reglamentario del Estatuto de Contratación 855 de 1994 y 3 de la Ley 489 de 1998, que prescribe con claridad que la función administrativa dentro de la cual se incluye la celebración y ejecución de contratos debe buscar el cumplimiento de los fines del Estado y en lo señalado en el **Concepto del Concejo de Estado CE SCSC C 1127 de 1998**), que dice “Cuando las Empresas Sociales del Estado necesiten celebrar contratos relacionados para desarrollar actividades concernientes a la administración o funcionamiento de la entidad, concesión de obras o de servicios públicos, encargos fiduciarios y fiducia pública, deberán aplicar las disposiciones contenidas en la ley 80 de 1993...”

La revisión se realizó teniendo como base los principios de la contratación estatal y la ley 100 de 1993, artículo 195, Ley 10 de 1990, el Manual de contratación, acuerdo No.029 del 18 de diciembre de 2006, los artículos 3 y 23 de la ley de contratación estatal y los artículos 209, 13 y 333 de la Constitución Política, Ley 715 de 2001, Decreto Reglamentario del Estatuto de Contratación 855 de 1994 y 3 de la Ley 489 de 1998, que prescribe con claridad que la función administrativa dentro de la cual se incluye la celebración y ejecución de contratos debe buscar el cumplimiento de los fines del Estado. Demás normas concordantes, resoluciones y decretos expedidas por el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia de Salud y de Economía Solidaria aplicables a esta modalidad de contratación de prestación de servicios en ejercicio de la actividad contractual.



De acuerdo a los contratos suscritos con la Cooperativa de Trabajo C.T.A., Coolaboramos, la contratación de prestación de servicios de salud no aparece aprobada por la máxima autoridad administrativa “Junta directiva” del hospital o “comité de contratación”, que constate un efectivo análisis de costos y valoración de beneficios para el Hospital.

Dicha cooperativa contrató y ejecutó, en las tres vigencias auditadas, aproximadamente **505 millones de pesos** con objeto sociales para la prestación de servicios de salud y la cual no aporta el certificado de habilitación expedido por la Secretaria de Salud Departamental, de acuerdo con la actividad ejercida por la cooperativa de Trabajo Asociado en los términos de decreto 205 de 2003 y conforme a lo previsto en el Artículo 36 de la Ley 454 de 1998.

Se verificó dentro de la gestión contractual para lograr el desarrollo de la ESE, que no existe articulación entre los planes y programas establecidos para los periodos auditados, ya que no se han tenido en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia, ni las características del entorno y las condiciones internas de la empresa, ni se articularon con el plan de acción, plan estratégico entorno a la misión y objetivos del ente hospitalario con base en la realidad socio económica de la región.

No existe un diagnostico de la situación de salud del área de influencia de la entidad, al revisar sus resultados no se observa una verdadera definición de los planes y programas proyectos y estrategias de atención al usuario.

- Cumplimiento del Marco Normativo

La Entidad como ente prestador de servicios en salud, cumple el marco normativo que lo rige, verificado en los procesos implementados en desarrollo del sistema de gestión de la calidad, en el manejo de las actividades medioambientales y de infraestructura física y demás actuaciones. Se pudo observar que conocen y aplican las regulaciones de orden nacional que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la prestación del servicio.



En la contratación suscrita en la entidad para asesorar los procesos de planeación y organización, se observó incumplimiento en la aplicación de preceptos legales, pues a pesar de que cuentan con los instrumentos para la formulación, evaluación y seguimiento, no se evidenció su aplicación impidiendo visualizar los resultados obtenidos mediante dicha contratación.

Se evidenció que no existe un seguimiento y control sobre la ejecución de los contratos, lo que obedece al desconocimiento de procedimientos y responsabilidades por parte de los encargados, sin embargo se logró verificar el cumplimiento de los objetos contractuales.

Se evidencia ausencia de control interno en el cumplimiento del objeto contractual, falta de seguimiento a los informes de interventoría, que adicionalmente, de acuerdo a su orden, generan los pagos por el cumplimiento y desarrollo de las obligaciones del contrato.

3.3.1 QUEJAS

Se recibió queja para ser tramitado en el ejercicio del proceso auditor según oficio No.125-30-01 del 02 de marzo de 2009 remitido por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana, impetrada por la actual gerente del ente hospitalario, una vez analizados los hechos presentados por la quejosa gerente encargada del hospital desde el 1 de abril de 2008 encontramos lo siguiente:

A LOS HECHOS

Al hecho primero

Manifestó la quejosa que el saldo inicial de una cuenta bancaria en la contabilidad aparece con saldo cero diferente a los libros de bancos, que inicia con saldo en rojo de \$134.365.156.49 y en el extracto bancario \$1.654.356.49.

Se verifico que no se realizo por parte del gerente saliente, entrega del cargo y de informes financieros.



Posteriormente, dicha inconsistencia fue aclarada en oficio No.56539 del 21 de octubre de 2008, con relación a que el saldo de la cuenta bancaria No.732019 - 668-14 de bancolombia como medio probatorio se anexa copia del oficio.

Al hecho segundo-

La quejosa manifestó que los saldos de la cuentas por cobrar, no coinciden con la realidad evidenciado en la circulación de saldos.

Se verificó una diferencia en el programa de cartera que tenía un saldo de \$1.104.015.138 y la contabilidad del hospital la cual arrojó cuentas por cobrar por \$539.860.500,84, se evidenció que para subsanar dicha inconsistencia se esta circularizando ante las EPS-S, ARS., SOAT, para establecer una cartera real.

Al hecho tercero.-

Manifestó la quejosa que existe rezago en la presentación de informes a las entidades de control y supervisión en el primer trimestre de 2008.

Se entrevistó a la actual gerente del hospital la cual manifestó que realmente, se trataba de los informes obligatorios de rendición a la Superintendencia Nacional de Salud "Supersalud" y a la Contaduría General de la Nación. En estos términos quedó aclarado este hecho.

Al hecho cuarto.-

Manifestó la quejosa que no se presentaron informes a la supersalud.

Se verificó que no se presentaron informes a la supersalud, vigencias 2006, 2007.

Al hecho quinto-



La quejosa manifiesta que la nota de ajuste en el cierre fiscal del año 2007, reportaron cuentas por pagar de \$242.258.446 y en marzo ajustan a cuentas por pagar de \$504.623.450.

Se verificó en la contabilidad que en el mes de marzo de 2007 se ajustaron las cuentas por pagar y las incluyeron en el presupuesto de ejecución de la vigencia 2008 por \$504.623.450. Es de anotar que no fueron incorporados legalmente al presupuesto.

Al hecho sexto-

Manifestó la quejosa que la información financiera fue entregada en medio físico el día 20 de septiembre de 2008 pasados cinco meses de terminación del contrato suscrito con la contadora, además, como se pudo evidenciar con cifras totalmente erradas.

Se verificó en proceso auditor que la información fue entregada en medio físico el día 20 de septiembre de 2008 pasados cinco (5) meses de terminación del contrato de Prestación de Servicios Profesionales como contadora de la institución.

No se evidenció en la ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales como contadora del ente hospitalario para las vigencias 2006, 2007 y parte del 2008, informes de interventoría de actividades realizadas mes a mes para haber realizado los respectivos pagos, ni actas de liquidación de los contratos suscritos. Evidenciándose, ausencia de controles y autocontrol en los procesos contractuales. Igualmente, ausencia de responsabilidad de los interventores ya que estos no son ni notificados y posesionados legalmente de las obligaciones contenidas en el manual de contratación de la institución y en el estatuto General de contratación Pública.

3.4 REVISIÓN DE LA CUENTA

Revisada la totalidad de los formatos de contratación Estatal, Ejecución Presupuestal y de Control Interno, se evidenciaron inconsistencias entre la



información señalada en ellos y la información física entregada al grupo auditor y según evaluación su calificación es desfavorable, para la vigencias de 2006 y 2007 y favorable para la vigencia de 2008.

La evaluación de la cuenta se realizó de acuerdo al manual de revisión, se pudo confrontar lo rendido en la vigencia 2006, 2007 y 2008 con lo encontrado en las áreas del Hospital.

La calificación obtenida de 70 puntos máximo, ubica a la E.S.E. en el área misional con un puntaje del 41.3% en esta vigencia, siendo los Planes o convenios de mejoramiento con los entes de control y la Gestión Institucional la calificación más baja del componente misional.

El área administrativa establece un máximo de 40 puntos, obteniendo como resultado para el 2008, 28.7 puntos; siendo la más baja la ejecución Presupuestal con 6.5% y la más eficiente la administración de recursos físicos con 6.

El resultado general al aplicar la matriz fue de 70 puntos lo que determina un pronunciamiento Favorable con observaciones para la vigencia 2008.

No obstante, en los formatos de rendición relacionados con la información suministrada en los formatos de rendición anual F7 no coincide con las cifras contenidas en el anexo 4 de la carpeta de ejecución presupuestal, ya que en el formato F7, no se rinden las órdenes de trabajo y de prestación de servicios.

3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACION

Se aplicó encuesta al 15% de los funcionarios, teniendo en cuenta los de planta y los de libre nombramiento, ya que éstos últimos representan el 10% de la planta ocupada de la entidad.

**Análisis De La Función De La E.S.E
Consolidación Resultados y
Autoevaluación
MEDIA GENERAL**



3,83 – 76.6 %
DIRECCIONAMIENTO
3.74- 74.8 %
SALUD PUBLICA
4,00 – 80,%
PRESTACION DE SERVICIOS
3,93 – 78.6 %
FINANCIAMIENTO
3,66 –73.2,%

Como resultado de la autoevaluación, la encuesta arrojó las calificaciones para cada uno de los cuatro ejes, mostrando estos resultados, la percepción que los funcionarios tienen acerca de los cuatro ejes temáticos y el conocimiento que tienen acerca de la función de la institución.

El eje de Direccionamiento y Control, alcanzó 3,74 puntos equivalente al 74.8% de percepción de cumplimiento, refleja que la mayoría de los empleados conocen y han participado del análisis estratégico realizado, de los controles implementados e instrumentos de medición. La percepción sobre la gestión del recurso humano, más compromiso de la alta dirección y el trabajo en equipo que no es armonizado.

De acuerdo a los resultados de la auditoria, se evidenció la falta de articulación entre el plan estratégico institucional con la implementación del sistema de gestión de calidad SGC, que solo existe documentado y se encuentra rezagado, por lo tanto ha sido inoperante en busca de un efectivo y eficaz funcionamiento de la entidad.

Salud Pública, obtuvo 4,00 puntos equivalente al 80,% de percepción de cumplimiento de las acciones, reflejando que la percepción que se tiene sobre el proceso que se realiza para recopilar e informar a las entidades que vigilan, investigan y controlan los riesgos y daños en salud pública es buena, así como la capacidad de respuesta para el control de problemas de salud pública, el



desarrollo de actividades de promoción de la salud, de información, educación y comunicación de éstas, la existencia y operación de mecanismos para el fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones y de la participación social y la adopción e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH).

De acuerdo con los resultados evidenciados en este eje, se viene trabajando con base en las directrices de la función rectora, direccionadas a mejorar la calidad de la salud pública de la comunidad, y con lo enmarcado en la política nacional y departamental de salud, pero no se ha documentado la política de salud pública de la entidad.

Prestación de Servicios, con 3,93 puntos y 78.6,% de cumplimiento de las metas, muestra que la percepción que se tiene sobre el proceso para ajustar y redimensionar su oferta de servicios y el de monitoreo del contacto del usuario con los servicios de salud necesitan fortalecimiento, a fin de obtener mejores resultados que redunden en beneficios para la comunidad.

Financiamiento, con 3,66 puntos y 73.2% de cumplimiento, deja ver que la percepción que tienen los empleados sobre el tema, es que la entidad tiene capacidad media para garantizar, vigilar y regular el financiamiento que asegure la prestación del servicio, de igual forma para la negociación y coordinación del financiamiento de la prestación y sobre el manejo de sus recursos económicos con eficiencia administrativa y contable, calificación contraria a lo evidenciado, en el proceso auditor ya que la entidad en las ultimas tres vigencias presento un déficit fiscal por falta de eficiencia y eficacia financiera.

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

3. ANEXOS

Anexo 1 Dictamen Integral Consolidado

Anexo 2. Estados Contables

Anexo 3. Cuadro de Hallazgos



DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctora
LILIANA PALOMEQUE TABARES
Gerente
Empresa Social del Estado E.S.E
Hospital Santa Ana
Bolívar Valle

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 Santa Ana.

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre de los años 2006, 2007 y 2008 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

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



fenecimiento de las cuentas, con fundamento en el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad en las áreas o procesos auditados y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables consolidados.

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

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

Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoria, 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 a 2006 y 2007 ya que la opinión de los estados contables son negativos y la calificación de la gestión fue desfavorable. La vigencia 2008 se fenece ya que los estados contables son con salvedades y la calificación de la gestión fue favorable con observaciones.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2006 y 2007 es desfavorable y 2008 es Favorable Con Observaciones, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 0.86 y 1.0 puntos respectivamente, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:



Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION 2006 y 2007	
CONCEPTO	CALIFICACION
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	N/A
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	0.5
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1
SALUD PUBLICA	1
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	1
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
TOTAL	6.05
6/7 = 0.86 > Concepto Desfavorable	

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION 2008	
CONCEPTO	CALIFICACION
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	N/A
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1
SALUD PUBLICA	1
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	1
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
TOTAL	7
7/ 7 = 1 Concepto Favorable con observaciones	

El concepto sobre la gestión de la entidad para la vigencia 2008 presenta mejoramiento, con relación a las vigencias 2006 y 2007 en el cual se emitió un concepto desfavorable.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoria, se establecieron 16 hallazgos administrativos, de los cuales 5 corresponden a presuntos hallazgos con alcance



disciplinario, 1 con incidencia penal, y 5 con alcance fiscal, los cuales serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

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

El Plan de Mejoramiento debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Tuluá, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-0213 de diciembre 05 de 2007.

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca



OPINION SOBRE LOS ESTADOS CONTABLES

Doctora
LILIANA PALOMEQUE TABARES
Gerente
Empresa Social del Estado E. S. E
Hospital Santa Ana
Bolívar Valle

Asunto: Opinión Estados Contables - Vigencias Fiscales 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 Santa Ana del municipio de Bolívar - Valle, a través del examen al Balance General al 31 de diciembre de los años 2006, 2007 y 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental 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 de diciembre 14 de 2006, 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.

La entidad cuenta con un programa contable denominado Sistecom que permite manejar el módulo de contabilidad, Sistepre para presupuesto que esta integrado al modulo contable, y Factsalud para almacén, estadística y facturación, estos programas no integran todas las áreas y se hace necesario conciliar manualmente la información; para los inventarios se utiliza un programa el cual no se encuentra integrado con contabilidad.

El hospital no ha cumplido con lo establecido en el art. 64 del Decreto 2649 de 1993, modificado por el art. 2 del Decreto 1536 del 2007 y con lo dictado por la Circular Externa 060 del 2005 expedida por la Contaduría General de la Nación, que se refiere a la actualización de los activos que se debe realizar como mínimo cada tres años.

En nuestra opinión, los estados financieros no presentan razonablemente la situación financiera del Hospital Santa Ana, a diciembre 31 de las vigencias 2006, y 2007, y en la vigencia de 2008, los Estados Financieros presentan razonablemente con salvedades en todos sus aspectos significativos la situación financiera y los resultados de sus operaciones, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente aceptadas.

Atentamente,

CARLOS ALBERTO PASTRANA ZAPATA
Contador Público
Tarjeta Profesional No. 60.033-T



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS							
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO			
				A	D	F	P
CONTROL INTERNO							
1	Se evidencio como el área mas deficiente de la administración, en las dos vigencias, como quiera que no se aplicaron mecanismos técnicos y apropiados de evaluación y seguimiento a las diferentes actividades realizadas por la entidad a nivel administrativo. No se han adoptado los planes de bienestar social, de capacitación, de inducción y reintucción, de fortalecimiento de las competencias laborales.	En respuesta de la entidad en ejercicio del derecho de contradicción presentado a la Contraloría Auxiliar para Cercofis Tulua el día 14 de mayo de 2009, manifestó la gerente encargada que cuando tomé posesión del cargo el día 01 de abril del año 2008, la entidad no contaba con ningún inicio de procesos relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. En los nueve meses restantes del año, se inició con el Diagnóstico y la Planeación; actualmente se están diseñando los Elementos y se están implementando los planes para cumplir los requerimientos al 30 de junio del año 2009, según lo estipulado en el decreto No. 4445 de 2008, proferido por el	Analizados los argumentos de defensa de la Entidad, acepta que en las vigencias 2006 y 2007 no se contaba con procesos debidamente implementados en la entidad, ni se realizaron auditorias internas de control interno, ni se adoptaron planes de bienestar social, de capacitación, de inducción y reintucción para el fortalecimiento de las competencias laborales, por lo tanto, el hallazgo queda en firme.	x			

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		gobierno nacional. De acuerdo a la necesidad de cumplir con el objetivo en la fecha estipulada, y por la premura del tiempo se solicitó y se acogió la prórroga citada. Con respecto a los planes de Bienestar Social y los de Inducción y Reinducción, la institución se encuentra actualmente desarrollándolos para su cumplimiento.						
GESTION								
2	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, lo anterior se evidencia en la falta de auditorías internas, planes de seguimiento y la entidad no ha implementado un sistema de evaluación a la gestión de las vigencias auditadas, aspecto que	En la respuesta de la Entidad manifiestan que en el año 2008, se dio inicio a la implementación de planes institucionales y programación, ya que no se había dado inicio al proceso. En el año 2009, se inició la realización de las evaluaciones por áreas para dar inicio a las auditorías internas.	Analizada la respuesta de la entidad en ejercicio del derecho de contradicción sus argumentos son válidos, pero igualmente serán objeto de suscripción de un plan de mejoramiento para su seguimiento correctivo,	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>puede generar evaluaciones poco confiables o sobreestimadas de la gestión.</p> <p>No se ha dado cumplimiento a la ley 594 de 2000 (ley de Archivos) –</p> <p>No existe señalización de las áreas de acceso previendo eventos catastróficos. –</p> <p>El kárdex no se encuentra actualizado-No se</p>	<p>Se evidenció que no se estaba cumplimiento a la Ley de archivo, pero a partir del año 2009, ya se estableció la persona encargada y se tiene documentado. Se anexa copia del acto administrativo de la delegación de funciones y los documentos pertinentes. Anexo No. 3</p> <p>El Hospital si se encuentra señalado.</p> <p>Los extintores, se encuentran en los sitios establecidos y con acceso fácil. Las zonas de evacuación están demarcadas y despejadas. Se anexa registro fotográfico. Anexo No. 4</p> <p>El almacén, se encontraba en pésimas condiciones físicas, y como no se tuvo una entrega formal, no se sabía con certeza los bienes de la institución; se realizó rotación del personal que se encontraba a cargo del</p>	que la institución deberá suscribir.					



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
	prevén los riesgos dentro de la entidad con relación a los extintores de incendios, la valoración de riesgos físicos debe ser prioridad. El almacenamiento, marcación, conservación y asignación de inventarios presenta deficiencias.	funcionamiento. Se anexa copia del acto administrativo de la delegación de funciones y archivo fotográfico de la actualidad. Anexo 5						
3	Se evidenció que el gerente saliente en marzo 31 de 2008 no hizo entrega del cargo a la gerente entrante y no presentó informe de terminación de gestión, incumpliendo la Ley 951 de 2005 la Resolución Orgánica No.5674 de junio 24 de 2005 de CGR., y el art.30 de la Resolución Reglamentaria No.100-28-02.13 de diciembre 5 de 2007. Se verificó que no se ha dado cumplimiento a la ley 594 de 2000 (ley de Archivos) - No existe señalización de las áreas de acceso previendo eventos catastróficos. - El kárdex no se encuentra actualizado-No se prevén los riesgos dentro de la entidad con relación a los extintores de incendios, la valoración de riesgos físicos debe ser prioridad. El almacenamiento, marcación, conservación y	En la respuesta dada por la entidad el gerente saliente presento un oficio contenido de un folio donde manifestó la entrega del cargo a la Doctora Liliana Palomeque Tabares para lo cual anexo acta de entrega de abril 16 de 2008. igualmente se hizo entrega del informe de gestión administrativa, correspondiente al periodo 2004-2007 el cual fue presentado a la junta directiva existente en esas vigencias y al concejo Municipal, en el cual se establece el seguimiento que se realizaba a los diferentes procesos en la institución, con el propósito de	Analizada la respuesta de la entidad y debido a la no presentación del informe como lo prescribe la ley 951 de 2005 al finalizar la gestión el hallazgo se considera en firme. Además, por este hecho se solicita a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca iniciar un proceso administrativo sancionatorio.	x	x			

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	asignación de inventarios presenta deficiencias.	<p>verificar el cumplimiento de los procedimientos a través de los indicadores financieros y de calidad en la prestación de los servicios de salud del hospital santa ana E.S.E., el cual se anexo en la contestación del oficio 130-19-11 AIR-HSA-13 de fecha marzo 12 de 2009. Respecto a la rendición del Informe de gestión establecido en la ley 951 de 2005 y la resolución orgánica # 5674 de 2005 no fue enviado pero dicha información se aportó como prueba de que se elaboró al terminar la gestión. Se anexo formato de contratación 2007, en la contestación del oficio No. AIR-HSA- 36 de abril 1 de 2009-05-2009</p> <p>Anexo – Oficio de recibido del acta de entrega oficial del Hospital Santa Ana E.S.E. A la Doctora Liliana Palomeque T.</p>						

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
SALUD PUBLICA								
4	<p>El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios no ha sido adoptado mediante acto administrativo, no se ha presentado a la autoridad ambiental ni socializado.</p> <p>En los planes de desarrollo, de acción y ejecución presupuestal no se evidencian actividades de injerencia ambiental.</p>	<p>El PGRH no había sido adoptado en espera de los conceptos que debe emitir los entes de control frente al tema; dado su silencio, ya fue adoptado mediante acto administrativo No. 031 de abril 21 de 2009. Fue presentado a la autoridad ambiental el día 20 de marzo de 2009 y a la fecha no se ha recibido respuesta. El día 28 de abril de 2009, se socializó en la entidad. Se anexan soportes. Anexo No. 6</p> <p>Todo lo concerniente a la parte ambiental incluyendo manejo de residuos hospitalarios se ejecuta a través de la apropiación operativo – adquisición de servicios de mantenimiento hospitalario (OPE-AS-MTTO HOSPITALARIO). En el</p>	<p>Teniendo en cuenta la respuesta y los soportes enviados por la entidad, se determina que el hallazgo queda en firme de carácter administrativo y disciplinario, dado que en la etapa de ejecución de la auditoria se pudo comprobar el incumplimiento de la Resolución No.1164 de 2002 en cuanto a la no adopción, ni implementación del PGR, inadecuada separación en la fuente, ausencia de plan de capacitación y por no contar con el permiso de vertimientos otorgado por la autoridad ambiental competente de acuerdo al decreto 1594 de 1984 en las</p>	X	x			

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>En todas las áreas no se utilizan los recipientes adecuados.</p> <p>Se hace mal uso de los guardianes.</p> <p>Las bolsas no son rotuladas por área de generación y son pesadas en una balanza tipo reloj.</p> <p>No se evidencia gestión por parte de la coordinadora del Plan de Gestión de Residuos</p>	<p>presupuesto no existe rubro específico para medio ambiente.</p> <p>En el hospital si utilizan los recipientes adecuados, de color rojo, gris y verde.</p> <p>Se está realizando el seguimiento y vigilancia diaria a los recolectores de cortopunzantes.</p> <p>Las bolsas son rotuladas por área de generación y se pesan en balanza tipo reloj. Se anexa archivo fotográfico. Anexo 9.</p> <p>Se está llevando a cabo las auditorias internas al PGIRH, se anexan actas. Anexo 8.</p> <p>La institución no cuenta con el permiso de vertimientos, pero se ha estado llevando a cabo la gestión para dar inicio.</p> <p>La entidad no realiza</p>	<p>vigencias 2006, 2007 y 2008.</p> <p>Los presuntos hallazgos disciplinarios Nos. 4 y 5 plasmados en el presente cuadro, se unifican en un (1) solo, por ser de la misma naturaleza jurídica de MEDIO AMBIENTE.</p>					

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Hospitalarios en la ejecución del PGIRH, se desarrollan indicadores de gestión. No se tiene permiso de vertimientos. No se realiza desactivación de los residuos generados.	desactivación de los desechos generados, ya que es requisito de la empresa RH, quien es la contratada para la recolección de los mismos.						
5	No se evidenció gestión para realizar la inscripción como generador de residuos ante la autoridad ambiental, incumpléndose con el Decreto 4741 de 2005 y la Res. 1362 de 2007, por cuanto al generar este hospital un promedio mensual de 313 kg de residuos, se clasifica como mediano generador.	La entidad ya solicitó el registro ante la autoridad ambiental, y se está alimentando el aplicativo para este registro ante el IDEAM.	En estos términos queda en firme la observación.	X				
PRESTACION DEL SERVICIO								
6	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 un mejor seguimiento y verificación de las obras ejecutadas.	La entidad no contesto esta observación.	En estos términos queda en firme la observación.	X				
FINANCIAMIENTO								
7	Se verificó que las adiciones y modificaciones al presupuesto no fueron sustentadas en su totalidad mediante actos administrativos en la	La entidad no comparte ésta apreciación, ya que los acuerdos de paga que se han inscrito a	El presunto hallazgo disciplinario Queda en firme porque no aportaron loa	X	x			

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>vigencia 2006 y 2007, posiblemente configurándose un hallazgo de carácter administrativo disciplinario con fundamento en el decreto de presupuesto No.116 de 1996 y estatuto orgánico No.111 de 1996.</p> <p>Contrato en las tres vigencias aproximadamente 13 millones de pesos para la actualización de los programas; para contabilidad, presupuesto y tesorería, donde se evidenció que estos software se encuentran en interface; para almacén, facturación y estadística, observando que son programas diferentes y no permiten la integración de las diferentes dependencias del hospital, lo que lleva a efectuar las conciliaciones de la información de forma manual, generando incertidumbre en las cifras de los Estados Financieros.</p> <p>Se encontraron inconsistencias en el Proceso Adquisición de Bienes y Servicios, se presenta incumplimiento en los pagos lo que ha obligado a suscribir acuerdos con entidades como Icbf, Sena, Cohosval, los cuales se han incumplido por falta de ingresos a la entidad.</p>	<p>partir del 01 de abril de 2008, y se han venido cumpliendo a cabalidad.</p>	<p>actos administrativos de adiciones y modificaciones al presupuesto ni fueron sustentadas en su totalidad en las vigencias 2006 y 2007, y se evidencio incertidumbre en los estados financieros ya que la entidad apenas dio inicio al saneamiento contable a finales de la vigencia 2008.</p>					

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
8	Se evidenció en la facturación del Régimen Subsidiado de las vigencias 2006, 2007 y 2008 a las EPS SALUD COLOMBIA y COOSALUD el no cobro por parte del hospital de facturas por valor de: \$39.057.648 de acuerdo al contrato RSO-018-04 y según otrosí realizado al contrato No. 02, presentándose posiblemente detrimento patrimonial de carácter fiscal por \$39-057.648.00, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 6 de la ley 610 de 2000.	Cuando tomé posesión de mi cargo el día 01 de abril de 2008, solicité los registros de la cartera, en la cual se evidenció que muchas de las facturas no habían sido radicadas, otras devueltas a la IPS sin tener respuesta alguna y otras que habían sido canceladas y no se habían bajado del sistema. Este ejercicio se realizó especialmente con las EPS Salud Colombia y Coosalud, de la cual se pudo depurar realmente los saldos de la cartera. Vale la pena resaltar que las facturas fueron efectuadas antes del 01 de abril de 2008, período éste que no era de mi administración.	Analizadas las pruebas remitidas se pudo observar que de las facturas no enviadas para su cobro una la número 1104 del 30 de septiembre del 2005 se cobro a coosalud por valor de \$137.430 la cual se baja del hallazgo por comprobarse su cobro			X		\$ 38.920.218

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
9	Se evidenció de acuerdo al contrato SVA-2005 -164 de marzo de 2006 que de acuerdo a los dineros cobrados para la recuperación de la cartera del ente hospitalario, se aceptaron glosas por \$50.219.862,00, pudiéndose posiblemente tipificar un hallazgo de carácter fiscal de acuerdo a la Ley 610 de 2000 artículo 6.	El hospital santa ana presto servicios de salud a los afiliados del régimen subsidiado a la EPS Coosalud mediante facturas 1374 de 31 de marzo de 2006 la cual fue glosada por valor de 126.851 de un valor total de la factura de \$2.668.200, factura 0906 del 30 de abril del 2005 la cual fue glosada en 3.216,240 de un valor total de \$5.324.664, factura 1371 de 31 de marzo del 2006 la cual fue glosada por un valor de 1.591.010 de un valor total de \$39.729.498,el cual dio origen a un presunto detrimento de \$ 4.934.101	<p>Se acepta los documentos remitidos en el cual se evidencia los valores reales glosados por la EPS subsidiadas correspondientes a las facturas y son por cuantía de 4.934.101.</p> <p>Por lo anterior queda en firme un presunto hallazgo fiscal por \$4.934,101.</p>			X		\$4.934.101



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
10	Se verificó en el contrato No. RSO 302-04 cuyo objeto fue por ampliación de cobertura en las vigencias de octubre 4 de 2004 a septiembre -05, la cual fue devuelta la facturación y no corregidas por el ente hospitalario para su posterior cobro, lo cual le está ocasionando al hospital un presunto detrimento patrimonial de carácter fiscal de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 6 de la ley 610 de 2000, por \$44.985.591.00	Respecto a los hallazgos 8, 9, 10 sobre la facturación del régimen subsidiado correspondiente a las vigencias 2006, 2007, 2008 de las empresas EPS salud Colombia y coosalud donde se manifiesta que se causo un detrimento patrimonial anexo soportes para aclarar las facturas relacionadas como no pagadas, no presentadas y documentos soportes de respuestas a glosas. Teniendo en cuenta que dichos soportes fueron revisados y fueron entregados por la gerencia del hospital donde se certificaron pagos, presentación de facturas y respuestas a glosas correspondientes a dichas facturas	La entidad no presento las pruebas que soportaran que las glosas se hubiesen levantado. Por lo tanto, queda en firme el presunto hallazgo fiscal.			X		\$44.985.981
11	Se evidenció en el Comprobante de Egreso No.00223 del 24 de marzo de 2006 un pago	Conocí del requerimiento con la visita de ustedes, el cheque a mi	Queda en firme el presunto hallazgote	X			X	



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	realizado a nombre de Liliana Palomeque Tabares con cheque No.66098 del banco de Colombia, en desarrollo de una actividad del Programa de Atención Primaria en Salud APS, por \$1.320.000.00, quien manifestó que ella nunca recibió dicho pago y que las firmas que aparecen en los comprobantes y la cuenta de cobro no corresponde a la firma de ella. Posiblemente contraviniendo la Ley 599 de 2000, del código Penal delitos contra la administración Publica, articulo No.286 en una posible falsedad ideológica en documento público.	nombre no es de mi conocimiento, no recibí este pago y las firmas que aparecen en los comprobantes y la cuenta de cobro, no es la mía. Solicito se ponga en conocimiento a las entidades correspondientes.	carácter penal ya que la respuesta no fue aclarada ni desvirtuada.					
12	Se evidenció que un funcionario de planta de cargos de la entidad, inscrito en carrera administrativa, el cual desempeña el cargo de auxiliar de estadística desde el 8 de septiembre de 1977, además, contrato con el hospital por órdenes de prestación de servicios profesionales de salud OPS como profesional en psicología durante las vigencias 2006 y 2007, por valor de \$14.700. Posiblemente configurándose un hallazgo de carácter disciplinario de acuerdo al articulo 128 de la	En oficio sin número de mayo 14 de 2009, el señor Ramiro Mondragón Marulanda manifiesta que los empleados de carrera pueden ser trasladados a juicio de la administración, el hospital tenía un convenio con el Departamento del Valle del Cauca y la Secretaria de Salud, para la ejecución de este convenio se requería de un grupo	Se deja en firme en razón a que las pruebas allegadas no desvirtúan las inconsistencias presentadas, ya que los ascensos deben realizarse por concurso de meritos y nunca se adelanto tal procedimiento legal y la entidad tampoco ha adoptado un plan de incentivos de acuerdo a la	X	X	X		\$14.700.000

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
	Constitución Política, y ley 734 de 2002, por haber recibido dos asignaciones simultáneamente del ente hospitalario. De carácter Penal de acuerdo al artículo 397 del Código Penal, de los delitos contra la administración. Y de carácter fiscal posible detrimento patrimonial por \$14.700.000.00 incumpliendo con el art.6 de la ley 610 de 2000.	que constaba de un psicólogo, un médico, una enfermera jefe y siete forjadores, razón por la cual se dio la oportunidad al señor Luis Armando Sarria quien tiene estudios en psicología para integrarse a este equipo.	ley que benefician los empleados del hospital. El presunto hallazgo penal quedó desvirtuado con base en los argumentos presentados por el ex gerente del hospital.					
13	Se evidenció que al contrato No. 033 de septiembre de 2006, por valor de \$4.000.000, por concepto de elaboración de proyectos hospitalarios en la metodología general ajustada, se le canceló un mayor valor de \$500.000. Evidenciados según los comprobantes de egresos Nos. 903 de septiembre 29 de 2006 por \$2.000.000 y No. 926 de octubre 6 de 2006 por \$2.500.000.	La entidad no desvirtúa las inconsistencias evidenciadas con base en la ejecución del contrato No.033 de 2006, en la cual se pago un mayor valor.	Como la entidad no aclaró el hallazgo queda en firme y de carácter fiscal presuntamente por valor de \$500.000.	X		X		\$500.000
	LEGALIDAD							
14	Se constató falta de Planificación en la contratación, por manejar esta institución	En la Institución se cuenta con el Plan de Gestión 2008 – 2011 el	La respuesta no desvirtúa la observación por lo tanto el	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
	recursos Públicos, requiere implementar mecanismos de planificación que cuenten con instrumentos para la formulación de sus planes, su ejecución, evaluación y seguimiento de manera que permita la medición de la gestión y los resultados obtenidos en todas las áreas. Para el caso, la contratación debe tener especial cuidado que el objeto a contratar obedezca a la Planeación, esté debidamente inscrito en el banco de proyectos y/o Plan de gestión del cuatrienal y corresponda a un sector programa y proyecto específico, con el cual se busque el cumplimiento de una meta establecida de acuerdo al estatuto de contratación que les aplica, a las disposiciones presupuestales y a la normatividad aplicable de acuerdo a cualquiera de sus formas y modalidades plasmadas en el Decreto No.1876 de 1994 artículo 24. (Plan de Desarrollo Institucional) la ley 1122 de 2007 en concordancia con los artículos 339 y 340 de la Constitución Política.	cual fue presentado por mi y aprobado por la Junta Directiva de la Entidad, en el cual están claramente los programas y proyectos a desarrollar en esta gestión y de acuerdo a éste se realiza la contratación en la Institución. El Plan de Gestión 2008-2011, tiene claramente definidos los indicadores a medir, los cuales ya han sido reportados a los entes de control en las rendiciones de informes del año 2008.	hallazgo de carácter administrativo queda en firme.					
	Se verificó la ausencia del control y autocontrol	En lo que corresponde a lo						



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>interno y que debe ejercer el control previo en la suscripción de los contratos, que hubiera realizado seguimientos y monitoreos efectivos a la contratación y utilización de los recursos económicos y físicos y tome las medidas correctivas y de mejoramiento continuo para fortalecer los sistemas de información, la construcción de indicadores y criterios de evaluación objetiva medibles y comprobables, de un análisis oportuno e integral sobre el uso de estos recursos sobre los procesos existentes.</p> <p>El estatuto del hospital y el Manual de contratación de la institución están desactualizados, no ha conformado el comité evaluador de contratación. No existe un Manual de Interventoría en el ente hospitalario, siendo los interventores los responsables de la ejecución efectiva de los contratos.</p>	<p>contratado a partir del 1º de Abril de 2008, se realizó supervisión a todos los contratos suscritos por la Entidad, tal como consta en las actas de los responsables de realizar las mencionadas supervisiones y las actas de liquidación de los respectivos contratos.</p> <p>Actualmente se está realizando la revisión del nuevo Estatuto de Contratación de la Entidad, teniendo en cuenta que el que se tenía quedó desactualizado a partir de Julio de 2008, fecha en la cual se profirió el Decreto 2474, reglamentario de la Ley 1150 de 2007. Se contrato a un profesional con capacidad para elaborar el mencionado</p>						



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		documento, teniendo en cuenta que en la Entidad no se contaba con un profesional que pudiera cumplir con esta actividad; dentro de este estatuto quedará establecido el comité evaluador de contratación y las directrices a seguir por quienes ejerzan labores de interventores de contratos de la Entidad.						
15	1-Se contrato el 01/02/2007 con la Cooperativa de Trabajo Asociado COLABORAMOS por la modalidad de prestación de servicios de salud y se evidencio: 1-Falta publicación en la página Web de la entidad. 2-Pago al Sistema de seguridad Social y ARP de los asociados. 3-Certificado de experiencia técnica y presupuestal de la firma contratista. 4-Cronograma de actividades.5- Fotocopia de la Resolución que habilita o autoriza al contratista para contratar prestación de servicios de salud, estatutos y reglamentos establecidos. 6-No aparecen los comprobantes de pago o certificado de egresos que demuestren el pago	Los contratos de prestación de servicios de asesoría contable y presupuestal, son contratos que a abril 01 de 2008, ya estaban firmados y muchos de ellos cancelados en su totalidad.	El presente hallazgo queda en firme porque no presentaron la Resolución que autoriza a la firma contratista C.T.A. COOLABORAMOS para contratar prestación de servicios de salud ante las Empresas Sociales del Estado ESES y/o IPS expedidas por el Ministerio de Protección Social y de carácter disciplinario por falta de requisitos	x	x			

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>total del contrato con sus respectivos informes y soportes de actividades realizadas. Incumpliendo con el artículo 209 de la Constitución Política y artículos 23 de la ley 80 de 1993, y las exigencias del Manual de contratación del ente hospitalario por Acuerdo No.029 del 18 de diciembre de 2006, artículo 209 de la C.P. Ley 734 de 2002 artículo 34.</p> <p>2- En las vigencias 2006 y 2007 se ejecutó por Prestación de servicios, cuyo objeto fue de asesoría jurídica se evidenció que Falta: 1- Informes de actividades de acuerdo al objeto contractual que evidencien la ejecución del contrato y Acta de liquidación del contrato. Incumpliendo con el estatuto del hospital y las leyes generales de contratación estatal aplicables, ley 80 de 1993.</p>		<p>contractuales de acuerdo a la ley de contratación.</p> <p>Por tratarse de inconsistencias por falta de algunos requisitos en la ejecución de los contratos de prestación de servicios y contra el mismo ex gerente del ente hospitalario se unifican estos dos presuntos hallazgos disciplinarios en UNO (1). El en oficio remisorio se traslada como un solo hallazgo.</p>					
16	En la vigencias de 2006, 2007 y primer semestre de 2008, se ejecuto por prestación de servicios, en contratos cuyo objeto fue como	Los contratos de prestación de servicios de asesoría contable y presupuestal, son contratos que	El presunto hallazgo disciplinario se desvirtúa	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
	Asesorar contable y presupuestalmente al hospitalario, habiéndose pagado un total de \$30.900.000 y la entidad no presenta sus estados financieros confiables, evidenciándose una incertidumbre en los mismos.	a abril 01 de 2008, ya estaban firmados y muchos de ellos cancelados en su totalidad	ya que en el proceso auditor se evidencio que la ex contratista presento los informes de los estados financieros vigencias 2006 y 2007 aunque no sean confiables y presenten incertidumbre las finanzas del hospital. Queda en firme como un hallazgo Administrativo.					
	TOTAL			16	5	5	1	\$104.040.300.

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1