



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

*¡Una Entidad Vigilante, una Comunidad en Acción!*

130-19.11

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

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E. S. E.  
VIGENCIA 2013**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
SANTIAGO DE CALI - OCTUBRE DE 2014**



*¡Una Entidad Vigilante, una Comunidad en Acción!*

## HOJA DE PRESENTACION

Contralor Departamental

Adolfo Weybar Sinisterra Bonilla

Director Operativo de Control Fiscal

Jorge Antonio Quiñones Cortes

Subdirector Técnico Cercófis Cali

Harry Torres Edward

Representante Legal de la entidad Auditada

Irne Torres Castro

Equipo de Auditoría

Auditores:

Uriel Montoya García  
Claudia Zapata Lozano  
Renata García Fontal  
Wilmar Ramírez Saldarriaga  
Hernán Saldarriaga Enríquez

## TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCION</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1. HECHOS RELEVANTES</b>                                     | <b>5</b>  |
| <b>2. DICTAMEN INTEGRAL</b>                                     | <b>6</b>  |
| <b>3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA</b>                            | <b>11</b> |
| <b>3.1. CONTROL DE RESULTADOS</b>                               | <b>11</b> |
| <b>3.2. CONTROL DE GESTIÓN</b>                                  | <b>22</b> |
| 3.2.1 Factores Evaluados  | 22        |
| 3.2.1.1 Gestión Contractual                                     | 22        |
| 3.2.1.2 Resultado Evaluación Rendición de la Cuenta             | 28        |
| 3.2.1.3 Legalidad   | 29        |
| 3.2.1.3.1. Legalidad Financiera                                 | 29        |
| 3.2.1.3.2. Legalidad Administrativa                             | 30        |
| 3.2.1.3.3. Legalidad Gestión                                    | 30        |
| 3.2.1.3.4. Legalidad TIC's                                      | 31        |
| 3.2.1.4 Gestión Ambiental                                       | 37        |
| 3.2.1.5 Tecnologías e las Comunicaciones y la Información TIC's | 40        |
| 3.2.1.6 Seguimiento Resultado Plan de Mejoramiento              | 42        |
| 3.2.1.7 Control Fiscal Interno                                  | 42        |
| <b>3.3. CONTROL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL</b>                   | <b>48</b> |
| 3.3.1 Estados Contables   | 49        |
| 3.3.1.1 Concepto de Control Interno Contable                    | 51        |
| 3.3.2 Gestión Presupuestal                                      | 52        |
| 3.3.3 Gestión Financiera  | 54        |
| <b>4. OTRAS ACTUACIONES</b>                                     | <b>56</b> |
| 4.1. Atención de Quejas, Derechos de petición y Denuncias       | 56        |
| 4.2. Otras actuaciones y asuntos relevantes a tener en cuenta   | 56        |
| 4.2.1 Comité de Conciliación Judicial y Procesos Judiciales     | 56        |
| 4.2.2 Seguimiento de Funciones de Advertencia                   | 57        |
| 4.2.3 Cumplimiento del Artículo 73 Ley 1474                     | 57        |
| 4.2.4 Cumplimiento Ley 1437 de 2011                             | 59        |
| 4.2.5 Cumplimiento Ley 1141 de 2013                             | 62        |
| <b>5. ANEXOS</b>  | <b>63</b> |
| 5.1. Cuadro de Hallazgos  | 63        |

## **INTRODUCCION**

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoría con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E de Cali Valle del Cauca, utilizando como herramientas la normas legales, el análisis y el conocimiento, con el fin de dar un concepto integral sobre la gestión de la administración del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E a la vigencia 2013, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoría se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a la Contraloría Departamental del Valle, y a los resultados que de ella se derivan en procura de un mejor bienestar de la población de su área de influencia.

En busca de este 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 con el dictamen integral preliminar que califica la gestión de la entidad, determina el fenecimiento de las cuentas revisadas, se establecen los conceptos sobre la gestión, los resultados, el aspecto financiero y presupuestal y la opinión a los estados financieros, seguidamente se presenta el resultado de la auditoría concretando los temas antes citados; se continua con otras actuaciones como seguimiento a planes de mejoramiento, quejas y beneficio del control fiscal, para finalizar con el cuadro de tipificación de hallazgos el cual resume la auditoría y da cuenta de los mismos.

## **1. HECHOS RELEVANTES**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo se encuentra ubicado en la Comuna No.18 de la ciudad de Santiago de Cal, atendiendo la población de las comunas 1, 3, 17, 18, 19 y 20, al igual que los corregimientos colindantes, no obstante el Hospital registra usuarios del resto de comunas de Cali y del territorio sur occidente del país. La población de estas comunas para la vigencia 2013 represento el 25% del total de la población de Cali, en donde el 47% son hombres y el 53% mujeres, siendo el rango de 20 a 24 años la edad que más se repite en las mujeres y de 10 a 14 años en hombres.

En la vigencia 2013 se implementaron dos nuevos servicios como lo fueron las actividades de P y P y el servicio Home Care, que consiste en la asistencia domiciliar que impacta positivamente en la calidad de vida de la población, satisfacción del paciente, imagen institucional y la disminución de los costos de atención intrahospitalaria, que cuenta con un punto muy positivo como lo es involucrar a la familia como agente terapéutico, esta atención debe ser atendida por un equipo interdisciplinario, (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, cuidadores primarios y familiares o acompañantes). En la vigencia 2013 se lograron aproximadamente 23.724

En la vigencia auditada se evidenció que la estructura fiscal del Hospital no está en la capacidad de generar el disponible requerido para el apalancamiento de las obligaciones causadas en la misma, esta situación ha originado problemas de liquidez y por consiguiente la generación de déficit fiscales recurrentes, en el 2013 se generó déficit por \$ 5.159 millones, de los cuales \$2.150 millones corresponden a la fuente de Recursos Propios.

## **2. DICTAMEN INTEGRAL**

Santiago de Cali,

Doctor  
IRNE TORRES CASTRO  
Gerente Hospital Departamental Mario Correa Rengifo  
Cali, Valle del Cauca

Asunto: Dictamen de Auditoría con Enfoque Integral Modalidad Regular vigencia 2013

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por los Artículos 267 y 272 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral Modalidad Regular al ente que usted representa, a través de la evaluación de los principios de eficiencia, eficacia y equidad con que se administraron todos los recursos puestos a disposición y los resultados de la gestión, el examen del Balance General y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social a 31 de diciembre de 2013, la comprobación que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables.

Es responsabilidad de la Administración el contenido de la información suministrada al equipo auditor para su análisis y evaluación, que a su vez tiene la responsabilidad de producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por el Hospital Mario Correa Rengifo, que incluye pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales, y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

El informe contiene la evaluación de los aspectos: de Resultados, Gestión y Financiero, que una vez detectados como deficiencias por la comisión de auditoría, serán corregidos por la Entidad, lo cual contribuye a su mejoramiento continuo y por consiguiente en la eficiente y efectiva producción y/o prestación de bienes y/o servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría prescritos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, compatibles con las de general aceptación; por 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. El control incluyó examen sobre la base de pruebas selectivas, 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.

## 2.1 CONCEPTO SOBRE FENECIMIENTO.

Con base en la calificación total de 74.2 puntos, sobre la Evaluación de Gestión, de Resultados, y control financiero la Contraloría DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA No Fenece la cuenta del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, por la vigencia fiscal correspondiente al año 2013:

A continuación se presentan los rangos utilizados en la evaluación para el fenecimiento y para emitir el concepto de la gestión fiscal y de cada uno de los componentes:

| ENTIDAD AUDITADA<br>VIGENCIA AUDITADA |                      |             |                    |
|---------------------------------------|----------------------|-------------|--------------------|
| Componente                            | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| <b>1. Control de Gestión</b>          | 69.3                 | 0.5         | 34.7               |
| <b>2. Control de Resultados</b>       | 79.4                 | 0.3         | 23.8               |
| <b>3. Control Financiero</b>          | 78.7                 | 0.2         | 15.7               |
| Calificación total                    |                      | 1.00        | <b>74.2</b>        |
| Concepto de la Gestión Fiscal         | DESFAVORABLE         |             |                    |

| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL FENECIMIENTO |           |
|---|-----------|
| Rango                                       | Concepto  |
| 80 o más puntos                             | FENECE    |
| Menos de 80 puntos                          | NO FENECE |

| RANGO DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE LA GESTIÓN FISCAL |              |
|---|--------------|
| Rango   | Concepto     |
| 80 o más puntos   | FAVORABLE    |
| Menos de 80 puntos  | DESFAVORABLE |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

Los fundamentos de este pronunciamiento de Fenecimiento se presentan a continuación:

### 2.1.1 Control de Resultados

La Contraloría DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el concepto del Control de Resultados es Desfavorable para la Vigencia 2013, como consecuencia de la calificación de 79,4 puntos, resultante de ponderar los factores que se relaciona a continuación:

| TABLA 2   |                      |             |                    |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL DE RESULTADOS<br>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO<br>VIGENCIA 2013 |                      |             |                    |
| Factores minimos  | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Cumplimiento Planes Programas y Proyectos  | 79,4                 | 1,00        | 79,4               |
| Calificación total  |                      | 1,00        | 79,4               |
| Concepto de Gestión de Resultados   | Desfavorable         |             |                    |
|   |                      |             |                    |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE RESULTADOS                                 |                      |             |                    |
| Rango   | Concepto             |             |                    |
| 80 o más puntos   | Favorable            |             |                    |
| Menos de 80 puntos  | Desfavorable         |             |                    |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013

Elaboró: Comisión de auditoría

### 2.1.2 Control de Gestión

La Contraloría DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el concepto del Control de Gestión es Desfavorable para la Vigencia 2013, como consecuencia de la calificación de 69.3 puntos, resultante de ponderar los factores que se relaciona a continuación:



| TABLA 1  |                      |             |                    |
|--|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL DE GESTIÓN<br>ENTIDAD AUDITADA<br>VIGENCIA |                      |             |                    |
| Factores   | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. <u>Gestión Contractual</u>                      | 74.0                 | 0.67        | 49.6               |
| 2. <u>Rendición y Revisión de la Cuenta</u>        | 42.5                 | 0.03        | 1.3                |
| 3. <u>Legalidad</u>                                | 57.0                 | 0.06        | 3.4                |
| 4. <u>Gestión Ambiental</u>                        | 56.7                 | 0.06        | 3.4                |
| 5. <u>TICS</u>                                     | 63.7                 | 0.04        | 2.5                |
| 6. <u>Plan de Mejoramiento</u>                     | 0.0                  | 0.00        | 0.0                |
| 6. <u>Control Fiscal Interno</u>                   | 65.3                 | 0.14        | 9.1                |
| Calificación total                                 |                      | 1.00        | 69.3               |
| Concepto de Gestión a emitir                       | Desfavorable         |             |                    |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE GESTIÓN |                      |             |                    |
| Rango  | Concepto             |             |                    |
| 80 o más puntos                                    | Favorable            |             |                    |
| Menos de 80 puntos                                 | Desfavorable         |             |                    |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

### 2.1.3 Control Financiero y Presupuestal

La Contraloría Departamental como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el Control Financiero y Presupuestal de la Vigencia 2013 es Desfavorable, como consecuencia de la calificación de 78,7, resultante de ponderar los factores que se relacionan a continuación:

| TABLA 3   |                      |             |                    |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL<br>HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO<br>VIGENCIA 2013 |                      |             |                    |
| Factores minimos  | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Estados Contables  | 90,0                 | 0,70        | 63,0               |
| 2. Gestión presupuestal   | 57,1                 | 0,10        | 5,7                |
| 3. Gestión financiera   | 50,0                 | 0,20        | 10,0               |
| Calificación total  |                      | 1,00        | 78,7               |
| Concepto de Gestión Financiero y Pptal  | Desfavorable         |             |                    |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO FINANCIERO  |                      |             |                    |
| Rango   | Concepto             |             |                    |
| 80 o más puntos   | Favorable            |             |                    |
| Menos de 80 puntos  | Desfavorable         |             |                    |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

#### 2.1.3.1 Opinión sobre los Estados Contables

En nuestra opinión, los Estados Contables fielmente tomados de los libros oficiales, al 31 de diciembre 2013, así como el resultado del Estado de la Actividad Financiera Económica y Social y los Cambios en el Patrimonio para el año 2013, de conformidad con los principios y normas de contabilidad pública generalmente aceptados en Colombia y demás normas emitidas por la Contaduría General de la Nación, es Con Salvedades.

#### **PLAN DE MEJORAMIENTO**

La Entidad registrar el plan de mejoramiento en el Proceso de Plan de Mejoramiento del Sistema de Rendición de Cuentas en Línea, que permita corregir y solucionar las deficiencias encontradas durante el proceso auditor, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe.

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

Atentamente,

**ADOLFO WEYBAR SINISTERRA BONILLA**  
**Contralor Departamental Valle del Cauca**

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

#### 3.1 CONTROL DE RESULTADOS

Como resultado de la auditoría practicada, el concepto sobre el Control de Resultados es Desfavorable en la vigencia auditada 2013, conforme a las siguientes variables:

| TABLA 2-1                                 |                      |             |                    |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL DE RESULTADOS                     |                      |             |                    |
| FACTORES MINIMOS                          | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| Eficacia                                  | 72,5                 | 0,20        | 14,5               |
| Eficiencia                                | 83,2                 | 0,30        | 25,0               |
| Efectividad                               | 80,6                 | 0,40        | 32,3               |
| coherencia                                | 76,7                 | 0,10        | 7,7                |
| Cumplimiento Planes Programas y Proyectos |                      | 1,00        | <b>79,4</b>        |

Realizadas las pruebas de auditoría a partir de una muestra seleccionada, en donde se incluyeron proyectos, objetivos, metas y estrategias con las actividades e indicadores partiendo de una línea base, para establecer en qué medida el Hospital logró el cumplimiento en su Plan de Desarrollo 2012 – 2015, evaluando cada uno de los objetivos estratégicos, programas ejecutados enlazados con los contratos que materializaban su ejecución en la vigencia 2013.

En lo que respecta a la vigencia evaluada, la calificación del componente de Control de Resultados es de 79,4 Como se observa en la siguiente tabla:

| TABLA 2   |                      |             |                    |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL DE RESULTADOS<br>ENTIDAD AUDITADA<br>VIGENCIA |                      |             |                    |
| Factores minimos                                      | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Cumplimiento Planes Programas y Proyectos          | 79.4                 | 1.00        | 79.4               |
| Calificación total                                    |                      | 1.00        | 79.4               |
| Concepto de Gestión de Resultados                     | Desfavorable         |             |                    |
|   |                      |             |                    |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE RESULTADOS |                      |             |                    |
| Rango   | Concepto             |             |                    |
| 80 o más puntos                                       | Favorable            |             |                    |
| Menos de 80 puntos                                    | Desfavorable         |             |                    |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013

Elaboró: Comisión de auditoría

El Plan de Desarrollo del Hospital se adoptó mediante Acuerdo de Junta Directiva No 015 de Diciembre 26 de 2012, el cual se estructuro de la siguiente forma:

Tres (3) Ejes Estratégicos:

## EJE ESTRATEGICO No 1.

EL HOSPITAL SE GERENCIA CON PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE UNA GESTION MODERNA.

El eje No 1, se conformó a través de un sector (Salud), once (11) objetivos estratégicos y treinta y cinco (35) programas.

**Cuadro No.1**

| EJES ESTRATEGICOS   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | PROGRAMAS   |
|---|--|---|
| EL HOSPITAL SE GERENCIA CON PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE UNA GESTIÓN MODERNA | 1. Disponer de una estrategia exitosa de negociación de la oferta de servicios de la ESE | Establecer criterios de negociación de la oferta de servicios basados en los costos y precios del mercado   |
|   |  | Determinar un grupo directo Multidisciplinario para la negociación con autonomía para negociar con las EPSs   |
|   |  | Desarrollar una agenda de negociación temática y política, que potencie el quehacer de la entidad, su capacidad de gestión y el trabajo cooperativo interinstitucional                              |
|   | 2. Gerenciar las unidades funcionales como negocios productivos                          | Los jefe de las áreas funcionales reciben el proceso de formación integral complementario a su formación, que les permitirá administrar las unidades como una empresa exitosa                       |
|   |  | Las unidades funcionales reciben el apoyo de los procesos gerenciales y de apoyo, para asegurar el cumplimiento de las metas de productividad y gestión de indicadores                              |
|   | 3. Definir el portafolio de tarifas de manera estructurado para competir en el mercado   | El portafolio de tarifas se construye con base en el estudio de costos por actividad y servicio   |
|   |  | El portafolio de la ESE se negocia bajo los criterios de rentabilidad y equilibrio operación  |
|   |  | El Hospital evalúa los servicios con la Matriz de Boston y resultados del proceso de costos   |
|   | 4. Lograr que el Hospital funcione en una situación de equilibrio operacional            | La ESE asegura el equilibrio operacional en la prestación de los servicios  |
|   |  | La ESE realiza implementa estrategias que permitan garantizar resultados positivos en la operación y prestación de los servicios  |
|   |  | EL Hospital realiza los estudios de Capacidad instalada, oferta y demanda para garantizar resultados positivos en la operación  |
|   | 5. Disponer de una estrategia para el fortalecimiento del clima organizacional de la ESE | Identificar la percepción de los funcionarios sobre el clima organizacional de la entidad   |
|   |  | Coordinar con los responsables de los programas de bienestar y salud ocupacional, las alternativas de mejoramiento del clima organizacional, de acuerdo a los resultados de percepción obtenidos.   |
|   |  | Complementar las alternativas de mejoramiento del clima organizacional con planes de educación continuada a funcionarios en habilidades gerenciales, actitud y compromiso de servicio, entre otros. |
|   |  | Adicionar el recurso profesional necesario para la implementación de las alternativas de mejoramiento del clima organizacional  |
|   |  | Implementar la herramienta de evaluación y seguimiento que permita medir la eficacia de la estrategia de clima organizacional   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>EL HOSPITAL SE GERENCIA CON PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE UNA GESTIÓN MODERNA</b> | <b>6. Definir la forma que exista un alto grado de desarrollo en la implementación de la Ley 909, y las reglamentarias</b>                               | Implementar y desarrollar la herramienta de evaluación de desempeño con base en los criterios de las normas vigentes  |
|  |  | Implementar planes continuos donde prevalezca la mejora continua en la administración del talento Humano del Hospital   |
|  | <b>7. Existe una administración y control de la oferta recurso Humano misional y de apoyo durante las 24 horas de atención</b>                           | Implementar estrategias que permita administrar y atender las necesidades del recurso humano que labora en la ESE   |
|  |  | Implementar estrategias y herramientas que permita procesar la información relacionada con el recurso humano que labora en la ESE                                   |
|  | <b>8. Existe un proceso de selección de los perfiles de los cargos de las personas laboran en la ESE</b>   | La oficina de talento humano implementa herramientas que garanticen la efectiva selección del recurso humano Nombrado y Contratista                                 |
|  |  | La Oficina de Talento Humano implementa herramientas de evaluación periódica del personal en tercerización y contratista que labora en el Hospital                  |
|  | <b>9. Se desarrollan Proyectos de trabajo con la comunidad</b>   | Implementar y desarrollar la Política de responsabilidad social estatal en la ESE   |
|  |  | Participar en la elaboración y ejecución de proyectos comunitarios  |
|  |  | Elaborar un plan de acción en conjunto con la asociación de usuarios para asegurar la RSE en la ESE   |
|  | <b>10. Se desarrolla una agenda de cooperación entre el Hospital, el sector privado y la comunidad</b>   | Realizar la caracterización de los líderes comunitarios existentes en la zona de influencia del Hospital Mario Correa Rengifo                                       |
|  |  | Conocer los proyectos de salud, educación, deporte y cultura que tiene el sector público y privado para trabajar en conjunto con la comunidad                       |
|  |  | Establecer los criterios para el desarrollo de proyectos comunitarios   |
|  |  | Analizar insumos e información disponible sobre problemática sentida de la comunidad, y experiencias de trabajo con la comunidad existentes                         |
|  |  | Identificar organizaciones y temas para el trabajo con la comunidad   |
|  |  | Elaborar propuestas de trabajo con la comunidad para el abordaje de temas identificados y priorizados   |
|  |  | Gestionar en conjunto con la comunidad ante el sector público y privado los proyectos de acuerdo a temas identificados y priorizados                                |
|  |  | Ejecutar los proyectos gestionados por el HMCR y la Comunidad   |
|  | <b>11. Existe una fuerte relación comunidad y gerencia, con comunicación abierta, continua y transparente para asegurar la fidelidad de los clientes</b> | Existe una agenda de trabajo, entre la comunidad y la gerencia, donde se evidencia el trabajo en equipo   |
|  |  | La Gerencia informa constantemente a los representantes de la comunidad en la rendición de cuentas, de los avances y mejora de situaciones y procesos de la ESE     |
|  |  | Existe un plan de mejoramiento con trazabilidad donde la gerencia le evidencia a la comunidad la mejora continua en la atención de los servicios misionales y apoyo |

Fuente: Plan de Desarrollo HMCR E.S.E.

Elaboró: Comisión de auditoría

## EJE ESTRATEGICO No 2.

LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL SE IMPLEMENTAN CON CRITERIOS DE RENTABILIDAD SOCIAL Y ESTABILIDAD ECONOMICA.

El eje No 2, se conformó a través de un sector (Salud), once (11) objetivos estratégicos y cincuenta y seis (56) programas.

**Cuadro No.2**

| EJE ESTRATEGICO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | PROGRAMAS   |
|--|---|---|
| 2. Los procesos administrativos del Hospital se implementan con criterios de rentabilidad social y estabilidad económica | 1. Los procesos de contratación de la ESE se ajustan a la normatividad actual y las exigencias del mercado  | Definir conjuntamente con el área gerencial y de prestación de servicios la capacidad de contratación de oferta y demanda de la ESE en términos de: recursos humanos, físicos, tecnológicos y de insumos disponibles.                     |
|  |   | Definir conjuntamente con el área de planeación el ciclo de ejecución de la contratación de demanda y oferta indicando: procesos, procedimientos, responsables, tiempos y cuotas de cumplimiento  |
|  |   | Elaborar las herramientas e instrumentos necesarios en la gestión y desarrollo del proceso de contratación.   |
|  |   | Capacitar el personal responsable definido en el ciclo de ejecución de la contratación de demanda y oferta del hospital   |
|  |   | Ejecutar el ciclo de contratación de demanda y oferta   |
|  |   | Implementar herramientas de evaluación y medición de la gestión del proceso de contratación   |
|  | 7. Se cuenta con un sistema de apoyo logístico que atiende las necesidades de la ESE y los estándares de calidad del SOGC.  | Inventariar y revisar los protocolos existentes de cada uno de los componentes que constituyen el Sistema de Apoyo Logístico ( Mantenimiento; Lavandería; Central de Materiales; Aseo; Transporte, Vigilancia; Suministros; Alimentación) |
|  |   | Actualizar y levantar los protocolos del Sistema de Apoyo Logístico necesarios de acuerdo a la revisión realizada   |
|  |   | Socializar con los responsables de los componentes del Sistema de Apoyo Logístico, los protocolos definidos   |
|  |   | Programar y ejecutar los procesos y procedimientos indicados en los protocolos del Sistema de Apoyo Logístico   |
|  | 8. La tercerización de los servicios de apoyo en la ESE, generan efectividad, eficiencia y eficacia.  | Implementar herramientas de evaluación que evidencien la eficacia de la tercerización de los servicios de apoyo   |
|  |   | Implementar herramientas de evaluación y medición del desempeño de los tercerizados de la ESE   |
|  | 9. El proceso de apoyo logístico administra el proceso de mantenimiento y aplica los principios de la planificación en la aplicación del plan de mantenimiento, metrología e infraestructura y se garantiza la trazabilidad en la administración las hojas de vida de los biomédicos y otros. | Elaborar y ejecutar el Plan de Mantenimiento de equipos y biomédicos y metrología   |
|  |   | Elaborar y ejecutar el Plan de Mantenimiento de la infraestructura  |
|  |   | Procesar indicadores de resultado de la ejecución de los planes de mantenimiento - metrología e infraestructura   |
|  |   | Elaborar y ejecutar el Plan bienal de la ESE, con base en el procesamiento de órdenes de trabajo  |
|  |   | Recuperar la trazabilidad y registro de las hoja de vida de los equipos biomédicos de la ESE  |
|  | 10. Existe en la ESE desarrollo de TI/SI integral ajustado a las necesidades específicas de los procesos gerenciales, misionales y de apoyo.  | Implementar en la ESE el proyecto de desarrollo de la tecnología informática y Sistemas de información que se ajuste a las necesidades específicas de la organización   |
|  |   | Implementar un Sistema integrado de información, que administre los procesos misionales, gerenciales, administrativos y de apoyo  |
|  |   | Renovar la tecnología informática de la ESE, que soporte un sistema integrado de información  |
|  | 11. Existe un sistema de información de Referencia y contra referencia que apoya la toma de decisiones.   | Implementar procesos y procedimientos que permitan asegurar la información de referencia y contrareferencia de la ESE   |
|  |   | Implementar herramientas de evaluación y medición del sistema de referencia y contra referencia de la ESE   |

Fuente: Plan de Desarrollo HMCR E.S.E.

Elaboró: Comisión de auditoría

### EJE ESTRATEGICO No 3.

SE CONSOLIDA UNA OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD DE CALIDAD QUE ATIENDE NECESIDADES Y ESPECIFICIDADES DE LA POBLACION USUARIA.  
El eje No 3, se conformó a través de un sector (Salud), siete (7) objetivos estratégicos y veintisiete (27) programas.

**Cuadro No.3**

| EJE ESTRATEGICO  | OBJETIVO ESTRATEGICO   | PROGRAMAS   |
|--|--|---|
| 3 - Se consolida una oferta de servicios en salud de calidad que atiende necesidades y especificidades de la población usuaria | 1.La ESE desarrolla su portafolio de servicios orientado por procesos misionales   | Revisar la oferta de servicios por procesos misionales y realizar y ajustar los procedimientos de cada proceso  |
|  |  | Actualizar el portafolio de servicios conforme a la oferta definida con la capacidad de recursos instalada  |
|  |  | Presentar el nuevo portafolio de servicios a entidades de control fiscal y político, entes territoriales, IPS públicas y EPS  |
|  | 4. La ESE garantizar oportunidad y accesibilidad en la atención al usuario en los servicios misionales   | Priorizar e intervenir la barreras de acceso que afectan la oportunidad y accesibilidad   |
|  |  | Evaluar la oferta y la demanda  |
|  |  | Medir la demanda insatisfecha e implementar planes de mejoramiento  |
|  | 5. Se disponen de estrategias conjuntas para intervenir las necesidades materno Perinatal que afectan la comuna según ( estadísticas plan desarrollo 2012 - 2016 municipio de Cali ) | Revisar la estadística materno perinatal del área de influencia y proponer planes de salud orientados a soportar la demanda del servicio  |
|  |  | Elaborar una agenda de trabajo comunidad, Secretaria Departamental de Salud, Municipal y EPSs, con cobertura en el área de influencia para intervenir el problema desde la infraestructura misional de la ESE |
|  |  | Implementar herramientas de evaluación y medición de las necesidades materno perinatal en la ESE  |
|  | 6. En el proceso de gestión de indicadores de Productividad y Oportunidad el servicio de cirugía y egresos Hospitalarios cumplen con las metas propuesta                             | Evaluar la oferta y la demanda de Cirugía y Hospitalización por Especialidad  |
|  |  | Ajustar de acuerdo al análisis de oferta y demanda la operación de los dos (2) servicios  |
|  |  | Implementar estrategia orientadas a los usuarios de los servicios que permitan garantizar como mínimo el equilibrio operación de cirugía y Hospitalización  |
|  |  | Implementar estrategia que permitan cumplir con los estándares de atención e todos los servicios misionales   |
|  |  | Caracterizar y ajustar el proceso integral de atención del servicio de Urgencias de la ESE  |
|  |  | Garantizar la oportunidad y accesibilidad al servicio de urgencias  |
|  |  | Implementar herramientas de evaluación y medición de los servicios problema en la ESE   |
|  | 7. Los convenios docente-asistencial cooperan estrechamente en el desarrollo del portafolio de servicios de la ESE   | Reevaluar los convenios docentes asistenciales definiendo marco jurídico y costo-efectividad  |
|  |  | Definir las directrices y políticas institucionales de regulación de los convenios docente asistenciales  |
|  |  | Efectuar seguimiento al cumplimiento de las directrices y políticas institucionales en los convenios docentes asistenciales, aplicando listas de chequeo y de verificación                                    |

Fuente: Plan de Desarrollo HMCR E.S.E.

Elaboró: Comisión de auditoría



- Homologación Plan de Desarrollo Departamental, Plan Territorial de salud y Plan de Desarrollo Hospital Mario Correa Rengifo

De acuerdo a la información suministrada en el cuadro, el Plan de Desarrollo del Hospital Mario Correa Rengifo esta armonizado en su eje estratégico No 3 con el Plan Territorial de salud, donde se busca como objetivo primordial primero que todo una estabilidad financiera, que permita prestar unos servicios de calidad acompañado de un mejoramiento continuo, atención básica para una población de Cali comuna (18), en condiciones de pobreza extrema, que requieren o demandan unos servicios integrales de salud.

**Cuadro No.4**

| HOMOLOGACION PLAN DE DESARROLLO - PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2012-2015 - PLAN DE DESARROLLO HMCN 2012 - 2015 |   |  |   |  |   |
|---|---|--|---|--|---|
| PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2015  |   | PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2012 - 2015                              |   | PLAN DESARROLLO HMCN   |   |
| PROGRAMA  | SUBPROGRAMA   | EJE PROGRAMATICO   | PROYECTO  | EJES ESTRATEGICOS  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  |
| GESTION TRANSPARENTE E INTEGRACION DE SECTORES EN OFERTA Y ACCESO DE BIENES Y SERVICIOS                     | OFERTA Y ACCESO AL ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD       | ASEGURAMIENTO  | UNIVERSALIZACION DEL ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION VALLECAUCANA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD   | 1. EL HOSPITAL SE GERENCIA CON PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE UNA GESTION MODERNA   |   |
|   | OFERTA Y ACCESO AL ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD       | PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS EN SALUD                      | DESARROLLO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION VALLECAUCANA EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD                          | SOCIAL Y ESTABILIDAD ECONOMICA2. LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL SE IMPLEMENTAN CON CRITERIOS DE RENTABILIDAD SOCIAL Y ESTABILIDAD ECONOMICA |   |
|   | OFERTA Y ACCESO DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD PUBLICA Y PROMOCION SOCIAL | SALUD PUBLICA - PROMOCION SOCIAL                                   | REORGANIZACION Y MODERNIZACION DE LA RED PUBLICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD   | 3. SE CONSOLIDA UNA OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD DE CALIDAD QUE ATIENDE NECESIDADES Y ESPECIFICIDADES DE LA POBLACION USUARIA                          | 1. LA ESE DESARROLLA SU PORTAFOLIO DE SERVICIOS ORIENTADOS POR PROCESOS MISIONALES  |
|   |   | SALUD PUBLICA - PROMOCION SOCIAL- CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES | INTERVENCIONES COLECTIVAS EN SALUD PUBLICA PARA LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL   |  | 2. LAS BARRERAS QUE LIMITAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE SUS USUARIOS2. SE IDENTIFICAN E INTERVIENEN   |
|   |   | SALUD PUBLICA  | VIGILANCIA DE EVENTOS SALUD PUBLICA CON ENFOQUE DIFERENCIAL   |  | 3. LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDA LA ESE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DEL SOGAC  |
|   | OFERTA DE SERVICIOS DE GESTION TERRITORIAL EN SALUD                       | EMERGENCIAS Y DESASTRES  | PLANIFICACION PARA LA INTERVENCION OPORTUNA EN SALUD, DE LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL DEPARTAMENTO   |  | 4. EN LOS SERVICIOS MISIONALES4. LA ESE GARANTIZA OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD EN LA ATENCION AL USUARIO   |
|   |   | FORTALECIMIENTO DE LA GESTION TERRITORIAL                          | GESTION PUBLICA DE LA SALUD PUBLICA Y FORTALECIMIENTO DE LA FUNCION DE RECTORIA DE LA DIRECCION DEPARTAMENTAL   |  | 5. SE DISPONEN DE ESTRATEGIAS CONJUNTAS PARA INTERVENIR LAS NECESIDADES MATERNO PERINATAL QUE AFECTAN LA COMUNA SEGUN ESTADISTICAS PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2016 MUNICIPIO DE CALI   |
|   |   |  | GESTION DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD A NIVEL INSTITUCIONAL Y DE LOS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD |  | 6. EN EL PROCESO DE GESTION DE INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y OPORTUNIDAD EL SERVICIO DE CIRUJIA Y EGRESOS HOSPITALARIOS CUMPLEN CON LAS METAS PROPUESTAS<br><br>LOS CONVENIOS DOCENTE - ASISTENCIAL COOPERAN ESTRECHAMENTE EN EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE LA ESE |

Fuente: Plan Territorial de Salud - Plan de Desarrollo HMCN E.S.E.

Elaboró: Comisión de auditoría



La ejecución del Plan de Desarrollo para la vigencia 2013 alcanzo el 39%, evidenciándose que algunas metas se programó su cumplimiento en el 2014, no se dio inicio a su ejecución, factor adverso, pues si la meta es el 2014, se entiende que en el 2012 y 2013 debió primar algún avance, lo que no se visualiza.

En el eje Estratégico No 1 se consideró un Objetivo como fue el de Lograr que el Hospital funcione en una situación de equilibrio Operacional, el análisis que efectúa el hospital no es el más adecuado el cual consiste en evaluar Reconocimientos vs obligaciones, análisis errado, pues debe hacerse sobre compromisos. Por otro lado la figura de los reconocimientos no existe, existen cuentas por cobrar las cuales una vez se hagan efectivas, formaran parte de los recursos de la vigencia en que se recaudaron, en este orden de ideas el hospital en la vigencia 2013 género un déficit mayor a \$5.000 millones. Pues el análisis se debe realizar sobre los recaudos efectivos de la vigencia y comprometer de acuerdo a estos.

### **Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No.1**

Según el artículo 2° de la Ley 152 en su ámbito de aplicación estipula que la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo se aplica a la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden, en este orden de ideas esta norma es aplicable a los hospitales la cual debe ser de obligada observancia en la realización de su Plan de Desarrollo.

De la conformación del Plan de Desarrollo del Hospital se evidencia el incumplimiento de los Principios generales de Consistencia, Participación, Sustentabilidad Ambiental (manejo de residuos hospitalarios) y Coherencia.

El Plan de Desarrollo en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, debe contener una parte general y otra de Inversión, Plan Plurianual de Inversiones, Plan de Acción, cronograma de actividades, documentos no aportados por el Hospital a la comisión de auditoría.

El presupuesto de la vigencia 2013 con el código 800010 tiene incorporada la apropiación Gastos de Inversión, concebido dentro del mismo el Programa de Inversión en Salud Pública, con una ejecución en la vigencia por \$6.093 millones, esta apropiación corresponde a actividades propias del hospital en cumplimiento de su objetivo misional. Al revisar la contratación se evidenció el contrato No. 077 cuyo objeto es la adquisición, a título de compra de Equipos Médicos por \$847 millones, de acuerdo con las descripciones, especificaciones y demás condiciones técnicas establecidas en el Pliego de Condiciones N° 003/2013, la cual hace parte integral del contrato. Este contrato presentó su proyecto debidamente inscrito en el Banco de Proyectos de la Gobernación, que al ser constitutivo de inversión, debió figurar presupuestalmente en la Apropiación de Gastos de Inversión.

## **Hallazgo Administrativo No.2**

En la matriz de planificación estratégica, se han establecido metas que en su mayoría tienen como límite el año 2014, otras el 2016, 2013 y 2012, no hay conformada una información consistente que permita determinar y evaluar las metas en cada uno de los años de ejecución del Plan, generando dificultades en su evaluación. A manera de ejemplo el Objetivo Estratégico Gerencial las unidades funcionales como negocios productivos, la meta se estableció a marzo del 2016, no se evidencian las metas en cada año hasta llegar al cumplimiento total.

## **Hallazgo Administrativo No.3**

El plan de desarrollo del Hospital Mario Correa Rengifo en su conformación no contó con el componente estratégico debidamente estructurado, donde se tuvieran claramente determinadas las metas, Objetivos a mediano y largo plazo, líneas base, población beneficiaria, indicadores de producto para cada una de las vigencias del plan, cronograma de actividades, y un presupuesto plurianual claramente definido para la financiación del Plan

El Hospital no presentó anexo al Plan de Desarrollo,

- Plan estratégico.
- Plan de Inversiones.
- Plan plurianual de inversiones.
- Plan Operativo Anual de Inversiones
- Indicadores de gestión incorporados al plan de Desarrollo debidamente formulados.

## **- ACTUACIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA.**

## **Hallazgo Administrativo No.4**

Analizadas y revisadas las actas de Junta Directiva se evidencia la ausencia de verdaderos lineamientos que garanticen un monitoreo y un control al funcionamiento de la entidad por parte de la Junta, los temas que se tratan en las reuniones no reflejan un verdadero seguimiento a la gestión. Las mismas solo se limitan a revisar las Ejecuciones presupuestales, aprobar las modificaciones al presupuesto, y algunas acciones en torno a la reglamentación contractual. Un verdadero examen a la gestión integral no se observa en ninguna de las actas.

## ESTATUTOS INTERNOS.

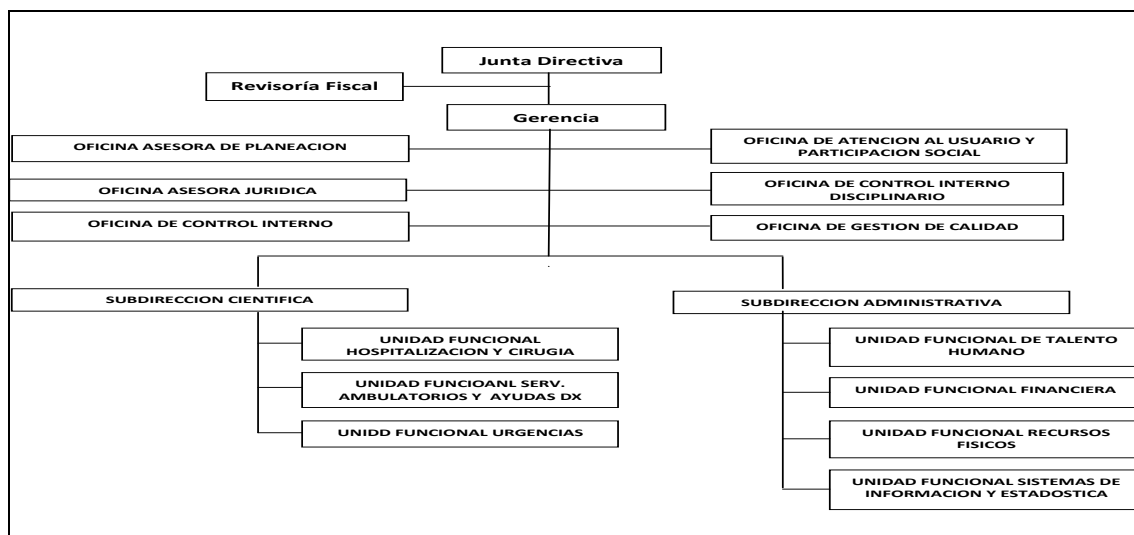
### Hallazgo Administrativo No.5

Los Estatutos Internos del Hospital Mario Correa Rengifo no han sido reformados o actualizados, esta observación al estar incorporado en el informe de Auditoría de la Vigencia 2012, para acción de mejoramiento y presentar incumplimiento deberá ser incorporada al plan de Mejoramiento de la presente auditoría.

### - ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura Organizacional del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo se ajustó incorporando a la misma la Junta Directiva, y la Revisoría Fiscal.

**Cuadro No.5**



Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo

### - PLANTA DE PERSONAL AÑO 2013

La nómina de funcionarios del hospital en la vigencia 2013, en diciembre contabilizó 142 funcionarios, es de destacar que los funcionarios cooperados representaron un porcentaje superior en el 75% a la planta de nombrados, para registrar una nómina de funcionarios total de 391 funcionarios. En los meses de diciembre y julio se registra el mayor número de funcionarios nombrados con 142 y 140 respectivamente.



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

*¡Una Entidad Vigilante, una Comunidad en Acción!*

**Cuadro No.6**

| 2013       | NOMBRADOS | COOPERADOS      |           |       | GRAN TOTAL |
|------------|-----------|-----------------|-----------|-------|------------|
|            |           | Adtvo. Y Asist. | home care | TOTAL |            |
| enero      | 136       | 109             |           | 109   | 245        |
| febrero    | 134       | 123             |           | 123   | 257        |
| marzo      | 133       | 134             |           | 134   | 267        |
| abril      | 132       | 139             |           | 139   | 271        |
| mayo       | 134       | 143             | 53        | 196   | 330        |
| junio      | 134       | 138             | 52        | 190   | 324        |
| julio      | 140       | 153             | 54        | 207   | 347        |
| agosto     | 139       | 156             | 59        | 215   | 354        |
| Septiembre | 137       | 162             | 60        | 222   | 359        |
| Octubre    | 134       | 163             | 69        | 232   | 366        |
| Noviembre  | 130       | 169             | 64        | 233   | 363        |
| Diciembre  | 142       | 183             | 66        | 249   | 391        |

De acuerdo al cuadro siguiente se observa que la planta de personal estipulada en 193 cargos no fue utilizada en su totalidad.

**Cuadro No.7**

| PLANTA DE CARGOS CON ASIGNACIONES 2013 |  |            |                   |                    |                      |
|--|--|------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| NIVEL                                  | CARGO  | No CARGOS  | SUELDO BASICO     | VALOR MENSUAL      | VALOR ANUAL          |
| DIRECTIVO                              | GERENTE  | 1          | 5.575.638         | 5.575.638          | 66.907.656           |
|  | SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO                         | 1          | 3.856.647         | 3.856.647          | 46.279.764           |
|  | SUBDIRECTOR CIENTIFICO                             | 1          | 3.856.647         | 3.856.647          | 46.279.764           |
|  | JEFE DE OFICINA                                    | 4          | 2.519.686         | 10.078.744         | 120.944.928          |
|  |  | 7          | 15.808.618        | 23.367.676         | 280.412.112          |
| PROFESIONAL                            | ODONTOLOGO   | 1          | 1.229.784         | 1.229.784          | 14.757.408           |
|  | MEDICO GENERAL                                     | 5          | 1.362.390         | 6.811.950          | 81.743.400           |
|  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD BACTERIOLOGO  | 4          | 1.748.202         | 6.992.808          | 83.913.696           |
|  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO TRABAJO SOCIAL           | 1          | 1.759.180         | 1.759.180          | 21.110.160           |
|  | ENFERMERO  | 10         | 1.844.474         | 18.444.740         | 221.336.880          |
|  | MEDICO ESPECIALISTA                                | 19         | 1.896.395         | 36.031.505         | 432.378.060          |
|  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTADOR                 | 5          | 1.904.760         | 9.523.800          | 114.285.600          |
|  | MEDICO GENERAL                                     | 2          | 2.043.583         | 4.087.166          | 49.045.992           |
|  | TESORERO GENERAL                                   | 1          | 2.100.468         | 2.100.468          | 25.205.616           |
|  | PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO            | 3          | 2.433.879         | 7.301.637          | 87.619.644           |
|  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO MANTENIMIENTO            | 1          | 1.904.760         | 1.904.760          | 22.857.120           |
|  | MEDICO GENERAL                                     | 3          | 2.724.778         | 8.174.334          | 98.092.008           |
|  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO JEFE UNID. FUNCIONAL     | 7          | 2.519.686         | 17.637.802         | 211.653.624          |
|  | MEDICO GENERAL MEDICO ESPECIALISTA PEDIATRA        | 1          | 2.844.594         | 2.844.594          | 34.135.128           |
|  | MEDICO ESPECIALISTA CIRUJANO                       | 1          | 3.792.789         | 3.792.789          | 45.513.468           |
|  |  | 64         | 32.109.722        | 128.637.317        | 1.543.647.804        |
| TECNICO                                | TECNICO AREA SALUD                                 | 1          | 980.383           | 980.383            | 11.764.596           |
|  | TECNICO ADMINISTRATIVO (FACTURACION - PRESUPUESTO) | 4          | 980.383           | 3.921.532          | 47.058.384           |
|  | TECNICO AREA SALUD (INSTRUM. QUIRURGICO)           | 7          | 1.120.645         | 7.844.515          | 94.134.180           |
|  | TECNICO ADMINISTRATIVO                             | 1          | 1.298.371         | 1.298.371          | 15.580.452           |
|  | TECNICO ADMINISTRATIVO - ALMACENISTA AUXILIAR      | 1          | 1.226.359         | 1.226.359          | 14.716.308           |
|  |  | 14         | 5.606.141         | 15.271.160         | 183.253.920          |
| ASISTENCIAL                            | OPERARIO   | 3          | 677.066           | 2.031.198          | 24.374.376           |
|  | CELADOR  | 1          | 682.563           | 682.563            | 8.190.756            |
|  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - MENSAJERO                | 1          | 736.690           | 736.690            | 8.840.280            |
|  | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES                    | 2          | 737.896           | 1.475.792          | 17.709.504           |
|  | CONDUCTOR  | 2          | 809.344           | 1.618.688          | 19.424.256           |
|  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CAJA                     | 6          | 819.207           | 4.915.242          | 58.982.904           |
|  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CENTRAL                  | 7          | 841.153           | 5.888.071          | 70.656.852           |
|  | AUXILIAR AREA SALUD - AUX. LAB. CLINICO            | 8          | 857.593           | 6.860.744          | 82.328.928           |
|  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FINANCIERO               | 1          | 871.747           | 871.747            | 10.460.964           |
|  | AUXILIAR AREA SALUD - REHABILITACION               | 1          | 899.020           | 899.020            | 10.788.240           |
|  | AUXILIAR AREA SALUD - FACTURACION, SISTEMAS- OTROS | 4          | 912.442           | 3.649.768          | 43.797.216           |
|  | SECRETARIA   | 10         | 944.349           | 9.443.490          | 113.321.880          |
|  | AUXILIAR AREA SALUD - AUXILIAR ENFERMERIA          | 60         | 991.648           | 59.498.880         | 713.986.560          |
|  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FINANCIERO               | 1          | 1.110.216         | 1.110.216          | 13.322.592           |
|  | SECRETARIA - NOMINA                                | 1          | 1.113.310         | 1.113.310          | 13.359.720           |
|  | SECRETARIA EJECUTIVA                               | 1          | 1.149.579         | 1.149.579          | 13.794.948           |
|  |  | 108        | 14.153.823        | 101.207.102        | 1.214.485.224        |
|  | <b>GRAN TOTAL NOMINA 2013</b>                      | <b>193</b> | <b>67.678.304</b> | <b>268.483.288</b> | <b>3.221.799.080</b> |

Los manuales de funciones se encuentran desactualizados pues el acto administrativo que los adopta data del año 2011.

- Revisión Hojas de vida

De la revisión de las hojas de vida de los funcionarios de planta del Hospital Mario Correa Rengifo se determinaron las siguientes observaciones:

### **Hallazgo Administrativo No.6**

- Los documentos producidos en la vigencia 2013, en la mayoría de los casos no traen incorporados los códigos establecidos en las Tablas de Retención Documental.
- Hojas de vida presentan documentos sin foliar o mal foliados, no guardan el consecutivo y en algunos casos no están foliados la totalidad de los documentos.
- Las resoluciones mediante las cuales se autoriza el pago de anticipos de cesantías no presentan incorporada la respectiva liquidación, lo que no permite realizar un efectivo control a los pagos realizados.
- En las hojas de vida no se evidencia documento alguno mediante el cual el Hospital solicite certificación a las respectivas Instituciones Educativas sobre los estudios realizados por los diferentes funcionarios.
- En algunas carpetas falta anexar la declaración juramentada de bienes de los funcionarios. Información que debe presentarse en todos los años de vinculación laboral.
- En vigencias anteriores se evidenció la realización de Decretos de Nombramiento con efectos retroactivos, aclarando que el funcionario para la ya presentaba relación laboral con el Hospital.
- En algunas carpetas se evidenciaron documentos no incorporados a las mismas, o sea no estaban legajados.
- Se observa en el goce de las vacaciones, desorden ya que por lo general los funcionarios no disfrutaban la totalidad del periodo, sino que se disfruta por días parciales.

### **Clima Organizacional**

Del estudio contratado por Colmena *vida y riesgos laborales* de Resultados de medición de riesgo psicosocial intralaboral y extralaboral, se determinó:

En términos generales el riesgo psicosocial el Hospital Mario Correa Rengifo se ubica en un nivel ALTO, lo cual significa que es un nivel de riesgo en el que se esperaría una respuesta de estrés ALTA. Por tanto la intervención será bajo el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.

De los dos riesgos psicosociales evaluados, el intralaboral se encuentra en nivel de riesgo ALTO y extralaboral, se encuentran en nivel de riesgo MEDIO.

El resultado que presenta el mencionado informa se corrobora en la revisión de las hojas de vida, en las cuales reposaban gran cantidad de certificados de incapacidad medica de los funcionarios,

### **Rendición de Cuentas**

En la vigencia 2013 el Gerente del Hospital Mario Correa Rengifo efectuó rendición de cuentas de la gestión realizada en la vigencia por una única vez el 13 de

Diciembre de 2013 en el Club de tenis el cual conto con una nutrida participación. El informe recoge información al 31 de octubre de 2013.

En la parte financiera se destaca que se pasó de una pérdida de \$892 millones a una utilidad de \$1.263 millones, en lo facturado se incrementó el 30% al pasar de \$10.860 millones a \$14.036, pero se presenta un hecho negativo que contrasta con los resultados presentados, es que el porcentaje de recaudo del régimen subsidiado ascendió a \$7.887 millones que corresponde al 61% de lo facturado generándole problemas de liquidez al hospital, Lo facturado por vinculados decreció en el 91% al pasar de \$2.908 millones a \$265 millones, pero aparecen recaudados \$657 millones, lo facturado por régimen subsidiado se incrementó en el 79% debido a que la unificación del POS, los pacientes vinculados pasan a ser subsidiados, y según el informe de gestión se tienen radicados unos proyectos, tanto para compra de equipos biomédicos, adecuaciones locativas y actualización de software y hardware, pero los mismos no se encuentran materializados en el Plan de Desarrollo, ni en el presupuesto de la vigencia.

En la ejecución presupuestal de la vigencia se observa que los recaudos son demasiado bajos especialmente por prestación de servicios, de un ejecutado por \$20.365 millones solo se recaudó el 63% (\$12.802 millones), y a nivel general en la vigencia los recaudos fueron por \$18.640 millones y los compromisos adquiridos fueron por \$24.080 millones, generando un déficit de \$5.440 millones

### **3.2 CONTROL DE GESTION**

Como resultado de la auditoría adelantada al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, el concepto sobre el Control de Gestión es Desfavorable para la vigencia 2013, una vez evaluados los siguientes Factores:

#### **3.2.1 Factores Evaluados**

##### **3.2.1.1 Gestión Contractual**

En la ejecución de la presente Auditoría y de acuerdo con la información suministrada por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución Interna de Rendición de Cuentas en Línea de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, se evidenció que la Entidad celebró la siguiente contratación:

En la vigencia 2013 suscribieron noventa y un (91) contratos por valor de \$13.235.183.462, distribuidos así:

**Cuadro No.8**

| TIPOLOGIA                      | CANTIDAD  | VALOR \$                |
|--------------------------------|-----------|-------------------------|
| Obra Pública                   | 01        | 67.750.008              |
| Prestación de Servicios        | 70        | 10.400.113.536          |
| Suministros                    | 1         | 168.000.000             |
| Compraventa                    | 8         | 2.271.942.584           |
| Mantenimiento                  | 3         | 175.044.000             |
| Arrendamiento                  | 6         | 42.333.334              |
| Consultoría, convenios y Otros | 2         | 111.000.000             |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>91</b> | <b>\$13.235.183.462</b> |

Fuente: Hospital Dptal. Mario Correa Rengifo  
Elaboró: Comisión de Auditoría

### **Muestra contractual**

Para la auditoría Regular con Enfoque Integral llevada a cabo al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo en la vigencia 2013, se seleccionó la muestra de contratación para evaluar los factores de gestión, financiera y legalidad, de acuerdo al Plan de Desarrollo Institucional presentado para la vigencia 2012 - 2015, de la siguiente forma:

**Cuadro No.9**

| CONCEPTO                          | CANTIDAD  | VALOR                |
|-----------------------------------|-----------|----------------------|
| Contratos prestación de servicios | 12        | 5.057.628.902        |
| Obra Pública                      | 1         | 67.750.008           |
| Mantenimiento                     | 2         | 60.784.000           |
| Suministro                        | 8         | 1.224.822.584        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>23</b> | <b>6.410.985.494</b> |

El anterior cuadro detalla la muestra de la contratación seleccionada para la vigencia 2013, representada en veintitrés (23) contratos por valor de \$6.410.985.494 en un porcentaje del 50% respecto del valor total de la contratación.



Se evidencian contratos mediante los cuales el Hospital detenta la calidad de contratista para la prestación de servicios de salud con las E.P.S.:

**Cuadro No.10**

| Entidad                                   | Contrato            | Regimen               | Vigencia                    | Duración- MESES | Tarifa                               | Valor            |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------------------------|------------------|
| EMSSANAR                                  | 203-2FT131          | Subsidiado            | 01/04/2013 hasta 31/03/2014 | 12              | SOAT 2012 -20%                       | \$ 3.000.000.000 |
| COOSALUD                                  | SVA201203V087       | Subsidiado            | 01/01/2012 hasta 31/10/2014 | 24              | SOAT 2012 -25%                       | \$ 1.500.000.000 |
| ASMETSALUD                                | G-149-11-1+OTRO SI  | Subsidiado            | 1/11/2011 hasta 31/12/2012  | 13              | SOAT 2012- 15%                       | \$ 287.321.088   |
| AIC RS                                    | 134-2012            | Subsidiado            | 1/05/2012 hasta 31/12/2012  | 8               | SOAT 2012-20%                        | \$ 20.000.000    |
| AIC PYP                                   | 135-2012            | Subsidiado            | 1/05/2012 hasta 31/12/2012  | 8               | SOAT 2012-20%                        | \$ 8.000.000     |
| COSMITET                                  | CAL-303             | Especial              | 01/01/2012 hasta 31/12/2016 | 36              | soat vigente al momneto del servicio | \$ 100.000.000   |
| CONDOR                                    | A0976110018         | Subsidiado            | 01/01/2012 HASTA 31/03/2013 | 12              | SOAT 2012 - 15%                      | \$ 240.000.000   |
| SSPD                                      | 0042-2012           | Secretaria            | 14/02/2012 HASTA 31/12/2012 | 11              | SOAT VIGENTE-25%                     | \$ 3.850.105.070 |
| SSPD                                      | 0761-2012           | Secretaria            | 30/11/2012-31/12/2012       | 2               | SOAT VIGENTE-25%                     | \$ 174.989.250   |
| SELVA SALUD                               | 31111-10.07-739     | Subsidiado            | 01/01/2013 hasta 01/12/2013 | 8               | SOAT VIGENTE -10%                    | \$ 100.000.000   |
| CAPRECOM                                  | CR76-106-2013       | Mediana complejidad   | 02/01/2013 A 31/03/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 350.000.000   |
|   | AD-01-CR76-106-2013 | Mediana complejidad   | 15/03/2013 A                |                 | SOAT - 15%                           | \$ 320.000.000   |
|   | AD-01-CR76-406-2013 | Mediana complejidad   | 15/03/2013 A                |                 | SOAT - 15%                           | \$ 200.000.000   |
|   | CR76-489-2013       | Mediana complejidad   | 10/07/2013 A 09/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 160.000.000   |
|   | AD-01-CR76-489-2013 | Mediana complejidad   | 09/10/2013 A 15/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 320.000.000   |
|   | AD-01-CR76-489-2013 | Mediana complejidad   | 09/10/2013 A 15/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 270.000.000   |
|   | AD-01-CR76-489-2013 | Mediana complejidad   | 10/10/2013 A 30/11/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 270.000.000   |
|   | AD-02-CR76-489-2013 | Mediana complejidad   | 29/11/2013 A 31/12/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 320.000.000   |
|   | CR76-173-2013       | Atencion domiciliaria | 01/02/2013 A 31/03/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 320.000.000   |
|   | AD-01-CR76-173-2013 | Atencion domiciliaria | 31/03/2013 A 31/05/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 270.000.000   |
|   | AD-02-CR76-173-2013 | Atencion domiciliaria | 28/05/2013 A                |                 | SOAT - 15%                           | \$ 50.000.000    |
|   | CR76-417-2013       | Atencion domiciliaria | 01/06/2013 A 01/08/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 270.000.000   |
|   | AD-01-CR76-417      | Atencion domiciliaria | 02/08/2013 A 01/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 270.000.000   |
|   | AD-01-CR76-417-2013 | Atencion domiciliaria | 12/08/2013 A 01/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 200.000.000   |
|   | AD-03-CR76-417-2013 | Atencion domiciliaria | 01/10/2013 A 15/10/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 200.000.000   |
|   | AD-02-CR76-173-2013 |                       |                             |                 | SOAT - 15%                           |                  |
|   | AD-01-CR76-572-2013 | Atencion domiciliaria | 25/10/2013 A 30/11/2013     |                 | SOAT - 15%                           |                  |
|   | AD-02-CR76-572-2013 | Atencion domiciliaria | 26/12/2013 A                |                 | SOAT - 15%                           | \$ 40.000.000    |
|   | AD-01-CR76-572-2013 | Atencion domiciliaria | 29/11/2013 A 31/12/2013     |                 | SOAT - 15%                           | \$ 110.000.000   |
| SALUDVIDA                                 |                     | Subsidiado            |                             |                 | SOAT - 15%                           |                  |
| CAFESALUD EPS                             |                     | Subsidiado            |                             |                 | SOAT - 15%                           |                  |
| SECRETARIA DE SALUD DEPTAMENTAL DEL VALLE | 389-2013            | vinculado             |                             |                 | SOAT-5%                              | \$ -             |
| SECRETARIA DE SALUD DEPTAMENTAL DEL VALLE | 0843-2013           | salud publica         | 04/09/2013                  |                 |                                      | \$ 6.414.790.000 |
| SECRETARIA DE SALUD DEPTAMENTAL DEL VALLE | 0843-2013           | salud publica         |                             |                 |                                      |                  |
| SECRETARIA DE SALUD DEPTAMENTAL DEL VALLE | 1250-2013           |                       | 08/11/2013                  |                 | SOAT-5%                              | \$ 4.304.278.486 |
| RECUPERAR                                 |                     | IPS                   |                             |                 | SOAT - 15%                           |                  |

Fuente: Hospital Dptal. Mario Correa Rengifo

Elaboró: Comisión de Auditoría

## Cumplimiento del Marco Normativo de la Contratación:

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo realiza su proceso de contratación teniendo como principal herramienta jurídica su Manual de Contratación (Acuerdo 010 del 17 de diciembre de 2008), la Constitución Política, numeral 6º artículo 195 de la Ley 100 de 1993, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 019 de 2012, Decreto 734 de 2012, y demás normas concordantes en materia contractual de obligatorio cumplimiento, teniendo como presupuesto constitucional que la función administrativa debe estar al servicio de los intereses generales y desarrollarse con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Revisados el cumplimiento de los objetos contractuales y haciendo un análisis del cumplimiento del marco normativo y legal de la entidad en la contratación realizada durante las vigencia 2013, se procedió a calificar la matriz de Control de Gestión Contractual, obteniendo el siguiente resultado:



## Tabla gestión contractual vigencia 2013

| TABLA 1-1                                     |   |    |                    |   |                      |   |                     |   |          |             |                   |
|---|---|----|--------------------|---|----------------------|---|---------------------|---|----------|-------------|-------------------|
| EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL          |   |    |                    |   |                      |   |                     |   |          |             |                   |
| ENTIDAD AUDITADA                              |   |    |                    |   |                      |   |                     |   |          |             |                   |
| VIGENCIA                                      |   |    |                    |   |                      |   |                     |   |          |             |                   |
| VARIABLES A EVALUAR                           | CALIFICACIONES EXPRESADAS POR LOS AUDITORES |    |                    |   |                      |   |                     |   | Promedio | Ponderación | Puntaje Atribuido |
|   | <u>Prestación<br/>Servicios</u>             | q  | <u>Suministros</u> | q | <u>Interventoría</u> | q | <u>Obra Pública</u> | q |          |             |                   |
| Cumplimiento de las especificaciones técnicas | 64  | 11 | 100                | 7 | 100                  | 0 | 100                 | 1 | 78.95    | 0.50        | 39.5              |
| Cumplimiento deducciones de ley               | 73  | 11 | 100                | 7 | 100                  | 2 | 0                   | 1 | 80.95    | 0.05        | 4.0               |
| Cumplimiento del objeto contractual           | 67  | 11 | 100                | 7 | 100                  | 2 | 100                 | 1 | 82.94    | 0.20        | 16.6              |
| Labores de Interventoría y seguimiento        | 38  | 12 | 86                 | 7 | 50                   | 2 | 50                  | 1 | 54.55    | 0.20        | 10.9              |
| Liquidación de los contratos                  | 55  | 11 | 100                | 3 | 0                    | 2 | 100                 | 1 | 58.82    | 0.05        | 2.9               |
| CUMPLIMIENTO EN GESTIÓN CONTRACTUAL           |   |    |                    |   |                      |   |                     |   |          | 1.00        | 74.0              |

| Calificación     |   |
|------------------|---|
| Eficiente        | 2 |
| Con deficiencias | 1 |
| Ineficiente      | 0 |

Con deficiencias

Fuente: Matriz de calificación  
Elaboró: Comisión de auditoría

El anterior cuadro muestra la calificación realizada por el grupo auditor a la contratación seleccionada dentro de la muestra contractual, generando un resultado DEFICIENTE a la evaluación de la Gestión Contractual de la entidad, la cual arroja un resultado de 74.0% respecto a doce (12) contratos de prestación de servicios, ocho (08) de suministro, dos (02) de mantenimiento, y, un (01) de obra pública.

Una vez analizada y revisada la muestra contractual, se evidenciaron las siguientes observaciones:

### Etapas Precontractual:

#### Hallazgo Administrativo No.7

En la revisión de las carpetas contractuales se evidenció que en esta etapa se presentan deficiencias ya que la identificación de la necesidad del objeto a contratar, los recursos presupuestales disponibles para su financiación, su ajuste al plan de necesidades y al plan de compras y la elaboración y alcance de los estudios y diseños previos (técnicos, económicos y jurídicos, no son coherentes con la valoración del objeto contratado, de tal manera que al celebrar el contrato, éste no se ajusta a las necesidades de la entidad para cumplir con el servicio, generándose un quebrantamiento de la ecuación contractual, debiéndose recurrir a las adiciones en tiempo y valor.

## **Etapas Contractual**

En esta etapa se evidenciaron las siguientes observaciones:

### **Hallazgo Administrativo No.8**

En la revisión de los contratos de la muestra, se evidenció que las pólizas de garantía se aprueban después de iniciado el contrato, desconociendo los artículos 23 y 25 del Manual de Contratación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, artículo 7 de la ley 1150 de 2007, Decreto 4828 de 2008. Igualmente se omite el control social a la gestión contractual, no permitiendo que el control ciudadano se ejerza a través de las veedurías ciudadanas, desconociendo el artículo 32 del estatuto Contractual.

### **Hallazgo Administrativo No.9**

El proceso de supervisión de los contratos se debe revisar por cuanto se evidencia en algunos casos desconocimiento sobre las actividades a supervisar y la forma como deben realizar esta labor. Se debe exigir al contratista presentar un informe detallado que documente el cumplimiento de la ejecución del contrato, debe contar con el registro de cada una de las actividades objeto del contrato, en los tiempos que determine el cronograma inicial presentado, cuando presenten registro fotográfico que éste sea acorde a la actividad realizada y aportar las firmas de los participantes en las diferentes actividades, igualmente cuantificar y cualificar las actividades desarrolladas dentro del contrato, con el fin de establecer el impacto sobre la población beneficiada.

## **Obra Pública:**

### **Hallazgo Administrativo No.10**

El Hospital suscribió un contrato de obra pública por valor de \$67.750.008, con la firma PROYECTO DE INGENIERIA & SUMINISTROS SAD PROINGEN SAS, se evidenció una omisión al artículo 6 de la Ley 1106 de 2006, por no retener el 5% del impuesto al patrimonio.

## **Prestación de Servicios:**

Con relación a la muestra seleccionada respecto a los contratos de prestación de servicios, doce (12) contratos por valor de \$5.057.628.902, de los cuales se evaluaron todos los aspectos y criterios aplicables descritos en la matriz de calificación de gestión con lo anterior se observa de la revisión lo siguiente:

### **Hallazgo Administrativo No.11**

En el contrato No.087 por valor de \$131.485.300 suscrito con DISMOD INGENIEROS LTDA. ING. CONSTRUCTORES, cuyo objeto es "... a todo costo, ejecutar las obras y trabajos de: En el área de medicina interna del Hospital, realizar el mantenimiento preventivo y correctivo en muros, sistemas de ventanas, puertas y cielos falsos en los espacios de habitaciones, pasillos, central de enfermeras, procedimientos, baños y demás áreas locativas internas y externas...", al analizar este contrato se evidencia que se realizó bajo la modalidad de "contrato de prestación de servicios" y no como contrato de "obra pública", no llevándose el respectivo proceso de contratación, incumpléndose lo regulado en la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2516 del 2011, artículo 26 numeral 8º Estatuto Contractual.

### **Hallazgo Administrativo No.12**

En el contrato No.090 por valor de \$1.782.806.774 suscrito con la Fundación Ave Fénix, se evidencia desorden en la carpeta contractual, documentos presentados extemporáneamente por parte de la interventoría

### **Hallazgo Administrativo No.13**

En el contrato No.093 por valor de \$220.092.329 suscrito con el Hospital San Nicolás de Versalles, se evidencia desorden en la carpeta contractual, documentos presentados extemporáneamente por parte de la interventoría.

### **Hallazgo Administrativo No.14**

En el contrato No.095 por valor de \$112.000.000 suscrito con la Cooperativa De Trabajo Asociado Prestadores De Ser, se evidencia desorden en la carpeta contractual, documentos presentados extemporáneamente por parte de la interventoría.

### **Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No.15**

En el contrato No.101 por valor de \$114.260.000 suscrito con Equipadora Medica S.A, cuyo objeto es el fortalecimiento y recuperación de los muebles de uso asistencial del servicio de medicina interna, para lo cual es necesario realizar la adquisición de lo siguiente 1.) Veinte (20) camas Eléctricas básicas, Marca Dometal con referencia 135-00/01, con tendido de cuatro planos (uno fijo y tres móviles) en plástico de accionamiento ... Este contrato es de compraventa y no de mantenimiento, contraviniendo lo preceptuado en el principio de Especialización mediante el cual se estipula que "Las apropiaciones deben referirse en cada

empresa a su objeto y funciones, y se ejecutarán estrictamente conforme al fin para el cual fueron programadas” (artículo 8 Decreto 115 de 1996).

### **Suministros:**

De conformidad con el resultado de la evaluación a los contratos de suministros de la muestra seleccionada y de acuerdo a la presente modalidad de contratación, se revisaron ocho (8) contratos por valor de \$1.224.822.584, de los cuales se evaluaron todos los aspectos y criterios aplicables descritos en la matriz de calificación de gestión; una vez revisados arrojaron los siguientes resultados:

### **Hallazgo Administrativo No.16**

En los contratos números 010-2013 y 062 -2013 por valor de \$200.000.000 y \$900.000.000, respectivamente, suscritos con Comercializadora y Distribuidora de Medicamentos S.A.S. CODIMEC, se realizó visita fiscal a la División de Recursos Físicos para conocer el proceso mediante el cual se le hace supervisión a este contrato, evidenciándose que la misma no determina el cumplimiento real del objeto contractual, en razón a que no existen indicadores que permitan la verificación real de lo suministrado por el contratista. Este contrato no cuenta con una supervisión Técnica, la Financiera - Administrativa que se realiza es insuficiente teniendo en cuenta la calidad de contrato. Esta supervisión tiene como base única y exclusivamente lo aportado por el contratista, ya que el hospital no cuenta con una sistematización de sus procesos mediante los cuales se pueda dar una articulación del funcionamiento del mismo. Esta supervisión se realiza tomando una muestra mínima de treinta (30) requerimientos Vs las facturas presentadas por el contratista, los cuales se verifican en un CD contentivo de la información sistematizada día a día por el contratista. El Hospital no cuenta con unos indicadores que le permitan obtener información de lo suministrado día a día por el contratista en cada área, oportunidad en la entrega de los medicamentos (inciso 3 Clausula Segunda), cuantos medicamentos son reemplazados o requieren de reemplazo por mala calidad (incisos 4 y 5 Clausula Segunda).Igualmente se evidencia que no se ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad por parte del contratista que permita establecer la calidad de los medicamentos, la manipulación y conservación de los mismos, la vida útil de los medicamentos (mínimo 12 meses)- inciso 18 Clausula Segunda.

#### **3.2.1.2 Resultado Evaluación y Rendición de la cuenta**

Se emite una opinión (Ineficiente) para la vigencia 2013 con 42,5 puntos; con base en el siguiente resultado:

| TABLA 1-2  |                      |             |                   |
|--|----------------------|-------------|-------------------|
| RENDICIÓN Y REVISIÓN DE LA CUENTA                                  |                      |             |                   |
| VARIABLES A EVALUAR  | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Oportunidad en la rendición de la cuenta                           | 87,5                 | 0,10        | 8,8               |
| Suficiencia (diligenciamiento total de formatos y anexos)          | 37,5                 | 0,30        | 11,3              |
| Calidad (veracidad)  | 37,5                 | 0,60        | 22,5              |
| <b>SUB TOTAL CUMPLIMIENTO EN RENDICIÓN Y REVISIÓN DE LA CUENTA</b> |                      | <b>1,00</b> | <b>42,5</b>       |

| Calificación     |   | Ineficiente |
|------------------|---|-------------|
| Eficiente        | 2 |             |
| Con deficiencias | 1 |             |
| Ineficiente      | 0 |             |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

Con relación a la Resoluciones Reglamentarias números 06 de 2011 y 08 de 2013 se ha revisado la rendición y revisión de la cuenta observando lo siguiente:

### Proceso Administrativo Sancionatorio

Una vez revisada la plataforma del Sistema de Rendición de Cuentas en Línea (RCL), frente a la revisión efectuada durante el proceso auditor, se evidenció que no existe concordancia entre la información rendida a través del RCL y lo confrontado en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, en lo referente al reporte de las ordenes de servicio y de compra (contratos sin formalidades plenas), las cuales, no se catalogan como contratos y como tal no se reportan en RCL, contraviniendo lo contemplado en la resolución No. 08 de 2013.

#### 3.2.1.3 Legalidad

Se emite una Opinión **Con Deficiencias** en Legalidad para la vigencia 2013, con base en los siguientes resultados:

| TABLA 1 - 3                   |                      |             |                   |
|-------------------------------|----------------------|-------------|-------------------|
| LEGALIDAD                     |                      |             |                   |
| VARIABLES A EVALUAR           | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Financiera                    | 42.9                 | 0.40        | 17.1              |
| De Gestión                    | 66.4                 | 0.60        | 39.8              |
| <b>CUMPLIMIENTO LEGALIDAD</b> |                      | <b>1.00</b> | <b>57.0</b>       |

| Calificación     |   | Con deficiencias |
|------------------|---|------------------|
| Eficiente        | 2 |                  |
| Con deficiencias | 1 |                  |
| Ineficiente      | 0 |                  |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

### **3.2.1.3.1 Legalidad Financiera**

Respecto a la tabla 1-3 en lo que tiene que ver con la variable financiera se obtuvo el resultado teniendo en cuenta los criterios de la muestra seleccionada en los aspectos contables, presupuestales y tributarios, expuesto en la matriz, la cual arrojó un puntaje de 57. Para la vigencia objeto de la Auditoría (2013) producto de la calificación parcial y la ponderación, esta última establecida en la matriz, como se observa el puntaje de la variable financiera alcanzó el 42.9% por:

- No se liquidaron intereses moratorios a los deudores por venta de servicios diferentes regímenes, que presentan cuentas con edades superiores a 180 días
- Se presentan diferencias entre la información registrada en tesorería, contabilidad, y la Oficina Jurídica.
- No se cancela la Retefuente dentro de los términos señalados por la Ley, y no se liquidan sanciones por extemporaneidad e intereses moratorios
- No se consignan a la Gobernación del en los términos establecidos por la Ley los recursos recaudados por concepto de estampillas.

Con lo relacionado se puede colegir que la Entidad contrarió presuntamente las siguientes normas:

- Resoluciones 357 del 2007 de 1996 de la Contaduría General de la Nación
- Ley 1122 de 2007 en su artículo 13 parágrafo 5,
- Estatuto Tributario Nacional Artículos 375 y 376
- Ordenanza 301 de 209 artículo 307

### **3.2.1.3.2 Legalidad Administrativa**

La calificación sobre la legalidad administrativa arrojó el 66.1% como consecuencia de algunos procesos administrativos que no son realizados acorde a las normas y los procedimientos institucionales así:

- No se evidenciaron actuaciones que permitan aseverar que hubo participación comunitaria en la determinación del Plan de Desarrollo.
- No se han realizado seguimiento a las políticas de talento humano.
- El proceso de inducción y reinducción se aplica en su mayoría al personal de planta, en la vigencia se realizó un taller de reinducción.
- Los jefes de las distintas áreas funcionales del hospital no realizan seguimiento al desempeño de sus funcionarios, todo se limita a la calificación,
- La Implementación del Modelo Estándar de Control Interno se encuentra atrasada, a pesar que se han realizado algunas gestiones, en la vigencia

2013 por lo general no se cumplió con las obligaciones en la materia, empezando que no se presentó la información de avance de la implementación ante la DAFP.

- Algunos indicadores relacionados con el Plan de Desarrollo están mal elaborados.

#### **3.2.1.3.3 Legalidad Gestión**

Con respecto a la calificación de la legalidad contractual se obtuvo teniendo en cuenta los criterios valorables de la muestra seleccionada, la cual arrojó un puntaje de 64.3.

#### **Hallazgo Administrativo No.17**

Con base en lo anterior y en lo referente al reporte de las ordenes de servicio y de compra (contratos sin formalidades plenas), las cuales, no se catalogan como contratos y como tal no se reportan en RCL, contraviniendo lo contemplado en la resolución No. 08 de 2013..

#### **3.2.1.3.4 Legalidad TICS**

El presente informe se obtuvo teniendo en cuenta las variables calificadas de las matrices correspondientes a las TIC's, las cuales obedecen a la Integridad, Disponibilidad, Efectividad, Eficiencia. Seguridad, Estabilidad, Estructura y Organización de los sistemas, obteniendo un porcentaje promedio de 63.7.

Aunque el Hospital Mario Correa Rengifo tiene implementado procesos y procedimientos con el fin de cumplir con los requerimientos de seguridad, gestión y transparencia de la información y la comunicación, no se puede constatar una eficaz implementación de las mismas por parte de la Administración de estas. Así mismo se debe dar más importancia al cumplimiento de las normas que reglamentan las tecnologías y comunicaciones en el país.

El presente informe se realiza teniendo en cuenta el cumplimiento de Circular 01 de 2000, Ley 599 DE 2000, Ley 603 de 2000, Ley 603 del año 2000 , ley 1341 de 2009, Decreto 1151 de 2008

#### **3.2.1.3.5 Legalidad Ambiental**

Aun cuando la normatividad establecida en La Constitución Política Colombiana otorga a las Instituciones Hospitalarias la responsabilidad de proteger la diversidad



e integridad en la salud humana y del Medio Ambiente, prevenir la generación de residuos o desechos peligrosos, además de regular el Manejo Integral de los Residuos hospitalarios para garantizar un Ambiente Sano; No se evidencia en la evaluación realizada al Ente Hospitalario Mario Correa Rengifo del Municipio de Cali Valle, que esté alcanzando las expectativas al respecto.

Si bien es cierto que existen los instrumentos de políticas y determinantes Ambientales establecidos para el Manejo de la Gestión e Inversión Ambiental en los Entes Institucionales de carácter Hospitalario, como son el PGIRH *“Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios”* y el *“Plan de Gestión Ambiental”*; No se identifica una implementación a cabalidad por parte de la Administración de estos instrumentos como norma de superior jerarquía, para así poder garantizar la aplicación, ejecución, seguimiento y solución a las Problemáticas Ambientales diagnosticadas en la Institución; Además de ser un herramienta para que los Hospitales logren la Gestión Ambiental y Sanitaria de su Entidad desde el Manejo Integral de los Residuos Hospitalarios como unidad de manejo, en la protección de los Recursos Naturales y Desarrollo Sostenible y Sustentable de la Entidad.

El análisis practicado está orientado al cumplimiento de los Decretos 2676 del 2000, 1969 de 2002, 4741 de 2005, 4126 de 2005, 351 de 2014, las Resoluciones 1164 de 2002, 1362 de 2007, Resolución 300 del 2000 del DAGMA y las normas vigente, que las modifique, sustituya y/o complemente; Evaluando y verificando el impacto que se tiene en la Institución con relación al personal laboral y la comunidad beneficiarse con la prestación del servicio de salud, en cuanto al Manejo Integral de los Residuos Hospitalarios PGIRH (recolección, manejo, transporte, tratamiento y disposición final) y la relación con los Recursos Naturales.

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo registra un consolidado de 27.788 Kg de Residuos Sólidos Peligrosos generados en la vigencia 2013, con respecto a la vigencia 2012 se cuantifico una cantidad de 20.905 Kg; Mostrando de esta manera un aumento en los residuos hospitalarios peligrosos generados en la Entidad Hospitalaria en un 24,7 % y fluctuaciones en comparación a años atrás; Indicando falencias y debilidades en las actividades y procesos realizados dentro de la implementación del Plan Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios PGIRH.

#### **HISTORIAL RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS**





| VIGENCIAS     | Año 2011 | Año 2012 | Año 2013 |
|---------------|----------|----------|----------|
| CANTIDADES Kg | 24.689   | 20.905   | 27.788   |

Las deficiencias se presentan mediante ocho (8) hallazgos de los cuales cinco (5) con incidencia disciplinaria y los demás administrativo para realizar plan de mejoramiento.

### **Hallazgo Administrativo No.18**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo presenta debilidades en la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) en fundamento de las siguientes inconsistencias:

- La Institución no cuenta con una actualización apropiada del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH, se realizaron cuatro versiones con modificaciones y ajustes al documento PGIRH de manera informal, ya que no se soportan mediante resoluciones, oficios o documentos que respalden dichas actualizaciones, a pesar de ser evaluado por la oficina de control interno, socializarlo al Gerente y responsables del proceso; La última actuación esta del Mes de Abril del 2012 presentando faltante en detalles y minucia en los procesos establecidos dentro del Documento.
- El Grupo administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria “GAGAS”, no cumple a cabalidad con las funciones establecidas en la Resolución 297 de Agosto 18 de 2006, por el cual fue adoptado.
- Se evidencia cronograma establecido de capacitaciones continuas y divulgación permanente sobre los procedimientos técnicos y del manejo integral de los Residuos Hospitalarios por parte de la Institución, pero no son coherente con las actividades y capacitaciones realizadas durante la vigencia 2013.
- Dentro del manual de Bioseguridad Institucional; No se encuentra establecido la acción de contingencia o de reacción al tema específico del evento fortuito de no prestarse el servicio de recolección por parte del operador, caso que se evidenció en el recorrido de la ruta interna realizado.
- La entidad para las vigencias 2013 no realizo Auditoría de seguimiento u/o control a la Empresa PROMOAMBIENTAL prestadora del servicio de transporte, recolección y disposición final de residuos Hospitalarios, se relacionan visitas.
- No se realizó por parte de la Administración auditorías internas a los procesos de implementación del PGIRH, a pesar que se realizan los indicadores establecidos para la evaluación en el seguimiento al Documento PGIRH.

- No se diligencia el formato RH1 diario con la clasificación por área de los residuos generados.
- La ruta interna presenta falencias y debilidades en los procedimientos técnicos de ejecución.

Situaciones que se dan por el desconocimiento y falta de capacitación en la norma que rige la ejecución, implementación y seguimiento del documento PGIRH Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, generando un posible riesgo biológico, afecciones a la salud humana y una desarmonización con los Recursos Naturales.

#### **Hallazgo Administrativo No.19**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, realiza inadecuadamente el proceso de disposición y tratamiento de los medicamentos vencidos o productos pos-consumo que se generan en la farmacia CODIMEC, la cual funciona como contratista dentro de la Institución; Estos medicamentos son dispuestos como residuos peligrosos químicos generados por la Entidad en el sitio de almacenamiento central sin pasar por algún tipo de procedimiento de destrucción; Sumado a esto no se realiza la clasificación de acuerdo a su grado de peligrosidad o de riesgo, para así determinar el proceso de desactivación y posterior disposición; En fundamento al desconocimiento del proceso apropiado de eliminación o devolución al proveedor por parte de la Farmacia y en la implementación de un Plan de Gestión de Devolución de Productos Pos consumo, siendo actividades propias del contratista; Generando que la Entidad incurra en proporcionar personal, tiempo y costos que se requieren para la disposición final o eliminación de los medicamentos vencidos; Asimismo propiciar la posibilidad de un alto riesgo de contaminación o afección a la salud.

#### **Hallazgo Administrativo No.20**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; Realiza inadecuada clasificación de los residuos catalogados en el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares La Entidad los clasifica y los segrega como residuos reciclables de vidrio aprovechable, más grave aún es el hecho que se disponen por medio de la Empresa VISION AMBIENTAL que presta el servicio de compra de material reciclable y aprovechable generado en el Ente Hospitalario, situación que se evidencia mediante contrato de compraventa celebrado el día 02 de Enero del 2013, con *Objeto "El Hospital se compromete en venderle todos los residuos sólidos reciclables que se generan en la institución como son: cartón, archivo, pasta, plegadiza, vidrio, viaflex, plástico y chatarra."*

No se evidencia en la documentación suministrada en la carpeta soporte del contrato de compraventa de la Empresa Prestadora del servicio de reciclaje, el Plan de Manejo Ambiental con que debe contar la Empresa, Los soportes de aprovechamiento que deben proporcionar a la Entidad para garantizar el aprovechamiento o disposición final de estos, además de no cuenta con el concepto Ambiental vigente por parte de la Autoridad Ambiental para la operación del comercio al de tal de material aprovechable.

Situación que genera un alto riesgo biológico en el aprovechamiento de este material no reciclable que es clasificado como residuo químico de alta peligrosidad para la salud humana y el Medio Ambiente.

### **Hallazgo Administrativo No.21**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, no cuenta con sitios de almacenamiento central-final y temporales que cumpla con las especificaciones técnicas establecidas en la norma, situación fundamentada por las siguientes irregularidades:

- El sitio de almacenamiento central se encuentra ubicado en un área donde colindan gran cantidad de materiales represados y con inadecuada disposición (a la intemperie) como son: material de archivo y elementos dados de baja de acero, hierro, metales etc. Lo que genera nichos para roedores y vectores, razón dada por la Administración es que el proceso de martillo de estos bienes es muy complejo.
- El sitio de almacenamiento central, no cumple con las especificaciones técnicas requeridas para la acumulación de los residuos Hospitalarios, no tiene la capacidad de almacenamiento para la cantidad de residuos que se generan en la Entidad, se observa humedades por filtración de aguas lluvias, señalización inadecuada.
- En el sitio de almacenamiento central se disponen las bolsas con residuos peligrosos de forma rudimentaria (sobre el piso), es decir no cuenta con contenedores para almacenar dichos residuos y clasificarlos de acuerdo a su grado de peligrosidad, de igual manera se presenta en los residuos no peligrosos y reciclables.
- Los sitios de almacenamiento temporal no cumplen con las especificaciones técnicas para disponer este tipo de almacenamiento, ni señalización adecuada.
- El periodo de almacenamiento en los sitios de almacenamiento temporal son muy lagos, específicamente el tiempo que va desde las 3:00 pm a las 7:30 Am del siguiente día, sitios temporales que se encuentran en las instalaciones internas del Hospital.

- En el sitio de almacenamiento central o final de la Entidad para el día 09 de Julio de 2014 que se realizó el recorrido de la ruta interna se encontró en el sitio de disposición y almacenamiento central represamiento de los residuos peligrosos por el incumplimiento en la recolección de los residuos peligrosos generados, La administración no sustenta justificación, razón o acción correctiva alguna.

Actuaciones que generan una posible contaminación cruzada de los residuos, riesgo biológico, afecciones a la salud humana y un impacto negativo en la protección de los Recursos Naturales y el Medio Ambiente.

### **Hallazgo Administrativo No.22**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; No cuenta con el Plan de Gestión Ambiental, debido que la Administración posee desconocimiento y confusión al relacionar las actividades que deben contener un Plan de Gestión Ambiental con las actuaciones inmersas en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH, donde este es un componente inmerso en el Plan de gestión Ambiental; Formando de esta manera falencias en poder fortalecer e implementar el concepto de desarrollo sostenible y sustentabilidad en los procesos de la entidad frente al Medio Ambiente.

### **Hallazgo Administrativo No.23**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; Presenta debilidades en cuanto la manipulación, separación y recolección de los residuos hospitalarios en las diferentes áreas de la institución, las cuales se evidenciaron mediante recorrido de la ruta interna de recolección, las falencias se enuncian de la siguiente forma:

- Se observa que algunos recipientes de residuos no peligrosos y peligrosos, se encuentran en mal estado, ya que las tapas están averías, permitiendo posible entrada de agua, insectos, roedores etc.
- Se observa falencias en los contenedores de recolección de residuos peligrosos que en su mayoría no son de tipo pedal, para así tener el mínimo contacto con estos.
- La Institución cuenta con dos carros o contenedores rodantes para realizar el transporte de los residuos hospitalarios desde los sitios de almacenamiento temporal al sitio de almacenamiento central o final, estos recipientes no cuentan con la capacidad necesaria para transportar los residuos generados por la Institución, obligando a realizar varios viajes; Además de no cumplir con el código de colores estándar.

- En la recolección de los residuos sólidos hospitalarios de algunas áreas internas asistenciales, se utiliza carros de aseo como contenedores de transporte, actividad realizada por el personal de aseo; En las áreas que no se cuenta con los carros de aseo se realizan en bolsas grandes, esta recolección se hace hasta los sitios de almacenamiento temporal obligando en ocasiones a descargar la bolsa en el piso para recolectar todos los residuos segregados en el área. El sitio de almacenamiento central o final no se cuenta con dotación de contenedores con tapas y capacidad suficiente para el almacenamiento de las bolsas con los residuos generados tanto peligrosos, como los no peligrosos y de reciclable.
- Los residuos cortopuzantes se disponen en los guardianes que se encuentran rotulados, a pesar que se dejan sobrepasar el límite permitido sin ser cambiados oportunamente en la mayoría de las áreas asistenciales.
- Las bolsas no se marcan, rotulan o se identifican de acuerdo al área en que se generen los residuos, para poder llevar control del pesaje y seguimiento de las cantidades de residuos generados por área y el correcto diligenciamiento del formato RH1.
- Las operarias de aseo encargadas de la ejecución de la actividad presentan falencias en capacitación de bioseguridad, procedimientos técnicos de recolección para evitar contaminación cruzada y manejo integral de residuos sólidos hospitalarios tanto ordinarios como peligrosos, para así generar un ambiente seguro de trabajo, minimizar el riesgo de accidentes y de contaminación en las diferentes áreas.
- Se identifica la posible contaminación cruzada de los residuos por el manejo que se le presta a los residuos sólidos hospitalarios generados en las diferentes áreas.
- Las Rutas internas no se encuentra señalizada en la Institución (mapas de ubicación).
- Se observa que los equipos de protección personal de bioseguridad no son los adecuados para realizar la actividad de recolección, el personal operativo de aseo no cuenta con delantales plásticos, caretas contra gases, de polvo y emisiones, guantes de cuero etc.

#### **Hallazgo Administrativo No.24**

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Mario Correa Rengifo del periodo 2012-2015, no cuenta con un Programa, Objeto estratégico o proyecto que este orientado en garantizar la ejecución e implementación del PGIRH Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios, con su correspondiente presupuesto y cronograma de ejecución; A causa que las Actividades Ambientales están adscriptas al Eje Estratégico Numero 2, denominado *“Los procesos Administrativos del Hospital se implementan con criterios de rentabilidad social y estabilidad*

*económica*” y a un Objeto estratégico número 7 compuesto por cinco programas; Formando una mala planeación y asignación del recurso para el debido desarrollo de las actividades inmersas en el cumplimiento del Documento PGIRH.

### 3.2.1.4 Gestión Ambiental

La Calificación **Con Deficiencias**, con 56,7 puntos para la vigencia 2013 en Gestión e Inversión Ambiental, se centró en el análisis de la verificación del impacto generado a la comunidad mediante el cumplimiento del “Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH” y el “Objeto estratégico número 7” con una muestra aleatoria representada en tres contratos.

| TABLA 1-4<br>GESTIÓN AMBIENTAL                             |                      |             |                   |
|--|----------------------|-------------|-------------------|
| VARIABLES A EVALUAR  | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales. | 66,7                 | 0,60        | 40,0              |
| Inversión Ambiental  | 41,7                 | 0,40        | 16,7              |
| <b>CUMPLIMIENTO GESTIÓN AMBIENTAL</b>                      |                      | <b>1,00</b> | <b>56,7</b>       |

| Calificación     |   | Con<br>deficiencias |
|------------------|---|---------------------|
| Eficiente        | 2 |                     |
| Con deficiencias | 1 |                     |
| Ineficiente      | 0 |                     |

Fuente: Matriz de calificación Vigencia 2013  
Elaboró: Comisión de auditoría

Se observó un presupuesto ejecutado correspondiente a \$13.896.459 en actividades relacionadas a la Gestión Ambiental, por el objeto estratégico número 7 adscrito al Plan de Desarrollo; Lo cual se representa en tan solo un 0,054% del recurso total de la Entidad, mostrando nula inversión en la Gestión Ambiental; Recurso que se deben encaminar en el desarrollo de actividades en pro de la mitigación de los posibles Impactos Ambientales y sensibilización en capacitaciones en el manejo, clasificación y transporte de los residuos Hospitalarios generados en la entidad.

### Hallazgo Administrativo No.25

Contrato de prestación de servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico.



El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; No cuenta con un contrato legalmente constituido para la prestación del SERVICIO ESPECIAL de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos infecciosos o de riesgo biológico que se generan de las actividades propias del Ente Hospitalario; En fundamento de las siguientes situaciones irregulares:

- La Entidad realiza el trámite del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, mediante la Empresa PROMOAMBIENTAL, facturado como un servicio público.
- Ausencia total de los procesos precontractual y contractual; no existe análisis de necesidad del servicio, conveniencia y oportunidades, estudios previos y especificaciones técnicas, viabilidad y evaluación de los proponentes, celebración de contratación, idoneidad del proponente, garantías del servicio (pólizas), supervisión y seguimiento.
- La Entidad no suministra Licencia Ambiental o Concepto Ambiental por Parte de la Autoridad Ambiental competente donde se certifique las facultades que debe tener la Empresa PROMOAMBIENTAL prestadora del servicio de Recolección, transporte, esterilización e incineración de residuos peligrosos, infecciosos o de riesgo biológico proveniente del sector Hospitalario; La Administración justifica que la Empresa fue contratada por la Empresa de Aseo EMSIRVA en liquidación para desarrollar sus actividades y que por esta razón están facultados y acreditados en operar con las Licencias Ambientales y permisos de esta Empresa. Situación que genera inseguridad en no poder certificar la idoneidad propia de la Empresa PROMOAMBIENTAL, Además en documento suministrado por ellos aducen que como EMSIRVA se constituyó con anterioridad al año 1994 no requiere de Licencias Ambientales, ya que la norma que rige este requisito es la Ley 99 del 1993.
- Se observa concepto técnico sanitario por parte de la Alcaldía Municipal de Santiago de Cali del Mes de Noviembre del 2013, donde se expresa que la Empresa PROMOAMBIENTAL cumple con los requisitos establecidos en la norma de Salud Pública, más no es considerado como una Licencia Ambiental, permiso o similar.
- No se evidencian las actas de incineración de los residuos dispuestos a la Empresa Prestadora del servicio como soporte de la ejecución del servicio o de las órdenes de cobro por parte de la Empresa o en su defecto de las órdenes de pago.
- Se presenta contrato N° GH-06-10 elaborado por la Empresa PROMOAMBIENTAL, celebrado entre la Empresa y el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, el día 05 de Abril del 2010, con objeto *“Prestar el de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico, de manera continua, oportuna y eficaz”*, con un término de dos años; Donde no se evidencia prorroga o

- modificación alguna como estipula el contrato en la Cláusula Vigésima, deduciendo que no se encuentra vigente.
- No se garantiza por parte de la Entidad la continuidad en la prestación del servicio en la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, por no realizar oportunamente los pagos correspondientes a la actividad, se observa facturas vencidas, además de no reflejarse dentro del pago lo correspondiente a los residuos peligrosos para cada mes corrido de la vigencia 2013; se presenta por parte de la Administración un único pago para la vigencia 2013 del día 16 de Julio del 2013 por un valor de \$ 4.533.924, correspondiente a la factura de estado de cuenta N° 13821924 para periodo facturado del mes de Mayo 2013.
  - Se observa inconsistencia entre el pesaje registrado en el seguimiento por parte de la Administración y el facturado por la Empresa PROMOAMBIENTAL; En el Acta de seguimiento N° 5 se establece una cantidad de residuos de 1767 Kg y en la Factura registran 2162 Kg.

Situaciones que configuran un posible Riesgo Biológico y Ambiental por el inadecuado manejo de los residuos sólidos peligrosos o infecciosos generados por la Entidad con el componente externo, siendo este un Ente clasificado como gran generador; Además de no aplicar los cometidos y fines Sociales Ambientales requeridos en la prestación del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos.

### **3.2.1.5 Tecnologías de las Comunicaciones y la Información (TICS)**

El Hospital Mario Correa cuenta con una Unidad funcional de Sistemas, conformado por un Ingeniero de Sistemas y dos técnicos, los cuales se encargan de dar apoyo a todo el sistema de información del Hospital.

Se pudo constatar que aunque los recursos apropiados para las actualizaciones y mantenimiento de los sistemas informáticos han sido escasos, se ha logrado dar respuesta a las necesidades primarias de los usuarios de los sistemas.

## **SERVIDORES Y SOFTWARE**

En la actualidad se cuenta con 2 Servidores de aplicaciones, los cuales son de muy poca capacidad y en alto grado de obsolescencia, aquí se encuentra instalada la base de datos y el software del programa R-FAST mediante el cual se administran los paquetes Financieros, Presupuesto, Cartera, Contabilidad y Costos, Facturación, Tesorería, estos módulos se encuentran integrados.



Igualmente se encuentran 3 aplicaciones creadas hace varios años por la Unidad funcional de Sistemas del Hospital, elaboradas en lenguaje de programación FOX PRO, los cuales se usan para el manejo de Nomina, Almacén e inventarios. Estos programas no se encuentran integrados entres si, ni entre del programa R-FAST, lo cual está generando duplicidad en el trabajo y falta de confiabilidad en la información.

El Hospital cuenta con aproximadamente 70 equipos de cómputo, para los cuales la entidad adquirió 5 licencias de Antivirus ESET NOD 32, ubicadas en los dos servidores y las otras en otros tres en equipos, para los demás equipos se tiene instalado un antivirus gratuito denominado Avast, el cual no garantiza una buena protección de los equipos, lo que está representado un peligro para la información de los usuarios de los sistemas.

En la actualidad los equipos tienen instalado software de la compañía Microsoft Office, tales como Excel y Word, de los cuales no se han adquirido licencias, lo que representa un violación a los derechos de autor y está exponiendo a la entidad a sanciones pueden ser de hasta 8 años de cárcel o una multa de 1.000 salarios mínimos legales.

Los equipos cuentan con seguridad con clave de acceso tanto al inicio de Windows como para el manejo de los utilitarios de R-FAST y los programas diseñados en FOXPRO, estas claves son cambiadas entre 30 y 45 días, para lo cual se lleva un buen control a través del administración de usuarios al igual con bitácoras de sucesos.

Existe un procedimiento para salvaguardar la información que se procesa y el cual consiste en tener copias de seguridad de todas las aplicaciones y sistemas operativos, se consolida mensualmente, pero la entidad actualmente no cuenta con servicio contratado de BACKUP externo, por lo que el Jefe del área de sistemas realiza un backup y lo está llevando para su casa, situación que representa un riesgo alto de seguridad de la información.

Se lleva un cronograma de Mantenimiento a los equipos, así mismo se atiende a solicitud de conformidad con la oportunidad de los requerimientos se cuenta con una planilla de seguimiento digitalizada.

La empresa diseñadora del programa R-FAST se encarga de realizar la capacitación y actualización del software a los usuarios, las cuales son programadas y supervisadas por el área de sistemas del Hospital.

Se cuenta con una red de cableado estructurado, el cual con la implementación de switches ha podido dar una interconectividad a todos los usuarios del Hospital,

mediante la cual tienen acceso a las aplicaciones y comunicación más efectiva y oportuna.

La administración de la página Web está en cabeza del área de sistemas del Hospital, para lo cual están adquiriendo un Dominio por medio de Internet, el cual es pagado con tarjeta de crédito del Gerente y luego reembolsado por el Hospital. Igualmente se tiene contratado el servicio de Internet con las empresas CLARO y EMCALI, para lo cual se hacen los pagos mensuales.

La página Web de la Entidad aunque cumple con muchos requisitos establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Ciudadanías, se debe adecuar a los requisitos mínimos establecidos en el manual para la implementación de la Estrategia de Gobierno en línea.

#### **Hallazgo Administrativo No.26**

La entidad está incumpliendo el Manual de contratación (Acuerdo 010 de 2008), al no realizar el respectivo proceso contractual para la adquisición del Hosting de la página Web del Hospital, el cual fue cancelado vía WEB a la empresa JUSTHOST.COM con tarjeta de crédito del señor Gerente del Hospital, para luego realizarle el desembolso.

#### **Hallazgo Administrativo No.27**

El uso ilegal de software Office no licenciado, genera un riesgo a la entidad y la hace acreedora a que sea sancionada por las autoridades competentes.

#### **Hallazgo Administrativo No.28**

Se debe implementar un sistema mediante el cual se pueda integrar las aplicaciones de Nomina, Almacén e Inventarios con el programa Financiero, de tal forma que permita garantizar la disponibilidad, integridad, confidencialidad y confiabilidad de la información que se procesa en el Hospital.

#### **Hallazgo Administrativa No.29**

Se debe tramitar la adquisición de Software Antivirus, el cual permita garantizar una mayor protección de la información y de todos los equipos utilizados en el Hospital ya que actualmente solo posee 5 licencias de 70 equipos existentes.

#### **Hallazgo Administrativo No.30**

Se debe iniciar el proceso de actualizar la página WEB con el fin de cumplir los requisitos mínimos establecidos en el manual para la implementación de la Estrategia de Gobierno en línea, establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Ciudadanías.

### 3.2.1.6 Seguimiento Resultado Plan de Mejoramiento

Esta acción no se puede ejecutar en razón a que a la fecha se está llevando a cabo el proceso sancionatorio con CACCI No.6422, por parte de la Dirección Operativa Descentralizada encargada de realizar la auditoría Regular con Enfoque Integral de la vigencia 2012, ya que el Hospital no suscribió el Plan de Mejoramiento dentro del término establecido.

### 3.2.1.7 Control Fiscal Interno

La evaluación realizada a través de la matriz de Control Fiscal Interno, emite una opinión **Con Deficiencias**, para la vigencia 2013, con base en los siguientes resultados:

| TABLA 1-7   |                      |             |                   |
|---|----------------------|-------------|-------------------|
| CONTROL FISCAL INTERNO                                      |                      |             |                   |
| VARIABLES A EVALUAR   | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Evaluación de controles (Primera Calificación del CFI)      | 75,7                 | 0,30        | 22,7              |
| Efectividad de los controles (Segunda Calificación del CFI) | 60,8                 | 0,70        | 42,6              |
| <b>TOTAL</b>  |                      | <b>1,00</b> | <b>65,3</b>       |

| Calificación     |   | Con deficiencias |
|------------------|---|------------------|
| Eficiente        | 2 |                  |
| Con deficiencias | 1 |                  |
| Ineficiente      | 0 |                  |

Fue

nte: Matriz de calificación Vigencia 2013

Elaboró: Comisión de auditoría

Se evidencia en el cuadro anterior que los controles a evaluar y la efectividad de los mismos no cumplieron en gran medida con proteger los recursos del Hospital y evitar los posibles riesgos que puedan afectar los logros de los objetivos de la Entidad.

### Sistema de Control Interno

La calificación de la evolución del Sistema de Control Interno del Hospital Mario Correa Rengifo a la fecha de realización de la auditoría no había sido publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, igualmente se constató que

la misma no fue presentada ante la Dirección Administrativa de la Función Pública, en la vigencia 2012 la calificación de implementación del MecI fue del 51.88, de acuerdo a la calificación de los componentes así: el 49% para el componente de Control Estratégico, el 58% al Control de Gestión, y el 37 al Control de Evaluación. Lo que indica que el modelo requiere ser fortalecido en la mayoría de sus elementos.

### **Subsistema de control estratégico**

- El Estatuto Interno del Hospital se encuentra desactualizado y data de 1997.
  - No es posible evaluar el grado de ejecución del Plan de Desarrollo, ya que no se identifican claramente, las metas, línea base, indicadores, Plan de Acción.
  - No se están aplicando las políticas de administración del riesgo-
- El plan de Mejoramiento de la auditoría ejecutada para la vigencia 2012 no fue elaborado.
- El equipo de gobierno debe iniciar la actualización de los productos contenidos en el MECI, así como iniciar las actividades que permitan alcanzar su implementación de acuerdo a las responsabilidades y compromisos adquiridos.

### **Subsistema de control de gestión**

- La respuesta dada por parte de los responsables de los procesos a las quejas, peticiones y reclamo no es oportuno y eficiente.
- Los líderes de los procesos no realizan un monitoreo continuo a los planes de mejoramiento suscritos.
- La oficina de control Interno no presento al 28 de febrero de 2014 el Informe Ejecutivo Anual al Departamento Administrativo de la Función Pública

### **Subsistema de control de evaluación**

- No se verifica permanentemente los controles y resultados a los mapas de riesgo, lo que no permite su actualización.

### **Hallazgo Administrativo No.31**

El Hospital Mario Correa Rengifo en la vigencias auditadas 2013, tiene nombrado un profesional que desarrolla las actividades de implementación del MECI.

El funcionario que cumplió las funciones de control interno hasta el 2012, presento reclamación para que le fueran ajustados los valores determinantes para su liquidación de pensión, pues aduce que el debería tener el sueldo determinado para el cargo como Jefe de la Oficina de Control Interno, denominación que se adopta a través del Acuerdo 003 de abril 01 de 2011, mediante el cual se adopta la Planta de cargos de acuerdo a la nueva estructura organizacional, determino el cargo como jefe de oficina código y grado 006-01, de los documentos aportados en la hoja de

vida del funcionario, no se evidencia acto administrativo mediante el cual se realice nombramiento como jefe de oficina, ni la correspondiente posesión,

### **Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No.32**

El jefe de la Unidad de Control Interno en la vigencia 2013, no publicó los informes pormenorizados del estado del control interno con periodicidad de cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, estando presuntamente incurso en una falta disciplinaria grave, de acuerdo al artículo 8° de la Ley 1474 de 2011.

Igualmente no se presentó el informe anual de avance en la implementación del MECI al Departamento Administrativo de la Función Pública.

### **Actuaciones oficina de Control Interno**

En la vigencia 2013 se evidencia según carpeta de archivo de gestión sin foliatura, la realización de varias auditorías internas así:

- Auditoría Concurrente 20 auditorías a diferentes pacientes realizadas por el médico Auditor Hernando Alberto González Varela, sobre los procedimientos médicos implementados a los pacientes objeto de la muestra,
- Informe de Auditoría No 1 al proceso de Ayudas Diagnosticas, en el área de laboratorio clínico, detectando la falta de actualización de cinco manuales, e involucrar al personal del área en la actualización de procedimientos.
- Auditoría al carro de paro de urgencias.
- Auditoría al proceso de Atención al usuario realizado en la oficina de atención al usuario, detectándose la falta de actualización de tres manuales.
- Auditoría en salud realizada por la revisoría fiscal.
- Auditoría al proceso de Hospitalización en el área del servicio de hospitalización.
- Auditoría al proceso de Hospitalización, lugar de auditoría Quirúrgicas.
- Auditorías de requisitos de habilitación.
- Auditoría al carro de paro del área de escenografía.
- Auditoría al proceso de Atención al usuario, oficina de atención al usuario.
- Auditoría al proceso de Ayudas Diagnosticas, en laboratorio clínico.
- Auditoría al proceso de Urgencias. Se anexa el plan de mejoramiento en el cual se observa que de un total de 112 acciones propuestas solo se logró cerrar 51 que equivalen al 45.5%.

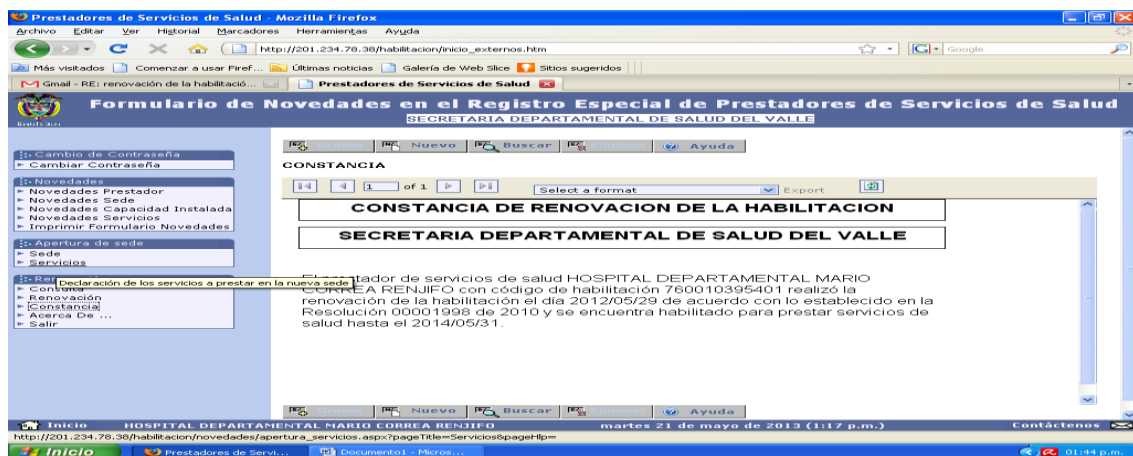
Con oficio OCIN – 1.3-23-06-28-13 el Jefe de Control Interno dirige comunicación al Subdirector administrativo informándole sobre la pérdida de tres (3) unidades del medicamento de control Midasolan ampollas del carro de paros.

- En oficio de febrero 12 de 2013 el coordinador de central de esterilización reporta la perdida de unas pinzas (tijera metzembaum y una pinza de disección mediana con garra) del equipo de Episiotomía # 1.
- Perdida del equipo de sutura de un porta agujas.
- Junio 5 perdida de equipo e sutura de 2 pinzas (1 porta agujas pequeño y una tijera de mayo curva).
- Equipo de episiotomía de ambulancias perdida de pinza Rochester curva.

## SISTEMA OBLIGATORIO DE GESTION DE LA CALIDAD

- Sistema Único de Habilitación

**Cuadro No.11**



- Como se evidencia en la anterior foto el Hospital Mario Correa Rengifo presenta vencida la habilitación, por lo tanto se está en el proceso de la renovación de la Habilitación que debe expedir por la Secretaria Departamental para poder seguir prestando los servicios de salud.
- Procesos de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En la vigencia 2013 se practicaron 20 auditorías internas y 30 externas.

El programa de auditorías para la vigencia 2013 para el mejoramiento en la atención en salud PAMEC estableció unos estándares de evaluación en:

Asistenciales 74 estándares, Direccionamiento: 11 estándares, Gerencia. 15 estándares, Talento Humano. 16 estándares, Ambiente Físico: 11 estándares, Tecnología: 10 estándares, Información. 14 estándares, Mejoramiento: 5 estándares.



De la primera autoevaluación realizada por el Hospital se generó un Plan de Mejora el cual en la mayoría de sus acciones el plazo límite para su cumplimiento el mes de junio de 2011, El Hospital realizó una nueva autoevaluación, de la cual se generará un Plan de Mejora, una vez la entidad considere que esta apta para la acreditación solicita la visita de la entidad encargada para el efecto el Icontec.

### **COMPARATIVO AUTOEVALUACIONES 2012 – 2013**

**Cuadro No. 12**

| <b>Grupo de Estándares</b>                             | <b>Referencia</b> | <b>Promedio Grupo 2012</b> | <b>Promedio Grupo 2013</b> |
|--|-------------------|----------------------------|----------------------------|
| ASISTENCIALES  | 3                 | 1,3                        | 1,4                        |
| DIRECCIONAMIENTO                                       | 3                 | 1,3                        | 1,6                        |
| GERENCIA   | 3                 | 1,3                        | 1,5                        |
| TALENTO HUMANO   | 3                 | 1,4                        | 1,7                        |
| AMBIENTE FISICO  | 3                 | 1,2                        | 1,4                        |
| TECNOLOGIA   | 3                 | 1,0                        | 1,5                        |
| INFORMACION  | 3                 | 1,3                        | 1,6                        |
| MEJORAMIENTO   | 3                 | 1,0                        | 1,5                        |
| PROMEDIO DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA<br>2012 - 2013 |                   | 1,2                        | 1,5                        |

### **EVALUACION PAMEC 2013**

Según los documentos soportes entregados por el Hospital se encuentran completadas 90 acciones de 100 propuestas, ocho (8) atrasadas y dos (2) aplazadas, se evidencia que no hay consolidación de actividades que presenten un resultado específico, las evaluaciones se realizan sobre el total de actividades que se realizan para llegar al proceso definitivo, a manera de evidencia para Actualizar el Código de Ética se evalúan cada una de Las actividades a realizar para consolidar el resultados que para el caso era tener el código de ética.

Las actas de comité de evaluación no son claras en llevar un control sobre las actividades que se van cumpliendo,

El panorama es que el Hospital todavía se encuentra lejos de cumplir con los requisitos para la acreditación, solo una vez alcance como mínimo una calificación apta y considere el hospital que reúne las condiciones para la acreditación, presentará la respectiva solicitud para que se le practique la visita de acreditación.



## Sistema Integrado de Calidad.

Resolución No 102 de marzo 12 de 2013 Por la cual se adopta el mapa de procesos Institucional del Hospital Departamental MCR.



## Proceso de Gestión de la Calidad.

El Hospital cuenta con su manual de la calidad en el cual vienen inmersos los siguientes documentos o anexos:

### MANUAL DE LA CALIDAD 4.5.1 Tabla de Interrelación

Anexo No 1 Organigrama. Acuerdo No 002 de febrero 18 de 2011

Anexo No 2 Mapa de procesos, Anexo No 3 caracterizaciones de los procesos.

Se determinaron los siguientes macroprocesos: Direccionamiento Estratégico, y proceso Gestión de la Calidad, Macroprocesos Misionales, y Macroprocesos de Apoyo, Proceso Atención al usuario, Proceso Urgencias, Proceso Ambulatorio, Proceso Hospitalización, Proceso Cirugía, Proceso Apoyo Diagnostico, Proceso Gestión Jurídica, Proceso Gestión del Talento Humano, Proceso Gestión de la Información, Proceso Gestión Administrativa y Financiera, Proceso Gestión de Tecnología, Proceso Gestión Ambiente físico, Macroproceso de Evaluación, proceso control Interno Disciplinario y mejoramiento continuo.

En la vigencia 2012 el Sistema Integrado de Calidad alcanzo una implementación del 60%, actualmente el programa se encuentra suspendido, pues argumenta el hospital no contar con los recursos para el programa, por el contrario se direccionaron en cumplir con el Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad, en aras de lograr la Acreditación en salud.

### 3.3 CONTROL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

Como resultado de la auditoría adelantada, El concepto sobre el Control Financiero y Presupuestal para la vigencia auditada 2013, es **Desfavorable**, como consecuencia de la evaluación de las siguientes variables:

#### 3.3.1 Estados Contables

La opinión fue Razonable con Salvedad, debido a la evaluación de las siguientes variables:

| TABLA 3-1                             |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| ESTADOS CONTABLES                     |                   |
| VARIABLES A EVALUAR                   | Puntaje Atribuido |
| Total inconsistencias \$ (millones)   | 2179878,0         |
| Índice de inconsistencias (%)         | 5,8%              |
| <b>CALIFICACIÓN ESTADOS CONTABLES</b> | <b>90,0</b>       |

| Calificación          |          |
|-----------------------|----------|
| Sin salvedad o limpia | <=2%     |
| Con salvedad          | >2%<=10% |
| Adversa o negativa    | >10%     |
| Abstención            | -        |

Con salvedad

Fuente: Matriz de calificación

Elaboró: Comisión de auditoría

En la Vigencia 2013 los Activos se consolidaron en \$37.490 millones, los Pasivos en \$15.478 millones y el Patrimonio en \$22.012 millones, como se evidencia en la Tabla No. 3-1 Estados Contables de la vigencia auditada. Durante el proceso de ejecución, se observaron inconsistencias por \$2.179 millones, relacionada con la incertidumbre de la información contable registrada en la Propiedad Planta y Equipo (Terrenos sin legalizar), Retefuente, y Recaudos a Favor de Terceros.

De otra parte como resultado de las variables evaluadas el porcentaje de índice de inconsistencia reportado en la tabla No. 3-1 Estados Contables de la vigencia 2013 dio como resultado el 5,8%, los cuales sumaron \$2.179 millones, según la calificación de la tabla, el resultado está en el rango de >10% ubicándola con Salvedad, por lo tanto, la Opinión de los estados contables es **Razonable con Salvedad**.

#### Hallazgo Administrativo No.33

El sistema de información financiera R-FAST manejado por el Hospital solo articula los módulos de presupuesto, contabilidad, cartera y tesorería, dependencias como, Nomina, Costos y Almacén (Compras e Inventarios ) no se encuentran integradas al software, dependencias generadoras de insumos para el

área contable, su registro es manual y se actualiza mensualmente, con esta situación se afecta la integridad y oportunidad de la información contable pública.

### **Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No. 34**

La Legislación tributaria Colombiana establece que quienes ostentan la condición de agentes de retención deberán practicar las retenciones en la fuente y consignar los valores retenidos dentro de los plazos que para tal efecto señale la Ley, el Hospital en la vigencia de 2013, realizó Retenciones en la Fuente por \$200.Millones y sólo consigno a la DIAN \$21.9 Millones, además, no se efectuaron liquidaciones por sanciones de extemporaneidad e intereses Moratorios desnaturalizando el estado de Actividad Financiera, Económica y Social. Con este actuar se trasgreden presuntamente los Artículos 375, 376, 580-1 y 641 del Estatuto Tributario Nacional.

### **Hallazgo Administrativo No.35**

El Hospital en junio de 2012 adquirió Crédito de Tesorería con INFIVALLE por valor de \$500 millones de los cuales se cancelaron en 2012 \$185.5 millones, al 31 de Diciembre de 2013 su saldo es de \$314.5 millones, presentando el crédito una mora de 360 días, es de anotar, que en el momento de la cancelación de los Intereses Moratorios se deben establecer las Responsabilidades Fiscales correspondientes.

Los créditos de tesorería son básicamente para el cubrimiento de periodos de iliquidez que no afectan el presupuesto y se deben cancelar dentro de la vigencia de adquisición.

### **Hallazgo Administrativo No.36**

Las Depreciaciones se han calculado en forma individual para cada bien, pero no existe registro en la hoja de vida de cada uno, donde se indique el valor del ajuste, método utilizado, etc. Esto se debe a que el módulo de Activos Fijos SAS. No se encuentra actualizado, no permitiendo el control individual de cada bien.

### **Hallazgo Administrativo No.37**

No se tienen documentos soportes que garanticen el derecho sobre la Propiedad del terreno donde funciona el Hospital, este se dio a título gratuito pero todavía está pendiente el proceso de escrituración por lo que continúa apareciendo en el Balance como Terreno pendiente de legalizar, generando esta situación incertidumbre en el grupo de la Propiedad Planta y Equipo

### **Hallazgo Administrativo No.38**

En la vigencia de 2013 se realizó circularización con los diferentes Deudores del Hospital y se han surtido algunos procesos de conciliación en compañía de la Superintendencia Nacional de Salud, existen casos de no reconocimiento de la deuda y otros en los que no comparecieron. A la fecha con gran parte de los deudores por Venta de servicios, no se han realizado las conciliaciones respectivas, lo cual genera incertidumbre en el saldo de esta cuenta.

### **Hallazgo Administrativo No.39**

De los diferentes procedimientos realizados por el Hospital, cincuenta y seis ( 56) se encuentran costeados y consolidados por centro de costo y diecinueve (19) están en proceso de levantamiento de la información, es necesario que la totalidad de los procedimientos se encuentren costeados y sirvan de base para la alta gerencia en la toma de decisiones, al momento de contratar con las EPS de los diferentes Regímenes (Subsidiado, Contributivo) y no correr el riesgo de contratar a pérdida.

### **Hallazgo Administrativo con incidencia disciplinaria No.40**

En la Vigencia de 2013 el Hospital Retuvo (Recaudos a Favor de Terceros) por concepto de Estampillas Pro-univalle, Pro-desarrollo, Pro- Seguridad alimentaria, Pro- Hospitales, Pro- Cultura), la suma de \$ 93.4 millones, de los cuales solo giro a Rentas Departamentales (Gobernación del Valle) \$28 millones, además, no se efectuaron liquidaciones por sanciones de extemporaneidad e intereses Moratorios, desnaturalizando el estado de Actividad económica Financiera y social , incumpliendo con este actuar presuntamente con lo Establecido en el artículo 307 de la Ordenanza 301 de 2009 de la Asamblea Departamental del Valle del Cauca,

### **Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No.41**

La subcuenta 290590 (Recaudos por clasificar) al 31 de diciembre de 2013 presenta saldo de \$119 millones, en el Estado de tesorería a la misma fecha, la fuente de Recursos de Terceros su saldo fue \$280 millones, en la relación de los terceros presentada por la Administración, no se evidencian los Recaudos por clasificar; por otra parte, el hospital enfrenta procesos jurídicos con pretensiones por \$5.430 millones y en las cuentas de orden Acreedoras (Responsabilidades contingentes litigios y demandas) aparecen registros por \$1.165 millones, Esta situación muestra la falta de conciliación de la información entre Tesorería, Oficina Jurídica y Contabilidad, contrariando con este actuar presuntamente los preceptos establecidos en la Resolución No 357 de 2008, Numeral 3.8 y la Resolución 355 de 2007, numeral 9.1.5 de la Contraloría General de la República CGR.

### 3.3.1.1 Concepto Control Interno Contable

#### Resultados de la Evaluación:

La matriz de la evaluación de Control Interno Contable 2013, arrojó el siguiente resultado:

**Cuadro No.13**

| RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL CONTROL INTERNO CONTABLE |   |                 |                |
|--|---|-----------------|----------------|
| No.  | EVALUACION DEL CONTROL INTERNO CONTABLE                   | PUNTAJE OBTENIO | INTERPRETACION |
| <b>1</b>   | <b>CONTROL INTERNO CONTABLE</b>                           | <b>3,38</b>     | satisfactorio  |
| <b>1.1</b>   | <b>Etapas de Reconocimiento</b>                           | <b>3,77</b>     | satisfactorio  |
| 1.1.1  | Identificación  | 3,77            | satisfactorio  |
| 1.1.2  | Clasificación   | 3,88            | satisfactorio  |
| 1.1.3  | Registr y Ajustes   | 3,67            | satisfactorio  |
| <b>1.2</b>   | <b>Etapas de Revelación</b>                               | <b>3,36</b>     | satisfactorio  |
| 1.2.1  | Elaboración de Estados Contables y demás Informes         | 3,71            | satisfactorio  |
| 1.2.2  | Análisis, Interpretación y Comunicación de la información | 3,00            | Deficiente     |
| <b>1.3</b>   | <b>Otros Elementos de Control</b>                         | <b>3,00</b>     | Deficiente     |
| 1.3.1  | Acciones Implementadas                                    | 3,00            | Deficiente     |

En el anterior cuadro se evidencia la evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia en estudio, el cual arrojó un resultado en las etapas de reconocimiento en sus diferentes ítem promedio de 3.77 ubicándose en Satisfactorio. En la etapa de revelación alcanzó un puntaje de 3.36 donde el análisis, interpretación y comunicación de la información alcanzó 3.00 con una interpretación Deficiente y en cuanto al componente otros elementos de control y acciones implementadas obtuvo un puntaje de 3.00 con una interpretación Deficiente, finalmente la evaluación de control interno contable presentó un resultado de 3.38 con una interpretación SATISFACTORIA

#### Hallazgo Administrativo No.42

La presente evaluación pone en alerta al área financiera en lo relacionado con el análisis, interpretación y comunicación de la información contable, esta debe aportar valor agregado en la toma de decisiones, generar alertas que permitan en tiempo real resolver problemas de índole financieros.

### 3.3.2. Gestión Presupuestal

El Hospital en materia presupuestal se rige por el Decreto 115 de 1.996, el cual regula la programación, elaboración, presentación, aprobación, modificación y ejecución del presupuesto, Una vez analizados los diferentes momentos de formulación, aprobación y ejecución del presupuesto y en razón a que los recursos se manejaron de acuerdo a la normatividad, se emite opinión **Con Deficiencias**,

con base en el siguiente resultado:

| TABLA 3- 2                        |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| GESTIÓN PRESUPUESTAL              |                   |
| VARIABLES A EVALUAR               | Puntaje Atribuido |
| Evaluación presupuestal           | 57,1              |
| <b>TOTAL GESTION PRESUPUESTAL</b> | <b>57,1</b>       |

| Con deficiencias |   | Con<br>deficiencias |
|------------------|---|---------------------|
| Eficiente        | 2 |                     |
| Con deficiencias | 1 |                     |
| Ineficiente      | 0 |                     |

Fuente: Matriz de calificación

Elaboró: Comisión de auditoría

En lo relacionado con la Gestión presupuestal Tabla 3-2, la evaluación presupuestal para la vigencia Auditada 2013 , el estudio dio como resultado 1 que arrojó la evaluación con deficiencias, en razón, que en la estructura del presupuesto de gastos, no se refleja el componente de inversión con sus respectivos clasificadores (Programas, subprogramas y proyectos), impidiendo la construcción de indicadores que permitan medir la gestión, se compromete el presupuesto sin consultar los flujos de caja en tesorería, generando con esta práctica déficit fiscales recurrentes.

El Presupuesto del Hospital para la vigencia de 2013 fue aprobado por el Consejo superior de política fiscal del valle del cauca (CODFIS) en Acta No11 de Diciembre 05 de 2012 por 14.660.5 millones y liquidado (desagregado) por el Gerente del Hospital en Resolución No. 398 del 31 de Diciembre de 2012

En el transcurso de la vigencia se presentaron Adiciones por 10.706.3 millones, consolidando un presupuesto definitivo de \$25.366.8 millones de los cuales se Recaudaron 18.640 millones y se comprometieron en el gasto \$24.080 millones.

### **Hallazgo Administrativo No.43**

En la formulación, programación y ejecución del presupuesto no se toma como base el Plan financiero (operaciones efectivas de caja), no se evidencia la existencia de esta herramienta financiera y de planeación, se compromete el presupuesto sin consultar los flujos de caja en tesorería, incumpliendo con los pagos pactados con el proveedor del bien o el servicio y generando con esta práctica déficit fiscales recurrentes.

### **Hallazgo Administrativo No.44**

La estructura del presupuesto de gastos, no refleja el componente de inversión con sus respectivos clasificadores (Programas, subprogramas y proyectos), por esta razón no se pueden construir indicadores, que permitan medir la gestión o el



grado de cumplimiento del plan estratégico de la Entidad, a través de los Presupuestos. No existiendo armonización o articulación entre estos componentes del proceso de planificador.

### **Hallazgo Administrativo No.45**

No se evidenció en tesorería plan financiero (Flujos de caja, PAC, herramienta de caja, etc) que le permita la previsión, determinación y manejo adecuado del disponible, para lograr la ejecución del presupuesto de acuerdo con la disponibilidad de caja y evitar de esta forma los déficit fiscales que se vienen presentando en forma recurrente.

### **3.3.3 Gestión Financiera**

**SE EMITE UNA OPINION** (con deficiencias), con base en el siguiente resultado:

| TABLA 3- 3                      |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| GESTIÓN FINANCIERA              |                   |
| VARIABLES A EVALUAR             | Puntaje Atribuido |
| Evaluación Indicadores          | 50,0              |
| <b>TOTAL GESTIÓN FINANCIERA</b> | <b>50,0</b>       |

| Con deficiencias |   | Con<br>deficiencias |
|------------------|---|---------------------|
| Eficiente        | 2 |                     |
| Con deficiencias | 1 |                     |
| Ineficiente      | 0 |                     |

Fuente: Matriz de calificación  
Elaboró: Comisión de auditoría

Respecto a la Gestión financiera en la Tabla 3-3, se observa el efecto del análisis de los indicadores financieros para los Entes Hospitalarios, los cuales arrojaron un resultado de uno, con una interpretación Con Deficiencias, debido a la falta de liquidez del Hospital, el Déficit Fiscal en la Fuente de Recursos Propios, la Recuperación lenta de la cartera ( deudores vta de servicios) y la No provisión de recursos para el apalancamiento de los diferentes procesos jurídicos que enfrenta el Hospital.

### **Hallazgo Administrativo No.46**

En las vigencia auditada se evidenció que la estructura fiscal del Hospital no está en la capacidad de generar el disponible requerido para el apalancamiento de las obligaciones causadas en la misma, esta situación ha originado problemas de liquidez y por consiguiente la generación de déficit fiscales recurrentes, en el 2013



se generó déficit por \$ 5.159 millones, de los cuales \$2.150 millones corresponden a la fuente de Recursos Propios.

## Cartera por Edades

**Cuadro No.14**

| CARTERA POR EDADES VIGENCIA 2013 |                      |                      |                      |                      |                    |                      |                       |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| CONCEPTO                         | Sin Radicar          | Hasta 60 días        | de 61 a 90           | de 91 a 180          | de 181 a 360       | mayor de 360         | Total Cartera         |
| REGIMEN SUBSIDIADO               | 1.286.323.730        | 2.331.392.398        | 160.291.082          | 1.004.676.283        | 219.172.342        | 1.945.585.984        | 6.947.441.819         |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO             | 6.016.100            | 19.630.810           | 2.077.500            | 9.312.378            | 13.227.589         | 34.893.196           | 85.157.573            |
| POBL. POBRE NO ASEGURADA         | 100.705.300          | 127.816.227          | 74.393.337           | 240.961.823          | 160.424.026        | 460.435.432          | 1.164.736.145         |
| SOAT                             | 18.081.000           | 12.458.100           | 2.375.431            | 20.439.500           | 7.254.576          | 55.847.296           | 116.455.903           |
| OTROS DEUDORES VTA SERV.         | 83.000               | 321.700              | 3.216.945.000        | 1.049.400            | 858.700            | 14.774.780           | 3.234.032.580         |
| CONCEP.DIFERENTE. VTAS SERV.     | -                    | 10.451.777           | 111.471.106          | 33.200.385           | 222.469.706        | 823.201.070          | 1.200.794.044         |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>1.411.209.130</b> | <b>2.502.071.012</b> | <b>3.567.553.456</b> | <b>1.309.639.769</b> | <b>623.406.939</b> | <b>3.334.737.758</b> | <b>12.748.618.064</b> |
| <b>PARTICIPACION %</b>           | <b>12%</b>           | <b>19%</b>           | <b>28%</b>           | <b>10%</b>           | <b>5%</b>          | <b>26%</b>           | <b>100%</b>           |

Como muestra el cuadro de referencia, la cartera morosa mayor a 360 días en la vigencia auditada asciende a \$3.334 millones participando con el 26% del total adeudado, incidiendo principalmente en la mora los deudores por concepto de régimen subsidiado con \$ 1.352 millones, la cartera con edad superior a 90 días asciende a \$5.266 millones y corresponde al 41% de las obligaciones a favor del Hospital,

## Hallazgo Administrativo con incidencia Disciplinaria No. 47

Con lo descrito anteriormente, se constata que los deudores por venta de servicios (Diferentes regímenes) no cumplen con las fechas pactadas y determinadas en la norma para el pago de su obligaciones, a pesar, de esta situación, el Hospital No liquida y cobra intereses moratorios, incumpliendo presuntamente con los preceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13 parágrafo 5, además, nos muestra la debilidad en la política de Recaudo de cartera y la rotación lenta de la misma. El hospital no presenta procesos ejecutivos en contra de los deudores que han generado cartera vencida con antigüedad superior a un año.

## Glosas Vigencia 2013

**Cuadro No.15**

| GLOSAS HOSPITAL MARIO CORREA |                       |                      |                     |  |
|------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|--|
| VIGENCIA 2013                |                       |                      |                     |  |
| REGIMEN                      | FACTURA<br>RADICADA   | GLOSAS INICIAL       | GLOSAS<br>ACEPTADAS | VALOR<br>RECUPERADO<br>GESTION<br>GLOSAS |
| REGIMEN SUBSIDIADO           | 12.922.280.940        | 1.018.213.953        | 103.683.461         | 914.530.492                              |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO         | 75.171.900            | 3.143.442            | 463.725             | 2.679.717                                |
| POBL. POBRE NO ASEGURADA     | 1.030.248.149         | 484.343.968          | 152.873.050         | 331.470.918                              |
| SOAT                         | 63.137.200            | 18.325               | 18.325              | -  |
| DESPLAZADOS                  | 4.382.100             | -                    | -                   | -  |
| OTROS DEUDORES               | 234.820.390           | -                    | -                   | -  |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>14.330.040.679</b> | <b>1.505.719.688</b> | <b>257.038.561</b>  | <b>1.248.681.127</b>                     |

El cuadro de referencia presenta los valores facturados por el Hospital en 2013 por los diferentes servicios prestados y el valor de glosas aceptadas en la vigencia, las cuales se presentan generalmente por los siguientes motivos:

- Usuarios Pertenecientes a Otras EPS
- Sobrefacturado por tarifas
- Error de digitación
- Tarifas Medicamentos
- Estancias no pertinentes
- Mala digitación facturación
- Estancia prolongada

#### **Hallazgo Administrativo No.48**

Como se observa en el cuadro de referencia del total de lo facturado por diferentes conceptos en la vigencia auditada \$14.330 millones, se aceptaron glosas definitivas por \$ 257 millones, lo cual corresponde a un 2% de lo facturado, analizado desde el punto porcentual no es significativo, pero es un monto representativo para las finanzas del hospital, toda vez que la Entidad para la prestación de los servicios incurrió en una serie de costos y gastos, que al final se pierden, se deben adelantar gestiones administrativas de todo orden para lograr que el nivel de las glosas sea mínimo.

#### **4 OTRAS ACTUACIONES**

##### **4.1. ATENCIÓN DE QUEJAS, DERECHOS DE PETICIÓN Y DENUNCIAS**

Durante el proceso auditor no se recepcionaron quejas, derechos de petición ni denuncias.

##### **4.2 OTRAS ACTUACIONES Y ASUNTOS RELEVANTES A TENER EN CUENTA**

###### **4.2.1 COMITÉ DE CONCILIACIÓN:**

Mediante la Resolución No. 0201 del 06 de junio de 2012, se crea y reglamenta el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, en uso de las facultades y atribuciones legales conferidas por la Constitución Política de Colombia artículo 209, el cual consagra que la función administrativa está al servicio de los intereses generales, igualmente el artículo 90 de la Constitución Política señala el deber para los funcionarios públicos de repetir cuando el Estado sea condenado a la reparación patrimonial de los daños antijurídicos que le sean imputables, como una herramienta de protección y defensa de los intereses públicos, y mediante Resolución 402 del 31 de diciembre de 2012 se modifica la Resolución 0201 de junio de 2012, en cuanto a la conformación y funciones de los integrantes del Comité de Conciliación, a la convocatoria a sesiones y votaciones, funciones del comité, etc.

Durante la vigencia 2013 el Comité de Conciliación se realizaron cuatro conciliaciones por valor de \$521.175.566, en las cuales se condonaron intereses moratorios y honorarios, cancelándose \$494.175.566, respectivamente.

#### **4.2.2 SEGUIMIENTO A FUNCIONES DE ADVERTENCIA**

Durante el desarrollo del proceso auditor no se evidenciaron funciones de advertencia suscritas en auditorías anteriores.

#### **4.2.3 CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 73 DE LA LEY 1474 DE 2011**

El hospital en su página web tiene incorporado un link para la recepción de peticiones, quejas y reclamos, igualmente se tiene instalados buzones de sugerencias en distintas áreas del hospital.

Actas de apertura del buzón de sugerencias, peticiones, quejas y reclamos

En la vigencia se allegaron al Hospital un total de 229 no conformes de los cuales 186, presentaron queja formal.

- Quejas por causales:

El mayor porcentaje de quejas se presentó por inconformidad del servicio, representando el 34%, el 27% por inadecuada atención y el 25 por demoras en la atención de las personas, ya el hospital está adelantando las acciones para subsanar estas deficiencias.

**Cuadro No.16**

| CAUSAS DE LAS QUEJAS |  | % |
|----------------------|--|---|
|----------------------|--|---|

|                               |            |            |
|-------------------------------|------------|------------|
| <b>INCONFORMIDAD SERVICIO</b> | <b>63</b>  | <b>34</b>  |
| <b>INADECUADA ATENCION</b>    | <b>51</b>  | <b>27</b>  |
| <b>DEMORA EN LA ATENCION</b>  | <b>47</b>  | <b>25</b>  |
| <b>INADECUADA INFORMACION</b> | <b>21</b>  | <b>12</b>  |
| <b>INFRAESTRUCTURA FISICA</b> | <b>4</b>   | <b>0.2</b> |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>186</b> | <b>100</b> |

- Quejas por Unidades Funcionales

El mayor porcentaje de quejas corresponden a los servicios prestados en la unidad de ambulatorios con el 51% y en urgencias con el 11%.

**Cuadro No.17**

| <b>Unidades Funcionales</b>        | <b>No</b>  | <b>%</b>   |
|------------------------------------|------------|------------|
| <b>Servicios ambulatorios</b>      | <b>95</b>  | <b>51</b>  |
| <b>Atención en Urgencias</b>       | <b>21</b>  | <b>11</b>  |
| <b>Servicio de Hospitalización</b> | <b>17</b>  | <b>9</b>   |
| <b>Siau</b>                        | <b>15</b>  | <b>8</b>   |
| <b>Servicios de Urgencias</b>      | <b>12</b>  | <b>6</b>   |
| <b>Gestión de Ambiente Físico</b>  | <b>9</b>   | <b>5</b>   |
| <b>Facturación</b>                 | <b>6</b>   | <b>3</b>   |
| <b>Otros</b>                       | <b>11</b>  | <b>7</b>   |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>186</b> | <b>100</b> |

- Prestación de Servicios

Además de los servicios tradicionales, en la vigencia el hospital incorporo dos nuevos servicios a su portafolio como fueron los de las actividades de PyP y el Home Care.

En el programa Home Care se realizaron un total de 23.724 visitas domiciliarias, de las cuales 7.316 fueron por enfermería y 6.167 fueron por fisioterapia. Los servicios que inicialmente se prestaron fueron de baja complejidad.

**Cuadro No.18**

| <b>VIGENCIA<br/>2013</b>   | <b>TOTAL<br/>ACUMULADO</b> |
|--|----------------------------|
| <b>ACTIVIDADES</b>   |                            |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA                            | 6167                       |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ENFERMERIA                              | 1290                       |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA                               | 2802                       |
| [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA                             | 1575                       |
| [VISITA] DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL                                 | 640                        |
| [VISITA] DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL                              | 1357                       |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ENFERMERIA (6 HORAS)                    | 541                        |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ENFERMERIA (12 HORAS)                   | 7316                       |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ENFERMERIA (24 HORAS)                   | 977                        |
| CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD + (TIPO III)    | 147                        |
| CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD + (TIPO I Y II) | 245                        |
| CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD + (TIPO IV)     | 653                        |
| ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR NUTRICION Y DIETETICA                   | 14                         |
| <b>TOTAL ACTIVIDADES</b>   | <b>23724</b>               |

#### **4.2.4 CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1437 DE 2011 Y SUS MODIFICACIONES**

##### **PROCESOS JUDICIALES**

Con relación a la defensa del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, se observa que se produjeron siete (7) fallos desfavorables y siete (7) activos referentes a procesos ejecutivos de vigencias anteriores, y uno a favor terminado anticipadamente por sustracción de materia.

Se evidencian 13 procesos administrativos activos de Reparación Directa valorados en \$4.826.058.245, un fallo a favor por \$381.500.000.

Se registran cuatro (4) procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, de los cuales uno fue fallado a favor y los demás en contra, estableciéndose cuantías por valor de \$25.606.538.

**Cuadro No.19**

| <b>PROCESOS EJECUTIVOS</b> |                            |                   |                            |             |                         |             |   |
|----------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|-------------|---|
| Rad.                       | DEMANDANTE                 | INSTANCIA         | Juzgado                    | Cuántia     | Liquidación             | fallado (-) | ULTIMA ACTUACIÓN  |
| 2008-421                   | Farmacia Mario Correa      | Primera Instancia | 1 C. Cto Acu 1             | 87.105.282  | 149.171.186,00          | En contra   | En Liquidación Pend Por pagar                             |
| 2008-421                   | Repr. Medico Quirurgicas   | Primera Instancia | 1 C.Cto Acum 2             | 62.782.450  | 113.491.763,00          | En contra   | En Liquidación Pend Por pagar                             |
| 2008-421                   | Almacen Medico             | Primera Instancia | 1 C.Cto Acum 3             | 29.876.806  | 57.924.304,00           | En contra   | En Liquidación Pend .Por pagar                            |
| 2008-421                   | Dispromedicas              | Primera Instancia | 1 C.Cto Acum 4             | 73.966.613  | 106.649.148,00          | En contra   | En Liquidación Pend .Por pagar                            |
| 2011-115                   | Save Energy                | Primera Instancia | 20 C. Mpal                 | 17.342.000  | 0,00                    | En contra   | Se solicito suspensión del proceso acuerdo de transacción |
| 2011-156                   | Hemocentro del Café tolima | Primera Instancia | 6 C.circuito               | 41.959.522  | 0,00                    |             | Auto aprueba liquidación costas 26/07/2013                |
| 2012-120                   | Comservar salud            | Primera Instancia | 7 Adivo descongestion Cali | 418.874.242 |                         | En contra   | SENTENCIA ordena seguir adelante con la demanda           |
| 2011-473                   | PROMOAMBIENTAL             | Primera Instancia | 1 Civil del Circuito       | 70.000.000  |                         | Activo      | <b>se Contesto Demanda 13 de Marzo /13</b>                |
| 2013-146                   | OLIMPO SEGURIDAD           | Primera Instancia | 27 Civil Municipal         | 31.357.017  |                         | ACTIVO      | <b>Se Contesto Demanda 17 de Mayo /13</b>                 |
| 2013-372                   | SEGURIDAD SEGAL            | Primera Instanci  | 1 civil municipal          | 60.650.796  |                         | ACTIVO      | <b>Se Conetsto Demanda 15/07/2013</b>                     |
| 2013-613                   | ENDOCIRUJANO               | Primera Instancia | 36 civil municipal         | 15.000.000  |                         | A favor     | <b>Terminado</b>  |
| 2011-739                   | LABTRONIC LTDA             | Primera Instancia | 34 civil municipal         | 11.257.723  |                         |             | <b>se contesto demanda 5/07/2013</b>                      |
| 2013-178                   | RUESAA                     | Primera Instancia | 2 Civil Municipal          | 10.894.672  |                         | ACTIVO      | <b>Se notifico de la deamda 20/08/2013</b>                |
| 2013-202                   | SEGURIDAD PROTEVIS         | Primera Instancia | 28 Civil Municipal         | 67.148.707  |                         | Activo      | <b>se contesto demanda 16/07/2013</b>                     |
|                            |                            |                   |                            |             | <b>1.156.721.080,05</b> |             |   |

**Cuadro No.20**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

*¡Una Entidad Vigilante, una Comunidad en Acción!*

| <b>PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE REPARACION DIRECTA</b> |                               |                   |                   |             |                 |           |   |
|---|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------|---|
| Rad.  | DEMANDANTE                    | INSTANCIA         | Juzgado           | Cuántia     |                 |           | Estado del proceso                                |
| 2005-2620   | Luz Aida Víafora Rios         | Segunda Instancia | 11 Administrativo | 381.500.000 |                 | Terminado | Fallo A Favor                                     |
| 2007-0298   | Clarirtza Mosquera y Otros    | Primera Instancia | 05 Administ       | 173.480.000 | En contra pendi | ACTIVO    | Conceden Recurso de Apelacion                     |
| 2008-0022   | Maria Etelvina Lozano y Otros | Primera Instancia | 13 Administ       | 227.981.000 | Pendiente       | ACTIVO    | presentaro recurso de apelación                   |
| 2007-0338   | Filemon Paruma Bolaños        | Primera Instancia | 14 Administrativo | 102.965.160 | Pendiente       | ACTIVO    | Alegatos  |
| 2005-2327   | Ferney Alberto Polo Aragon    | Segunda Instancia | Tribunal Sala 1   | 38.150.000  | Pendiente       | ACTIVO    | Releva peritos nombra nuevos                      |
| 2008-0367   | Piedad Trochez y Otros        | Primera Instancia | 08 Administ       | 50.000.000  | Pendiente       | ACTIVO    | Auto fija nueva fecha para testimonios 21/03/2013 |

|            |   |                   |                        |                      |           |        |  |
|------------|---|-------------------|------------------------|----------------------|-----------|--------|--|
| 2009-00095 | Yasmilensi Galarza Botero                   | Primera Instancia | 10 Administ            | 56.700.000           | Pendiente | ACTIVO | Pruebas / En conocimiento Of. Ja10   |
| 2010-0468  | Lucero Angulo y Otros                       | Primera Instancia | Tribunal Sala 1        | 2.111.782.085        | Pendiente | ACTIVO | Auto avoca conocimiento - origen tribunal 03/04/2013                                   |
| 2010-0329  | Monica Payan Orozco                         | Primera Instancia | 17 Administ            | 50.000.000           | Pendiente | ACTIVO | Auto pone en conocimiento fija fecha de testimonios 28/06/2013                         |
| 2010-1807  | Magnolia Aragon, Oscar Renteria Zaa y otros | Primera Instancia | Tribunal Sala 2        | 515.000.000          | Pendiente | ACTIVO | Auto abre a pruebas pedidas 20/03/2013   |
| 2010-2077  | Guillermo ceron Muños                       | Primera Instancia | Tribuna Sala 2         | 300.000.000          | Pendiente | ACTIVO | Auto abre a pruebas pedidas audiencia  |
| 2011-213   | Francisco Ceron                             | Primera instancia | Juzgado 7 Adm Desc     | 200.000.000          | Pendiente | ACTIVO | Fijación en lista por 10 dias 13/06/2013   |
| 2012-0058  | Arnobio de Jesus Amaya                      | Primera Instancia | Juzgado 2º Descon Ad   | 500.000.000          |           | ACTIVO | Llamamiento en garantia interlocutorio - Acepta 18/06/2013                             |
| 2012-072   | Luz Helena Lopez y Otros                    | Primera Instancia | Juzgado 17 Oralidad Ad | 500.000.000          |           | ACTIVO | Auto que deja sin efecto providencia la notificación Hospital Universitario 02/05/2013 |
|            |   |                   |                        | <b>4.652.578.245</b> |           |        |  |



| <b>PROCESOS DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO</b> |                       |                   |                   |                   |           |        |                       |
|---|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|--------|-----------------------|
| Rad.  | DEMANDANTE            | INSTANCIA         | Juzgado           | Cuántia           |           |        | Estado del proceso    |
| 2007-502  | Analigia Puente Prado | Primera Instancia | 11 administrativo | <b>20.000.000</b> | Apelacion | Activo |                       |
| 2007-628  | Encarnacion Machado   | Primera Instancia | 04 Administ       | <b>1.979.948</b>  | Pendiente | ACTIVO | En Apelacion          |
| 2008-521  | Figueroa              | Primera Instancia | 04 Administ       | <b>1.728.524</b>  | Pendiente | ACTIVO | En Apelacion          |
| 2010-1260   | Aviles                | Primera Insta     |                   |                   |           | ACTIVO | Auto decreta levantar |
|   |                       |                   |                   | <b>23.708.472</b> |           |        |                       |

#### **4.2.5 CUMPLIMIENTO DE LO PRESCRITO EN EL DECRETO NACIONAL 1141 DE 2013 Y RESOLUCIÓN 1877 DE 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD**

##### **Programa de Saneamiento Fiscal**

De acuerdo con lo preceptuado en La Ley 1438 de 2011, y por lo mostrado en sus indicadores financieros, el Hospital se encuentra categorizado en riesgo medio y desde el 2012 afronta un programa de saneamiento.

En la vigencia de 2013 a través de las Resoluciones No. 4490 de diciembre 28 de 2012 y No. 628 de 2013 el Ministerio de Salud transfirió \$1.500 millones para el pago de obligaciones incluidas en el programa de saneamiento, estos se realizaron a través de Fiduciaria a los beneficiarios Certificados por la Secretaría de Salud Departamental y aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es de anotar, que en la vigencia de 2013 el Hospital causó ingresos por ventas de servicios por \$ 17.537 millones con un aumento de \$ 6.848 millones con respecto a la vigencia 2012 donde las ventas se ubicaron en \$10.689 millones, esta situación generó excedentes del ejercicio por \$3.642 millones, con un incremento de \$2.705 millones, con relación a la vigencia 2012, el problema se centra en el recaudo por ventas del servicio, en 2013 fue del 63%.

**5.1 AUDITORÍA REGULAR HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO  
Vigencia 2013**

| No       | HALLAZGOS   | RESPUESTA DE LA ENTIDAD   | CONCLUSIÓN AUDITORÍA  | TIPO DE OBSERVACIONES |   |          |   |   |                  |
|----------|---|---|---|-----------------------|---|----------|---|---|------------------|
|          |   |   |   | A                     | S | D        | P | F | Daño Patrimonial |
|          | <b>Control de Resultados</b>  |   |   |                       |   |          |   |   |                  |
| <b>1</b> | <p>Según el artículo 2° de la Ley 152 en su ámbito de aplicación estipula que la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo se aplica a la Nación, las entidades territoriales y los organismos públicos de todo orden, en este orden de ideas esta norma es aplicable a los hospitales la cual debe ser de obligada observancia en la realización de su Plan de Desarrollo.</p> <p>De la conformación del Plan de Desarrollo del Hospital se evidencia el incumplimiento con los Principios generales de Consistencia, participación, sustentabilidad ambiental (manejo de residuos hospitalarios) y coherencia.</p> <p>El Plan de Desarrollo en cumplimiento de la Ley 152 de 1994, debe contener una parte general y otra de Inversión, Plan Plurianual de Inversiones, Plan de Acción, cronograma de actividades, documentos no aportados por el Hospital a la comisión de auditoría.</p> <p>El presupuesto de la vigencia 2013 con el código 800010 tiene incorporada la apropiación Gastos de Inversión, concebido</p> | <p>Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas, y proyectos incluidos en el plan de desarrollo, el Hospital llevó a cabo el proceso de planeación, teniendo en cuenta primero la formulación, segundo la aprobación por parte de la Junta Directiva, actualmente está en la etapa de ejecución, seguimiento y evaluación, todo esto atendiendo el principio de eficiencia el cual hoy se refleja en la optimización de los recursos técnicos, financieros y humanos teniendo en cuenta que la relación costo beneficio sea positiva.</p> <p>EL plan de desarrollo del Hospital fue aprobado por la junta directiva mediante acuerdo 015 de 2012.</p> <p>El planteamiento del Plan de Desarrollo en la vigencia 2012 – 2015, no ha causado afectación en la prestación del servicio, con este instrumento la Empresa Social del Estado está evidenciando Mejora Continua evidenciado en sus Indicadores y actualmente estamos suscritos en un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero con evaluación y seguimiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los 6093 millones son recursos para ejecutar salud pública del Departamento del Valle, no afectan la Ejecución del Plan de Desarrollo en la</p> | <p>Según los argumentos expuestos por el hospital en su derecho a la contradicción se evidencia que no se dio respuesta clara a la observación. Pues los puntos motivos de la observación eran claros. La inobservancia de la norma, en cuanto a la conformación del plan de Desarrollo, incumplimiento de algunos principios de la norma, se contabilizo como inversión una actividad que no lo era en cambio lo que si constituía inversión como fue el proyecto de la compra de los equipos biomédicos no se contabilizo como inversión, la entidad no argumentó nada al respecto. Como sabemos el proyecto tenía su financiación asegurada. Por todo lo expuesto el equipo auditor determina dejar en firme el hallazgo en todas sus connotaciones.</p> | <b>X</b>              |   | <b>X</b> |   |   |                  |

|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|   | dentro del mismo el Programa de Inversión en Salud Pública, con una ejecución en la vigencia por \$6.093 millones, esta apropiación corresponde a actividades propias del hospital en cumplimiento de su objetivo misional. Al revisar la contratación se evidenció el contrato No. 077 cuyo objeto es la adquisición, a título de compra de Equipos Médicos por \$847 millones, de acuerdo con las descripciones, especificaciones y demás condiciones técnicas establecidas en el Pliego de Condiciones N° 003/2013, la cual hace parte integral del contrato. Este contrato presentó su proyecto debidamente inscrito en el Banco de Proyectos de la Gobernación, que al ser constitutivo de inversión, debió figurar presupuestalmente en la Apropiación de Gastos de Inversión. | <p>Vigencia, los recursos se adicionaron a inversión mediante acuerdo de junta directiva y siguiendo los lineamientos técnicos de la Secretaria Departamental de Salud.</p> <p>Para la vigencia 2013 la junta directiva y CODFIS Departamental no aprobaron recursos de inversión para el presupuesto ya que el Hospital estaba categorizado en riesgo medio susceptible de intervención si no adelantaba en cuatro (4) años medidas que minimizaran el aumento de pasivos y aseguraran la operación de vigencia.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo. Se adjunta Plan de Acción</p>                |  |   |  |  |  |  |  |
| 2 | En la matriz de planificación estratégica, se han establecido metas que en su mayoría tienen como limite el año 2014, otras el 2016, 2013 y 2012, pero no hay conformada una información consistente que permita determinar y evaluar las metas en cada uno de los años de ejecución del Plan, a manera de ejemplo del Objetivo Estratégico Gerencial en las unidades funcionales como negocios productivos, la meta se estableció a marzo del 2016, pero no se evidencian las metas en cada año hasta llegar al cumplimiento total.   | <p>Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas, y proyectos incluidos en el plan de desarrollo, el Hospital llevó a cabo el proceso de planeación, teniendo en cuenta primero la formulación, segundo la aprobación por parte de la Junta Directiva, actualmente está en la etapa de ejecución, seguimiento y evaluación, todo esto atendiendo el principio de eficiencia el cual hoy se refleja en la optimización de los recursos técnicos, financieros y humanos teniendo en cuenta que la relación costo beneficio sea positiva.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo.</p> | De acuerdo al derecho a la contradicción, en lo expuesto por el Hospital no da respuesta satisfactoria al requerimiento por lo tanto la Observación queda en firme como un hallazgo administrativo que será objeto de un Plan de Mejoramiento, para realizar por parte del ente de control el seguimiento a cumplimiento a la acción correctiva que suscriba la entidad. | X |  |  |  |  |  |
| 3 | El plan de desarrollo del Hospital Mario   | Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas, y proyectos incluidos en el   | De acuerdo a que se trato de explicar la observación con el  | X |  |  |  |  |  |

|  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>Correa Rengifo en su conformación no contó con el componente estratégico debidamente estructurado, donde se tuvieran claramente determinadas las metas, Objetivos a mediano y largo plazo, líneas base, población beneficiaria, indicadores de producto para cada una de las vigencias del plan, cronograma de actividades, y un presupuesto plurianual claramente definido para la financiación del Plan. El Hospital no presento anexo al Plan de Desarrollo.</p> <p>Plan estratégico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Inversiones.</li> <li>- Plan plurianual de inversiones.</li> <li>- Plan Operativo Anual de Inversiones</li> <li>- Indicadores de gestión incorporados al plan de Desarrollo debidamente formulados.</li> </ul> | <p>plan de desarrollo, el Hospital llevó a cabo el proceso de planeación, teniendo en cuenta primero la formulación, segundo la aprobación por parte de la Junta Directiva, actualmente está en la etapa de ejecución, seguimiento y evaluación, todo esto atendiendo el principio de eficiencia el cual hoy se refleja en la optimización de los recursos técnicos, financieros y humanos teniendo en cuenta que la relación costo beneficio sea positiva. Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>mismo argumento y el cual no da explicación a la misma, se determina dejar en firme la observación, conformando un hallazgo administrativo, para la suscripción de un Plan de Mejoramiento</p> |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

66

|   |   |  |   |   |  |  |  |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|--|--|--|
|   | <p>consecutivo y en algunos casos no están foliados la totalidad de los documentos. Las resoluciones mediante las cuales se autoriza el pago de anticipos de cesantías no presentan incorporada la respectiva liquidación, lo que no permite realizar un efectivo control a los pagos realizados.</p> <p>En las hojas de vida no se evidencia documento alguno mediante el cual el Hospital solicite certificación a las respectivas Instituciones Educativas sobre los estudios realizados por los diferentes funcionarios.</p> <p>En algunas carpetas falta anexar la declaración juramentada de bienes de los funcionarios. Información que debe presentarse en todos los años de vinculación laboral.</p> <p>En vigencias anteriores se evidenció la realización de Decretos de Nombramiento con efectos retroactivos, aclarando que el funcionario para la ya presentaba relación laboral con el Hospital.</p> <p>En algunas carpetas se evidenciaron documentos no incorporados a las mismas, o sea no estaban legajados.</p> <p>Se observa en el goce de las vacaciones, desorden ya que por lo general los funcionarios no disfrutaban la totalidad del periodo, sino que se disfruta por días parciales.</p> | <p>cumplimiento de procedimientos. Como bien lo admite la comisión auditora es evidente la mejora en la gestión documental y el esfuerzo continuo para llevarlo a procesos óptimos.</p> <p>En la administración del proceso documental del área de Talento Humano, no se ha causado afectación alguna, ni riesgo por el contrario se esta mitigando la situación en la cual se recibió el proceso, y se evidencia en la evaluación que el proceso auditor reconoce sobre la ley general de archivo en todo la ESE</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | relacionada con el hallazgo evidenciado en el proceso auditor, la cual se analizó y se concluyó que la misma desvirtúa el hallazgo, cambiando la connotación del mismo a administrativo para que sea sujeto del Plan de Mejoramiento. |   |  |  |  |  |  |
|   | <b>Control de Gestión</b>   |  |   |   |  |  |  |  |  |
| 7 | <p>En la revisión de las carpetas contractuales se evidenció que en esta etapa se presentan deficiencias ya que la identificación de la necesidad del objeto a contratar, los recursos presupuestales disponibles para su financiación, su ajuste al plan de necesidades y al plan de</p>   | <p>El Hospital se encuentra en Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero debido a la calificación de Riesgo Medio, dicha situación económica y financiera constituye impedimento para realizar planeación presupuestal a largo plazo, motivo por el cual al finalizar el año hubo la necesidad de realizar a la contratación</p>   | <p>El artículo 13 de la Ley 1150 de 2007 establece que la actividad contractual para entidades no sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública debe desarrollarse acorde con su</p>                     | X |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|   | compras y la elaboración y alcance de los estudios y diseños previos (técnicos, económicos y jurídicos, no son coherentes con la valoración del objeto contratado, de tal manera que al celebrar el contrato, éste no se ajusta a las necesidades de la entidad para cumplir con el servicio, generándose un quebrantamiento de la ecuación contractual, debiéndose recurrir a las adiciones en tiempo y valor.  | adiciones en tiempo y valor.<br>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo,   | régimen especial, los principios de la función aditiva y de la gestión fiscal contemplados en los artículos 209 y 267 de la C.N.. Igualmente el artículo 18 del Manual Interno de Contratación del Hospital estatuye que la actividad contractual del mismo debe regirse acorde a los principios de la contratación estatal, razón por la cual no se acepta la respuesta de la entidad y el hallazgo queda en firme para ser incorporado en el Plan de Mejoramiento. |   |  |  |  |  |  |
| 8 | En la revisión de los contratos de la muestra, se evidenció que las pólizas de garantía se aprueban después de iniciado el contrato, desconociendo los artículos 23 y 25 del Manual de Contratación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, artículo 7 de la ley 1150 de 2007, Decreto 4828 de 2008. Igualmente se omite el control social a la gestión contractual, no permitiendo que el control ciudadano se ejerza a través de las veedurías ciudadanas, desconociendo el artículo 32 del estatuto Contractual. | Las Pólizas de garantía tomadas como muestra y aprobadas cubren la garantía contractual a partir de la de suscripción del contrato, lo que da lugar a que la etapa contractual este amparada desde la fecha de suscripción del contrato.<br><br>Todos la contratación se publica en la página Web del Hospital<br><br>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo  | El artículo 25 del Manual de Contratación Interno establece que los contratos iniciaran su ejecución a partir de la fecha de la aprobación de la garantía, razón por la cual no se acepta la respuesta de la entidad y el hallazgo queda en firme para ser incorporado en el Plan de Mejoramiento.   | X |  |  |  |  |  |
| 9 | El proceso de supervisión de los contratos se debe revisar por cuanto se evidencia en algunos casos desconocimiento sobre las actividades a supervisar y la forma como deben realizar esta labor. Se debe exigir al contratista presentar un informe detallado que documente el cumplimiento de la ejecución del contrato, debe contar con el registro de cada una de las actividades objeto del contrato, en los tiempos que determine el cronograma inicial presentado, cuando presenten registro fotográfico que          | El Hospital, cuenta con una manual de supervisión a la contratación y tiene establecido el formato de <b>ACTAS DE SEGUIMIENTO CONTRACTUALES</b> , en las cuales se realiza la descripción del cumplimiento del objeto contractual, los avances y valores financieros, ejecutados, estas están suscriptas por el Supervisor, en caso necesario por el técnico y por el Contratista. Dichas actas se deben adjuntar a los comprobantes de egreso cuando se realizan los pagos y se adjuntan los anexos correspondientes. | El hallazgo se conforma precisamente porque no se está haciendo un seguimiento eficiente a la contratación a pesar de contar con un manual de supervisión, razón por la cual no se acepta la respuesta de la entidad y el hallazgo queda en firme para ser incorporado en el Plan de Mejoramiento. razón por la cual no se acepta la respuesta de la   | X |  |  |  |  |  |



|    |   |  |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>éste sea acorde a la actividad realizada y aportar las firmas de los participantes en las diferentes actividades, igualmente cuantificar y cualificar las actividades desarrolladas dentro del contrato, con el fin de establecer el impacto sobre la población beneficiada</p>  | <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p>   | <p>entidad y el hallazgo queda en firme para ser incorporado en el Plan de Mejoramiento.</p>  |   |  |  |  |  |  |
| 10 | <p>El Hospital suscribió un contrato de obra pública por valor de \$ 67.750.008, con la firma PROYECTO DE INGENIERIA &amp; SUMINISTROS SAD PROINGEN SAS, se evidenció una omisión al artículo 6 de la Ley 1106 de 2006, por no retener el 5% del impuesto al patrimonio.</p>  | <p>El Hospital al detectar que por error involuntario de buena fe no realizó dicho descuento cita al Contratista para informar de lo ocurrido y la obligación que debe cumplir.</p>  | <p>El Hospital adjunta Acuerdo de pago suscrito entre el Hospital Dptal., Mario Correa Rengifo y la firma Proyecto Ingeniería &amp; Suministro S.A.S "PROINGEN S.A.S", para realizar el pago del Impuesto al Patrimonio del 5% en los términos que ordena la Ley 1106 de 2006, para el día 15 de septiembre de 2014., por tal razón el hallazgo cambia su connotación de disciplinario a administrativo para que sea incorporado al Plan de Mejoramiento para su respectivo seguimiento.</p>  | X |  |  |  |  |  |
| 11 | <p>En el contrato No.087 por valor de \$131.485.300 suscrito con DISMOD INGENIEROS LTDA. ING. CONSTRUCTORES, cuyo objeto es "... a todo costo, ejecutar las obras y trabajos de: En el área de medicina interna del Hospital, realizar el mantenimiento preventivo y correctivo en muros, sistemas de ventanas, puertas y cielos falsos en los espacios de habitaciones, pasillos, central de enfermeras, procedimientos, baños y demás áreas locativas internas y externas...", al analizar este contrato se evidencia que se realizó bajo la modalidad de "contrato de prestación de servicios" y no como contrato de "obra pública", no llevándose a cabo un</p> | <p>El Hospital es una Empresa Social del Estado y por disposición del artículo 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, en materia de contratación se rige por la normatividad privada (Código Civil y Código del Comercio), motivo por el cual el Hospital profirió el Reglamento Interno de Contratación, es así como proceso realizado en la presente contratación es el ordenado por el Reglamento Interno del Hospital, el cual establece según el art.21.1: "...para los contratos de mínima cuantía, es necesario: Realizar estudios previos, certificado de disponibilidad, elaborar pliego de condiciones en los que consigne el objeto, los requisitos, etc, recibo de las ofertas (se recibieron dos) Selección de la oferta (DISMOD). Garantizando de esta forma los Principios de la Contratación Pública. En el objeto, obligación y rubro presupuesta (Mantenimiento) es claro que se</p> | <p>Se corrige el número de contrato, por el número 100. Atendiendo el precepto de ilicitud sustancial se acoge parcialmente la respuesta dada por la entidad en cuanto a que el objeto del contrato se cumplió, no obstante la determinación del contrato como de prestación de servicios se evidenció tanto en el membrete como en el cuerpo del contrato. Igualmente se tiene en cuenta el Acuerdo de pago suscrito entre el Hospital Dptal. Mario Correa Rengifo y la firma DISMOD INGENIEROS LTDA. ING. CONSTRUCTORES, para realizar el pago del Impuesto al Patrimonio del 5% en los</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>proceso de contratación de mínima cuantía, incumpléndose lo regulado en la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2516 del 2011, artículo 26 numeral 8º Estatuto Contractual.</p>   | <p>trata de un Contrato de Obra y no de Prestación de Servicios, que por error de buena fe al digitar la minuta del contrato en el membrete quedo consignado prestación de servicio pero esto no significa que se haya contratado bajo esta modalidad. es menester manifestar que el membrete es meramente enunciativo y no obliga a las partes, en razón a ello lo que obliga es el clausulado del contrato.</p> <p>Se aporta fotocopia del Contrato, y los Pliegos de Condiciones y análisis comparativo de las propuestas presentadas.</p> <p>Por todo lo anterior no se evidencia que haya existido Dolo ni afectación en la prestación de los servicios de salud , ni la administración de los recursos de la ESE, por el contrario se atendió una necesidad sentida y exigida por la comunidad en un servicio deteriorado integralmente sin intervención alguna durante 40 años, donde por las condiciones que presentaba estaba en riesgo la seguridad del paciente y el tratamiento integral de su salud, los beneficiados potenciales en la vigencia 2013 con las mejoras realizadas al servicio fueron 12000 usuarios.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>términos que ordena la Ley 1106 de 2006, para el día 15 de septiembre de 2014., por tal razón el hallazgo cambia su connotación de disciplinario a administrativo para que sea incorporado al Plan de Mejoramiento para su respectivo seguimiento.</p>   |   |  |  |  |  |  |
| 12 | <p>En el contrato No.090 por valor de 1.782.806.774 suscrito con la Fundación Ave Fénix, se establece un presunto incumplimiento en el objeto contractual, al evidenciar que la actividad desarrollada por el contratista no es equivalente al valor del contrato, de acuerdo a las siguientes apreciaciones:</p> | <p>Se evidencia en el Informe que existe una confusión entre LOS ANEXOS TECNICOS trabajados por la AUDITORÍA y los ANEXOS TECNICOS contenidos en la Carpeta Contractual a folios 13 al 17 así:</p> <p><b>Cuadro No.13:</b></p> <p><b>1. PROYECTO1,</b> se afirma que tiene 5 Productos sin ejecución. No puede ser cierto,</p>  | <p>Con base en el derecho de petición presentado por el Hospital ante la Contraloría Dptal el 1 de septiembre de 2014, mediante el cual adjuntan documentación soporte relacionada con el hallazgo evidenciado en el proceso auditor, la cual se analizó y se concluyó que la misma desvirtúa el hallazgo, cambiando la</p> | X |  |  |  |  |  |

|  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>Este contrato consta de dos objetos contractuales principales y estos a su vez se subdividen en doce (12) y once (11) proyectos respectivamente, así:</p> <p><b>(ir al cuerpo del informe)</b></p> <p>Con base en lo anterior, se establece un hallazgo fiscal por \$873.993.321.9, e igualmente se evidencia que los proyectos números 3, 5, 10 y 11 del primer objeto se ejecutaron en el mes de enero de 2014 sin que mediara modificación al contrato, incumpléndose la cláusula primera del contrato, Ley 1474 de 2011 artículos 82 Inc.2do y 84 y artículo 6º de la Ley 610 de 2000.</p> | <p>porque este proyecto solo <b>establece 3 productos a ejecutar</b>, tal como lo determina el anexo técnico contenido en la carpeta contractual a folios 13 al 17, los cuales su ejecución se encuentra soportada en la Carpeta Tomo 1 Folios del 1-282 (PROYECTO 1), del archivo de gestión del área jurídica. (Se adjunta fotocopia)</p> <p>2. <u>PROYECTO 3</u>, se afirma que se debe desarrollar en EL DOVIO, CERRITO, ARGELIA Y TORO. No puede ser cierto, porque este proyecto tal como lo establecen los Anexos contenidos en la carpeta contractual y que forman parte integral del contrato establecen lo siguiente: “3 proyectos productivos de proteína de alto valor nutricional en poblaciones especiales de Buenaventura y El Dovio”. se desarrollaron los productos de la siguiente forma. 2 proyectos en Buenaventura. 1 proyecto en el Dovio, Dando cumplimiento a lo establecido en los anexos y a lo enunciado por la Gobernación del Valle del Cauca en cabeza del referente del proceso. Los soportes de dicha ejecución se encuentran en la carpeta PROYECTO 3 TOMO 1 folio 1 al 136. Archivo de Gestión de Jurídica. Se adjuntan copias</p> <p><b>PROYECTO 7:</b> Frente a este hallazgo es importante resaltar que el anexo trabajado contemplaba 2 productos el “1. Logística a todo costo (carpas con mesas, manteles, sillas) para el 1 de noviembre en Cali (encuentro regional de productores locales, 250 expositores)”, siendo claro que la actividad es apoyo logístico del evento se entregó el día 01 de</p> | <p>connotación del mismo a administrativo para que sea sujeto del Plan de Mejoramiento.</p> |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>las siguientes: 1.1. Gestión para firma de convenio de cooperación técnica con el PMA, 1.2. Alistamiento Institucional, 1.3. Diagnóstico subregional de SAN, 1.4. Formulación del Plan general y especificidades locales. Las restantes actividades no pudieron ser desarrolladas por cuanto dependían de la adopción del plan mediante ordenanza y eso no fue realizado por la Asamblea Departamental, por tal razón en el momento de la liquidación del contrato, este proyecto fue parcialmente reconocido. Los soportes de dicha ejecución se encuentran contenidos en la Carpeta PROYECTO 9 TOMO 1 folio 1 al 48.Archivo de Gestión de Jurídica. Se adjuntan copias</p> <p>4. <u>PROYECTO 11</u>, Esta afirmación si coincide con información contenida en los Anexos de la carpeta contractual que forman parte integral del contrato. Se afirma que no se ejecutó, pero la evidencia de dicha ejecución se encuentra contenida en la Carpeta PROYECTO 11 TOMO 1 Folios del 34 hasta 247 y los siguiente folios de dicha carpeta contienen los soportes de entrega de las compras realizadas para el cumplimiento del producto 2 (Compra de insumos para IAM) Y LOS registros fotográficos.Archivo de Gestión de Jurídica. Se adjuntan copias<br/>Cuadro No.14:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.<br/><u>PROYECTO 6</u>, afirma actividades que no están contenidas en los Anexos de la carpeta contractual y que forman parte integral del contrato, pues las actividades ejecutadas están contenidas en la AZ No.10 PROYECTO 6. FOLIOS 1-3, en los cuales se evidencia los insumos comprados y entregados por el operador para el mejoramiento de la cadena de frio</li> </ol> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

|    |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|----|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
|    |  | Hospital y la Secretaria de Salud, la cual sirvió como soporte para ordenar la realización del último pago y glosando un respectivo porcentaje.<br><br>Aporto acta de liquidación suscrita entre la Secretaria de Salud y el Hospital.<br><br>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 13 | En el contrato No.093 por valor de \$220.092.329 suscrito con el Hospital San Nicolás de Versalles, se establece un presunto incumplimiento en el objeto contractual, al evidenciar que la actividad desarrollada por el contratista no es equivalente al valor del contrato, de acuerdo a las siguientes apreciaciones:<br><br>1. Incumplimiento a los numerales 3, 8, 10, 16 de la cláusula segunda del contrato.<br><br>2. La forma de pago establece que para el primer pago el contratista debe entregar el plan de acción y el cronograma de trabajo a partir del acta de inicio, es decir el 16 de octubre de 2013, lo cual no se evidencia en la carpeta contractual.<br><br>3. Los días 12, 19, 20, 23, 26, 27, 28 y 30 del mes de diciembre de 2013 son las fechas en las se realizan las capacitaciones con una asistencia mínima que oscilan entre 2 y 7 personas, respectivamente, para un total de 33.<br><br>4. No se evidencia la devolución al hospital | Respecto del primer punto que hace referencia al numeral tercero de las obligaciones del contrato se puede evidenciar que la carpeta contractual del Hospital San Nicolás de Versalles se encuentra a folio (*1)77 al 84 el cronograma de actividades junto con los objetivos establecidos y los productos esperados.<br>Existen además en la carpeta contractual del Hospital San Nicolás de Versalles 3 indicadores por objetivos referidos a folio (*2)77,78 y 79 de los cuales se desprende lo siguiente: el primero objetivo que es el de capacitar a los odontólogos el indicador seria el numero de odontólogos y auxiliares capacitados, también se evidencia que la capacitación fue realizada por los municipios convocados y municipios capacitados. Se evidencia a(*3)folio 90 y 91 la asistencia del personal capacitado, así mismo están a folio (*4)94 y 95 con sus respectivas cartas de convocatorias. A folio (*5)154 al 161se evidencia en la carpeta contractual el listado de asistencia a las capacitaciones. otro de los indicadores en el informe de perfil de salud oral en menores de 5 años el cual se encuentran a folio (*6)104 al 138. No es función nuestra verificar porque no asistieron los convocados y tampoco lo es investigar tal situación<br><br>Respecto del segundo punto en relación al primer pago del 35% este hace referencia a que | Con base en el derecho de petición presentado por el Hospital ante la Contraloría Dptal el 1 de septiembre de 2014, mediante el cual adjuntan documentación soporte relacionada con el hallazgo evidenciado en el proceso auditor, la cual se analizó y se concluyó que la misma desvirtúa el hallazgo, cambiando la connotación del mismo a administrativo para que sea sujeto del Plan de Mejoramiento. | X |  |  |  |  |  |  |



|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | <p>Mario Correa Rengifo del material que no se distribuyó por sustracción de materia.</p> <p>5. Se citó a la Interventora del contrato, pero no asistió en razón a que se encontraba de vacaciones.</p> <p>6. El contrato inicia su ejecución en el mes de diciembre de 2013, sin que se evidencie modificación alguna al mismo.</p> <p>7. La documentación soporte presentada a la fecha no permite cuantificar ni cualificar el contrato. Igualmente no se evidencia el material que debieron entregar, tales como agendas, materiales didácticos y/o audiovisuales, contratos y compromisos firmados, base de datos y otros productos, indicadores trazados que permitan valorar el cumplimiento del objeto del proyecto y el impacto del mismo sobre la población objeto.</p> <p>Con base en lo anterior, se establece un hallazgo fiscal por \$220.092.329, e incumplimiento a la cláusula primera del contrato, Ley 1474 de 2011 artículos 82 Inc.2do y 84 y artículo 6º de la Ley 610 de 2000.</p> | <p>se debe de presentar un informe de interventoría el informe que se hace referencia en la forma de pago se puede evidenciar a folio (*7) 77 al 84 el cual contiene el cronograma y plan de acción</p> <p>(se adjuntan copia)</p> <p>El proyecto no manejo ningún tipo de insumo o material para repartir entre los asistentes.</p> <p>Si bien es cierto, la representante legal presento excusa para no comparecer, también es cierto que la misma envió al profesional contratado como apoyo, quien rindió la información ante la Contraloría sobre la ejecución del Contrato de Versalles.</p> <p>Con respecto al numeral sexto el contrato inicia su ejecución el 16 de octubre de 2013 así consta en el acta de interventoría y luego vinieron las restantes etapa ejecutivas, al punto que en el mes de noviembre de 2013 la propia contraloría en ejercicio de un control concurrente evidenció que el contrato estaba en ejecución.</p> <p>Es preciso manifestar que la documentación se encuentra en la carpeta contractual como son actas de interventoría acta de liquidación final, así mismo es menester informar que en el objeto contractual no está establecida la entrega de material alguno.</p> <p>Así mismo es pertinente manifestar que para efectos de los pagos al operador el Hospital se apoyaba en los informes de avance del Interventor.</p> <p>Es así como entre la Secretaria de Salud Departamental y el Hospital Mario Correa</p> |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
|    |  | <p>Rengifo se suscribió el Acta de Liquidación el 18 de Junio de 2014.</p> <p>Por todo lo anterior consideramos que el hallazgo no tiene la incidencia que se plantea por el proceso auditor, pues el mismo no se esta causando afectación en la prestación de los servicios de salud y se cumplió a cabalidad.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> <p>Aporto acta de liquidación suscrita entre la Secretaria de Salud y el Hospital</p>  |  |   |  |  |  |  |  |  |
| 14 | <p>En el contrato No.095 por valor de \$112.000.000 suscrito con el Hospital San Nicolás de Versalles, se establece un presunto incumplimiento en el objeto contractual, al evidenciar que la actividad desarrollada por el contratista no cumplió el objeto contractual mediante el cual debía realizar acciones de interventoría, asesoría y asistencia técnica a los contratos números 090-2013; 091-2013; 092-2013; 093-2013 y 094-2013, los cuales presentan irregularidades en el cumplimiento de sus objetos contractuales, por tanto se establece un hallazgo fiscal por \$112.000.000, e incumplimiento a la cláusula primera del contrato, Ley 1474 de 2011 artículos 82 Inc.2do y 84 y artículo 6º de la Ley 610 de 2000.</p> | <p>El hallazgo no corresponde a la realidad, en razón a que el Contratista Hospital San Nicolás de Versalles, no fue contratado para realizar acciones de interventoría, asesoría y asistencia técnica a los contratos números 090-2013; 091-2013; 092-2013; 093-2013 y 094-2013,</p> <p>Todas las actas de seguimiento y soportes de interventoría se encuentran contenidos en cada una de las carpetas contractuales y en los comprobantes de egreso, siendo este un requisito necesario para autorizar y realizar el pago</p> <p>Es así como entre la Secretaria de Salud Departamental y el Hospital Mario Correa Rengifo se suscribió el Acta de Liquidación el 18 de Junio de 2014., la cual sirvió como soporte para liquidar y realizar el ultimo pago a los Contratistas.</p> <p>Aporto acta de liquidación suscrita entre la Secretaria de Salud y el Hospital</p> <p>Por todo lo anterior consideramos que el hallazgo no tiene la incidencia que se plantea</p> | <p>Con base en el derecho de petición presentado por el Hospital ante la Contraloría Dptal el 1 de septiembre de 2014, mediante el cual adjuntan documentación soporte relacionada con el hallazgo evidenciado en el proceso auditor, la cual se analizo y se concluyo que la misma desvirtúa el hallazgo, cambiando la connotación del mismo a administrativo para que sea sujeto del Plan de Mejoramiento.</p> | X |  |  |  |  |  |  |

|    |   |   |  |   |  |   |  |  |  |
|----|---|---|--|---|--|---|--|--|--|
|    |   | por el proceso auditor, por el contrario se garantizo el cumplimiento del Contrato y se garantizo la prestación del Servicio de Salud.  |  |   |  |   |  |  |  |
|    |   | Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo   |  |   |  |   |  |  |  |
| 15 | En el contrato No.101 por valor de \$114.260.000 suscrito con Equipadora Medica S.A, cuyo objeto es el fortalecimiento y recuperación de los muebles de uso asistencial del servicio de medicina interna, para lo cual es necesario realizar la adquisición de lo siguiente 1.) Veinte (20) camas Eléctricas básicas, Marca Dometal con referencia 135-00/01, con tendido de cuatro planos (uno fijo y tres móviles) en plástico de accionamiento ... Este contrato es de compraventa y no de mantenimiento, contraviendo lo preceptuado en el principio de Especialización mediante el cual se estipula que “Las apropiaciones deben referirse en cada empresa a su objeto y funciones, y se ejecutarán estrictamente conforme al fin para el cual fueron programadas” (artículo 8 Decreto 115 de 1996). | El Reglamento Interno de Contratación en el artículo 26 inciso fina contempla “OTRA CLASE DE CONTRATOS. La mención de los contratos de que trata este capítulo se ha hecho de manera meramente enunciativa en consecuencia el Hospital podrá celebrar otra clase de contratos y acuerdos previstos en el derecho privado, en disposiciones especiales o aquellos que se deriven del ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad.”<br><br>Por todo lo anterior no se evidencia que haya existido Dolo ni afectación en la prestación de los servicios de salud , ni la administración de los recursos de la ESE, por el contrario se atendió una necesidad sentida y exigida por la comunidad en un servicio deteriorado integralmente sin intervención alguna durante 40 años, que no cumplía con los requisitos de habilitación lo cual significaría cerrar el servicio, por las condiciones que presentaba estaba en riesgo la seguridad del paciente y el tratamiento integral de su salud, los beneficiados potenciales en la vigencia 2013 con las mejoras realizadas al servicio fueron 12000 usuarios.<br><br>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo | El objeto contractual es claro e inequívoco al definir que se suscribe para realizar la adquisición de bienes muebles, el Reglamento Interno lo preceptúa en el artículo 26 numeral 4º. La respuesta dada por la entidad no desvirtúa el hallazgo, aunando que el rubro mediante el cual se hizo la adquisición fue el de mantenimiento. | X |  | X |  |  |  |
| 16 | En los contratos números 010-2013 y 062 - 2013 por valor de \$200.000.000 y \$900.000.000, respectivamente, suscritos con Comercializadora y Distribuidora de   | Se fortalecerán en el seguimiento del contrato mecanismos que permitan garantizar la eficacia de la auditoría al proceso de administración de medicamentos de los procesos misionales de la ESE   | Se acepta la respuesta dada por el sujeto de control, se debe incorporar al plan de mejoramiento para su respectivo seguimiento  | X |  |   |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Medicamentos S.A.S. CODIMEC, se realizó visita fiscal a la División de Recursos Físicos para conocer el proceso mediante el cual se le hace supervisión a este contrato, evidenciándose que la misma no determina el cumplimiento real del objeto contractual, en razón a que no existen indicadores que permitan la verificación real de lo suministrado por el contratista. Este contrato no cuenta con una supervisión Técnica, la Financiera - Administrativa que se realiza es insuficiente teniendo en cuenta la calidad de contrato. Esta supervisión tiene como base única y exclusivamente lo aportado por el contratista, ya que el hospital no cuenta con una sistematización de sus procesos mediante los cuales se pueda dar una articulación del funcionamiento del mismo. Esta supervisión se realiza tomando una muestra mínima de treinta (30) requerimientos Vs las facturas presentadas por el contratista, los cuales se verifican en un CD contentivo de la información sistematizada día a día por el contratista. El Hospital no cuenta con unos indicadores que le permitan obtener información de lo suministrado día a día por el contratista en cada área, oportunidad en la entrega de los medicamentos (inciso 3 Clausula Segunda), cuantos medicamentos son reemplazados o requieren de reemplazo por mala calidad (incisos 4 y 5 Clausula Segunda).Igualmente se evidencia que no se ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad por parte del contratista que permita establecer la calidad</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|    | de los medicamentos, la manipulación y conservación de los mismos, la vida útil de los medicamentos (mínimo 12 meses)- inciso 18 Clausula Segunda   |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 17 | Con base en lo anterior y en lo referente al reporte de las ordenes de servicio y de compra (contratos sin formalidades plenas), las cuales, no se catalogan como contratos y como tal no se reportan en RCL, contraviniendo lo contemplado en la resolución No. 08 de 2013.. | <p>La Resolución Reglamentaria No.08 de Julio 15 de 2013, proferida por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, por la cual prescribe los métodos, la forma, términos y procedimientos para la Rendición de la Cuenta y la Presentación de Informes, fue socializada tan solo en el mes de Agosto de 2013. Es procedente informar que el proceso de rendición de cuentas ha tenido muchos cambios desde que inicio el procedimiento de rendición, lo que ha generado con función en el Funcionario competente asignado por el Hospital para diligenciar la información, pues en cuanto a las transacción del módulo de Presupuesto y Tesorería las misma son rendidas en su totalidad, permitiendo a la Entidad darse cuenta del valor total de la Contratación, le que demuestra que el Hospital no ha tenido la intención de ocultar las cuentas y/o valores.</p> <p>La referida resolución En el Artículo 14: trata sobre LA INFORMACION de la CONTRATACION, detalla específicamente rendir la contratación para la Atención de Emergencia por Ola Invernal y también especifica rendir la información de Contratación de Fiducia, no especifica la rendición para la información de la Contratación Informal (Ordenes de Servicio y Órdenes de Compra), es así como está contenido en el Sistema de Rendición de Cuentas en línea el Proceso Jurídico tiene únicamente cuatro componentes (EMERGENCIA INVERNAL, CONTRATOS, FIDUCIA MERCANTIL, MODIFICACION DE CONTRATOS) No existiendo el componente para la rendición de la información de</p> | <p>El Artículo 13, 26 y el 72 de la Resolución Reglamentaria 006 de julio 12 de 2011 establecían claramente la responsabilidad, la forma y el contenido de la información a rendir correspondiente a la totalidad de los contratos celebrados por las Entidades sujetas de control por medio del software de Rendición de Cuentas en Línea RCL. Para tal efecto la Contraloría Departamental del Valle realizó capacitaciones a los sujetos de control en el año 2012 y en el año 2013.</p> <p>Los artículos 14 y 34 entre otros, de Resolución Reglamentaria 08 de julio 15 de 2013 que reemplazo la Resolución 006 de julio 12 de 2011, estos artículos y resoluciones obedecen a nuestro proceso interno de sanción, por tal razón el hallazgo queda en firme pero solamente con connotación administrativa sancionatoria.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|    |   | <p>CONTRATOS SIN FORMALIDADES PLENAS, lo que da lugar a que existe un gran vacío para rendir la información en el Sistema de Información de Cuentas en Línea.</p> <p>No existe mala fe por parte del Hospital ya que se rinde toda la información de las transacciones por los módulos de Presupuesto y Tesorería,</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p>   |   |   |  |  |  |  |  |
| 18 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo presenta debilidades en la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) en fundamento de las siguientes inconsistencias:</p> <p>La Institución no cuenta con una actualización apropiada del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH, se realizaron cuatro versiones con modificaciones y ajustes al documento PGIRH de manera informal, ya que no se soportan mediante resoluciones, oficios o documentos que respalden dichas actualizaciones, a pesar de ser evaluado por la oficina de control interno, socializarlo al Gerente y responsables del proceso; La última actuación esta del Mes de Abril del 2012 presentando faltante en detalles y minucia en los procesos establecidos dentro del Documento.</p> <p>El Grupo administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria “GAGAS”, no cumple a cabalidad con las funciones establecidas en la Resolución 297 de Agosto 18 de 2006, por</p> | <p>Al momento de la auditoría se encuentra vigente el PGIRHS y corresponde su actualización en el año 2014.</p> <p>EL GAGAS cumple las funciones, y así se acredita mediante las entregas de las actas al proceso auditor</p> <p>Se diligencia el formato RH1 de manera general tal como esta en el manual de residuos hospitalarios aprobado.</p> <p>Las capacitaciones se realizan de acuerdo a las necesidades de Hospital con el fin de mitigar las debilidades en bioseguridad y ambiental y cumpliendo con los cronogramas.</p> <p>La acción de contingencia se encuentra incluida dentro del PGIRHS y evidenciada por el proceso auditor</p> <p>La auditoría se realiza mediante visitas al prestador de servicios como consta en actas entregadas al proceso auditor.</p> | <p>El Documento PGIRHS suministrado por la Administración evidencia una actualización del Mes de Abril del 2012, la cual presenta falencias e incoherencia en la estructuración y diseño del documento con lo que se realiza en la práctica; El documento no cuenta con el detalle y minucia de cada una de las actividades inmersas en el Documento; No se detalla horarios en la ruta interna, personal a cargo y no es afín las rutas diseñadas en el documento con las actividades implementadas por el personal de aseo de la Entidad en el proceso de recolección y segregación de los residuos; Las actualizaciones realizadas al documento no se asientan mediante resolución, documento, circular o algún tipo de documento donde se anote de manera formal los cambios y ajustes realizados al PGIRH y más que eso su debida implementación.</p> <p>Las Funciones del Grupo</p> | X |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>el cual fue adoptado.</p> <p>Se evidencia cronograma establecido de capacitaciones continuas y divulgación permanente sobre los procedimientos técnicos y del manejo integral de los Residuos Hospitalarios por parte de la Institución, pero no son coherente con las actividades y capacitaciones realizadas durante la vigencia 2013.</p> <p>Dentro del manual de Bioseguridad Institucional; No se encuentra establecida la acción de contingencia o de reacción al tema específico del evento fortuito de no prestarse el servicio de recolección por parte del operador, caso que se evidenció en el recorrido de la ruta interna realizado.</p> <p>La entidad para las vigencias 2013 no realizó Auditoría de seguimiento u/o control a la Empresa PROMOAMBIENTAL prestadora del servicio de transporte, recolección y disposición final de residuos Hospitalarios, se relacionan visitas.</p> <p>No se realizó por parte de la Administración auditorías internas a los procesos de implementación del PGIRH, a pesar que se realizan los indicadores establecidos para la evaluación en el seguimiento al Documento PGIRH.</p> <p>No se diligencia el formato RH1 diario con la clasificación por área de los residuos generados.</p> <p>La ruta interna presenta falencias y debilidades en los procedimientos técnicos de ejecución.</p> | <p>La ruta interna se realiza cumpliendo los requerimientos técnicos de ejecución de acuerdo al PGHIR.</p> <p>El Proceso de Gestión Ambiental, no ha causado afectación en la prestación del servicio, con los Proceso implementados la Empresa Social del Estado está evidenciando Mejora Continua evidenciado en sus Indicadores.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria GAGAS son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico situacional ambiental y sanitario, con relación al manejo de los residuos hospitalarios y similares de la institución</li> <li>-Formulación del compromiso institucional sanitario y ambiental el compromiso es de carácter sanitario y ambiental claro, realista y verdadero, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos</li> <li>-Estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas.</li> <li>-Mecanismos de coordinación.</li> <li>-Presupuesto para la ejecución del Plan</li> <li>-Velar por la ejecución del PGIRH, observará atentamente que se ejecuten todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRH</li> <li>-Informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control.</li> <li>-Reunirse en comité mensualmente.</li> </ul> <p>Las cuales no se cumplen a cabalidad, situación que se evidencia una vez evaluada la información suministrada por la Administración.</p> <p>El cronograma de capacitaciones determinado y establecido en el Documento PGIRHS no es coherente y no</p> |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



|   |  |   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>Situaciones que se dan por el desconocimiento y falta de capacitación en la norma que rige la ejecución, implementación y seguimiento del documento PGIRH Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, generando un posible riesgo biológico, afecciones a la salud humana y una desarmonización con los Recursos Naturales; sin llegar a lograr un Desarrollo Sostenible en la Entidad. Actuaciones que incurre en el incumplimiento de los Artículos 11,7 Resolución 1045 de 2003, Artículos 8, 11, 19, 20, 3 decreto 2676 de 2000, Resolución 1164 de 2002, Artículo 27 y 34 de la Ley 734 de 2002 y Artículo 7 de la Ley 99 del 93.</p> |  | <p>se cumple a cabalidad con las capacitaciones realizadas por la Administración en la vigencia 2013.</p> <p>Se evidencia actas de visita ocular a la Empresa prestadora del servicio de recolección (operador), como formato de control y registro de la Empresa, más no un informe donde se realice por parte de la Administración auditoría, seguimiento y control a las actividades realizadas por la Empresa PROMOAMBIENTAL en cuanto al tratamiento y disposición final de los residuos sólidos peligrosos.</p> <p>La ruta interna no es coherente con la establecida en el Documento PGIRHS; Se realizan rutas internas en cada una de las áreas asistenciales por parte del personal de aseo, diseño que presenta falacias y no se registra dentro del documento, los tiempos y sincronización entre las rutas establecidas en el documento y las internas en las áreas asistenciales no están determinadas; además de diversas situaciones desfavorables que se registraron en el acta de visita ocular a la ruta interna realizada el día 11 de Julio de 2014 en el proceso auditor. Respuesta que se dejará como soporte para la</p> |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|

|    |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
|    |  |   | Observación con incidencia disciplinaria evidenciada durante el proceso auditor; quedando en firme la observación.   |   |  |  |  |  |  |
| 19 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, Realiza inadecuadamente el proceso de disposición y tratamiento de los medicamentos vencidos o productos pos-consumo que se generan en la farmacia CODIMEC, la cual funciona como contratista dentro de la Institución; Estos medicamentos son dispuestos como residuos peligrosos químicos generados por la Entidad en el sitio de almacenamiento central sin pasar por algún tipo de procedimiento de destrucción; Sumado a esto no se realiza la clasificación de acuerdo a su grado de peligrosidad o de riesgo, para así determinar el proceso de desactivación y posterior disposición; En fundamento al desconocimiento del proceso apropiado de eliminación o devolución al proveedor por parte de la Farmacia y en la implementación de un Plan de Gestión de Devolución de Productos Pos consumo, siendo actividades propias del contratista; Generando que la Entidad incurra en proporcionar personal, tiempo y costos que se requieren para la disposición final o eliminación de los medicamentos vencidos; Asimismo propiciar la posibilidad de un alto riesgo de contaminación o afección a la salud, desobedeciendo los artículos 18, 20 y 21 del Decreto 4745 de 2005, Artículo 34 de la Ley 734 de 2002, Artículo 7 de la Ley 99 del</p> | <p>De acuerdo al contrato suscrito con CODIMED, la responsabilidad en la implementación del Plan de Gestión (devolución al proveedor, destrucción o disposición final) por Devolución de Medicamentos vencidos corresponde en su totalidad al Contratista. Pues en la ruta interna de recolección de desechos hospitalarios, no está incluida la farmacia, quien es un Prestador Externo de Servicios Contratado por el Hospital. Así mismo en la Minuta Contractual está reglamentado que el Contratista debe cumplir con la Decreto 2200 de 2005 Resolución No. 1403 de 2007 y 4725 de 2005, garantizar que los medicamentos sean de buena calidad y buen uso de los mismos.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>En la Ruta interna de recolección de residuos peligrosos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo en la práctica realiza la recolección y disposición final de los medicamentos vencidos generados en la farmacia CODIMED, que funciona como contratista dentro de la entidad y siendo actividad exclusiva del mismo, así como lo aluce la Administración en la respuesta suministrada; situación que se evidencia detalladamente en el recorrido realizado a la ruta interna el día 11 de Julio del 2014, lo cual se registra mediante acta de visita ocular paginas (3 y 4) firmada por la Operaria de Aseo Gloria Patricia Papamija y la Funcionaria Diana Patricia García Álzate, responsable del proceso. Además del Acta de visita fiscal realizada el día 09 de Julio de 2014, con la Lily Mosquera Machado, Jefe División Suministros y la auxiliar de farmacia. Respuesta que se dejará como soporte para la Observación con incidencia disciplinaria evidenciada durante el proceso auditor; quedando en firme la observación.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
|    | 93 y Resolución 1164 de 2002 (Anexo2)<br><i>Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.</i>   |   |  |   |  |  |  |  |  |
| 20 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; Realiza inadecuada clasificación de los residuos catalogados en el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares. La Entidad los clasifica y los segrega como residuos reciclables de vidrio aprovechable, más grave aún es el hecho que se disponen por medio de la Empresa VISION AMBIENTAL que presta el servicio de compra de material reciclable y aprovechable generado en el Ente Hospitalario, situación que se evidencia mediante contrato de compraventa celebrado el día 02 de Enero del 2013, con <i>Objeto "El Hospital se compromete en venderle todos los residuos sólidos reciclables que se generan en la institución como son: cartón, archivo, pasta, plegadiza, vidrio, viaflex, plástico y chatarra."</i></p> <p>No se evidencia en la documentación suministrada en la carpeta soporte del contrato de compraventa de la Empresa Prestadora del servicio de reciclaje, el Plan de Manejo Ambiental con que debe contar la Empresa, Los soportes de aprovechamiento que deben proporcionar a la Entidad para garantizar el aprovechamiento o disposición final de estos, además de no cuenta con el concepto Ambiental vigente por parte de la</p> | <p>La institución no genera residuos CITOTOXICOS, el servicio de Oncología y reumatología servicios que administran este tipo de medicamentos, no están habilitados en la ESE y no se prestan estos servicios.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>La observación se establece con incidencia Administrativa, los residuos citotoxicos son residuos provenientes de tratamientos oncológicos.</p> <p>Sin embargo la clasificación y disposición final de este tipo de residuos provenientes de medicamentos es considerado como un residuo peligroso para lo cual el cumplimiento de la disposición final adecuada es determinante que se realice.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>Autoridad Ambiental para la operación del comercio al de tal de material aprovechable.</p> <p>Situación que genera un alto riesgo biológico en el aprovechamiento de este material no reciclable que es clasificado como residuo químico de alta peligrosidad para la salud humana y el Medio Ambiente.</p>   |   |  |   |  |  |  |  |  |
| 21 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, no cuenta con sitios de almacenamiento central-final y temporales que cumpla con las especificaciones técnicas establecidas en la norma, situación fundamentada por las siguientes irregularidades:</p> <p>El sitio de almacenamiento central se encuentra ubicado en un área donde colindan gran cantidad de materiales represados y con inadecuada disposición (a la intemperie) como son: material de archivo y elementos dados de baja de acero, hierro, metales etc. Lo que genera nichos para roedores y vectores, razón dada por la Administración es que el proceso de martillo de estos bienes es muy complejo.</p> <p>El sitio de almacenamiento central, no cumple con las especificaciones técnicas requeridas para la acumulación de los residuos Hospitalarios, no tiene la capacidad de almacenamiento para la cantidad de residuos que se generan en la Entidad, se observa humedades por filtración de aguas lluvias, señalización inadecuada.</p> <p>En el sitio de almacenamiento central se</p> | <p>La infraestructura del Hospital presenta un rezago de acuerdo al crecimiento de usuarios de la zona de influencia, está construido en sitio de alto riesgo con limitaciones para el crecimiento, razón que genere debilidades para el almacenamiento central-final. La administración actual desde el año 2012 inicio el mejoramiento de las áreas, dando prelación Urgencias, Medicina Interna, Cirugía, techos, etc, de acuerdo a las disponibilidades de caja y presupuesto del Hospital, en el corto plazo se espera intervenir el área del Hallazgo</p> <p>Esta situación no genera riesgo ni afectación en la prestación de los servicios de salud,</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>El almacenamiento inadecuado de los residuos peligrosos generados por la Entidad y el material dado de baja sin ningún tipo de procedimiento para ser dispuesto, además de estar represado en el área colindante al punto de disposición final, son focos de vectores y roedores; Sumado que no se cumple con las especificaciones técnicas en los sitios de almacenamiento temporal y central, lo que conlleva a un posible riesgo biológico y afecciones a la salud y medio ambiente.</p> <p>Se deja en firme la observación.</p> | X |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>disponen las bolsas con residuos peligrosos de forma rudimentaria (sobre el piso), es decir no cuenta con contenedores para almacenar dichos residuos y clasificarlos de acuerdo a su grado de peligrosidad, de igual manera se presenta en los residuos no peligrosos y reciclables.</p> <p>Los sitios de almacenamiento temporal no cumplen con las especificaciones técnicas para disponer este tipo de almacenamiento, ni señalización adecuada.</p> <p>El periodo de almacenamiento en los sitios de almacenamiento temporal son muy lagos, específicamente el tiempo que va desde las 3:00 pm a las 7:30 Am del siguiente día, sitios temporales que se encuentran en las instalaciones internas del Hospital.</p> <p>En el sitio de almacenamiento central o final de la Entidad para el día 09 de Julio de 2014 que se realizó el recorrido de la ruta interna se encontró en el sitio de disposición y almacenamiento central represamiento de los residuos peligrosos por el incumplimiento en la recolección de los residuos peligrosos generados, La administración no sustenta justificación, razón o acción correctiva alguna.</p> <p>Actuaciones que generan una posible contaminación cruzada de los residuos, riesgo biológico, afecciones a la salud humana y un impacto negativo en la protección de los Recursos Naturales y el Medio Ambiente, desobedeciendo los Artículos 8 Decreto 2676 de 2000 Artículo 34 de la Ley 734 de 2002, Artículo 7 de la</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
|    | Ley 99 del 93 y Resolución 1164 de 2002 (numeral 7) <i>Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.</i>  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| 22 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; No cuenta con el Plan de Gestión Ambiental, debido que la Administración posee desconocimiento y confusión al relacionar las actividades que deben contener un Plan de Gestión Ambiental con las actuaciones inmersas en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH, donde este es un componente inmerso en el Plan de gestión Ambiental; Formando de esta manera falencias en poder fortalecer e implementar el concepto de desarrollo sostenible y sustentabilidad en los procesos de la entidad frente al Medio Ambiente.</p> | <p>En el año 2013 se adelantaron actividades orientadas a la intervención y mejoramientos de la gestión ambiental en la ESE...</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> <p>Se adjunta actividades desarrolladas</p> | <p>Las actividades que se anexan fueron evaluadas en el proceso auditor; Las actividades número 1,2 y 4 que se adjuntan en el cuadro anexo de la respuesta de la Administración son actividades que forman parte del documento PGIRH Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos; Las actividades 5 y 6 que corresponden al diseño de documentos y matrices de evaluación de impactos Ambientales no se anexan los documentos o matrices que hacer referencia y no se soportaron durante el proceso auditor, sumado que no se presentó informe de auditoría realizado por la Entidad al operador del servicio.</p> <p>Un Plan de Gestión Ambiental está orientado en determinar actividades y estrategias de punta para la mitigación, prevención y compensación de los impactos Ambientales generados por la Entidad para lograr un desarrollo sostenible y sustentable.</p> <p>Se deja en firme la observación.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 23 | <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; Presenta debilidades en cuanto la manipulación, separación y recolección de los residuos hospitalarios en las diferentes áreas de la institución, las cuales se evidenciaron mediante recorrido de la ruta interna de recolección, las falencias se enuncian de la siguiente forma:</p> <p>Se observa que algunos recipientes de residuos no peligrosos y peligrosos, se encuentran en mal estado, ya que las tapas están averías, permitiendo posible entrada de agua, insectos, roedores etc.</p> <p>Se observa falencias en los contenedores de recolección de residuos peligrosos que en su mayoría no son de tipo pedal, para así tener el mínimo contacto con estos.</p> <p>La Institución cuenta con dos carros o contenedores rodantes para realizar el transporte de los residuos hospitalarios desde los sitios de almacenamiento temporal al sitio de almacenamiento central o final, estos recipientes no cuentan con la capacidad necesaria para transportar los residuos generados por la Institución, obligando a realizar varios viajes; Además de no cumplir con el código de colores estándar.</p> <p>En la recolección de los residuos sólidos hospitalarios de algunas áreas internas asistenciales, se utiliza carros de aseo como contenedores de transporte, actividad realizada por el personal de aseo; En las áreas que no se cuenta con los carros de</p> | <p>En la ESE se ha hecho reposición de recipientes para la adecuada segregación de los residuos hospitalarios de las áreas asistenciales en un 90%, y se continuara realizando mas reposiciones hasta abarcar el 100%</p> <p>La institución cuenta carros para la recolección de los residuos generados en los servicios, se fortalecerá en aquellas áreas donde se maneja mayor volumen.</p> <p>En las capacitaciones que se dictan al personal se incluye siempre el manejo adecuado de corto punzantes como se pudo constatar en los listados de asistencia a capacitación el cual fue entregado al equipo auditor.</p> <p>Se adjunta Listado de Asistencia</p> <p>En las capacitaciones que se dictan al personal se incluye siempre el uso adecuado de Elementos de protección personal y normas de bioseguridad como se pudo constatar en los listados de asistencia a capacitación el cual fue entregado al equipo auditor.</p> <p>La institución cuenta con las rutas internas sobre planos de la institución, se fortalecerá su divulgación.</p> <p>El personal cuenta con los elementos de protección personal.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>Se deja en firme la observación, la respuesta no sustenta, ni justifican las situaciones encontradas y soportadas mediante acta de visita ocular del 11 de Julio de 2014 realizada durante el proceso auditor.</p> | X |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>aseo se realizan en bolsas grandes, esta recolección se hace hasta los sitios de almacenamiento temporal obligando en ocasiones a descargar la bolsa en el piso para recolectar todos los residuos segregados en el área. El sitio de almacenamiento central o final no se cuenta con dotación de contenedores con tapas y capacidad suficiente para el almacenamiento de las bolsas con los residuos generados tanto peligrosos, como los no peligrosos y de reciclable.</p> <p>Los residuos cortopuzantes se disponen en los guardianes que se encuentran rotulados, a pesar que se dejan sobrepasar el límite permitido sin ser cambiados oportunamente en la mayoría de las áreas asistenciales.</p> <p>Las bolsas no se marcan, rotulan o se identifican de acuerdo al área en que se generen los residuos, para poder llevar control del pesaje y seguimiento de las cantidades de residuos generados por área y el correcto diligenciamiento del formato RH1.</p> <p>Las operarias de aseo encargadas de la ejecución de la actividad presentan falencias en capacitación de bioseguridad, procedimientos técnicos de recolección para evitar contaminación cruzada y manejo integral de residuos sólidos hospitalarios tanto ordinarios como peligrosos, para así generar un ambiente seguro de trabajo, minimizar el riesgo de accidentes y de contaminación en las diferentes áreas.</p> <p>Se identifica la posible contaminación</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>cruzada de los residuos por el manejo que se le presta a los residuos sólidos hospitalarios generados en las diferentes áreas.</p> <p>Las Rutas internas no se encuentran señalizada en la Institución (mapas de ubicación).</p> <p>Se observa que los equipos de protección personal de bioseguridad no son los adecuados para realizar la actividad de recolección, el personal operativo de aseo no cuenta con delantales plásticos, caretas contra gases, de polvo y emisiones, guantes de cuero etc.</p>  |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 24 | <p>El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Mario Correa Rengifo del periodo 2012-2015, no cuenta con un Programa, Objeto estratégico o proyecto que este orientado en garantizar la ejecución e implementación del PGIRH Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios, con su correspondiente presupuesto y cronograma de ejecución; A causa que las Actividades Ambientales están adscriptas al Eje Estratégico Numero 2, denominado <i>“Los procesos Administrativos del Hospital se implementan con criterios de rentabilidad social y estabilidad económica”</i> y a un Objeto estratégico número 7 compuesto por cinco programas; Formando una mala planeación y asignación del recurso para el debido desarrollo de las actividades inmersas en el cumplimiento del Documento PGIRH.</p> | <p>El Hospital en el Presupuesto del año 2014 programo un rubro presupuestal para la administración y ejecución del PGIRH, El Hospital Mario correa presentara las modificaciones del plan de desarrollo a la junta directiva para que contemple objetivos específicos orientados a PGIRH y Gestión Ambiental.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>Se deja en firme la observación, para incluir en Plan de mejoramiento.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 25 | <p>Contrato de prestación de servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico.</p> <p>El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; No cuenta con un contrato legalmente constituido para la prestación del SERVICIO ESPECIAL de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos infecciosos o de riesgo biológico que se generan de las actividades propias del Ente Hospitalario; En fundamento de las siguientes situaciones irregulares:</p> <p>La Entidad realiza el trámite del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, mediante la Empresa PROMOAMBIENTAL, facturado como un servicio público.</p> <p>Ausencia total de los procesos precontractual y contractual; no existe análisis de necesidad del servicio, conveniencia y oportunidades, estudios previos y especificaciones técnicas, viabilidad y evaluación de los proponentes, celebración de contratación, idoneidad del proponente, garantías del servicio (pólizas), supervisión y seguimiento.</p> <p>La Entidad no suministra Licencia Ambiental o Concepto Ambiental por Parte de la Autoridad Ambiental competente donde se certifique las facultades que debe tener la Empresa PROMOAMBIENTAL prestadora del servicio de Recolección, transporte,</p> | <p>El Dagma certificó a la comisión auditora y Hospital que promoambiental Cali SA ESP si está autorizada para operar este tipo de servicio como quiera que sustituyo a EMSIRVA ESP en liquidación.</p> <p>El Contrato entre el Hospital y Promoambiental Cali SA ESP es de prestación de servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico y fue firmado el 5 de abril de 2010 con vigencia de 24 meses y de acuerdo con comunicación del 29 de noviembre del 2012 emanado de la gerencia general de promoambiental, se encuentra vigente y prorrogado por un término igual al anterior.</p> <p>(Se adjunta oficio)</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> | <p>Se anexan los documentos soportes, por tal situación se deja en firme la observación con connotación administrativa; respuesta y documentos que se anexaran como soporte a la observación.</p> | X |  |  |  |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>esterilización e incineración de residuos peligrosos, infecciosos o de riesgo biológico proveniente del sector Hospitalario; La Administración justifica que la Empresa fue contratada por la Empresa de Aseo EMSIRVA en liquidación para desarrollar sus actividades y que por esta razón están facultados y acreditados en operar con las Licencias Ambientales y permisos de esta Empresa. Situación que genera inseguridad en no poder certificar la idoneidad propia de la Empresa PROMOAMBIENTAL, Además en documento suministrado por ellos aducen que como EMSIRVA se constituyó con anterioridad al año 1994 no requiere de Licencias Ambientales, ya que la norma que rige este requisito es la Ley 99 del 1993.</p> <p>Se observa concepto técnico sanitario por parte de la Alcaldía Municipal de Santiago de Cali del Mes de Noviembre del 2013, donde se expresa que la Empresa PROMOAMBIENTAL cumple con los requisitos establecidos en la norma de Salud Pública, más no es considerado como una Licencia Ambiental, permiso o similar.</p> <p>No se evidencian las actas de incineración de los residuos dispuestos a la Empresa Prestadora del servicio como soporte de la ejecución del servicio o de las órdenes de cobro por parte de la Empresa o en su defecto de las órdenes de pago.</p> <p>Se presenta contrato N° GH-06-10 elaborado por la Empresa PROMOAMBIENTAL, celebrado entre la Empresa y el Hospital Departamental Mario</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Correa Rengifo, el día 05 de Abril del 2010, con objeto <i>“Prestar el de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos infecciosos o de riesgo biológico, de manera continua, oportuna y eficaz”</i>, con un término de dos años; Donde no se evidencia prorroga o modificación alguna como estipula el contrato en la Cláusula Vigésima, deduciendo que no se encuentra vigente.</p> <p>No se garantiza por parte de la Entidad la continuidad en la prestación del servicio en la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, por no realizar oportunamente los pagos correspondientes a la actividad, se observa facturas vencidas, además de no reflejarse dentro del pago lo correspondiente a los residuos peligrosos para cada mes corrido de la vigencia 2013; se presenta por parte de la Administración un único pago para la vigencia 2013 del día 16 de Julio del 2013 por un valor de \$ 4.533.924, correspondiente a la factura de estado de cuenta N° 13821924 para periodo facturado del mes de Mayo 2013.</p> <p>Se observa inconsistencia entre el pesaje registrado en el seguimiento por parte de la Administración y el facturado por la Empresa PROMOAMBIENTAL; En el Acta de seguimiento N° 5 se establece una cantidad de residuos de 1767 Kg y en la Factura registran 2162 Kg.</p> <p>Situaciones que configuran un posible Riesgo Biológico y Ambiental por el</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>inadecuado manejo de los residuos sólidos peligrosos o infecciosos generados por la Entidad con el componente externo, siendo este un Ente clasificado como gran generador; Además de no aplicar los cometidos y fines Sociales Ambientales requeridos en la prestación del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos precisados en la normatividad; Desobedeciendo los Artículos 7 Decreto 1669 del 2002, Numerales 1, 3, 7 del Artículos 8 y artículos 9,10, 12, 18 del Decreto 2676 del 2000, Artículo 17 y 18 decreto 4741 del 2005, Acuerdo 10 del 2008 modificado por acuerdo 04 de marzo 6 de 2013 estatuto de contratación interno, Artículo 34 de la Ley 734 de 2002, Artículo 7 de la Ley 99 del 93, Artículo 33 del Decreto.</p> |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 26 | <p>La entidad está incumpliendo el Manual de contratación (Acuerdo 010 de 2008), al no realizar el respectivo proceso contractual para la adquisición del Hosting de la página Web del Hospital, el cual fue cancelado vía WEB a la empresa JUSTHOST.COM con tarjeta de crédito del señor Irme Torres Castro, Gerente del Hospital, para luego realizarle el desembolso.</p>   | <p>EL Hospital no cuenta con el medio de pago electrónico (Tarjeta de Crédito). Es una donación de la gerencia, para asegurar la continuidad en la prestación del servicio, para verificar derechos a los usuarios, el valor en donación es de US\$72.no existe en este proceder asomo de culpa o dolo en el actuar del donante.<br/>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p> <p>Se adjunta carta de donación y factura</p> | <p>Se deja la observación administrativa, toda vez que la Entidad debe dar cumplimiento al Manual de contratación con el fin de realizar la adquisición del Hosting de la página Web del Hospital.</p> | X |  |  |  |  |  |
| 27 | <p>El uso ilegal de software Office no licenciado, genera un riesgo a la entidad y la hace acreedora a que sea sancionada por las autoridades competentes</p>  | <p>La institución está reemplazando por fases el Microsoft Office por Open Office la cual es una suite ofimática libre (código abierto y distribución gratuita)</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el</p>   | <p>Se deja la observación administrativa, ya que aunque se exponga que se está reemplazando por fases el Microsoft Office por Open Office, en la auditoría se pudo constatar</p>                       | X |  |  |  |  |  |

|    |   |  |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|---|--|--|--|--|--|
|    |   | presente hallazgo  | el uso de software Microsoft Office, del cual no se encontró prueba de ninguna adquisición.   |   |  |  |  |  |  |
| 28 | Se debe implementar un sistema mediante el cual se pueda integrar las aplicaciones de Nomina, Almacén e Inventarios con el programa Financiero, de tal forma que permita garantizar la disponibilidad, integridad, confidencialidad y confiabilidad de la información que se procesa en el Hospital | <p>La institución se encuentra en un proceso de evaluación de software que tenga integración entre los procesos administrativos y asistenciales con el objetivo de implementar un sistema que permita procesamiento de información transparente entre dichas áreas.</p> <p>Todo esto de acuerdo a los lineamientos del PSFF en ejecución,</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p>   | Se deja la observación administrativa, ya que aunque se encuentren en un proceso de evaluación del software actual, esto no representa una verdadera solución a la integración de las aplicaciones de Nomina, Almacén e Inventarios con el programa Financiero.   | X |  |  |  |  |  |
| 29 | Se debe tramitar la adquisición de Software Antivirus, el cual permita garantizar una mayor protección de la información y de todos los equipos utilizados en el Hospital ya que actualmente solo posee 5 licencias de 70 equipos existentes  | <p>Las 5 licencias corresponden a los servidores de la institución, El restante de los equipos cuenta con unos antivirus gratuitos que cumplen con la función de protección contra códigos maliciosos. Su condición de gratuidad no implica que su protección no sea eficaz Además ningún antivirus de pago garantiza 100% de protección, todos tienen como función mitigación de riesgo contra códigos maliciosos y su valor está asociado a complementos como firewall, vpn, anti spam, navegación anónima entre otros.</p> <p>Por lo expuesto solicitamos levantar el hallazgo.</p> | Se deja la observación administrativa, toda vez que los programas gratuitos, en este caso los antivirus, no garantizan una buena protección de los equipos, lo que está representado un peligro para la información de los usuarios de los sistemas, por lo anterior, se debe iniciar el trámite dar una mayor garantía de la custodia, seguridad e integridad de la información. | X |  |  |  |  |  |
| 30 | Se debe iniciar el proceso de actualizar la página WEB con el fin de cumplir los requisitos mínimos establecidos en el manual para la implementación de la Estrategia de Gobierno en línea, establecidos por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Ciudadanías.                      | <p>La pagina Web cumple con los requisitos mínimos, el área de sistemas de información está en proceso de actualización de la página web, se debe tener en cuenta que el desarrollo de algunas actividades requieren un tiempo de implementación.</p> <p>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo</p>   | Se deja la observación administrativa, toda vez que la página WEB no cumple con los requisitos mínimos establecidos en el manual para la implementación de la Estrategia de Gobierno en línea, del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Ciudadanías. Si bien es cierto se ha hecho un  | X |  |  |  |  |  |



|    |   |  |   |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|---|---|--|--|--|--|--|
|    |   |  | trabajo, se debe realizar el desarrollo de otras, tal como ellos mismos lo plantean.  |   |  |  |  |  |  |
| 31 | <p>El Hospital Mario Correa Rengifo en la vigencias auditadas 2013, tiene nombrado un profesional que desarrolla las actividades de implementación del MECI.</p> <p>El funcionario que cumplió las funciones de control interno hasta el 2012, presento reclamación para que le fueran ajustados los valores determinantes para su liquidación de pensión, pues aduce que el debería tener el sueldo determinado para el cargo como Jefe de la Oficina de Control Interno, denominación que se adopta a través del Acuerdo 003 de abril 01 de 2011, mediante el cual se adopta la Planta de cargos de acuerdo a la nueva estructura organizacional, determino el cargo como jefe de oficina código y grado 006-01, de los documentos aportados en la hoja de vida del funcionario, no se evidencia acto administrativo mediante el cual se realice nombramiento como jefe de oficina, ni la correspondiente posesión.</p> | <p>El Hospital atendiendo lo estipulado en la Ley 1474 de 2011 mantuvo en el cargo al responsable de Control Interno que a Diciembre 31 de 2011 venía desempeñando, hasta que el Gobernador realizó la nueva designación.</p> <p>El acto administrativo de nombramiento reposa en la hoja de vida del actual Jefe de Control Interno.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo, por no se competencia del Gerente,</p> | <p>La observación se deja en firme alcanzando la connotación de hallazgo administrativo, con el propósito que el Hospital en el plan de mejoramiento determine las acciones a seguir en el manejo de la demanda interpuesta por el anterior Jefe de Control Interno, y se realice por la contraloría el seguimiento al proceso, pues la observación era clara en determinar las acciones, que adoptaría el hospital al respeto.</p> | X |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |   |  |   |  |  |  |
|----|--|--|--|---|--|---|--|--|--|
| 32 | El jefe de la Unidad de de Control Interno en la vigencia 2013, no publico los informes pormenorizados del estado del control interno con periodicidad de cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, estando presuntamente incurso en una falta disciplinaria grave, de acuerdo al artículo 8° de la Ley 1474 de 2011. Igualmente no se presentó el informe anual de avance en la implementación del MECI al Departamento Administrativo de la Función Pública. | De acuerdo con la normatividad vigente es responsabilidad del jefe de control interno o quien haga sus veces presentar y/o publicar los informes que como evaluador independiente debe realizar. Por tal razón la Gerencia no tiene injerencia en la elaboración de dichos informes pues afectaría la labor de control realizada por su responsable.<br><br>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo.   | Al reconocer el hospital las responsabilidades del funcionario de control interno y que no se presentaron los informes respectivos, la observación se deja en firme conformando hallazgo administrativo con connotación disciplinaria.   | X |  | X |  |  |  |
| 33 | El sistema de información financiera R-FAST manejado por el Hospital solo articula los módulos de presupuesto, contabilidad, cartera y tesorería, dependencias como, Nomina, Costos y Almacén (Compras e Inventarios ) no se encuentran integradas al software, dependencias generadoras de insumos para el área contable, su registro es manual y se actualiza mensualmente, con esta situación se afecta la integridad y oportunidad de la información contable pública. | La institución se encuentra en un proceso de evaluación de software que tenga integración entre los procesos administrativos y asistenciales con el objetivo de implementar un sistema que permita procesamiento de información transparente entre dichas áreas.<br><br>El modulo de costos se encuentra integrado al sistema R-FAST<br><br>Todo esto de acuerdo a los lineamientos del PSFF en ejecución,<br><br>Hallazgo igual al 31.<br><br>Por lo expuesto solicitamos levantar el hallazgo.     | Se deja la observación administrativa, ya que aunque se encuentren en un proceso de evaluación del software actual, esto no representa una verdadera solución a la integración de las aplicaciones de Nomina, Almacén e Inventarios con el programa Financiero.  | X |  |   |  |  |  |
| 34 | La Legislación tributaria Colombiana establece que quienes ostentan la condición de agentes de retención deberán practicar las retenciones en la fuente y consignar los valores retenidos dentro de los plazos que para tal efecto señale la Ley, el Hospital en la vigencia de 2013, realizo Retenciones en la Fuente por \$200.Millones y sólo consigno a la DIAN \$21.9 Millones, además, no se   | La situación de iliquidez generada y el déficit fiscal a través de los años además por el comportamiento del sistema general de seguridad en salud y el bajo recaudo en virtud del tipo de contratación evento que determina pagos a 90 y 120 días por la EPS, genera en la vigencia un recaudo promedio del 65% generando no cumplimiento del 100% de los compromisos adquiridos entre ellos los tributos generados en la operación, y por ello el ministerio de salud nos califica en riesgo medio | Analizada la respuesta por el Equipo Auditor en Peno no la Considera pertinente, porque los valores retenidos en el mes, deben ser consignados a la DIAN en el Respectivo mes siguiente y en el evento de no cumplir con las fechas pactadas, se deben liquidar, los intereses moratorios y sanciones por extemporaneidad, | X |  | X |  |  |  |

99

|    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|    | <p><b>Intereses Moratorios se deben establecer las Responsabilidades Fiscales correspondientes.</b></p> <p>Los créditos de tesorería son básicamente para el cubrimiento de periodos de iliquidez que no afectan el presupuesto y se deben cancelar dentro de la vigencia de adquisición.</p>  | <p>de pesos donde de igual manera el departamento giro un valor de \$ 221.933.866 y a la fecha le adeuda al Hospital la diferencia.</p> <p>Además de todo lo facturado por excedentes de facturación que hoy se encuentran en conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud esta situación genero el incumplimiento.</p> <p>Se adjunta carta de Garantía</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo.</p> |  |   |  |  |  |  |  |
| 36 | <p>Las Depreciaciones se han calculado en forma individual para cada bien, pero no existe registro en la hoja de vida de cada uno, donde se indique el valor del ajuste, método utilizado, etc. Esto se debe a que el módulo de Activos Fijos SAS. No se encuentra actualizado, no permitiendo el control individual de cada bien.</p>   | <p>El proceso inicio con el inventario y avalúo técnico de los activos fijos, actualmente se está digitando la información en el Software, y se procesa en tablas dinámicas la depreciación individual para luego de poner en marcha el sistema actualizar las hojas de vida de los activos .</p> <p>Por lo expuesto solicitamos levantar el hallazgo.</p>   | <p>Analizada la respuesta, el equipo no la considera pertinente, porque el proceso no ha terminado, se viene ejecutando, en tal razón se deja el hallazgo en firme</p>                         | X |  |  |  |  |  |
| 37 | <p>No se tienen documentos soportes que garanticen el derecho sobre la Propiedad del terreno donde funciona el Hospital , este se dio a título gratuito pero todavía está pendiente el proceso de escrituración por lo que continúa apareciendo en el Balance como Terreno pendiente de legalizar, generando esta situación incertidumbre en el grupo de la Propiedad Planta y Equipo.</p> | <p>Actualmente el Hospital cuenta con la resolución del ministerio de Hacienda y Crédito Público por la cual se realiza la donación de los terrenos al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo la cual se aporó ante la Oficina de Instrumentos Públicos para registrar el terreno.</p> <p>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo.</p>  | <p>El hospital debe adelantar todas las gestiones correspondientes, que le permitan la escrituración del terreno donde funciona, hasta tanto no se logre esto, el hallazgo queda en firme.</p> | X |  |  |  |  |  |
| 38 | <p>En la vigencia de 2013 se realizó circularización con los diferentes Deudores del Hospital y se han surtido algunos procesos de conciliación en compañía de la</p>  | <p>El hospital a 31 de diciembre completo conciliación con 53 clientes de los cuales se ha logrado la recuperación de la cartera mayor a 360 días como es el caso de Caprecom Valle y Secretaria Dptal cauca, AMBUQ,</p>   | <p>El Equipo Auditor, no considera adecuada la respuesta, se verifico en la fuente, que se han realizado las circularizaciones pero, la respuesta por parte de</p>                             | X |  |  |  |  |  |

|    |   |   |  |   |  |   |  |  |  |
|----|---|---|--|---|--|---|--|--|--|
|    | Superintendencia Nacional de Salud, existen casos de no reconocimiento de la deuda y otros en los que no comparecieron. A la fecha con gran parte de los deudores por Venta de servicios, no se han realizado las conciliaciones respectivas, lo cual genera incertidumbre en el saldo de esta cuenta.  | Para los casos que no se reconoció la deuda como "SELVASALUD" se presentó Recurso de Reposición desde el área jurídica.<br>A la fecha aun estamos en el proceso de depuración y conciliación de la Circularización realizada en el 2013.<br>El proceso de conciliación es a largo plazo ya que se necesita acuerdo de ambas partes para la depuración de la cartera conllevando a tiempos largos para ello. Esto se ha gestionado con el apoyo de la Supersalud.<br><br>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo                           | los deudores ha sido mínima, no logrando la conciliación de la información, por tal razón el hallazgo queda en firme.  |   |  |   |  |  |  |
| 39 | De los diferentes procedimientos realizados por el Hospital, cincuenta y seis ( 56) se encuentran costeados y consolidados por centro de costo y diecinueve (19) están en proceso de levantamiento de la información, es necesario que la totalidad de los procedimientos se encuentren costeados y sirvan de base para la alta gerencia en la toma de decisiones, al momento de contratar con las EPS de los diferentes Regímenes (Subsidiado, Contributivo) y no correr el riesgo de contratar a pérdida. | Se están actualizando los costos de los procedimientos de los servicios que presta el hospital. pero de igual forma al realizar la contratación con la diferentes EPS las tarifas pactadas son las de mercado basadas en el tarifario SOAT, al realizar la contratación con especialistas esta no puede superar la pactada con la EPS.<br><br>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo.  | La Ley obliga al Hospital al costeo de la totalidad de los procedimientos que realiza, hasta tanto no se encuentre costeados e integrados con el Área Contable, el Hallazgo queda en firme.  | X |  |   |  |  |  |
| 40 | En la Vigencia de 2013 el Hospital Retuvo (Recaudos a Favor de Terceros) por concepto de Estampillas Pro-univalle, Pro-desarrollo, Pro- Seguridad alimentaria, Pro-Hospitales, Pro- Cultura), la suma de \$ 93.4 millones, de los cuales solo giro a Rentas Departamentales (Gobernación del Valle) \$28 millones, además, no se efectuaron liquidaciones por sanciones de extemporaneidad e intereses Moratorios, desnaturalizando el estado de Actividad económica Financiera y social ,                  | La situación de iliquidez generada por el comportamiento del sistema general de seguridad en salud y el bajo recaudo en virtud del tipo de contratación evento que determina pagos a 90 y 120 días por la EPS, genera en la vigencia un recaudo promedio del 65% generando no cumplimiento del 100% de los compromisos adquiridos entre ellos los tributos generados en la operación, y por ello el ministerio de salud nos califica en riesgo medio y el ministerio de hacienda viabiliza en ejecución la subscripción del PSFF para superar estas | Analizada la respuesta por el Equipo Auditor en Pleno, no la Considera pertinente, toda vez que el recaudo de las Estampillas, la debe realizar el área de tesorería, en el momento del pago al proveedor del bien y el servicio, con este proceder, se trasgreden la norma que regula la materia. | X |  | X |  |  |  |

|    |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
|----|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
|    | <p>incumpliendo con este actuar presuntamente con lo Establecido en el artículo 307 de la Ordenanza 301 de 2009 de la Asamblea Departamental del Valle del Cauca,</p>  | <p>debilidades generadas</p> <p>La ESE esta pendiente de la ordenanza en proceso aprobación por la asamblea para pagar con recursos del PSFF los valores adeudados para todas las vigencias causadas</p> <p>Los valores retenidos por tributos son causados de acuerdo al procedimiento de las normas contables y tributarias, siendo así, que el hecho de causar no significa que exista el flujo de efectivo teniendo en cuenta que el recaudo promedio es del 65%.</p> <p>Partiendo de la responsabilidad institucional de la ESE que presta servicios de salud de segundo nivel de recuperación de la enfermedad y en virtud de la difícil situación económica actual en el sistema, ha coexistido en los últimos años el principio de urgencia y emergencia operacional, lo que significa que gran parte de las actuaciones administrativas van ligadas a garantizar la vida y bienestar de los pacientes, siendo una prioridad esta al recaudo y pago de los proveedores de insumos esenciales y operadores de servicios que en muchos casos solo se cuenta con los recursos netos de la obligación mas no los recursos brutos de la misma.</p> |  |   |  |   |  |  |  |
| 41 | <p>La subcuenta 290590 (Recaudos por clasificar) al 31 de diciembre de 2013 presenta saldo de \$119 millones, en el Estado de tesorería a la misma fecha, la fuente de Recursos de Terceros su saldo fue \$280 millones, en la relación de los terceros presentada por la Administración, no se evidencian los Recaudos por clasificar; por otra parte, el hospital enfrenta procesos jurídicos con pretensiones por</p> | <p>Para el año 2013 se realizaron conciliaciones mes a mes entre las áreas de la dependencia financiera y así mismo las demás áreas que intervienen como Jurídica, Activos Fijos Recurso Humano. Durante el proceso de conciliación con las EPS se legalizan los recaudos que se encuentran por identificar en esta cuenta. En cuentas a la diferencia entre contabilidad y Jurídica en las cuentas de Orden se aclara</p> <p>Respecto de los procesos Jurídicos que afronta</p>  | <p>Los Recursos por clasificar hasta tanto no se encuentren identificados no se pueden ejecutar, en la relación suministrada por Tesorería en los recursos de terceros no se encuentran relacionados estos valores, de otra parte los valores registrado en las cuenta de orden <b>contingentes .litigios y demandas</b> en contabilidad deben ser congruentes con los</p> | X |  | X |  |  |  |



|    |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
|    | <p>\$5.430 millones y en las cuentas de orden Acreedoras (Responsabilidades contingentes litigios y demandas) aparecen registros por \$1.165 millones, Esta situación muestra la falta de conciliación de la información entre Tesorería, Oficina Jurídica y Contabilidad, contrariando con este actuar presuntamente los preceptos establecidos en la Resolución No 357 de 2008, Numeral 3.8 y la Resolución 355 de 2007, numeral 9.1.5 de la Contraloría General de la República CGR.</p> | <p>El Hospital tenemos proceso de Reparación Directa, proceso de Nulidad y Restablecimiento, procesos contractuales y procesos ejecutivos.</p> <p>El mayor valor de las pretensiones lo ostentan los de Reparación Directa, a estos proceso se les fija un cuantía presunto por el apoderado del demandante, así mismo son proceso de doble instancia que por lo regular duran alrededor de 10 años por este motivo no son susceptible de destinar un presupuesto en la presente vigencia, tal como lo ordena la el CPACA, al salir una sentencia condenaría la misma debe ser notificada a la entidad pública con el fin de que esta le asigne el presupuesto respectivo, concediendo un término de seis meses para su apropiación.</p> <p>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo.</p> | <p>valores de las pretensiones en los diferentes procesos jurídicos manejados por este área. Por tal razón se confirma el hallazgo.</p>  |   |  |  |  |  |  |
| 42 | <p>La presente evaluación pone en alerta al área financiera en lo relacionado con el análisis, interpretación y comunicación de la información contable, esta debe aportar valor agregado en la toma de decisiones, generar alertas que permitan en tiempo real resolver problemas de índole financieros.</p>   | <p>El Hospital adelanta en la ejecución del Programa de SFF la depuración de las cuentas con el objetivo de fortalecer la información para la evaluación y la toma de decisiones.</p> <p>Este proceso involucra más de 5 vigencias, el cual exige un gran esfuerzo en el tiempo de ejecución del PSFF.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo.</p>   | <p>Analizada la respuesta por el Equipo Auditor no la considera pertinente, el área financiera debe generar alertas permanentes, a la Alta gerencia que le permitan la toma de decisiones en tiempo real, como evitar déficit fiscales altos, pago oportuno de los tributos, procedimiento no generador de Rentabilidad, etc, en tal razón el hallazgo queda en firme.</p> | X |  |  |  |  |  |
| 43 | <p>En la formulación, programación y ejecución del presupuesto no se toma como base el Plan financiero (operaciones efectivas de caja), no se evidencia la existencia de esta herramienta financiera y de planeación, se compromete el presupuesto sin consultar los flujos de caja en tesorería, incumpliendo con los pagos pactados con el proveedor del bien o el servicio y generando con esta</p>  | <p>El Hospital tiene aprobado el PSFF desde diciembre de 2013, dicho plan en el formato 37 Flujo Financiero, en los años de ejecución del programa plantea cuatro (4) años para operar el Hospital en situación de equilibrio operacional con recaudo.</p> <p>En el Hospital Existe el estado financiero de flujo de efectivo.</p>   | <p>El Equipo Auditor, no considera pertinente la Respuesta de la Administración del Hospital, toda vez que el Hospital viene generando déficits fiscales recurrentes, en el 2013 supero los 5000 millones, por tal razón el hallazgo queda en firme.</p>   | X |  |  |  |  |  |



|    |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
|    | práctica déficit fiscales recurrentes.  | Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo  |  |   |  |  |  |  |  |
| 44 | La estructura del presupuesto de gastos, no refleja el componente de inversión con sus respectivos clasificadores (Programas, subprogramas y proyectos), por esta razón no se pueden construir indicadores, que permitan medir la gestión o el grado de cumplimiento del plan estratégico de la Entidad, a través de los Presupuestos. No existiendo armonización o articulación entre estos componentes del proceso de planificador. | La ESE tiene implementado un sistema de información de gestión de indicadores articulado con la evaluación y seguimiento al plan de desarrollo.<br>Indicadores del Plan de gestión, 2193 y supersalud y los específicos del Hospital.<br><br>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo.  | El Equipo Auditor considera que la respuesta de la Administración del Hospital no desvirtúa el hallazgo, por tanto queda en firme.   | X |  |  |  |  |  |
| 45 | No se evidenció en tesorería plan financiero (Flujos de caja, PAC, herramienta de caja, etc) que le permita la previsión, determinación y manejo adecuado del disponible, para lograr la ejecución del presupuesto de acuerdo con la disponibilidad de caja y evitar de esta forma los déficit fiscales que se vienen presentando en forma recurrente.  | Como E.S.E. No estamos obligados a llevar PAC ,y se tiene implementado una planeación. Art 5 Decreto 111 de 1996 del Estatuto Orgánico del Presupuesto.<br><br>Por los expuesto solicitamos levantar el hallazgo   | La Norma Macro para efectos presupuestales, es el decreto 111 de 1996 ESTATUTO ORGANICO O DE PRESUPUESTO, el hospital debe crear una herramienta financiera en el área de tesorería, que le puede dar el nombre que considere, pero que le permita comprometer el presupuesto de acuerdo con sus flujos de efectivo, por tal razón el hallazgo queda en firme. | X |  |  |  |  |  |
| 46 | En las vigencia auditada se evidenció que la estructura fiscal del Hospital no está en la capacidad de generar el disponible requerido para el apalancamiento de las obligaciones causadas en la misma, esta situación ha originado problemas de liquidez y por consiguiente la generación de déficit fiscales recurrentes, en el 2013 se generó déficit por \$ 5.159 millones, de los  | El déficit resultante durante los últimos 5 años ha sido la consecuencia de las directrices ordenadas por la Ley 100 las cuales han afectado a todo el sector Salud, quienes han tenido que operar con problemas de iliquidez para no afectar a la comunidad en general. Dicho proceso ha ido disminuyendo con la gestión realizada por esta administración; sin embargo por ser un tema general de política social se necesitaría realizar un ajuste a las políticas de cobro y recaudo implementadas por | Analizada la respuesta por el Equipo Auditor no la Considera pertinente, toda vez que esta situación está regulada por normatividad vigente, por tal razón el hallazgo queda en firme  | X |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |   |  |   |  |  |  |
|----|--|--|--|---|--|---|--|--|--|
|    | cuales \$2.150 millones corresponden a la fuente de Recursos Propios.  | <p>el gobierno nacional</p> <p>Por lo expuesto solicitamos levantar el hallazgo, por considerar que no es arbitrio del hospital modificar las Políticas de Gobierno.</p>   |  |   |  |   |  |  |  |
| 47 | <p>Con lo descrito anteriormente, se constata que los deudores por venta de servicios (Diferentes regímenes) no cumplen con las fechas pactadas y determinadas en la norma para el pago de su obligaciones, a pesar, de esta situación, el Hospital No liquida y cobra intereses moratorios, incumpliendo presuntamente con los preceptos establecidos en la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13 parágrafo 5, además, nos muestra la debilidad en la política de Recaudo de cartera y la rotación lenta de la misma. El hospital no presenta procesos ejecutivos en contra de los deudores que han generado cartera vencida con antigüedad superior a un año.</p> | <p>En el procedimiento de cartera GAFI-P-015-03, no se encuentra establecido el cobro de los intereses de mora a que hace referencia la presente Ley de igual forma en el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero aprobado por el Ministerio de la Protección Social no quedo contemplado aumentar los ingresos por ese Concepto, dado que el Nivel II prima las Tarifas y políticas de pago del mercado y de las EPS compitiendo a su vez con las demás entidades públicas y las privadas.</p> <p>En cuanto al recaudo de la Vigencia 2013 se logro recaudar un 82% por encima del año 2012 y 245% de las vigencias anteriores.</p> <p>La oficina jurídica ha intervenido para la realización de conciliaciones prejudiciales con el fin de preservar las relaciones comerciales que se tienen con las entidades.</p> <p>En el cálculo de la rotación de cartera está incluida las deudas de las EPS que se encuentran en proceso de liquidación las cuales ascienden a 890 millones las cuales ha esta fecha no han sido reclasificadas a deudas de difícil cobro. Por lo expuesto solicitamos levantar el hallazgo, quien incumple la normatividad es la Entidad que no Paga oportunamente no el Hospital y el Manual de Cartera del Hospital no ordena la liquidación de intereses moratorios. No se causa afectación en la prestación de los servicios de salud.</p> <p>El Hospital atendiendo el principio de eficiencia</p> | <p>Analizada la respuesta por el Equipo Auditor no la Considera pertinente, toda vez que esta situación está regulada por normatividad vigente, por tal razón el hallazgo queda en firme</p> | X |  | X |  |  |  |

|       |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |
|-------|---|---|---|----|---|---|---|---|--|--|
|       |   | <p>busca que la relación costo beneficio sea positiva.</p> <p>Por lo expuesto Solicitamos levantar el presente hallazgo</p>   |   |    |   |   |   |   |  |  |
| 48    | <p>Como se observa en el cuadro de referencia del total de lo facturado por diferentes conceptos en la vigencia auditada \$14.330 millones, se aceptaron glosas definitivas por \$ 257 millones, lo cual corresponde a un 2% de lo facturado, analizado desde el punto porcentual no es significativo, pero es un monto representativo para las finanzas del hospital, toda vez que la Entidad para la prestación de los servicios incurrió en una serie de costos y gastos, que al final se pierden, se deben adelantar gestiones administrativas de todo orden para lograr que el nivel de las glosas sea mínimo.</p> | <p>Solicitamos levantar el presente hallazgo porque la glosa de la vigencia de 2013 evidenciada por el Proceso Auditor es del 2%, por debajo del estándar establecido por el Hospital (5%) y de los índices del mercado, así como de varias Instituciones de Salud acreditadas.</p> | <p>Analizada la respuesta por el Equipo Auditor en Pleno no la considera pertinente, toda vez que el Hospital para prestación de servicios incurre en costo y gastos para la prestación de los diferentes servicios que al final se glosan y se pierden estos recursos en nivel debe ser mínimo. En tal razón el hallazgo queda en firme.</p> | X  |   |   |   |   |  |  |
| TOTAL |   |   |   | 48 | 0 | 7 | 0 | 0 |  |  |