



**INFORME FINAL CONSOLIDADO DE AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR**

HOSPITAL SAGRADA FAMILIA E.S.E. DE TORO

VIGENCIA 2005 - 2006 - 2007

**CDVC-CAP-No- 07
NOVIEMBRE DE 2008**



AUDITORÍA REGULAR HOSPITAL SAGRADA FAMILIA E.S.E.

Contralor Departamental del Valle del Cauca	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Representante Legal Hospital Sagrada Familia E.S.E.	Oscar Efrem García Fernández
Coordinadora proceso auditor	Melba Lucía Zapata Durán
Equipo de Auditores:	
Líder de Auditoria	Luz Adriana Buitrago Grajales
Integrantes del equipo Auditor	Martha Cecilia Penilla Barahona
	Juan Carlos Vera Ramírez



Tabla de Contenido del Informe

	Página
1. HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO	4
2. DICTAMEN INTEGRAL	6
3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA	16
3.1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	16
3.2. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	16
3.3. EVALUACION POR LINEAS DE AUDITORIA	18
3.3.1. REVISIÓN DE LA CUENTA	18
3.3.2. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	20
3.3.3. EVALUACIÓN DEL PROCESO CONTABLE Y FINANCIERO	31
3.3.4. EVALUACIÓN LEGALIDAD	45
4. ANEXOS	50
Anexo 1. Opinión Estados Contables	50
Anexo 2. Cuadro Resumen de Hallazgos	53
Anexo 3. Estados Contables	70



1. HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO

Al interior del Hospital Sagrada Familia E.S.E. del municipio de Toro se evidenció como hallazgo positivo el hecho que el Gerente, su equipo Directivo y demás Servidores Públicos expresaron el compromiso para poner en marcha los métodos y procedimientos para que el Sistema de Gestión de Calidad, se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la Misión y los objetivos institucionales.

En 2007 se formuló un Plan de Viabilidad Financiera en el mediano y largo plazo para la institución, en él se plantearon 5 objetivos estratégicos, cuya implementación luego del proceso de diagnóstico y documentación, se inició en 2008. Así mismo se dio apertura a la implementación del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, con el que se llegó a la formulación del modelo de atención de la institución, se han auditado y documentado los servicios de consulta externa, odontología, hospitalización y lavandería de acuerdo a los requerimientos de ley. Se replanteó toda la plataforma Estratégica de la Institución, formulando una misión y visión nuevas, además se formularon los objetivos estratégicos.

El Hospital Sagrada Familia tiene identificados e incorporados en los estados financieros \$1.275.185.215 correspondientes a excedentes de facturación de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca desde el año 2002 hasta el 2007. La gerencia del hospital deberá adelantar las acciones administrativas necesarias para recuperar esta cartera, o en su defecto castigar los estados financieros a fin de que se refleje el verdadero valor y se evidencie la real viabilidad del Hospital.



Los datos contables de la entidad se encuentran registrados en un software que no es de propiedad del hospital; la información presupuestal se registra en hojas electrónicas de excel formuladas para realizar los respectivos cálculos y la facturación es registrada en el software R-Fast. No existen mecanismos de interface que concilie saldos o permita detectar inconsistencias de información en las diferentes áreas del Hospital.



2. DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Santiago de Cali,

Doctor

OSCAR EFREM GARCÍA FERNÁNDEZ

Gerente

Hospital Sagrada Familia E.S.E.

Toro

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Sagrada Familia del municipio de Toro, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del Balance General Consolidado al 31 de diciembre de las vigencias 2005, 2006 y 2007 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social para el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 2005, 2006 y 2007; dichos estados contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoria incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Asimismo, se evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del plan de mejoramiento.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la Entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle



del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de la cuenta, con fundamento en el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la Entidad en las áreas o procesos auditados y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables Consolidados.

El representante legal del Hospital Sagrada Familia E.S.E. de Toro, rindió la cuenta anual consolidada por la vigencia fiscal del año 2007, dentro de los plazos previstos en la Resolución N° 100.28-02-13 de diciembre 5 de 2007.

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

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

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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



- Evaluación del Sistema de Control Interno.
- Revisión de la Cuenta.
- Evaluación de la Gestión.
- Evaluación del proceso Contable y Financiera.
- Evaluación Legalidad.

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

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoria, las respuestas de la administración fueron analizadas y se incorporó en el informe, lo que se encontró debidamente soportado.

DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas y la Opinión sobre los Estados Contables Consolidados, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, se **Fenecen** las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a los años 2005, 2006 y 2007.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre la Gestión y los Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, es Favorable con observaciones en las tres vigencias auditadas, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 1,16 para las



vigencias 2005 y 2006 y de 1,67 para el 2007, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la Calificación

MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN			
CONCEPTO	CALIFICACIÓN 2005	CALIFICACIÓN 2006	CALIFICACIÓN 2007
GESTION FINANCIERA (PRESPUERAL)	1	1	1
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL)	2	2	2
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1	1	2
GESTION ADMINISTRATIVA	2	2	2
OPINION ESTADOS CONTABLES	1	1	1
CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN DE DESARROLLO	0	0	2
TOTAL	1,16	1,16	1,67

Revisión de la Cuenta vigencia 2007

La evaluación de la cuenta se realizó de acuerdo al manual de revisión, se pudo confrontar lo rendido en la vigencia 2007 con lo encontrado en las áreas del Hospital. El resultado general al aplicar la matriz fue de 77,3 puntos lo que determina un pronunciamiento Favorable para la vigencia 2007, lo que es coherente con los resultados del proceso auditor.



Gestión misional - Plan de Desarrollo

Para las vigencias 2005 y 2006, la entidad no elaboró el Plan de Desarrollo como lo estipula el artículo 24º. del Decreto 1876 de 1994, el cual exige que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.

El Hospital Sagrada Familia elaboró el diagnóstico DOFA y en noviembre de 2006, inició la preparación del Plan de Viabilidad – Operativización de la plataforma estratégica basada en los Objetivos Estratégicos y las perspectivas de la metodología del Balanced Scorecard (BSC). Con base en la información obtenida, en enero 12 de 2007, mediante la Resolución No. 06-A, se adoptó el “Plan de Desarrollo del Hospital Sagrada Familia E.S.E. de Toro Valle para la vigencia 2007-2009”.

Por medio del Plan de Desarrollo aprobado, la E.S.E. adopta el MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD, forma de pensamiento gerencial estructurado, que tiene como propósito que una organización se desarrolle de manera integral y armónica entendiendo por ello, que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

La entidad presenta debilidades en la planificación y en la articulación de los diferentes planes, programas y proyectos; sin embargo cada uno de ellos apuntan a alcanzar la misión institucional; se verificó su seguimiento, control y cumplimiento por parte de la Gerencia y de la Oficina de Control Interno.

Gestión Presupuestal y Financiera

En el hospital no existe un sistema integrado de información financiera y presupuestal, la información contable de las vigencias auditadas se registró en el



software financiero de propiedad de la contadora de la entidad, quien tenía contrato por prestación de servicios.

El presupuesto de la entidad es registrado en hojas electrónicas de excel las cuales están configuradas para efectuar los cálculos de acuerdo con las operaciones que se realicen.

Gestión de Administración del Talento Humano

El porcentaje de empleados administrativos con relación al de asistenciales es muy similar, lo que no evidencia una sana gestión en una entidad en la que se debe fortalecer su área asistencial la cual es la que genera los recursos por prestación de servicios.

En las vigencias auditadas 2005, 2006 y 2007, se realizaron los ajustes exigidos por la nueva reglamentación, según el Decreto Reglamentario No. 785 de marzo 17 de 2005, la Ley 909 de septiembre 23 de 2004 y el Decreto 2539 de julio 22 de 2005. Para mejorar el balance financiero de la entidad, se utiliza la contratación con empresas de trabajo asociado del personal en su mayoría asistencial.

Al interior de la entidad se adoptaron las Políticas de Administración del Talento Humano, las cuales se obtuvieron mediante un proceso de sensibilización y participación colectiva respecto a la definición y formulación de los valores y políticas éticas que regirán la entidad. Se cuenta con la Guía de Gestión del Talento Humano, que le permite contar a la organización con un adecuado mecanismo de desarrollo de personal. Por este mismo acto administrativo se conformó el Comité de Capacitación.

Como complemento a este tema, mediante la Resolución 07A de febrero de 2008, se implementaron las políticas y lineamientos de Bienestar Social para la adopción del respectivo manual y la conformación del Comité respectivo.



Evaluación del Cumplimiento y Avance del Plan de Mejoramiento

No presenta plan de mejoramiento toda vez que a la entidad no se le realizó auditoría en las últimas tres vigencias.

Evaluación del Sistema de Control Interno

La matriz totalizadora de evaluación del sistema de control interno para la vigencia 2005 presentó un del 80,9%, ubicándose en un rango Alto.

El Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno para el Consejo Asesor del gobierno nacional en materia de control interno de la vigencia 2006, dio como resultado que el sistema se encuentra en una fase Aceptable de desarrollo.

Para la vigencia 2007, con base en las encuestas aplicadas a los funcionarios de la entidad se obtuvo un resultado de 4,15 puntos, equivalente a un estado Adecuado. El resultado es coherente con lo evidenciado en el proceso auditor, el Hospital se encuentra en un proceso de implementación de un verdadero Sistema de Control Interno, puesto que en dicho año se implementó el MECI.

En las vigencias 2005 y 2006, no se llevaron a cabo a las áreas administrativa y asistencial, auditorías internas; en 2007, para el primer semestre se evidenció auditoría a las cuentas del activo-efectivo e inventarios, no se evidenciaron los Planes de Mejoramiento de las áreas auditadas, ni se pudo visualizar los beneficios de las auditorías aplicadas, en informes de seguimiento a los mencionados planes para subsanar los hallazgos encontrados.

Gestión Contractual

El proceso auditor para la línea de legalidad, arrojó como resultado en las vigencias 2005 2006 y 2007, un Hallazgo Administrativo, debido a que durante dichos años no cumplieron en su totalidad la normatividad sobre la documentación



que debe soportar cada contrato, se encontró en unos contratos toda la documentación y en otros parcialmente, la IPS se debe ceñir por su estatuto de Contratación.

Opinión sobre los Estados Contables

A diciembre 31 de 2006 el saldo de la Provisión de Cartera es igual al saldo a diciembre 31 de 2007 lo que significa que no se realizaron registros en esta cuenta durante la vigencia 2007 y que no se está dando cumplimiento a las normas técnicas establecidas por la Contaduría General de la Nación para el cálculo de la provisión de cartera, como tampoco se da cumplimiento a la Carta Circular No. 72 de diciembre de 2006, numeral 3.1 según la cual se debe trasladar el saldo que presentan las subcuentas de la cuenta 1380-PROVISIÓN PARA CUENTAS POR COBRAR (Cr), a 31 de diciembre de 2006, a la respectiva subcuenta de la cuenta 3105-CAPITAL FISCAL, o 3208-CAPITAL FISCAL, según corresponda, en el balance inicial del 1º de enero de 2007

En el proceso de saneamiento contable no se actualizaron los valores de las cuentas propiedad, planta y equipo de la entidad, las cuales durante las vigencias 2005, 2006 y 2007 presentan registros correspondientes a las adquisiciones de bienes durante estos períodos, por lo tanto el saldo de esta cuenta genera incertidumbre.

No se realizaron registros contables por concepto de depreciación en ninguna de las tres vigencias auditadas, situación que genera incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa 060 de 1996 de la Contaduría General de la Nación, que dispone: "La depreciación se calculará para cada bien individual y de ello se llevará un registro permanente en kárdex, así como un cuadro de depreciación que formará parte integral de la información contable

No existen procedimientos de control interno contable que permitan conciliar los



saldos de las cuentas por pagar y el saldo de esta cuenta genera incertidumbre puesto que no hay consistencia en la información reportada por los proveedores y los registros contables.

En el proceso de saneamiento contable no se determinó la existencia real de bienes, derechos y obligaciones que permitan determinar el valor real del patrimonio de la entidad, no se realizaron las actividades pendientes detalladas en el informe final y no se realizaron análisis, estudios y valoraciones de la cuenta propiedad planta y equipo, no se cumplió con el objeto contratado para la realización del saneamiento contable, incurriendo en un posible daño patrimonial según el artículo 6º. de la Ley 610 de 2000, por \$15.000.000.

En nuestra opinión los estados contables presentan razonablemente con salvedades, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Hospital Sagrada Familia E.S.E. del municipio de Toro, a diciembre 31 de las vigencias 2005, 2006 y 2007, los resultados de sus operaciones y los Flujos de Efectivo para los años terminados en estas fechas, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 15 hallazgos administrativos, de los cuales 1 corresponde a un presunto hallazgo con alcance fiscal en cuantía de \$15.000.000; tres (3) tienen alcance disciplinario, los cuales fueron ó serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento, con acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento ajustado debe ser entregado



a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100-28.02 13 5 de diciembre de 2007.

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

CARLOS HERNÁN RODRÍGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca



3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

A la entidad no se le practicó auditoria en las últimas tres vigencias, por lo cual no tiene suscrito un Plan de Mejoramiento vigente con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

3.2. EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La matriz totalizadora de evaluación del sistema de control interno para la vigencia 2005 presentó los siguientes resultados:

COMPONENTE	CALIFICACIÓN	ESTADO
Ambiente de Control	329	Alto
Admón. del Riesgo	251	Alto
Operacionalización de los elementos	624	Alto
Documentación	258	Alto
Retroalimentación	236	Alto
Calificación Final	1.698	Alto

La conclusión general para esta vigencia, es que el porcentaje de Avance del Sistema de Control Interno fue de un 80,9%, ubicándose en un rango Alto.

El Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno para el Consejo Asesor del gobierno nacional en materia de control interno de la vigencia 2006, elaborado por el Hospital, dio como resultado que el sistema se encuentra en una fase Aceptable de desarrollo.



Para la vigencia 2007, con base en las encuestas aplicadas a los funcionarios de la entidad se obtuvieron los siguientes resultados:

SUBSISTEMA	CALIFICACIÓN	RESULTADO
Control Estratégico	4,18	Adecuado
Control de gestión	4,29	Adecuado
Control de Evaluación	3,98	Satisfactorio
TOTAL	4,15	ADECUADO

Como se puede observar, el resultado es coherente con lo evidenciado en el proceso auditor, el Hospital se encuentra en un proceso de implementación de un verdadero Sistema de Control Interno, puesto que en dicho año se implementó el MECI.

No. 1. Hallazgo Administrativo: Planes de Mejoramiento

En las vigencias 2005 y 2006, no se llevaron a cabo en las áreas administrativa y asistencial, auditorías internas; en 2007, para el primer semestre se evidenció auditoría a las cuentas del activo-efectivo e inventarios, no se evidenciaron los Planes de Mejoramiento de las áreas auditadas, ni se pudo visualizar los beneficios de las auditorías aplicadas, en informes de seguimiento a los mencionados planes para subsanar los hallazgos encontrados.

Avance Modelo Estándar de Control Interno - MECI

Por medio de la Resolución 032 de mayo 8 de 2007, se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI en el Hospital Sagrada Familia E.S.E.; con



documento de fecha mayo 19 de 2007, se llevó a cabo la evaluación del cumplimiento de la ejecución de la etapa I, reglamentada a través de la Guía Circular 03 de 2005, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Habiendo verificado la totalidad de la documentación correspondiente al proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, se evidenció que la entidad culminó su implantación habiendo utilizado una metodología participativa incluyendo a todos los niveles de la organización.

La Junta Directiva, mediante el Acuerdo No. 06 de noviembre 1 de 2007, adoptó para el Hospital, el MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS (Decreto 4747 de 2007, para ello definió su accionar en doce (12) Procesos agrupados en cuatro (4) Macroprocesos así: Proceso Servicio de Hospitalización, Proceso Servicio Ambulatorio, Proceso Servicio de Urgencias, Proceso Participación Social en Salud, Proceso Talento Humano, Proceso Gestión de Ingresos y Recaudos, Proceso Logística Institucional, Proceso Evaluación Independiente, Proceso Autoevaluación, Proceso Planeación Estratégica, Proceso Comunicación Organizacional, Proceso Control Interno Disciplinario.

3.3. EVALUACIÓN LINEAS DE AUDITORIA

3.3.1. Revisión de la Cuenta vigencia 2007

CALIFICACIÓN CUENTA RENDIDA VIGENCIA 2007 CONTRALORIA AUXILIAR PARA EL CERCOFIS CARTAGO

ENTIDAD REVISADA Y EVALUADA:	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA E.S.E. TORO
---	---



AREA EVALUADA	PUNTAJE MAXIMO	REPRESENTATIVIDAD DENTRO DEL OBJETIVO DEL AREA	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADMINISTRATIVOS
MISIONAL	60		44,5
Gestión Institucional	35	28	
Información Operativa	10	6,5	
Planes o convenios de mejoramiento con los entes de Control	5	5	
Gestión Ambiental	10	5	
ADMINISTRATIVA	40		32,75
Administración Talento Humano	9	8,4	
Administración del recurso físico	6	3,8	
Evaluación de los tramites judiciales	2	2	
Ejecución Presupuestal (comprende la actividad contractual) y de la Tesorería	12	9,2	
Proceso Contable	8	7	
Oficina de Control Interno	3	2,35	
TOTALES	100		77,3

PRONUNCIAMIENTO SOBRE LA CUENTA		
El pronunciamiento de la cuenta rendida se emite considerando y sumando los puntajes asignados a cada actividad evaluada, hasta obtener la calificación que determine el fenecimiento o no de la cuenta así:	MENOR A 70 PUNTOS	
	DE 70 PUNTOS EN ADELANTE	FAVORABLE



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

La calificación obtenida de 44,5 para el 2007, de 60 puntos máximo, ubica al Hospital Sagrada Familia E.S.E. en el área misional con un puntaje del 74% en esta vigencia, siendo los Planes o convenios de mejoramiento con los entes de control y la Gestión Ambiental la calificación más baja del componente misional.

El área administrativa establece un máximo de 40 puntos, obteniendo como resultado para el 2007, 32,75 puntos; siendo el más representativo la Administración del Talento Humano con 8,4 y la más eficiente la Evaluación de los Trámites Judiciales con 2.

El resultado general al aplicar la matriz fue de 77,3 puntos lo que determina un pronunciamiento Favorable para la vigencia 2007.

3.3.2. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

El Hospital Sagrada Familia es una Empresa Social del Estado, fundado el 14 de junio de 1941, constituye la única IPS pública del municipio.

Plan de Desarrollo

Vigencias 2005 y 2006

No. 2. Hallazgo Administrativo - Disciplinario: Plan de Desarrollo 2005-2006

Para las vigencias 2005 y 2006, la entidad no elaboró el Plan de Desarrollo como lo estipula el artículo 24º. del Decreto 1876 de 1994, el cual exige que las



Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.

Vigencia 2007

El Hospital Sagrada Familia elaboró el diagnóstico DOFA y en noviembre de 2006, inició la elaboración del Plan de Viabilidad – Operativización de la plataforma estratégica basada en los Objetivos Estratégicos y las perspectivas de la metodología del Balanced Scorecard (BSC). Seguidamente en enero 12 de 2007, mediante la Resolución No. 006-A, se adoptó el “Plan de Desarrollo del Hospital Sagrada Familia E.S.E. de Toro Valle para la vigencia 2007-2009”.

Por medio del Plan de Desarrollo aprobado, la E.S.E. adopta el MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD, forma de pensamiento gerencial estructurado, que tiene como propósito que una organización se desarrolle de manera integral y armónica entendiendo por ello, que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

En el formato F17 – Plan de Desarrollo por Entidad, diligenciado en el programa SIRCVALLE correspondiente a la vigencia 2007, el Hospital diligenció el formato en cero manifestando no poseer un Plan de Desarrollo, lo cual es contradictorio con lo aprobado por su Resolución No. 006-A.

El Plan de Desarrollo Municipal 2004-2007, en su Objetivo Específico “Promover la Prevención en Materia de Salud”, cuyo proyecto principal es el “Fortalecimiento del Plan de Atención Básica en Salud, en el cual el Hospital figuraba como uno de los responsables, alcanzó un cumplimiento del 97,5%.



No. 3. Hallazgo Administrativo: Plan de Desarrollo 2007 – Falta de coherencia

El Plan de Desarrollo 2007-2009, no se ajusta a los parámetros de la Ley orgánica de los planes de desarrollo (Ley 152 de 1994), es una serie de ideas o esquemas ideales de gerencia a aplicar pero no define con planes, programas y proyectos, como se van a lograr los objetivos determinados en los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, adicionalmente no cuenta con indicadores y metas cuantificables con las cuales se puedan mediar los resultados obtenidos.

Si bien es cierto que las E.S.E.s no están obligadas al cumplimiento específico de la ley 152 de 1994, es claro que al ser una institución estatal cuya razón social corresponde a unos de los ejes temáticos más importantes de los deberes del Estado, los planes programas y proyectos que rigen el funcionamiento de dichas empresas deben estar enmarcados dentro de los planes anteriormente mencionados, y para el entendimiento general se deben acoger a los parámetros y metodología establecidos en la ley marco de planes de desarrollo.

La entidad presenta debilidades en la planificación y en la articulación de los diferentes planes, programas y proyectos.

Seguimiento al Plan de Desarrollo

En el Plan de Desarrollo denominado Plan de Viabilidad por la entidad, se tienen definidos una serie de proyectos que son los que según explicación de la gerencia del Hospital, rigen la ejecución del Plan de Desarrollo, a ellos se les efectúa el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno y de la propia Gerencia. Se pudo evidenciar el cumplimiento de las metas principales.



No. 4. Hallazgo Administrativo: Plan de Desarrollo 2007 – Indicadores no relacionados.

Los indicadores plasmados en el formato F9-Indicadores de Gestión rendidos en la cuenta 2007 en SIRCVALLE no guardan relación con los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional.

Planes de Mejoramiento

Como exigencia de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, en enero de 2007, se elaboró el Plan de Acción Institucional para los años 2007, 2008 y 2009, lo anterior para asegurar el mejoramiento de los aspectos financieros del Hospital, a la fecha no se ha solicitado ni realizado por parte de la dependencia departamental el seguimiento a este plan. La institución de salud ha llevado a cabo las respectivas acciones de verificación, con un 90% de cumplimiento en general para la vigencia 2007.

No. 5. Hallazgo Administrativo: Incumplimiento Objetivo reducción glosas.

De la evaluación de la vigencia 2007 del Plan de Acción Institucional 2007-2008-2009, suscrito con la Secretaría de Salud Departamental, se evidenció que para el objetivo “Reducir el porcentaje de Glosas en un 20%” se observó una ejecución del 0%; esto refleja una débil gestión este sentido.

Gestión Administrativa

Manuales

En el Manual de Funciones que rige la institución, sólo se encuentran las funciones pertenecientes a los cargos que están siendo realizados por el personal



de planta, el personal por contrato se rige por las funciones preestablecidas con la Cooperativa que los vincula y cualquier reclamación o ajuste, se realiza a través de la CTA.

Desde octubre de 2007, la entidad cuenta con un Manual de Procedimientos, correspondiente a los procesos definidos en el Modelo por Procesos que rige el Hospital.

Planta de Cargos

En noviembre 1 de 2005, se ajustó la planta de 42 cargos al sistema de nomenclatura, clasificación y código de los empleos, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto Reglamentario No. 785 de marzo 17 de 2005, de la Ley 909 de septiembre 23 de 2004. En octubre 10 de 2006, se ajustó el Manual Específico de Funciones y Requisitos basado en competencias.

La información correspondiente al área de personal, se refleja en el siguiente cuadro:

INFORMACIÓN DE PERSONAL									
	2005		2006		2007		Nov 30 - 2008		
	No.	Costo	No.	Costo	No.	Costo	No.	Costo	
ADMINISTRATIVOS	25	494.204.000	22	460.810.000	29	671.244.768	29	679.889.536	
ASISTENCIALES	27	695.275.000	39	644.502.000	41	698.975.180	36	455.022.683	
TOTAL	52	1.189.479.000	61	1.105.312.000	70	1.370.219.948	65	1.134.912.219	



El 90% de la Contratación que realiza el Hospital en cuanto a servicios asistenciales y misionales se refiere, como Medicina general, Enfermería, Auxiliares, Odontología, Bacteriología, Sistemas, Costos, administración, Conducción y Vigilancia, se llevó a cabo con las Cooperativas Asociativas de Trabajo C.T.A., como son Milenium y Zarzalud.

Para los años 2005 y 2006, la proporción de los gastos por personal por contrato y por nómina se mantienen con una participación del 42% y el 58%, respectivamente frente al total de los costos por este concepto, para el 2007 se modifica en proporción 49% (contrato) y 51% (planta), en lo corrido del 2008, los costos se han concentrado en el personal por contrato.

No. 6. Hallazgo Administrativo: Proporción administrativos vs. asistenciales

El porcentaje de empleados administrativos con relación al de asistenciales es muy similar, lo que no evidencia una sana gestión en una entidad en la que se debe fortalecer su área asistencial la cual es la que genera los recursos por prestación de servicios.

Bienestar Social

Mediante la Resolución 052A de junio de 2007, se adoptaron las Políticas de Administración del Talento Humano, las cuales se obtuvieron mediante un proceso de sensibilización y participación colectiva respecto a la definición y formulación de los valores y políticas éticas que regirán la entidad.

El Hospital cuenta con la Guía de Gestión del Talento Humano, aprobada desde julio 30 de 2007, le permite contar a la organización con un adecuado mecanismo de desarrollo de personal. Por este mismo acto administrativo se conformó el Comité de Capacitación.



Como complemento a este tema, mediante la Resolución 07A de febrero de 2008, se implementaron las políticas y lineamientos de Bienestar Social para la adopción del respectivo manual y la conformación del Comité respectivo.

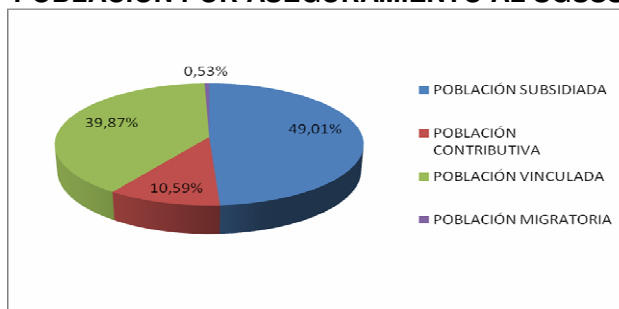
Aseguramiento

La E.S.E. Hospital Sagrada Familia, atiende usuarios de los regímenes contributivos, subsidiados y vinculados prestando servicios de bajo nivel de complejidad, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fomentando el autocuidado y los estilos de vida saludable en cada una de las atenciones del personal de salud, promoviendo el respeto de los derechos de los usuarios, y priorizando la atención de los grupos poblacionales vulnerables, acorde con la Misión institucional.

Servicios prestados: Urgencias, Consulta Externa con Médico General, Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, Laboratorio Clínico, Odontología e Higiene Oral, Hospitalización, Atención del parto, Referencia y Contrarreferencia en vehículos de traslado asistencial básico – TAB, Farmacia.

El municipio de Toro cuenta a junio de 2005 con una población de 15.913 habitantes distribuidos así:

POBLACIÓN POR ASEGURAMIENTO AL SGSSS





La institución de salud presta servicios a usuarios del régimen subsidiado afiliados a las empresas Cafesalud y Barrios Unidos, la distribución del Sisben es como sigue:

VIGENCIA	USUARIOS
2005	15.511
2006	15.967
2007	16.383

Se observa un comportamiento creciente entre las vigencias 2005 a 2007 con un porcentaje del 3% de incremento entre una vigencia y otra.

Los contratos celebrados entre la E.S.E. y el ente municipal, para las vigencias auditadas, se evidencia en el siguiente cuadro:

VIGENCIA	VALOR ANUAL
2005	120.712.262
2006	127.804.161
2007	126.354.120
Total	374.870.543

El valor de la contratación se ha mantenido a través de los años citados, con un aumento del 6% del año 2006 con respecto al 2005, para 2007 se presentó un decremento del 1%.



Para el control de las multifiliaciones, se realizan por parte del municipio, jornadas de verificación con las personas que presentan inconsistencias, así mismo en asocio con las EPS Contributivas, se reportan mensualmente los vinculados al SSS para realizar las respectivas novedades.

Con respecto al seguimiento a los servicios prestados por las ARS, el municipio realiza reuniones trimestrales con los representantes legales de las mismas para reportar las dificultades más comunes en los procesos de prestación del servicio, así mismo cada pago está sujeto a la revisión de carnetizados, población con novedad y facturas de cobro sobre cada contrato.

Las acciones adelantadas por el ente territorial para garantizar el aseguramiento de la población subsidiada en circunstancias especiales y el seguimiento de las actividades desarrolladas por las administradoras de planes de beneficios, corresponden al hecho que la población especial desplazados y desmovilizados tienen prioridad en la vinculación al sistema siempre y cuando se encuentren debidamente certificados por el CIPOD, en la actualidad el municipio de Toro cuenta con una cobertura del RSSS en 60,42%, sobre el total de la población nivel 1 y 2.

El seguimiento que el Municipio realiza sobre las acciones de Promoción y Prevención desarrolladas por las ARS y el Hospital Sagrada Familia, se lleva a cabo con la presentación ante el municipio de las matrices de programación de cada una de las EPS y se constata con la ejecución de éstas y la IPS municipal, igual metodología se aplica para los contratos celebrados entre el Hospital y las EPSS, para determinar la claridad en la red prestadora del servicio y el número de afiliados contratados por promoción y prevención.



Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - Habilitación

La Secretaria de Salud Departamental con fecha noviembre 14 de 2006, certificó que la E.S.E. Hospital Local Sagrada Familia, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud en la modalidad de Institución Prestadora de Salud, verificándose que cumplía con los requisitos establecidos en el Manual de Estándares que establece las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica, para los servicios de:

DENOMINACIÓN	COMPLEJIDAD
General Adultos	Baja
General Pediátrica	Baja
Obstetricia	Baja
Medicina General	Baja
Odontología General	Baja
Servicio de Urgencias	Baja
Transporte Asistencial Básico	Baja
Laboratorio Clínico	Baja
Servicio Farmacéutico	Baja
Vacunación	Baja
Enfermería	Baja
Promoción en Salud	Baja
Planificación Familiar	Baja
Atención Extramural	Baja
Laboratorio Clínico	Baja

Además cumple con las condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera y de Capacidad Técnico Administrativas definidas para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilitación según Decreto 2309 de 2002, Resolución 1439 de 2002 y Resolución 486 de 2003, Resolución 1891 de



2003, Circular 015 de 2003 del Ministerio de la Protección Social y demás normas vigentes.

El Hospital dentro de su modelo de prestación de servicios de salud, ha implementado estrategias que le permiten cumplir con las características de calidad definidas para la atención en salud dentro del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad –SOGC. La continuidad, los ajustes o la implementación de nuevas estrategias, está dado por el seguimiento periódico a los Indicadores de Monitoreo de la Calidad.

Encuesta de Satisfacción al Usuario

Habiendo realizado la aplicación de 20 entrevistas y encuestas de satisfacción a los pacientes de consulta externa y urgencias de la E.S.E. auditada, se encontraron los siguientes resultados:

PREGUNTA	E	B	R	M
7. Cómo ha sido el trato recibido por los funcionarios en las Oficinas de:				
CAFESALUD:	0%	40%	0%	0%
BARRIOS UNIDOS:	0%	50%	0%	0%
OTRO: _____	0%	5%	0%	0%
11. Cómo considera la calidad del servicio de odontología?	35%	50%	5%	0%
12. Cómo califica la atención recibida por el personal de:				
Odontología:	60%	25%	5%	0%
Enfermería:	20%	65%	5%	0%
Personal Médico:	20%	65%	5%	0%
13. En términos generales qué trato recibió por parte del Hospital?	30%	60%	5%	5%

E: EXCELENTE - B: BUENO - R: REGULAR - M: MALO



El 40% de los encuestados manifestaron que el servicio ofrecido por la ARS Cafesalud es bueno, así mismo el 50% consideró que Barrios Unidos les prestó un buen servicio.

El servicio de Odontología alcanzó una calificación excelente en el 60% de los casos, de igual manera, el servicio de Enfermería obtuvo una catalogación de bueno para el 65% de los usuarios, igual resultado logró el Personal Médico.

La calificación obtenida por el Hospital Sagrada Familia en términos generales fue buena para el 60% de los encuestados.

3.3.3. EVALUACIÓN DEL PROCESO CONTABLE Y FINANCIERO

No. 7. Hallazgo Administrativo: Debilidad sistemas de información

En el hospital no existe un sistema integrado de información financiera y presupuestal, la información contable de las vigencias auditadas se registró en el software financiero de propiedad de la contadora de la entidad, quien tenía contrato por prestación de servicios.

El presupuesto de la entidad es registrado en hojas electrónicas de excel las cuales están configuradas para efectuar los cálculos de acuerdo con las operaciones que se realicen.

Los recaudos son registrados por medio del programa de facturación R-Fast, el cual tiene instalados módulos de recaudos en urgencias, consulta externa, odontología, programa P y P, medicamentos, laboratorio y banco de sangre, P y P extramural y otros procedimientos (curaciones, fotocopias, servicios de fax, servicios de ambulancia a particulares, terapia y ecografías).



La información de toda la entidad no se encuentre integrada y conciliada representa una gran debilidad para la administración ya que no hay concordancia entre los datos de las diferentes áreas de la entidad que permitan tener una herramienta confiable para la toma de decisiones.

Estados Financieros

Se evaluaron los Estados Contables consolidados, Balance General y el Estado de Resultados para las vigencias 2005, 2006 y 2007, basados en las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, el examen se realizó con base en pruebas selectivas.

Efectivo

2005	2006	2007
571.620	1.099.550	1.837.364

Los ingresos de la entidad son registrados oportunamente en el momento que se prestan los servicios, estos a su vez se registran en forma consolidada en el boletín diario de caja y los recaudos se consignan en su totalidad al día hábil siguiente.

Bancos

2005	2006	2007
12.811.607	16.872.061	18.386.984

Se elaboró cuadro de análisis comparativo de saldos bancarios en cada una de las vigencias auditadas, encontrando que existen 5 cuentas corrientes, 2 cuentas de



ahorro y 2 cuentas en Infivalle, las cuales se encuentran debidamente conciliadas con los extractos bancarios, por tanto el saldo de la cuenta bancos es real.

Deudores

2005	2006	2007
722.088.554	861.757.727	1.637.605.752

El saldo de las cuentas por cobrar a diciembre 31 de 2007 se encontraba conformado así:

REGIMEN	TOTAL
SUBSIDIADO	\$ 272.387.746
CONTRIBUTIVO	\$ 26.936.132
OTROS DEUDORES POR VENTA SERVICIOS EN SALUD	\$ 30.016.137
SOAT	\$ 14.894.956
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	\$ 1.293.306.046
TOTAL CARTERA	\$ 1.637.541.017

Durante el proceso auditor se realizo circularización para confirmación de saldos a diciembre 31 de 2007 a 17 deudores de EPSs, ARSs, y Compañías de Seguros SOATs, de los cuales se obtuvieron 4 confirmaciones de saldos, un informe de glosas a diciembre 31 de 2007 y una relación de pagos del 2005 a agosto de 2008, por parte de una aseguradora.



Aunque no se obtuvo un buen resultado de la circularización de las cuentas por cobrar, se pudo evidenciar que en la entidad se realizan oportunamente las gestiones para la recuperación de la cartera y la oportuna contestación de las glosas, pero el hecho de no haberse depurado los saldos en el proceso de saneamiento contable, genera incertidumbre en el saldo de esta cuenta.

Dentro del grupo deudores, también se encuentran registrados en los Estados Financieros valores por concepto de excedentes de facturación a cargo de la Secretaría de Salud Departamental correspondientes a las vigencias 2002 al 2007 así:

CONCEPTO	VALOR
Excedentes de Facturación Vigencia 2002	461.175.519
Excedentes de Facturación Vigencia 2003	332.841.973
Excedentes de Facturación Vigencia 2004	83.666.352
Excedentes de Facturación Vigencia 2005	171.540.913
Excedentes de Facturación Vigencia 2006	81.852.990
Excedentes de Facturación Vigencia 2007	144.107.468
TOTAL	1.275.185.215

No. 8. Hallazgo Administrativo – Disciplinario: Provisión de Cartera

2005	2006	2007
-1.036.132.829	-981.802.329	-981.802.329

A diciembre 31 de 2006 el saldo de esta cuenta es igual al saldo a diciembre 31 de 2007 lo que significa que no se realizaron registros por concepto de provisión de cartera durante la vigencia 2007 y que no se está dando cumplimiento a las



normas técnicas establecidas por la Contaduría General de la Nación para el calculo de la provisión de cartera, como tampoco se da cumplimiento a la Carta Circular No. 72 de diciembre de 2006, numeral 3.1 según la cual se debe trasladar el saldo que presentan las subcuentas de la cuenta 1380-PROVISIÓN PARA CUENTAS POR COBRAR (Cr), a 31 de diciembre de 2006, a la respectiva subcuenta de la cuenta 3105-CAPITAL FISCAL, o 3208-CAPITAL FISCAL, según corresponda, en el balance inicial del 1º de enero de 2007.

Por lo anterior, el saldo de esta cuenta genera incertidumbre por no cumplir con las normas de contabilidad generalmente aceptadas para su registro.

No. 9. Hallazgo Administrativo: Propiedad Planta y Equipo

2005	2006	2007
660.806.584	478.940.560	590.238.419

En el proceso de saneamiento contable no se actualizaron los valores de las cuentas propiedad, planta y equipo de la entidad, las cuales durante las vigencias 2005, 2006 y 2007 presentan registros correspondientes a las adquisiciones de bienes durante estos períodos. Se elaboraron fichas técnicas de la No. 01 a la No. 09, en las cuales se realizaron reclasificaciones contables en las cuentas de ajustes por inflación a terrenos, muebles y enseres, maquinaria, instalaciones, otras máquinas, vehículos y edificios, por lo tanto el saldo de esta cuenta genera incertidumbre.

No. 10. Hallazgo Administrativo – Disciplinario: Depreciación

2005	2006	2007
-212.268.480	-212.268.480	-212.268.480



No se realizaron registros contables por concepto de depreciación en ninguna de las tres vigencias auditadas, situación que genera incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa 060 de 1996 de la Contaduría General de la Nación, que dispone: *"La depreciación se calculará para cada bien individual y de ello se llevará un registro permanente en kárdex, así como un cuadro de depreciación que formará parte integral de la información contable"*

Pólizas

En el proceso auditor se pudo evidenciar que el recurso humano, las instalaciones locativas y todos los bienes de propiedad de la entidad están protegidos con póliza de seguros que amparan los principales riesgos a que están expuestos.

No. 11. Hallazgo Administrativo: Cuentas por Pagar

En desarrollo del proceso auditor se tomó como base la cuenta 240101 – Bienes y Servicios por \$336.712.726, y la cuenta 242522 – Cooperativas por \$42.770.678 del Balance de Prueba a diciembre 31 de 2007, se envió carta circular para confirmación de saldos a 16 proveedores obteniendo el siguiente resultado:

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR
Total Cuentas por Pagar Bienes y Servicios y Cooperativas	59	340.548.932
Total Cuentas con Saldo Cero	11	0
Total Cuentas con Saldo Contrario	0	0
Total Cuentas Circularizadas	16	328.735.632
Total Respuestas Recibidas	10	72.778.311
Total Cuentas Conciliadas	3	5.348.492
Total Cuentas No conciliadas	7	67.429.819
Total Cuentas Sub-estimadas	3	-11.564.111
Total Cuentas Sobre-Estimadas	4	44.905.626



Por lo anterior se concluye que no existen procedimientos de control interno contable que permitan conciliar los saldos de las cuentas por pagar y el saldo de esta cuenta genera incertidumbre puesto que no hay consistencia en la información reportada por los proveedores y los registros contables.

Otras Cuentas Por Pagar Vigencia 2007

ENTIDAD	VALOR
ICBF	33.608.391
SENA	23.067.707
CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	3.822.611
TOTAL	60.498.709

En septiembre 30 de 2008 se firmó convenio de pago con la Caja de Compensación Familiar Campesina por \$14.352.853, correspondiente al valor adeudado de noviembre de 2007 a julio de 2008 y en febrero 15 de 2008 se suscribió acuerdo de pago con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar por \$18.271.424, correspondiente valores adeudados de las vigencias 2005 y 2006.

Obligaciones Laborales

El saldo de la cuenta obligaciones laborales se encuentra conformado así:

CONCEPTO	2005	2006	2007
Nómina por Pagar	-25.949.102	-15.076.582	-30.150.206
Cesantías	-7.429.033	-17.846.228	-44.850.678
Intereses a las Cesantías	0	-1.305.095	-12.478.270
Prima de Vacaciones	-14.088	6.199.346	-1.786.518
Prima de Servicios	-426.188	-9.288.277	-37.027.705



Prima de Navidad	0	-7.362.945	-53.091.310
Indemnizaciones	0	-2.649.895	-18.180.507
TOTAL	-33.818.411	-47.329.676	-197.565.194

La entidad ha consignado oportunamente la cesantías de los funcionarios al Fondo de Pensiones y Cesantías Protección, teniendo un saldo a diciembre 31 de 2007 por \$199.176.206.97 y según el informe consolidado de Cesantías Netas el saldo del Hospital es de \$198.599.628, para un mayor valor en el Fondo de Cesantías de \$576.579, correspondientes a rendimientos generados.

No. 12. Hallazgo Administrativo – Fiscal: Saneamiento Contable:

Las actividades realizadas por el Hospital para el cumplimiento de la Ley 716 de 2001 fueron las siguientes:

- Mediante Resolución sin número de agosto 30 de 2005 se creó el Comité Técnico de Saneamiento Contable.
- Mediante Acta No. 002 de agosto 31 de 2005, se aprobó el Reglamento Interno del Comité de Saneamiento Contable.
- El 01 de noviembre de 2005, se firmó contrato con la Cooperativa de Trabajo Asociado MILENIUM CTA por \$15.000.000 en el cual según el objeto el contratista se obliga y se compromete a brindar el acompañamiento necesario a la E.S.E. Hospital Sagrada Familia del municipio de Toro en el proceso de saneamiento contable, de conformidad con lo preceptuado en la Ley 716 de 2001, que fuera prorrogada por la Ley 901 de 2004. La cancelación de este contrato se realizó según comprobante de egreso No. 6509 de diciembre 14 de 2005 por \$7.500.000 y comprobante de egreso No. 6813 de abril 10 de 2006, debidamente soportados con los certificados de disponibilidad presupuestal, la factura, la póliza y fotocopia del contrato.



En abril 18 de 2006 la Cooperativa de Trabajo Asociado Milenium CTA, presentó el informe final del proceso de Saneamiento y Depuración Contable en el cual detalla actividades realizadas, las cuales fueron evidenciadas en el proceso auditor así:

- Se elaboraron fichas técnicas de la No. 01 a la No. 09, en las cuales se realizaron reclasificaciones contables en las cuentas de ajustes por inflación a terrenos, muebles y enseres, maquinaria, instalaciones, otras máquinas, vehículos y edificios.
- Se elaboraron fichas técnicas de la No. 10 a la No. 15 en las cuales se reclasificaron saldos de las cuentas por cobrar y las cuentas de difícil cobro, a la cuenta bienes en investigación administrativa; quedando pendiente el análisis por parte del Gerente para que la Junta Directiva autorice los saldos que se deben dar de baja.
- Se elaboraron fichas técnicas de la No. 16 a la No. 21 en las cuales se reclasificaron saldos de cuentas por cobrar y cuentas de difícil cobro que a fecha de cierre diciembre 31 de 2005, no presentaban movimiento.
- Se elaboraron fichas técnicas de la No. 51 a la No. 61 en las cuales se reclasificaron saldos de cuentas por pagar a la cuenta Obligaciones en Investigación Administrativa.

En el informe se recomienda considerar y aprobar las fichas que resultaren de los puntos que quedaron pendientes y consignados en las Actas de comité de marzo 23 y abril 5 de 2006, las cuales fueron solicitadas pero no fueron aportadas al proceso auditor y no se pudo establecer las cuentas que se ajustaron con estas actas.

Además este informe final establece que la Gerencia debe aprobar una resolución para responsabilizar a las áreas de tesorería, contabilidad y compras de la aplicación en forma inmediata de los procesos y procedimientos y analizar y comprobar en el comité Técnico la información presentada por el jefe de Control



Interno sobre el pasivo prestacional con corte a diciembre 31 de 2005, para que la contadora de la entidad realice los ajustes correspondientes.

En el proceso de saneamiento contable no se determinó la existencia real de bienes, derechos y obligaciones que permitan determinar el valor real del patrimonio de la entidad, no se realizaron las actividades pendientes detalladas en el informe final y no se realizaron análisis, estudios y valoraciones de la cuenta propiedad planta y equipo generando incertidumbre respecto a la razonabilidad de los estados financieros.

En el desarrollo del proceso auditor no se evidenció la realización de ninguna de las actividades pendientes según el informe final presentado por la Cooperativa, es de anotar que en los estados financieros de diciembre 31 de 2007 todavía se presentan saldos en las cuentas Bienes y Derechos en Investigación y Obligaciones en investigación.

Por lo anterior se determina un presunto hallazgo fiscal teniendo en cuenta que existió una gestión antieconómica, al no haber aplicado las indicaciones del contratista en su informe final incurriendo en un posible daño patrimonial según el artículo 6º. de la Ley 610 de 2000, por \$15.000.000.

No. 13. Hallazgo Administrativo: Control Interno Contable

El puntaje promedio de calificación total de la encuesta elaborada por la entidad a través de SIRCVALLE fue 4.03 puntos, que lo ubica en un rango satisfactorio, presentando su menor calificación en el área del patrimonio con 3.67 puntos correspondiente a un rango adecuado.

Según en la encuesta realizada durante el proceso auditor para evaluar el Control Interno Contable se obtuvo un puntaje de 3.18 que lo ubica en un rango adecuado, obteniendo la menor calificación en los aspectos generales de la entidad con 2.75



puntos correspondiente a un rango insuficiente, y el mayor puntaje en el área de los pasivos con una puntuación de 4.33 correspondiente a un rango adecuado.

Sin embargo se observaron algunos aspectos negativos relacionados con el control interno contable, algunos de ellos son:

- No existen manuales de procedimientos para el área contable, no se tienen identificados los riesgos y por tanto no existen controles.
- No se hace conciliación de operaciones recíprocas con las entidades que intervienen en el proceso.
- La entidad no realiza cálculo de la provisión para cuentas por cobrar.
- La entidad no calcula depreciación acumulada de los bienes de la entidad.
- La entidad no dispone de un inventario físico de sus propiedades, planta y equipo actualizado debidamente valorizado y conciliado con contabilidad.
- No existen procedimientos determinados para conciliar las áreas de facturación, cartera, tesorería y presupuesto, y las demás aéreas de la Entidad.
- No existen mecanismos de conciliación y/o depuración de saldos de las cuentas por pagar.
- No se ha constituido el Comité de Sostenibilidad Contable de acuerdo con la Resolución No. 119 de abril de 2006, expedida por la Contaduría General de la Nación.
- No se han adelantado acciones para la implementación de Modelo Estándar de Control Interno Contable MCICO de acuerdo con la Resolución 393 de septiembre de 2007, expedida por la Contaduría General de la Nación.

Presupuesto

Los presupuestos iniciales de ingresos y gastos en las vigencias 2005, 2006 y 2007 se encuentran debidamente soportados con los respectivos actos



administrativos, así mismo las adiciones a los presupuestos de ingresos y egresos y las modificaciones y traslados en los egresos están debidamente autorizados con los correspondientes actos administrativos.

El Hospital Sagrada Familia no maneja una herramienta de planificación financiera que sirva para la toma de decisiones.

La entidad presenta dificultades en la parte de la información presupuestal, puesto que no dispone de un software adecuado, el presupuesto es registrado en hojas electrónicas diseñadas en excel para el registro de ingresos y gastos.

Ingresos

EJECUCIONES DE INGRESOS			
VIGENCIA	APROBADO	EJECUTADO	%
2005	2.113.250	1.688.052	81%
2006	1.707.001	1.489.825	87%
2007	2.258.509	1.711.014	75%

En la vigencia 2005 la ejecución presupuestal de ingresos fue del 81%, en la vigencia 2006 el 87% y en la vigencia 2007 la ejecución de ingresos disminuyó a un 75%, siendo sus principales actividades generadoras de recursos los servicios ofrecidos al régimen subsidiado, el Subsidio a la Oferta Atención Población Pobre en lo no cubierto con Subsidio a la Demanda y los servicios al régimen contributivo, de acuerdo con el siguiente cuadro de análisis:



ANALISIS DE INGRESOS					
CONCEPTO	2005	%	2006	%	2007
TOTAL INGRESOS	1.688.052	100	1.838.541	100	1.711.013
Regimen Subsidiado	500.511	30	673.681	45	617.661
Subs. a la Oferta Atención Pob. Pobre en lo no cubierto con Sub. a la Demanda-Prest. Servicios	476.854	28	397.215	26	344.019
Regimen Contributivo	124.917	7	151.007	10	124.564

Egresos

EJECUCIONES DE EGRESOS			
VIGENCIA	APROBADO	EJECUTADO	%
2005	2.113.250	1.671.660	79%
2006	1.707.001	1.417.517	83%
2007	2.258.509	1.690.114	74%

En la vigencia 2005 la ejecución presupuestal de gastos fue del 79%, en la vigencia 2006 aumento al 83% y en la vigencia 2007 la ejecución de egresos disminuyó a un 74%, siendo los más representativos en su orden, los gastos de administración, los gastos de operación y los gastos generales, según el siguiente cuadro:

ANALISIS DE EGRESOS						
CONCEPTO	2005	%	2006	%	2007	%
TOTAL EGRESOS	1.671.660	100	1.828.541	100	1.690.114	100
Gastos de Administración	380.677	23	408.244	22	436.209	26
Gastos de Operación	627.866	38	587.377	32	870.359	51
Gastos Generales	270.599	16	287.551	16	122.724	7



No. 14. Hallazgo Administrativo: Análisis Déficit Fiscal

Comparados los ingresos contra los egresos se obtiene un resultado favorable, sin embargo teniendo en cuenta los compromisos a diciembre 31 de cada vigencia, se refleja déficit fiscal acumulado por \$1.026.689 durante las tres vigencias auditadas según el siguiente cuadro:

VIGENCIA	INGRESOS	EGRESOS	RESULTADO	CUENTAS POR PAGAR	DEFICIT FISCAL
2005	1.688.052	1.671.660	16.392	421.427	-405.035
2006	1.838.541	1.828.541	10.000	294.992	-284.992
2007	1.711.014	1.690.114	20.900	357.562	-336.662
TOTALES	5.237.607	5.190.315	47.292	1.073.981	-1.026.689

Los déficits fiscales generados en cada vigencia auditada no han sido reconocidos con el correspondiente acto administrativo y no se han incorporado al presupuesto.

Análisis Estado del Tesoro

EVALUACION ESTADO DEL TESORO			
Vigencia	Ejecución de Ingresos-Pagos	Estado del Tesoro	Diferencia
2005	16.392	16.392	0
2006	10.000	9.999	-1
2007	20.900	20.225	-675



De acuerdo con la información anterior, en la vigencia 2005, los saldo de tesorería se encontraban cuadrados respecto a los ingresos y egresos presupuestales, en la vigencia 2006 faltaron \$1.000 y en la vigencia 2007 \$675, evidenciándose la falta de conciliación entre el área contable y presupuestal.

3.3.4. EVALUACIÓN LEGALIDAD

Esta línea compromete el estudio de la contratación efectuada por el Hospital Sagrada Familia E.S.E. en su calidad de sujeto auditado, en la cual se destacan los contratos de prestación de servicios y suministros de las vigencias 2005, 2006 y 2007.

Se dio inicio a la revisión en lo que respecta a documentación y soportes que deben reposar en cada carpeta contractual, procediendo más adelante a realizar una muestra selectiva correspondiente al 50% de cada año, finalizando con el trabajo de campo que permitió constatar la realización y ejecución de los contratos a cabalidad, tal como lo establece el artículo 2 de la Carta Política.

De los contratos de Órdenes de Servicios celebrados en el año 2007, se llevó a cabo la verificación de la documentación exigida y se clasificaron los más representativos, ya que estos son de cuantías de \$80.000 a \$1.000.000; aquellos que superan dicho monto, figuran dentro de la muestra analizada.

En algunos contratos se observó que los contratistas no aportaban la documentación de manera completa, es decir, se anexaba el certificado de la Procuraduría General de la Nación o el de la Contraloría General de la Nación, así como la Hoja de Vida Única, evidenciándose el cumplimiento parcial de la normatividad vigente en el desarrollo de la gestión y misión institucional:



En la contratación de mínima cuantía (órdenes de servicio), se percibió que no se elabora el análisis de conveniencia y oportunidad, mientras que para los demás contratos si se realizaron los estudios previos.

No se constituyeron pólizas en la contratación de dicha cuantía (órdenes de servicio), por lo que se deben solicitar ya que los recursos son del Estado y se deben amparar. Así mismo, los porcentajes de las garantías que fueron exigidas en la contratación de menor y mayor cuantía, deben amparar de manera más amplia los valores de los objetos contratados.

En los contratos revisados en las vigencias 2005 – 2006 – 2007 no figura copia de la inscripción en el Banco de Programas y Proyectos del Hospital, con la respectiva Ficha de Identificación y la viabilidad del Proyecto de Inversión, de conformidad con lo establecido en los artículos 27 y 49 de la Ley 152 de 1994.

La contratación en cuanto a servicios asistenciales y misionales se refiere, como Medicina general, enfermería, auxiliares, odontología, bacteriología, sistemas, costos, administración, conducción y vigilancia, se efectuó con Cooperativas Asociativas de Trabajo C.T.A., como son MILENIUM Y ZARSALUD, cuya documentación revisada se encontraba ajustada a la normatividad. Este es el recurso que más se compromete y ejecuta y de más alta cuantía, ya que también se contrata con estas compras y prestación de servicios.

Se pudo evidenciar en la documentación encontrada, que la parte de interventoría o seguimiento a los contratos incluida en las cláusulas de cada minuta no es muy completa, a pesar de que las actas existentes certifiquen el cumplimiento de cada uno de los objetos ejecutados por parte de los contratistas, ya sea de manera parcial o total, los mismos no contienen una información más amplia de lo que se está vigilando o haciendo seguimiento.

De lo precedente se desprende, la falta de escogencia de personal idóneo que pueda testimoniar o dar fe con exactitud de la labor ejecutada de acuerdo al objeto



a contratar, de modo que dicha tarea sea realizada eficientemente y arroje los resultados esperados por la Entidad, tal como lo determina el artículo 13 del Decreto 2170 de 2002.

A pesar de que la contratación no es de grandes cuantías se debe de solicitar completamente toda la documentación que ordena la legislación, para que de esta manera conozca la Institución cuales son las personas naturales o jurídicas con las que contrata y así no correr el riesgo de infringir la Ley, o incurrir en alguna inhabilidad o incompatibilidad.

En las carpetas no figuran las publicaciones de los contratos en el Diario Oficial de amplia circulación.

El Hospital ejecutó contratos de Prestación de Servicios en el 2005, por valor de \$461.797.437; En el 2006, por valor de \$263.017.877 y en el año 2007 por valor de \$634.584.563, además de otros que se seleccionaron como de mínima cuantía 8 órdenes de servicio cuyo monto fue de \$32.052.182.

El Hospital Sagrada Familia del municipio de Toro, para el año 2005 no contaba con un Estatuto propio de Contratación, para lo cual debió regirse por la Ley 80 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios. A partir de octubre de 2006, la Institución elaboró su Estatuto o Manual de Contratación, y ha venido reformándolo de acuerdo a sus necesidades, con la aprobación de la Junta Directiva.

Los contratos realizados en el año 2005 y 2006 no contaron con número consecutivo, para identificar más claramente cada contrato, adicionalmente se encontraron las carpetas de los contratos sin foliar.

En lo que respecta a las ARS, se examinó la ARS de Barrios Unidos Quibdó, teniendo su puesto de atención en el Municipio de Toro, donde hacen entrega de carnets, y órdenes de segundo nivel de procedimiento o cirugía, donde el usuario se dirige a la ARS para que le den la autorización. El Hospital Sagrada Familia de



Toro, tiene contrato por capitación desde el 1 de abril de 2005 y se ha venido prolongando hasta la fecha que se realiza la auditoria. Esta ARS inició con 4.029 usuarios en el año 2005 y al 2007 aumentó a 5.597.

Cada vez que hay ampliación de usuarios, se hace la modificación al Contrato de capitación mediante Otrosí para dar la cobertura a los nuevos Usuarios.

Cuando se liquida el contrato se hace acta de liquidación, donde se especifica, el valor total facturado y el total pagado y la diferencia son glosas, por actividades de P y P, o de Promoción y Prevención que no se cumplieron.

ARS Cafésalud, inició el 1 de mayo de 2005, con 1.147 usuarios y a 2007, terminó con 2.457, aumentando una población 1.310 usuarios; con la ARS Cafésalud, se tiene un contrato por capitación, cada vez que hay ampliación de usuarios se hace su respectiva modificación mediante un Otrosí.

Las ARS contrataron con la IPS Sagrada Familia de Toro, durante las vigencias de 2005 – 2006 – 2007, un valor por encima del 50%, de la totalidad de los recursos.

En lo que tiene que ver con las Glosas, una vez liquidado el contrato la diferencia entre el valor facturado y el pagado, es la cantidad a glosar, en general se presenta por: usuarios no carnetizados a la fecha de terminación del contrato, y por actividades de promoción y prevención no cumplidas, por no sustentar bien una atención de urgencia o una observación en lo que tiene que ver con la parte médica; otra es por que no aparece en la base de datos el usuario, y en parte de facturación.

El porcentaje contratado con la IPS Sagrada Familia y la Alcaldía es de 4.01% de la población sobre las actividades que se contrataron con la Administración, en promoción y prevención como son: Vacunas, Citologías, promoción en salud, se realizaron durante los años 2005-2006 y durante el primer trimestre del año 2007, esas actividades tenían su matriz de programación la ejecuta la IPS, y se pasa la



cuenta de cobro a la Alcaldía con sus respectivos soportes que evidencian que se ejecutó el Objeto del contrato.

En lo relacionado al pago oportuno a las ARS por parte de la Alcaldía se hace de acuerdo al flujo de caja de los recursos del RSSS puesto que el 75% de los recursos dependen de las transferencias Nacionales. En lo referente a las interventorias realizadas por el municipio de Toro, éstas se encuentran acompañadas de los soportes de pago a las EPS por cada contrato desde las vigencias 2005-2006 y 2007.

Dada la categorización del municipio, no es de nuestra competencia manejar los recursos del subsidio de la demanda y son ejecutados por la Gobernación del Valle.

No. 15. Hallazgo Administrativo: Incumplimiento a requisitos contractuales

El proceso auditor para la línea de legalidad, arrojó como resultado en las vigencias 2005 2006 y 2007, un Hallazgo Administrativo, debido a que durante dichos años no cumplieron en su totalidad la normatividad sobre la documentación que debe soportar cada contrato, se encontró en unos contratos toda la documentación y en otros parcialmente, la IPS se debe ceñir por su estatuto de Contratación.



4. ANEXOS

Anexo 1 – Opinión Estados Contables

Doctor:

OSCAR EFREM GARCÍA FERNÁNDEZ

Gerente

Hospital Sagrada Familia E.S.E.

Toro

Asunto: Opinión Estados Contables vigencia 2005 – 2006 - 2007

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria a los Estados Financieros del Hospital Sagrada Familia E.S.E., a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de 2005, 2006 y 2007, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2005, 2006 y 2007; así como la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y la evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

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



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

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

- A diciembre 31 de 2006 el saldo de la Provisión de Cartera es igual al saldo a diciembre 31 de 2007 lo que significa que no se realizaron registros en esta cuenta durante la vigencia 2007 y que no se está dando cumplimiento a las normas técnicas establecidas por la Contaduría General de la Nación para el cálculo de la provisión de cartera.
- En el proceso de saneamiento contable no se actualizaron los valores de las cuentas propiedad, planta y equipo de la entidad, las cuales durante las vigencias 2005, 2006 y 2007 presentan registros correspondientes a las adquisiciones de bienes durante estos períodos, por lo tanto el saldo de esta cuenta genera incertidumbre.
- No se realizaron registros contables por concepto de depreciación en ninguna de las tres vigencias auditadas, situación que genera incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa 060 de 1996 de la Contaduría General de la Nación, que dispone: "La depreciación se calculará



para cada bien individual y de ello se llevará un registro permanente en kárdex, así como un cuadro de depreciación que formará parte integral de la información contable.

La Contraloría Departamental, en la Resolución 1124 de diciembre 17 de 2004, establece la presentación de un informe sobre la situación del sistema de Control Interno Contable de las Entidades sujetas a Control fiscal. En atención a lo anterior, los años 2005, 2006 y 2007, obtuvieron 3.18 puntos, ubicándose en el rango de 3.0 a 3.9, que se considera adecuado.

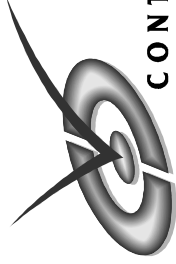
En nuestra opinión excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables presentan razonablemente en todo aspecto significativo la situación financiera del Hospital Sagrada Familia E.S.E. al 31 de diciembre de 2005, 2006 y 2007 y los resultados de sus operaciones por los años terminados en esas fechas, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente aceptadas,

Atentamente,

MARTHA CECILIA PENILLA BARAHONA

Contador Público

Tarjeta Profesional No. 53212T



Anexo 2 – Cuadro Resumen de Hallazgos

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL AL HOSPITAL SAGRADA FAMILIA E.S.E. DE TORO VIGENCIAS 2005 - 2006 - 2007

RESUMEN DE HALLAZGOS

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DANO PATRIMONIAL
1	Planes de Mejoramiento En las vigencias 2005 y 2006, no se llevaron a cabo a las áreas administrativa y asistencial, auditorías internas; en 2007, para el primer semestre se evidenció auditoría a las cuentas del activo-efectivo e inventarios, no se evidenciaron los Planes de Mejoramiento de las áreas auditadas, ni se pudo visualizar los beneficios de las auditorías aplicadas, en informes se seguimiento a los mencionados planes para subsanar los hallazgos encontrados.	Para las vigencias 2005-2006, en Control Interno no se tenía realmente claro el procedimiento para llevar a cabo las auditorías internas. La Contaduría General de la Nación y el Departamento Administrativo de la Función pública han venido fortaleciendo y aclarando el modo de llevar a cabo estos procedimientos, hecho éste que propició y le dio las herramientas necesarias al área de control interno para que en el año 2007 auditara internamente los temas concernientes con el activo-efectivo e inventarios.	En términos generales un Plan de Mejoramiento incluye las acciones que deben implementarse al interior de una entidad, las cuales deberán llevarse a cabo por parte del personal que labora al interior de la institución. No todas las acciones requieren de recursos adicionales ni de la participación de consultorías. El Hallazgo se mantiene.	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		De las observaciones internas que se produjeron, no se elaboraron los planes de mejoramiento, puesto que las mismas conllevan a que la Entidad disponga de los medios económicos suficientes que le permita suplir o erradicar las falencias, razón por la cual no era posible en el momento constituir los planes en mención.						
2	Plan de Desarrollo 2005-2006 Para las vigencias 2005 y 2006, la entidad no elaboró el Plan de Desarrollo como lo estipula el artículo 24º. del Decreto 1876 de 1994, el cual exige que las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.	La nueva Administración al evidenciar que la E.S.E. no contaba con un Plan de Desarrollo, pretendió mejorar esta falencia en el año 2007 al elaborar el Plan de Desarrollo 2007-2009. Esta administración ha procurado dar aplicabilidad a los preceptos normativos, razón por la cual, no se asumió que los conceptos favorables emitidos por la Contraloría Departamental a la rendición de la cuenta anual consolidada de los periodos 2005 y 2006 en los que se debían rendir el plan de desarrollo de las vigencias en comento, permitían	La entidad acepta que para los periodos auditados 2005 y 2006 el Hospital no contaba con Plan de Desarrollo. El Hallazgo Administrativo y Disciplinario se mantiene.	X	X			



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DANO PATRIMONIAL
		continuar sin dicho plan. Es por tal motivo que la Institución fue más allá, y se elaboro el Plan de Desarrollo a tres años.						
3	<p>Plan de Desarrollo 2007 – Falta de coherencia</p> <p>El Plan de Desarrollo 2007-2009, no se ajusta a los parámetros de la Ley orgánica de los planes de desarrollo (Ley 152 de 1994), es una serie de ideas o esquemas ideales de gerencia a aplicar pero no define con planes, programas y proyectos, como se van a lograr los objetivos determinados en los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, adicionalmente no cuenta con indicadores y metas cuantificables con las cuales se puedan mediar los resultados obtenidos.</p> <p>Si bien es cierto que las E.S.E.s no están obligadas al cumplimiento específico de la ley 152 de 1994, es claro que al ser una institución estatal cuya razón social</p>	<p>El plan de desarrollo presentado por el Hospital se ajusta a los parámetros establecidos por el artículo 24 del Decreto 1876 del 1994, norma este que rige a las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>El plan de desarrollo cuenta con un plan de acción contemplado para las mismas vigencias, informes de seguimiento realizado por parte de la oficina de Control Interno mediante el formato metodológico Cassals de la Firma asesora del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.</p> <p>En el informe se establece la aplicabilidad de la ley 152 de 1994 en la elaboración del Plan de Desarrollo, norma que no se adapta al régimen de las E.S.E., ya que si bien es cierto la</p>	<p>La creación de un Banco de Programas y Proyectos no genera sobrecosto para el Hospital, en su defecto los proyectos deben estar inscritos en el Banco de Programas y Proyectos Municipal.</p> <p>Como le fue explicado al Gerente del Hospital Sagrada Familia E.S.E., los planes, programas, proyectos, metas, indicadores, que rigen la institución no presentan una articulación evidente que facilite la interpretación de propios y extraños, el Equipo Auditor observó una coherencia parcial.</p>	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>corresponde a unos de los ejes temáticos más importantes de los deberes del Estado, los planes programas y proyectos que rigen el funcionamiento de dichas empresas deben estar enmarcados dentro de los planes anteriormente mencionados, y para el entendimiento general se deben acoger a los parámetros y metodología establecidos en la ley marco de planes de desarrollo.</p> <p>La entidad presenta debilidades en la planificación y en la articulación de los diferentes planes, programas y proyectos.</p>	<p>misma es dirigida al sector publico-sector territorial, no hace referencia a las empresas sociales, quienes gozan de autonomía administrativa.</p> <p>La legislación habla de un modelo a seguir en la adopción de los planes de desarrollo, sin que signifique lo anterior, que todos sean elaborados de la misma forma, por el contrario, al ser un modelo a seguir es adaptable a cada tipo de entidad.</p> <p>Es decir, el plan de desarrollo del Hospital se realizo tomando como base la matriz DOFA, complementándolo con el plan de acción y a través del área de control interno, se llevo a cabo el seguimiento con las herramientas y modelos recomendados por la Función Publica órgano que imparte las directrices en esta materia, de conformidad con la Ley 87 de 1993.</p> <p>La entidad cuenta con informes de</p>	<p>El Hospital no aportó a su contradicción una herramienta o ayuda metodológica en la cual demostrara la articulación de todos sus planes programas y proyectos.</p> <p>El Hallazgo se mantiene.</p>					



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>seguimiento y evaluación, presentados en su momento al equipo auditor.</p> <p>La Institución ha venido elaborando los planes y programas exigidos, en cuanto a los proyectos como ya lo manifestamos al equipo auditor, la Empresa es una entidad pequeña que no cuenta con el capital necesario que le permita crear un departamento o área que maneje lo concerniente con el banco de programas y proyectos, razón por la cual, cuando se gestionan recursos para ser invertidos en las distintas áreas, se elabora y se radica en el banco de programas y proyectos de la entidad que va a cofinanciar los recursos.</p> <p>Como el propósito de toda auditoria es brindar acompañamiento e impartir observaciones, atenderemos las sugerencias planteadas de manera que se contribuya con el mejoramiento de la Entidad.</p>						
4	Plan de Desarrollo 2007 – Indicadores no	Se tomaran los correctivos frente a las	La entidad acepta su	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	relacionados Los indicadores plasmados en el formato F9-Indicadores de Gestión rendidos en la cuenta 2007 en SIRCVALLE no guardan relación con los compromisos asociados al cumplimiento del objetivo institucional.	observaciones, de modo que para las próximas vigencias se cuente con los indicadores producto de las evaluaciones internas que practique la Entidad.	responsabilidad, el Hallazgo se mantiene.					
5	Incumplimiento Objetivo reducción glosas. De la evaluación de la vigencia 2007 del Plan de Acción Institucional 2007-2008-2009, suscrito con la Secretaría de Salud Departamental, se evidenció que para el objetivo "Reducir el porcentaje de Glosas en un 20%" se observó una ejecución del 0%; esto refleja una débil gestión este sentido.	Dentro del Plan de Acción Institucional, se contemplo reducir las glosas en un 20% durante las vigencias 2007-2009, sin embargo, se tomaran los correctivos generados en la auditoria para la vigencia 2009, de manera que se pueda dar cumplimiento con este indicador. Es de anotar que lo comentado en el párrafo precedente, se pretende cumplir en observancia a las directrices contenidas en la Resolución No. 112 de octubre 3 de 2008 por medio de la cual se creo el Comité de Análisis de Glosas en el Hospital Sagrada Familia.	La entidad acepta su responsabilidad, el Hallazgo se mantiene.	X				
6	Proporción administrativos vs. asistenciales	Comparativos anuales: 2005= Administrativos: 25, Asistenciales: 27, Promedio: 1:1.08. 2006= Administrativos:	Como lo ratifica la entida el estándar internacional es de 1:3 Administrativo a Operativo,	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	El porcentaje de empleados administrativos con relación al de asistenciales es muy similar, lo que no evidencia una sana gestión en una entidad en la que se debe fortalecer su área asistencial la cual es la que genera los recursos por prestación de servicios.	<p>22, Asistenciales: 39, Promedio: 1:1.77. 2007= Administrativos: 29, Asistenciales: 41, Promedio: 1: 1.41. 2008= Administrativos: 29, Asistenciales: 36, Promedio: 1: 1.24.</p> <p>Tal como lo plantea el Departamento Nacional de Planeación - Dirección de Estudios Económicos, según el estándar internacional una relación óptima es, 3 asistenciales por 1 administrativo.</p> <p>Comenta Planeación que el incremento en la contratación de personal administrativo se debe a la carga de labores inherentes a las diferentes fuentes de financiamiento, planes de beneficios, formas de facturación exigidas por las empresas aseguradoras, así como las diferentes codificaciones para procedimientos y medicamentos, y la coexistencia de varios sistemas de información dentro del sistema de salud.</p> <p>En toda empresa es necesario contar</p>	<p>esta razón obedece a estudios previos muy bien documentados, como lo afirma el Hospital, éste deberá garantizar el adecuado balance de actividades por cada empleado, sin incurrir en contrataciones que no representen un valor agregado al proceso.</p> <p>El hallazgo se mantiene.</p>					



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>con el componente humano, tanto administrativo como asistencial. Es un error considerar que solo el área asistencial genera recursos, ya que el concepto de empresa es global y todos generan utilidad porque la Entidad es una sin importar que existan áreas o departamentos, puesto que todas generan de manera colectiva ingresos en beneficio propio, es decir, que las áreas llamasen asistencial o administrativa no podrían subsistir aisladamente.</p> <p>La cantidad de procesos administrativos previos que se deben llevar a cabo para llegar a la atención del paciente (asistencial), exige contar con el personal suficiente que pueda suplir todos los requisitos que se derivan del servicio. No obstante, haremos un análisis para determinar la proporción comentada y tratar de fortalecer en la medida de lo posible de acuerdo a los recursos, el personal en las áreas que mas lo necesiten.</p>						



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DANO PATRIMONIAL
	FINANCIERA							
7	En el hospital no existe un sistema integrado de información financiera y presupuestal, la información contable de las vigencias auditadas se registró en el software financiero de propiedad de la contadora de la entidad y el presupuesto es registrado en hojas electrónicas de Excel las cuales están configuradas para efectuar los cálculos de acuerdo con las operaciones que se realicen, siendo evidentes los riesgos de inconsistencias en la información.	Es cierto que hasta hace poco el Hospital no contaba con un software de contabilidad y presupuesto que permitiera trabajar de una manera mas ágil y obtener información confiable, sin embargo, con un gran esfuerzo económico se logro adquirir dicha herramienta sistemática que integra y concilia las áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería, la cual actualmente se encuentra en implementación.	El hallazgo se mantiene, la entidad debe elaborar un plan de mejoramiento en el cual queden plasmados objetivos y metas claras que se deben lograr para garantizar la calidad e integralidad de la información financiera.	X				
8	A diciembre 31 de 2006 el saldo de la Provisión de Cartera es igual al saldo a diciembre 31 de 2007 lo que significa que no se realizaron registros en esta cuenta durante la vigencia 2007 y que no se está dando cumplimiento a las normas técnicas establecidas por la Contaduría General de la Nación para el calculo de la provisión de cartera, como tampoco se da cumplimiento a la Carta Circular No. 72 de diciembre de 2006, numeral 3.1 según la cual se debe	La provisión de cartera efectivamente se debe hacer en la entidad, de acuerdo con la normatividad de la CGN, sin embargo, cabe acasar que el Hospital Sagrada Familia no tiene rentas por cobrar como lo expresa el numeral 3.1. de la Carta Circular 072 del 13 de Diciembre de 2006. Dado que no tenemos saldo en la Cuenta 1380 PROVISION PARA CUENTAS	El hallazgo se mantiene, teniendo en cuenta que según la Circular Externa 011 de 1996 expedida por la Contaduría General de la Nación numeral 5.2.2, el cálculo de la provisión para deudores debe corresponder con una evaluación técnica que permita determinar la contingencia de pérdida o	X	X			



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	trasladar el saldo que presentan las subcuentas de la cuenta 1380-PROVISIÓN PARA CUENTAS POR COBRAR (Cr), a 31 de diciembre de 2006, a la respectiva subcuenta de la cuenta 3105-CAPITAL FISCAL, o 3208-CAPITAL FISCAL, según corresponda, en el balance inicial del 1º de enero de 2007	<p>POR COBRAR (Cr), es obvio que no tenemos que trasladar ningún valor al Patrimonio como dice la Carta Circular: “ Las rentas por cobrar deben reconocerse por el valor determinado en las declaraciones tributarias, las liquidaciones oficiales en firmes y demás actos administrativos, que liquiden obligaciones a cargo de los contribuyentes.....las rentas por cobrar no son objetos de provisión en todo caso cuando el derecho se extinga por cualquier causa diferente a cualquier forma de pago se afectara directamente al patrimonio”. (Subrayado y negrilla es nuestro).</p> <p>De acuerdo a lo anterior, las entidades contables publicas del gobierno nacional, tanto de nivel territorial, deben trasladar el saldo que presenten las subcuentas de la cuenta 1380 provisión para cuentas por cobrar (cr) al 31 de diciembre de 2006 a la respectiva subcuenta de la 3105 capital fiscal o 3208 capital fiscal,</p>	riesgo de incobrabilidad del derecho. Con base en ello se efectuará el registro de una provisión individual.					



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		según corresponda en el balance inicial del 01 de enero del 2007.						
9	En el proceso de saneamiento contable no se actualizaron los valores de las cuentas propiedad, planta y equipo de la entidad, las cuales durante las vigencias 2005, 2006 y 2007 presentan registros correspondientes a las adquisiciones de bienes durante estos períodos, por lo tanto el saldo de esta cuenta genera incertidumbre.	<p>El proceso de depuración de las cuentas propiedad planta y equipo es un trámite costoso, puesto que requiere de evaluaciones técnicas de profesionales o peritos especializados en dichos temas.</p> <p>Dentro de las múltiples necesidades que presenta la entidad se han priorizado algunas como la del software contable como primer paso la depuración de la información contable, sin embargo, no se pretende dejar en el tintero el tema en cuestión, para lo cual tenemos la intención de acuerdo a los recursos con que se pueda contar, iniciar el proceso de actualización de los valores de dichas cuentas y así lograr obtener un saldo actualizado y real.</p>	El hallazgo se mantiene, en el plan de mejoramiento que elabore la entidad debe incluir actividades de actualización de los valores de las cuentas de propiedad, planta y equipo y así lograr obtener un saldo actualizado y real.	X				
10	No se realizaron registros contables por concepto de depreciación en ninguna de las tres vigencias auditadas, situación que genera incertidumbre, ya que no se han realizado las depreciaciones según las	El proceso de depuración de las cuentas propiedad planta y equipo es un trámite costoso, puesto que requiere de evaluaciones técnicas de profesionales o peritos especializados en dichos temas.	El hallazgo se mantiene, en el plan de mejoramiento que elabore la entidad debe incluir actividades de actualización de los valores de las cuentas	X	X			



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	normas técnicas de contabilidad y no se cumple con lo estipulado en la Circular Externa 060 de 1996 de la Contaduría General de la Nación, que dispone: "La depreciación se calculará para cada bien individual y de ello se llevará un registro permanente en kárdex, así como un cuadro de depreciación que formará parte integral de la información contable	<p>Dentro de las múltiples necesidades que presenta la entidad se han priorizado algunas como la del software contable como primer paso para la depuración de la información contable, sin embargo, no se pretende dejar en el tintero el tema en cuestión, para lo cual tenemos la intención de acuerdo a los recursos con que se pueda contar, iniciar el proceso de actualización de los valores de dichas cuentas.</p> <p>De acuerdo con la Circular Externa 11 de Noviembre 15 de 1.996, se debe calcular la depreciación en forma individual, pero como lo dice esta circular, el procedimiento se efectúa en forma individual sobre la propiedad planta y equipo y el resultado de la depreciación es sobre saldo depurado e individualizados, características que no cumple esta cuenta para efectuar dicho procedimiento. (Subrayado y negrilla es nuestro).</p>	que son objeto de depreciación y así reflejar un saldo actualizado y real.					



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		Agradecemos al equipo auditor de la contraloría sus observaciones y reiteramos nuestro compromiso contable de acatar sus observaciones que van en beneficio del Hospital Sagrada familia.						
11	No existen procedimientos de control interno contable que permitan conciliar los saldos de las cuentas por pagar y el saldo de esta cuenta genera incertidumbre puesto que no hay consistencia en la información reportada por los proveedores y los registros contables	Se implementaran los procedimientos, a fin de poder conciliar los saldos de la cuentas y obtener datos fidedignos.	El hallazgo se mantiene, la entidad debe incluir en su plan de mejoramiento actividades de control interno contable.	X				
12	Existió una gestión antieconómica en el contrato para la realización del saneamiento contable al no haber aplicado las indicaciones del contratista en su informe final incurriendo en un posible daño patrimonial según el artículo 6º. de la Ley 610 de 2000, por \$15.000.000.	El objeto del contrato de saneamiento contable se ejecuto en su totalidad, tal como consta en el informe de avance, actas e informe final, ya que éste contenía la obligatoriedad de brindar asesoria o acompañamiento a la E.S.E. en dicho proceso. El contratista emitió unas recomendaciones producto de la ejecución del contrato, las cuales tienen directa relación en su mayoría con las cuentas propiedad planta y equipo,	El Hallazgo se mantiene. La razón del origen de este hallazgo corresponde al hecho que la entidad no hizo uso de los resultados obtenidos en desarrollo del objeto contractual, el Hospital no obtuvo un valor agregado en sus estados financieros producto de esta inversión.	X			X	15.000.000



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>representando estas el 40% del total del activo.</p> <p>La depuración de estas cuentas implica un gran costo, no siendo claro el valor del monto de dichas recomendaciones.</p> <p>En los demás aspectos recomendados o sugeridos, se efectuó el proceso de circularización que se exige contablemente sin obtener respuesta alguna frente a los requerimientos hechos a las respectivas entidades.</p>						
13	<p>En la entidad no se realizan actividades de control interno contable, no existen manuales de procedimientos, la información presupuestal y contable no se encuentra conciliada, no se ha constituido el Comité de Sostenibilidad Contable de acuerdo con la Resolución No. 119 de abril de 2006, No se han adelantado acciones para la implementación de Modelo Estándar de Control Interno Contable MCICO de acuerdo con la Resolución 393 de septiembre de 2007, expedida por la</p>	<p>La Entidad sí ha realizado actividades relacionadas con esta área, como evidencia se presentaron en su momento al equipo auditor las auditorías internas practicadas.</p> <p>Respecto a los manuales de procedimientos del control interno contable, se gestionaran los recursos para poderlos implementar, o en su defecto, serán adoptados con el apoyo de los profesionales de la Entidad.</p>	<p>El soporte de las actividades relacionadas con cumplimiento del control interno, no fueron aportadas al derecho de contradicción, adicionalmente si existieron no se evidenció los resultados positivos de éstas y si fueron evidentes los problemas encontrados en esta área.</p> <p>Para las vigencias auditadas</p>	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Contaduría General de la Nación	<p>Actualmente contamos con el comité de Sostenibilidad Contable, el cual fue creado mediante la Resolución No. 0113 de octubre 7 de 2008.</p> <p>Respecto al Modelo Estándar de Control Interno Contable MCICO, no se ha implementado, ya que dicho modelo fue derogado por medio de la Resolución No. 34 del 31 de enero de 2008 de la Contaduría General de la Nación.</p>	<p>el Equipo Auditor evidenció la ausencia de actividades de control interno contable, aún estando derogado el MCICO, la normatividad este respecto tiene origen en la Resolución 048 de agosto de 2004.</p> <p>El Hallazgo se mantiene; la entidad deberá garantizar la implementación de las actividades de control interno contable.</p>					
14	Los déficits fiscales generados en cada vigencia auditada no han sido reconocidos con el correspondiente acto administrativo y no se han incorporado al presupuesto.	Se tomarán los correctivos para subsanar dicha deficiencia.	El hallazgo se mantiene, la entidad deberá realizar el procedimiento adecuado en las vigencias en las cuales se presente déficit fiscal.	X				
	LEGALIDAD							
15	<p>Incumplimiento a requisitos contractuales</p> <p>El proceso auditor para la línea de</p>	Respecto a la documentación, esta se determina de acuerdo a las formas de contratación (cuantías) en observancia a los Estatutos Contractuales de la	El hallazgo se ratifica, la entidad deberá incluir en su plan de mejoramiento las acciones que garanticen el	X				



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>legalidad, arrojó como resultado en las vigencias 2005 2006 y 2007, un Hallazgo Administrativo, debido a que durante dichos años no cumplieron en su totalidad la normatividad sobre la documentación que debe soportar cada contrato, se encontró en unos contratos toda la documentación y en otros parcialmente, la IPS se debe ceñir por su estatuto de Contratación.</p>	<p>Entidad.</p> <p>Es así como toda la contratación sin importar la cuantía, cuentan con los correspondientes certificados presupuestales, facturas o cuentas de cobro según el caso y comprobantes de egresos.</p> <p>En la contratación de mínima cuantía (sin formalidades) solo se exige una o dos ofertas, documento de identidad, RUT y los documentos del Art. 8 Ley 80 de 1993.</p> <p>En la contratación directa se requiere de análisis de conveniencia, pólizas, varias ofertas y los documentos del Art. 8 Ley 80 de 1993.</p> <p>En la contratación de mayor cuantía (licitación), es necesario el análisis de conveniencia, Arts 1, 2, 6, 8, 10, 11 del Decreto 2170 de 2002, términos de referencia, pólizas y los Documentos del</p>	<p>cumplimiento de la normatividad y las acciones que sean necesarias para asegurar los intereses de la institución.</p>					



	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADMON	DISC	PENAL	FISCAL	\$ VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>Art. 8 Ley 80 de 1993.</p> <p>En cuanto a la publicación de los contratos, la Entidad ha establecido a través de los estatutos de contratación que deberán publicarse en radio o en un diario de amplia circulación todos los contratos que celebre a través de convocatoria pública y licitación, así mismo, cuando el Gerente lo considere necesario, podrá exigir la publicación de ciertos contratos.</p> <p>En la vigencia 2008 se ha ido mejorando considerablemente esta falencia, para las próximas vigencias esperamos y tenemos el propósito de cumplir de manera total con lo exigido en el área contractual, sin desconocer los parámetros establecidos en el estatuto que rige a la Entidad.</p>						
	TOTAL HALLAZGOS Y PRESUNTO VALOR DAÑO PATRIMONIAL			15	3		1	15.000.000