



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

**HOSPITAL SANTA MARGARITA DE LA CUMBRE
VIGENCIAS 2006-2007-2008**

**CDVC- CACC No. 16
Diciembre de 2009**



AUDITORÍA INTEGRAL HOSPITAL SANTA MARGARITA DE LA CUMBRE

Contralor Departamental del Valle del Cauca	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar para Cercofis Cali	Álvaro Jimenez García
Representante Legal entidad auditada	Olga Lucia Aguilar Valencia
Equipo de Auditores:	
Líder de Auditoria	Amparo Collazos Polo
Integrantes del equipo Auditor	Maria Stella Maya Álvarez
	Olga Mercedes Pérez Barco
	Jaime Vergara Castrillon
	Edgar Gustavo Arias Afanador
	Robinson Suárez Barco



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCIÓN	4
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	5
2 METODOLOGÍA	6
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	7
2.2 ANTECEDENTES – SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	7
2.3 QUEJAS	7
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	8
3.1 GESTIÓN	8
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	8
• Planeación	8
• Actuación de las Juntas Directivas	11
• Análisis de la Estructura Organizacional	11
• Análisis de los Sistemas de Información	14
• Evaluación del Sistema de Control Interno	15
3.1.2 SALUD PUBLICA	17
• Promoción y Prevención	18
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	19
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	19
• Satisfacción del Usuario	21
• Infraestructura	22
• Medio Ambiente	30
• Cumplimiento de su actividad misional	32
3.2 FINANCIAMIENTO	33
• Estados Contables	33
• Presupuesto	38
• Análisis de variables internas y externas que afectan el financiamiento de la Entidad	39
3.3 LEGALIDAD	40
• Cumplimiento del marco normativo de la Contratación	40
• Impacto de la Contratación	43
• Procesos judiciales	44
3.4 QUEJAS	46
3.5 REVISION DE LA CUENTA	46
3.6 ENCUESTA DE AUTOEVALUACION	46
4 ANEXOS	48
1. Dictamen Integral Consolidado	49
2. Cuadro Resumen de Hallazgos	54
3. Estados Contables	61



INTRODUCCION

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

Esta auditoria se desarrolló con énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las empresas sociales del estado, y a los resultados que de ella se derivan en procura de un mejor bienestar de la población de su área de influencia.

En busca de éste objetivo, se realizó un trabajo que contó con un equipo interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

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



1. HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

Este municipio cuenta con una vía férrea que influye turísticamente en sitios de veraneo como Pavas, Lomitas y Bitaco, por lo tanto recibe constantemente población flotante que obliga al Hospital a estar preparado para diferentes emergencias y garantizar a la comunidad el disfrute de un entorno sano y la protección e integridad del ambiente.

La entidad realizó un completo análisis estratégico del sector en relación con los riesgos en salud pública de la población y el perfil epidemiológico a través del Programa denominado Georeferenciación los cuales incluyen los mapas para el Programa PAI del municipio con sus respectivos corregimientos.

Los registros contables de 2009 presentan un atraso de 4 meses al igual que los libros oficiales de contabilidad de 2007 y 2008 no se encuentran impresos.

Desde el 2006 que presentó la actualización de Catastro Físico Hospitalario en cumplimiento de la Resolución 0293 de 2004, la entidad no ha continuado presentando este procedimiento ante el Grupo de Infraestructura Física de la Secretaría de Salud Departamental, en función de la prestación y mejoramiento del servicio hospitalario como lo solicita la norma.

La no creación del Comité de Conciliación, es un hecho vital y relevante, que cobra mayor importancia dado la existencia de procesos judiciales que concluyeron con sentencias condenatorias que obligan al Hospital local a dar cumplimiento perentorio de la misma, lo cual requiere de acuerdos tolerantes que sean legitimados por este comité.

No es conveniente, por riesgo de una demanda, que la contratación de prestación de servicios que se realiza con la Cooperativa de Servicios Integrados CTA CONSENTIR, la cual no cuenta con un manual de funciones de actividades para los contratistas, estos funcionarios contratados se deban remitir al manual de funciones que el Hospital ha elaborado para los empleados de planta.



2. METODOLOGIA

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

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

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

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por seis profesionales en las áreas de Derecho, Administración, Agronomía, Ingeniería Civil, Contaduría e Ingeniería Industrial, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la comunidad.

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

Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el Ente auditado se buscó la autoevaluación, a través de aplicación de encuesta previamente diseñada para los ejes temáticos a evaluar en el proceso auditor.



2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El Dictamen integral consolidado derivado de los resultados de la presente auditoria, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2008.

2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Como producto de la auditoria realizada en agosto de 2006 por la Contraloría a la vigencia 2005 se suscribió el plan de mejoramiento, el cual contenía 9 hallazgos administrativos de los cuales se cumplieron ocho (8) en su totalidad y uno (1) tuvo cumplimiento parcial que corresponde al hallazgo No.7 para el cual realizaron ajustes a la cuenta de propiedad planta y equipo, pero falta culminar la acción correctiva, que se realizara en el cierre contable del 2009.

El hospital alcanzo el 94.4% de cumplimiento al plan de mejoramiento, con un promedio logrado en la evaluación de 1.89 puntos.

2.3 QUEJAS

No se remitieron quejas por parte de la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana, de igual manera no se atendieron quejas durante el proceso auditor.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 GESTION

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- **Planeación**

Para realizar la planeación de los diferentes programas a ejecutar la entidad tuvo en cuenta como aspecto primordial la información sobre el estado de aseguramiento de los habitantes del municipio de La Cumbre según cobertura para los años 2006, 2007 y 2008 los cuales se encuentran distribuidos así:

TIPO DE REGIMEN	AFILIADOS 2006	%	AFILIADOS 2007	%	AFILIADOS 2008	%
Contributivo	628	7.7%	1327	11.4%	1362	11.2%
Subsidiado	5112	62.5%	5796	49.8%	7566	62.3%
Población pobre	2430	29.8%	4091	35.1%	2524	20.7%
Desplazada	No reporta	0%	111	0.9%	324	2.6%
Discapacitada	No reporta	0%	328	2.8%	380	3.2%
TOTAL	8.170	100%	11.653	100%	12.156	100%

Como se observa, el mayor porcentaje de la población de La Cumbre se ubica en el Régimen Subsidiado.

Plan de Desarrollo 2004-2007

Existe articulación y armonización del Plan Institucional con el Plan Nacional de Desarrollo aprobado por la Ley 812 de 2003 en el tercer objetivo nacional que orienta sus esfuerzos a la construcción de equidad social a través de la protección de los sectores más vulnerables de la sociedad. Así mismo guarda coherencia con el fortalecimiento del incremento de la cobertura de aseguramiento.

Con el Plan Departamental, es coherente con el objetivo general 2 Sector social, como es el de contribuir al desarrollo de una sociedad más equitativa y solidaria en la que prevalezcan los derechos de los niños y jóvenes, la igualdad de oportunidad entre mujeres y hombres, el respeto a la diversidad y el acceso a bienes y servicios sociales como bases esenciales del Bienestar Social.

Los objetivos planteados en el plan de desarrollo institucional del Hospital se han formulado acordes a las estrategias propuestos en cada uno de los planes mencionados, especialmente en aquellos que están orientados a la ampliación de cobertura, mejoramiento en la calidad de la atención, fomento de servicios de promoción y prevención, estrategias en Salud pública.



Este plan no contiene el plan financiero ni el plan plurianual de inversiones, no tiene indicadores para medir su cumplimiento.

Plan de Desarrollo 2008-2011

Continúa con los mismos 14 objetivos específicos del plan de desarrollo anterior, presenta variación en el sentido que agrupa estos objetivos en dos líneas de acción y se estimó en \$6.034.175.012:

-Fortalecimiento Institucional, cuyo objetivo general es “desarrollar estructura empresarial implementando procesos que garanticen normas de calidad que permitan el posicionamiento institucional.

-Mantenimiento coberturas en salud, cuyo objetivo general es “Garantizar la prestación de servicios de salud de acuerdo a los requerimientos de los clientes externos”.

Este plan estableció el costo del mismo para cada año, es decir tuvo en cuenta el plan financiero que le permitiera garantizar los recursos para su ejecución, pero no presenta estrategias para consolidar una política de manejo financiero que garantice la efectividad en el manejo de los recursos y garantizar la calidad en la prestación de servicios de acuerdo al nivel de atención en salud.

No incluyen programas relacionados con gestión de cobro y cartera en ninguno de los planes de desarrollo institucional, ni en el plan de acción.

No se evidencia la participación de la comunidad en la elaboración de este plan, como lo estipula la Ley 152 de 1994.

Planes de acción

Para los años 2006 y 2007 los planes de acción contienen iguales actividades, constan de 14 objetivos y están debidamente valoradas las acciones a ejecutar, el valor total del plan para el 2006 es de \$122 millones y \$164 para el 2007, se evidencia el cumplimiento de los planes en ambas vigencias.

A partir de la vigencia 2008 se elaboran los planes anuales de acción por procesos, se toma el proceso de recurso humano como muestra selectiva para verificar el cumplimiento, el cual alcanzó un 75% debido a la falta de disponibilidad de recursos financieros.

Este plan enfoca su objetivo a desarrollar actividades de mejoramiento continuo del Recurso Humano, con el fin de proporcionar personal competente y motivado para el logro de las metas institucionales a todos los procesos organizacionales.



Planes Anuales Operativos

Los planes para todas las vigencias son iguales, contiene lo mismo del plan de desarrollo institucional con las 2 líneas de acción y 2 objetivos generales. Seleccionado el plan operativo 2008 cuyo costo es de \$1.400'000.000 se ejecuto en un 90%, desarrollaron las actividades concernientes a las líneas de acción de maternidad segura, infancia saludable, gestión y vigilancia en salud publica.

Plan de Mantenimiento Hospitalario

El Decreto 1769 de 1995 busca asegurar disponibilidad para garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos para prestar el servicio y contribuir a que la atención en salud cumpla con las características de calidad previstas en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993. En el 2006 apropiaron en presupuesto el 4.8% y ejecutaron el 3.9%, incumpliendo con la norma que exige como mínimo destinar el 5% de los ingresos, como se observa en el siguiente cuadro:

AÑO	PPTO DEFINITIVO	APROPIADO MANTENIM.	Apro piado	5% OBLIGATORIO MANTENIMIENTO	PPTO EJECUTADO	MANTENIM. EJECUTADO	% EJECUTADO MANTENIMI
2006	\$1.748'000	\$84'000	4.8%	\$87.400	\$1.816.028	\$71'005	3.9%
2007	\$1.871'453	\$116'500	7.2%	\$93'572	\$1.864.398	\$93'481	5 %
2008	\$2.019'744	\$157'994	7.9%	\$100'987	\$1.907'748	\$79'654	4.2%

Durante el 2007 apropian el 7.2% en el presupuesto para mantenimiento preventivo de sus equipos e infraestructura y ejecutar el 5% para realizar las actividades técnico-administrativas tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo.

Para el 2008 apropian el 7.9% del presupuesto de ingresos para mantenimiento pero ejecutaron el 4.2%, causando incumplimiento a la normatividad vigente para mantenimiento de equipos hospitalarios.

Se evidencia control o interventoria al mantenimiento realizado, existen las hojas de vida de los equipos biomédicos con su ciclo de mantenimiento preventivo.

Plan de compras

La entidad no elabora plan de compras, se limita a lo incluido en el presupuesto y agota las apropiaciones a medida que va necesitando insumos, papelería, y medico quirúrgicos o otra adquisición.



- Actuación de las Juntas Directivas

La Junta que opero durante las vigencias 2006-2007-2008 cumplió con lo establecido en el artículo 14 de los estatutos aprobados por Acuerdo No.08 de 1999 para su conformación, está debidamente elegida al contar con representantes de los gremios, usuarios, sector científico, Secretario de salud y presidida por el Alcalde municipal, cumplió con una de sus funciones principales cual es aprobar el plan de desarrollo institucional o plan estratégico en cumplimiento de la Ley 152 de 1994 y que le permite a la entidad orientar las actividades principales a desarrollar en el periodo, como una herramienta fundamental de planeación.

Los Actos y Acuerdos administrativos están debidamente firmados y archivados.

El libro de actas no estaba registrado ante la Secretaria de Salud Municipal, entidad que ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control, como lo establece el artículo 19 de los estatutos, situación que fue subsanada de manera inmediata una vez notificada la observación.

En una de las actas se observa el caso del ex gerente Freddy Hurtado quien demando y obtuvo fallo a su favor mediante sentencia No.071 de Septiembre 27 de 2007 emanada del Juzgado 18 Administrativo del Circuito, la cual quedo debidamente ejecutoriada el 26 de enero de 2009, situación que causara erogaciones adicionales tanto al municipio como al hospital según monto a pagar fijado y que se encuentra en proceso de conciliación.

Estatutos

La Junta Directiva no ha cumplido con el literal a) del articulo 15 de sus estatutos, que dice “Reformar los estatutos” con el fin de mantenerlos actualizados, la última modificación la realizó mediante Acuerdo No.08 de 1999.

- Análisis de la Estructura Organizacional

La misión está plenamente definida y la visión de la entidad se encuentra enfocada a la organización en el desarrollo de la atención en salud y a la prestación de los servicios de baja complejidad.

Se observa en el organigrama para 2006 y 2007 que no se delega autoridad y responsabilidad en esta estructura orgánica al depender casi todos los cargos de la Gerencia, existiendo una jefe de oficina de talento humano; a excepción de la delegación del medico general que tiene autoridad directa sobre los cargos de auxiliares área operativa.



En la estructura orgánica de la entidad no existe la oficina asesora de control interno.

MANUAL DE FUNCIONES

Mediante Acuerdo No.007 de diciembre 27 de 2006 se ajusta y aprueba el manual específico de funciones y requisitos mínimos de acuerdo al Decreto 785 de 2005, para cumplir con el nuevo sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos.

Como no esta creado el cargo de subgerente administrativa se concentra en la jefe Oficina de Talento Humano las funciones inherentes a este cargo.

En las funciones del cargo denominado Auxiliar Administrativo a nivel asistencial Código 407 se observa que se encuentran todas las Inherentes a control Interno, incluida la coordinación de todos los procesos relacionados con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, situación que no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, que debe ser del más alto nivel y lo denominan Auxiliar Administrativo de Mejoramiento continuo.

Talento Humano

En septiembre 28 de 2008 se venció el periodo de la Gerente, no se realizó el proceso de elección acorde al Decreto 800 de marzo 14 de 2008, la Administración Municipal se acogió al artículo 11 del Decreto 358 de 2008 y mediante Decreto No.050-A de septiembre 26 de 2008, reelige la Gerente, como resultado de la evaluación satisfactoria hecha a su gestión, según la metodología postulada por el Ministerio de la Protección Social.

PLANTA DE CARGOS

Entre el 2006 y 2008 se mantienen con 26 servidores públicos los cuales están distribuidos en 21 empleados públicos y 5 trabajadores oficiales.

El nivel directivo lo conforman la gerente y la jefe de oficina, y el nivel profesional un medico general y un psicólogo, observando que los cargos en los altos niveles jerárquicos del hospital son mínimos, evidenciando ausencia de personal responsable de la parte financiera de la entidad y de control interno en este nivel, delegando estas funciones en auxiliares administrativos, o en personal contratado por prestación de servicios o por cooperativa de trabajo asociado.

Para el área administrativa y financiera mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios hay 3 personas: asesor financiero, asesor jurídico y asesor contable.



La entidad realizó convocatoria para proveer cargos de carrera administrativa con la Comisión Nacional del Servicio Civil ya que algunos empleados no se encuentran en carrera administrativa.

COSTO DE LA ASIGNACION BASICA MENSUAL DE LA PLANTA DE CARGOS

AÑO	2006	2007	VARIACION 2006-2007	2008	VARIACION 2007-2008
VALOR	\$23'292.402	\$24'457.022	5%	\$25'924.438	6%

Como se observa en el cuadro anterior la variación del costo de la asignación salarial básica mensual para los funcionarios de planta en el hospital fue mínima durante las 3 vigencias con incrementos del 5% para el 2007 y 6% en el 2008.

No obstante el costo total mensual de la nómina se aumentó debido a la aprobación mediante Acuerdo 01 de Mayo 26 de 2006 de la Junta Directiva de la prima técnica a la gerente, equivalente al 50% de la asignación básica mensual a partir de junio de 2006, tomando como fundamento legal para concederla el Decreto 1536 de mayo 27 de 2003 y el Decreto 1661 de junio 27 de 1991, que le significó incrementos mensuales a la nómina en los siguientes valores:

AÑO	2006	2007	2008
VALOR MENSUAL	\$1'763.314	\$1'851.480	\$1'962.569

CONTRATACION DE PERSONAL SUPERNUMERARIO

Se mantuvo casi constante el número de personas vinculadas por la cooperativa de trabajo asociado, se utiliza básicamente para cumplir con los programas y metas de la Atención Primaria en Salud ejecutado mediante convenio con la Secretaría de Salud del Valle y el costo de la contratación ha disminuido para la vigencia 2008 con relación al 2007 como se observa en la siguiente tabla:

AÑO	No. PERSONAS	VALOR
2006	24	\$544'206.815
2007	27	\$576'499.713
2008	26	\$500'572.438

PLAN DE CAPACITACION

En el 2006 se realizan capacitaciones pero no obedecían a un programa, no había organización y se improvisaba, sin análisis de requerimientos y necesidades, se observa un cambio para las siguientes vigencias, en el 2007 el plan de capacitación programado se denomina "Programa de mejoramiento de competencias", es un programa que se destaca en el proceso de recurso humano, contiene identificación



de necesidades de capacitación, realiza evaluación de temas generales para verificar la formación del personal y evaluación de temas específicos inherentes al cargo.

El Plan de capacitación para el 2008 se denomina “Programa de mejoramiento de competencias laborales”, cambia con respecto al 2007 en el sentido que se mide por horas, programa capacitaciones que como mínimo se le debe dar a cada servidor público 40 horas de capacitación.

PLAN DE INCENTIVOS Y ESTIMULOS

Durante las vigencias auditadas no se elaboró este plan que pretende estimular y elevar los niveles de motivación de los funcionarios, con el fin de satisfacer sus necesidades sociales y de realización personal.- Ley 909 de 2004 y Decretos 1567 de 1998 y 1227 de 2005,

HISTORIAS LABORALES

Se presentaba deficiencias en relación con la falta de documentos, las cuales fueron subsanadas de manera inmediata por la administración, entre ellos estaban la ausencia de la declaración juramentada de bienes y rentas, el formato único de hoja de vida de la función pública, copia del documento de identidad, registro civil, oficio de notificación del nombramiento, actos administrativos de vacaciones, liquidación de cesantías.

GESTION DOCUMENTAL

La Institución estableció control para la correspondencia interna y externa, mediante la radicación por la ventanilla única, que maneja la Auxiliar administrativa para asegurar la administración adecuada del mismo, de manera oportuna y eficaz.

Están en proceso de organización del archivo central, en la actualidad está empacando los documentos en las cajas de conservación y se han implementado las tablas de retención documental.

La consulta de documentos en el archivo de gestión se dificulta porque no se han elaborado los índices alfabéticos o numéricos.

- Análisis de los Sistemas de Información

No se protege la información de la institución tanto financiera, presupuestal o de cartera, porque durante las vigencias auditadas, la entidad no realizó copia de seguridad y cada funcionario es responsable de las copias de seguridad que se manejan en su respectiva área de trabajo.



La entidad cuenta con la página Web que le permite una comunicación externa oportuna con la comunidad para que ella conozca los servicios que brinda, sus horarios de atención, trámites y demás información.

- Evaluación del Sistema de Control Interno

Están implementando simultáneamente con el MECI, el Sistema de calidad en la gestión pública NTCGP: 1000:2004 y su implementación va en buen grado de avance.

Vigencia 2006

Realizaron los actos administrativos y la gerencia inicia el compromiso de implementar el modelo estándar de control interno con el Acta 001 de agosto 30 de 2005, pero durante el 2006 no avanzaron en su implementación.

Realizaron la encuesta referencial versión 6.0 pero no se suministro tabulación de ella, por lo tanto no fue posible conocer el rango en que se encontraba cada fase y la calificación total del SCI.

Vigencia 2007

Elaboró el código de ética y cartilla de valores así como el código de buen gobierno con el propósito de comprometer a todos los funcionarios en un real y efectivo cambio de actitud frente a su institución, compañeros y usuarios del servicio, con un trabajo honesto y eficiente.

El manual de calidad contiene los objetivos de mejorar la infraestructura, disminuir los tiempos de espera, tener clientes satisfechos entre otras.

Mediante Resolución No.23 de marzo 05 de 2007 se le asignan funciones de representante de la calidad a un funcionario de la entidad para que haga las veces de coordinador de calidad, como coordinadora del proceso de mejoramiento continuo y a su vez es la delegada de las funciones de control interno que es el grupo evaluador de los procesos.

El contratista que desarrolla las actividades de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es el representante de primer nivel de la alta dirección para la operacionalización del MECI, situación que no esta acorde a los lineamientos consignados en el numeral 3 de la Circular 3 de septiembre 27 de 2005, emanada por el consejo asesor del gobierno en materia de control interno, que dice: "El representante legal designará a un **Directivo de Primer nivel** de la respectiva entidad, distinto al Jefe de la Oficina de Control interno, para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el MECI".



Aunque existe el comité de ética hospitalaria, no se actualizó para que lo integren funcionarios del área administrativa dado que este es solo de personal asistencial.

La evaluación del sistema de control interno para esta vigencia según el resultado consolidado del avance en la implementación del MECI, arrojó un puntaje total de sistema de 1812,4 con un resultado satisfactorio.

Vigencia 2008

Cumplió con la rendición del informe ejecutivo anual sobre el avance en la implementación del modelo estándar de control interno en el 2008 y el porcentaje de avance es del 51.86%, lo cual es coherente con la situación real del Sistema, específicamente con el subsistema de evaluación porque no realizan planes de mejoramiento individual ni por procesos, se limitan a los planes de mejoramiento de la contraloría.

El hospital creó a la oficina de atención al usuario para facilitar la información de los servicios que ofrece la entidad y cuenta con un buzón de sugerencias.

Durante las vigencias auditadas, no se evidencia evaluación por parte de Control Interno al área de facturación y proceso de glosas, para identificar causas correctivos necesarios o puntos de control orientados a minimizar las inconsistencias en la facturación, inobservando lo estipulado en el numeral 5.3.3 de la Circular 035 de 2000.

Adicionalmente el avance en el Sistema de Gestión de la calidad alcanza el 100% como se observa en el siguiente cuadro:

POLITICA DE CALIDAD	
DESCRIPCION	AVANCE
Objetivos de calidad	5%
Modelo de operación por procesos	20%
Documentación	20%
Socialización y sensibilización	10%
Auditoria interna	18%
Revisión por la dirección	27%

Los diferentes procesos institucionales cuentan con planes y programas de monitoreo y elaboraron el programa de auditoria integral sistémica de mejoramiento de la calidad en salud.

En relación a la implementación de MECI en la actualidad la entidad culminó el proceso de diagnóstico con el fin de dar cumplimiento a todos los puntos que exige las Circulares 03 y 05 de Septiembre 27 de 2005 y diciembre 22 de 2006, y ha



intensificado el proceso total de implementación durante esta vigencia, aunque el plazo vence en junio de 2010.

Evaluación del Control Interno Contable

La entidad no tiene legalizado la adquisición del modulo de contabilidad, el cual se encuentra en prueba, presentando fallas en su funcionamiento sin poder exigir resultado al proveedor.

Al solicitar la exhibición de los libros oficiales de contabilidad de los periodos auditados estos no se encontraban impresos.

A la fecha de la auditoria se determinó que la contabilidad se encuentra registrada a julio de 2009.

Se determinaron diferencias entre los saldos de los balances de comprobación y los estados financieros de la entidad.

La entidad no tiene implementado procedimientos legales de cobro para cartera con vencimiento mayores a los 180 días, cobranza pre-jurídica y jurídica, corriendo el riesgo de prescripción de las cuentas de cobro o tramites dispendiosos ante órganos judiciales para su reconocimiento y pago; lo que dilata el flujo de efectivo.

Se debe revisar el proceso de facturación en cuanto a admisión, cargue y facturación, el alistamiento de envíos o cuentas de cobro y la radicación ante las empresas clientes, de modo que se incremente el recaudo y disminuya la cartera vencida.

Para la vigencia 2008 la entidad no calculo la depreciación de su propiedad planta y equipo, de igual forma se determinó para el 2006 y 2007 que esta no se hace en forma individual, incumpliendo lo establecido en el numeral 5 de la Circular externa 007 de 1996, la Circular externa 045 de 2001 y 011 de 1996, de la contaduría general de la nación, igualmente no se cuenta con una ficha o control individual que permita establecer la distribución racional y sistemática del costo de los bienes, durante su vida útil estimada y el registro de estas en la citada cuenta.

3.1.2 SALUD PÚBLICA

La Entidad, desarrolla y estimula la generación de mecanismos de información y educación ciudadana respecto de estilos de vida saludables y factores de riesgo para la salud a nivel individual y colectivo, mediante convenios con la Secretaria de Salud Departamental ejecutando durante el 2006, 2007 y 2008, programas que beneficiaron no solo a la población del municipio con el plan local de APS, sino

alcanzando una amplia cobertura entre los habitantes de los diferentes municipios incluidos en el plan regional para la atención primaria en salud.

Programa Maternidad Segura

Buscó fomentar conductas de autocuidado para la maternidad e involucrando a la pareja, la familia y la comunidad en el cuidado de la mujer y el recién nacido, en la importancia del control medico, participación del curso de psicoprofilaxis, lactancia materna, nutrición adecuada de la gestante y recién nacidos y los problemas que se pueden presentar en el posparto. Incluyo visitas domiciliarias y medico exclusivo en el programa.



Programa Infancia Saludable

Este programa logro contribuir al desarrollo físico y sicológico de la niñez en el municipio, evitando el maltrato y promocionando un ambiente familiar estimulante y positivo para su crecimiento.

Para realizar la promoción de los derechos y deberes y los cuidados del niño se desplazaron a las veredas con los grupos de las escuelas y en la zona urbana con el grupo de las madres quienes reciben el complemento nutricional.

- Promoción y Prevención

PROMOCION Y PREVENCION	2006	2007	2008
Dosis de biológicos aplicados	7.710	4.127	3.930
Controles de Enfermería (Atención prenatal/crecimiento y desarrollo)	4.358	4.930	3.606
Citologías cervicovaginales	1.478	1.384	1.499

Evaluando la documentación del cumplimiento de los programas de promoción y prevención, se evidencia que las actividades relacionadas con el programa de crecimiento y desarrollo presenta un incremento para el 2007 del 12.4% con relación al año anterior y para el 2008 disminuyen en un 27% las actividades, incide en este comportamiento la disminución del apoyo de la Gobernación para estos programas durante esa vigencia.

En el programa de inmunización se observa un porcentaje de cobertura bajo con una variación para el 2007 de un 46.4% con respecto al año anterior y para el 2008 continua bajando un 4.7%, incumpliendo la cantidad de dosis programadas para este mismo año.



El Hospital realiza actividades extramurales de promoción y prevención mensualmente con su respectiva programación para la zona rural con los diferentes profesionales de salud.

- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH)

En el análisis al cumplimiento e implementación del PGIRSH, el hospital adoptó el plan de gestión de residuos hospitalarios, según Resolución 42, de febrero de 2005, dando cumplimiento a los Decretos 1669 de 2002 y a la Resolución 1164 de 2002.

El grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, fue creado mediante Resolución de mayo de 2008, se crea el grupo GAGAS para la operación del PGRISH -el cual tiene sus funciones específicas y se reúnen mensualmente.

En la ejecución presupuestal de gastos no se identifica en forma específica presupuesto alguno en programas, proyectos o actividades ejecutadas para el adecuado manejo y gestión de residuos hospitalarios así como tampoco se tiene informes de la gestión ambiental

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La producción de servicios disminuyó en un 0.3 % durante el 2007 en relación con el 2006, porcentaje mínimo en comparación con el 2008 que se presenta una variación negativa de 8.18% en la producción, como se observa en el siguiente cuadro:

Producción total de servicios		
2006	2007	2008
75.615	75.497	69.318



La anterior situación en el hospital es producto de la disminución en la vacunación, en urgencias y en las exodoncias, las cuales han influido la atención preventiva y oportuna relacionada con las visitas domiciliarias del programa APS, como se observa a continuación:

SERVICIOS	2006	2007	2008
PROMOCION Y PREVENCIÓN			
Dosis de biológicos aplicados	7.710	4.127	3.930
AMBULATORIOS			
Consultas medicina general urgente	4.472	4.601	3.613
ODONTOLOGIA			
Consultas de odontología (valoración)	7.716	2.770	1.040
Exodoncias	590	659	510
Sellantes aplicados	2.926	3.885	3.077

En urgencias se presenta un disminución del 21.5% lo que significa que 988 consultas menos en el 2008, como producto de la influencia que tuvo la intensificación del programa de la atención primaria en salud el cual incluyo la realización de visitas domiciliarias en el municipio con todo el equipo local de APS, los cuales ejecutaron actividades de vida saludable, maternidad segura entre otras que influyen de manera significativa en la disminución de las consultas por urgencias.

Los Egresos hospitalarios disminuyeron durante el 2008 en un 24% que obedecen también a las diversas actividades del programa de APS, que influye en la medida que aumentaron los controles y exámenes oportunos incluidos en estos programas que por ende da como resultado que la población no a requerido hospitalización porque a mejorado su estilo de vida saludable y las patologías asociadas a la edad (diabetes, presión alta, EPOC), estén controladas.

Con respecto a odontología las actividades de higiene oral tanto en el sector rural como urbano influyeron para que los sellantes aplicados durante el 2008 bajaran en un 20.8% en relación con el 2007 y similar situación ocurrió con las exodoncias en el 2008 que disminuyeron en un 22.8% con respecto al 2007.

Habilitación

Está certificado para la prestación de servicios de primer nivel y se encuentra inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento con el Código No.76-377-01768-01 en la modalidad de IPS, desde agosto 10 de 2006.

Posee la capacidad tecnológica y científica según el manual de estándares para prestar los servicios de baja complejidad.

- Satisfacción del Usuario

Las acciones orientadas a mejorar los resultados de la atención en salud centradas en el usuario se fundamentan en las características inmersas en la calidad que permita medir la oportunidad y la accesibilidad las cuales se mantienen en forma permanente en todos los servicios, la seguridad mediante el indicador de infecciones hospitalarias que en el último año ha bajado y la continuidad que se hace evidente en los pacientes controlados en los programas de hipertensión y diabetes.

Los representantes de la comunidad están vinculados al hospital y cumplen funciones específicas de salud en un comité de usuarios o comité de participación comunitaria.

La entidad realiza monitoreo de contacto directo con los usuarios que adquieren los servicios en salud, donde se identifica evaluaciones periódicas de satisfacción de los beneficiarios en la calidad de la atención prestada.

El 89.6% de los usuarios están satisfechos con el servicio prestado según el resultado que arrojó la encuesta realizada a 103 usuarios del hospital, no obstante se presentan algunas inconformidades en el área de urgencias solicitando más agilidad en la atención y aumento de médicos para este servicio, así mismo requieren prioridad en la atención para los usuarios que llegan de las diferentes veredas.

En consulta externa por la demora en atención piden que el servicio sea más rápido y aumentar un médico para esta área, así como los cupos de las citas medicas.

Para odontología manifiestan que se requiere más personal por la demora en la atención y puedan aumentar los cupos y en hospitalización solicitan prestar el servicio de rayos x.

En Promoción y prevención requieren que informen al paciente el día en que no hay atención.

RENDICION PÚBLICA DE CUENTAS

La gerente del hospital ha desarrollado y utilizado los mecanismos apropiados para realizar la rendición pública de cuenta de manera periódica, para que la ciudadanía



se informe sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas contenidas en el plan de desarrollo.

En enero 26 de 2009 realizaron la audiencia pública de rendición de cuentas a la comunidad de La Cumbre.

Avances del cumplimiento de la sentencia 760 de 2008

La sentencia de Tutela T -760 de 2008, ordena una cobertura universal del sistema de salud colombiano, es decir, que entre 1.5 y 3 millones de personas no afiliadas al sistema estén incluidos para 2010 en el régimen subsidiado y además que para el mismo año toda la población con capacidad de pago ingrese al régimen contributivo.

El Hospital para dar cumplimiento a la Sentencia ha mejorado el acceso de los usuarios del régimen subsidiado a los medicamentos, insumos y procedimientos tanto del POS como los NO POS-S, al suscribir convenio con COHOSVAL se evidencia la prestación oportuna, eficiente y con celeridad de estos servicios.

- **Infraestructura**

La infraestructura del Hospital reclama una expansión, adecuación y remodelación, conforme al continuo crecimiento de la comunidad y como ente de prestación de servicios de salud. Está clasificada por su construcción y asistencia en salud, con una complejidad en atención de nivel 1, constituyéndose en el único centro médico a nivel público de importancia en el municipio. En 1979 se empezó la construcción del edificio actual y en 1999 se terminó el área de urgencias, sala de conferencias y el taller de mecánica, espacio que iba a ser destinado para la morgue, el cual no se construyó.

Desde el año 1999, el crecimiento en la parte estructural se ha limitado a reparaciones, mantenimiento y adecuaciones locativas de forma periódica, ya que su construcción y distribución tienen mas de 30 años, lo que hace necesaria su intervención, por tal razón, se evidencia la obsolescencia generalizada en las redes eléctricas, mampostería y estructuras de la edificación, y falta de adelantos tecnológicos necesarios para la prestación de servicios como son las redes de gases medicinales, revaluación y acondicionamiento de las redes eléctricas, tableros de alimentación, protecciones y aterrizamientos adecuados para los equipos biomédicos, planta telefónica y equipos de computación; además posee una zona para futuras expansiones y nuevas aéreas de servicios.

La construcción del hospital esta determinada por un área aproximada de 1330m², compuesto por 3 estructuras claramente identificables separadas por niveles, diseñada en columnas de concreto semi-reforzado con vigas de cimentación, vigas



aéreas y paredes portantes, interiores de mampostería y perímetros soportados por muros de contención en piedra; también se observa que cada edificación varía en cuanto a materiales utilizados pero se sigue la misma técnica de construcción excepto el edificio de administración; además posee un área sin construir de aproximadamente 750m², dispuesta para una futura ampliación del campus hospitalario.

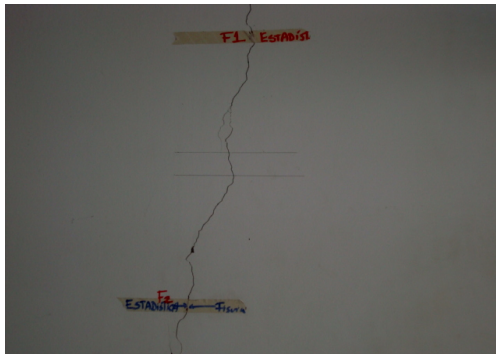
Se observan espacios complementarios e integrales que se fueron construyendo y adecuando por la necesidad del servicio como son: el acceso a urgencias, urgencias, el área de cárcamo y taller de mecánica y la sala de partos, los cuales forman parte de la estructura y adecuaciones mas recientes del complejo hospitalario e implementadas para la ampliación de cobertura; sin embargo no cumplen con las especificaciones técnicas y observancia de la NSR-98.

La planta arquitectónica consta tres edificios en donde se encuentran, el área de taller de mecánica, garajes, área de urgencias, sala de conferencias, área de odontología, consultorio de sicología, sala de espera, áreas de hospitalización, pediatría, laboratorio, vacunación, programas, estadística, comedor cocineta, lavandería, consultorios, programas, estadística, archivo, almacén, esterilización, sala de partos, baños, depósitos varios y área administrativa.

Actualmente la estructura del edificio clínica y urgencias se están afectando por fisuras verticales en paredes portantes, vigas y columnas de una misma área del edificio-clínica, lo mismo que en el área de urgencias con dos paredes afectadas por fisuras horizontales las cuales evidencian una construcción de comportamiento variable y asentamiento gradual del terreno. Estas paredes tienen marcaciones limítrofes para ver la dilatación en el tiempo, labor ejecutada por un grupo de ingenieros del comité de cafeteros; sin embargo esta situación debe someterse a un estudio especial debido a que posiblemente hay afectaciones por sobrecargas puntuales dispuestas en sitios específicos de la construcción que muestran deformaciones de tipo estructural. Regularmente los problemas causados en la estructura de cimentación bien sea por un diseño no apropiado, problemas del terreno o sobrecargas puntuales, pueden tender a destruir la estructura, máximo cuando estas fisuras encuentran el punto mas débil en las vigas o columnas, situación que requiere un reforzamiento estructural correctivo de forma expedita teniendo en cuenta el estudio preventivo solicitado para el cumplimiento de la ley de sismo-resistencia. Es importante observar que el estudio de suelos contenido en el cumplimiento del estudio de vulnerabilidad sísmica, muestra las características que en un principio de la construcción de esta edificación (año 1999), no se apreciaron.



Lo anterior como deber de la Contraloría y opinión técnica del grupo auditor, se notifica la prevención mediante este informe, por los riesgos que la institución pueda presentar a futuro.



El hospital tiene bajo su competencia, nueve puestos de salud ubicados en los corregimientos de la jurisdicción del municipio de la Cumbre y no se les hace mantenimiento locativo por tratarse de inmuebles municipales, sin embargo en la vigencia 2009 existe un proyecto por parte de la Secretaría de Salud Departamental y el comité de cafeteros, en el cual se dispondrá de \$75.000.000 para adecuación de los puestos de salud ubicados en la zona rural del municipio con el fin de generar una adecuada y oportuna atención a la comunidad en cumplimiento de estándares de la norma de habilitación; actualmente tienen una infraestructura medianamente dotada para servicios de primeros auxilios y atención de las brigadas de salud realizadas periódicamente en desarrollo de la actividad de promoción y prevención.

En el tema tecnológico, la infraestructura en redes informáticas muestra interconexión entre el área administrativa mediante un programa llamado R-FAST, el cual tiene el propósito de organizar y procesar la información del área financiera y lo relacionado con ingresos propios, estadísticas de atención y control de actividades con interfaces limitadas a facturación, presupuesto y nómina. Por lo anterior no existe una expansión de redes estructuradas y alcance suficiente para lograr los objetivos misionales de integración entre las áreas asistenciales.

La proyección en infraestructura física, de acuerdo a los planes de desarrollo en los dos (2) períodos correspondientes al 2004 – 2007 y 2008 - 2011, y su particularización en los planes de acción 2006, 2007 y 2008, se muestra una generalización de los objetivos, que son detallados y reiterativos en cada vigencia pero en los planes de acción del 2006 y 2007 no se integra el desarrollo de la infraestructura del hospital ni tampoco existe inclusión en el plan de acción, la



implementación de estudios para construcción , remodelación y adecuación de la planta física del hospital para el apoyo de la cobertura en servicios y el cumplimiento de la norma sismorresistente; por otra parte en el plan de acción del 2008, en el objetivo de fortalecimiento institucional, se encuentra la remodelación de la sala de espera y pasillo por \$10.894.242, pero no se consolidó el cumplimiento de objetivo.

Por lo anterior se observa que el objetivo planteado en el plan de desarrollo de las vigencias auditadas, no es coherente con el cumplimiento de lo planeado y lo ejecutado.

CONTROL TECNICO A LA OBRA PÚBLICA Y CONSULTORIA EN OBRA PÚBLICA.

Teniendo en cuenta las vigencias a auditar 2006, 2007 y 2008 se revisó el formato de rendición de la contratación F7 de RECDVALLE para la vigencia 2006 y SIRCVALLE para las vigencias 2007 y 2008 de las bases de datos de la Contraloría Auxiliar para infraestructura Física, con el siguiente resultado:

CONSOLIDACION DE LA INFORMACION CONTRACTUAL POR CLASE DE CONTRATO

DESCRIPCION		2006	2007	2008	
Clase Contrato	Datos	Total	Total	Total	
	# de Contratos	17	18	47	82
	Suma del Valor	\$ 500.100.000	\$544.067.168	\$ 484.060.887	\$ 1.528.228.055
	# de Contratos	1	1	0	2
	Suma del Valor	\$ 17.000.000	\$11.832.000	0	\$ 28.832.000
	# de Contratos	1	2	3	6
	Suma del Valor	\$20.405.000	\$ 37.267.374	\$17.168.000	\$ 74.840.374
	# de Contratos	2	0	6	8
	Suma del Valor	\$21.600.000	0	\$24.081.318	\$ 45.681.318
	# de Contratos	0	1	2	3
	Suma del Valor	0	\$60.494.000	\$28.131.657	\$ 88.625.657
	# de Contratos	21	22	58	101
	Suma del Valor	\$559.105.000	\$653.660.542	\$553.441.862	\$ 1.766.207.404

Fuente: formato de rendición de la contratación F7 de las vigencias 2006,2007,2008

De la anterior información y análisis de los formatos F-7, se puede establecer que en la codificación para la rendición, se confunden los parámetros de identificación de las clases de contratos, por lo cual se evidencia la falta de unidad y criterio de evaluación para establecer la tipología de los objetos contractuales para las vigencias 2006 hasta 2008 lo que puede presuntamente llevar a no desarrollar correctamente el objeto de la apropiación; en consecuencia, la descripción del objeto contractual es muy generalizada, por lo tanto es difícil identificar el propósito del contrato con respecto a la tipología a falta de un objeto claro y específico, lo que ocasiona inconsistencias en el proceso de revisión documental.



Los contratos de prestación de servicios profesionales, son los de mayor inversión, seguido por compraventa, siendo mantenimiento y reparación el 3.6% en el 2006, 5.7% en el 2007 y 3.15% en el 2008, sobre el presupuesto anual en cada vigencia. Aunque la ejecución en infraestructura física no es el objeto social del hospital, este debe cumplir la normatividad hospitalaria en infraestructura y de habilitación de áreas para su funcionamiento, por lo tanto la gestión en torno a estas, debe evaluarse conforme al mantenimiento hospitalario enunciado en el Decreto 1769 de 1994, que reglamentó el artículo 189 de la Ley 100 de 1993 en donde dice: *“ARTICULO 1o. AMBITO DE APLICACION. El presente Decreto tiene por objeto regular los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, el 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos y en los privados...”*; de conformidad con el artículo 9º. del decreto en comento, tratándose de hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de infraestructura y de la dotación hospitalaria, serán presupuestados inicialmente para cada vigencia con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento; por lo tanto se observa que respecto a esta disposición legal, el Hospital no cumplió en las vigencias auditadas 2006 y 2008, con el porcentaje de reserva del presupuesto total de que trata la norma.

Es importante observar que el contrato de mantenimiento de junio 01 de 2006 cuyo objeto es: “Estuco veneciano”, por valor de \$2.000.000, contratista: María Fernanda Esguerra Arroyo, con certificado de registro presupuestal No.2006-222, no presenta un documento contractual describiendo las cláusulas ni términos de la ejecución y no se encuentra en la relación del F-7 de esta vigencia; por lo tanto se considera una omisión e incumplimiento a las Resoluciones Reglamentarias emanadas por la Contraloría departamental 022 y 100.28.02.13.

Referente a la revisión documental de las carpetas de los contratos relacionados con la infraestructura física, seleccionados y aportados para su análisis, se pudo evidenciar que no cumplen con la presentación del análisis de conveniencia y oportunidad, tampoco tienen cronograma de actividades, registros fotográficos y análisis de precios unitarios; en la supervisión se evidencian las etapas de ejecución acorde a los ítems planteados en la propuesta y diseño referentes a la etapa contractual. Estos contratos fueron rendidos y ejecutados en la vigencia 2007 como son: 019-2007, adecuación de la sala de partos, y 015-2007 adecuación de oficinas con divisiones modulares.



Por lo anterior, se evidencian falencias documentales de la parte contractual.

De acuerdo a la Resolución 5123 de 2006 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud que incluirán la proyección de inversiones en infraestructura física en todos los niveles de complejidad y dotación en equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud, se revisaron las vigencias 2006, 2007, 2008 y los proyectos mencionados: “refuerzo estructural por \$99.750.000”, y “remodelación del puesto de salud de Párraga por \$10.000.000”, descritos en los formatos para tal fin y cuyos proyectos han venido describiéndose en cada vigencia, no tienen fichas inscritas en el banco de proyectos bien sea del municipio o de la gobernación, ni tienen los respectivos análisis de conveniencia y oportunidad para incluirlo en un plan, es decir, no están circunscritos con el respaldo técnico de acuerdo a la norma; sin embargo estos planes bienales ya cursaron la aprobación y entrega a la Secretaría de Salud de la Gobernación.

Por lo anterior, se considera una omisión al cumplimiento de estos planes bienales, los cuales no entregan la realidad del diligenciamiento.

En la revisión física se evidenciaron obras de adecuación y remodelación locativa necesarias para la prestación del servicio, desarrollo que causó impacto positivo y beneficio a la comunidad hospitalaria como fue la remodelación y adecuación de la sala de partos.

VULNERABILIDAD SISMICA Y REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL.

El Hospital realizó los estudios de Vulnerabilidad Sísmica en la vigencia 2006, producto del convenio interadministrativo celebrado entre el Departamento del Valle del Cauca – Secretaría Departamental de Salud y la Universidad del Valle, No. 0660 del 31 de Octubre de 2005, en cumplimiento de la Ley 400/97; sin embargo el estudio no dio cumplimiento a los términos establecidos en el parágrafo 2º. del Artículo 54 de la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, por lo que hasta diciembre 21 de 2005 debió acatar la ley, pero el hospital culminó la evaluación y presentación del estudio de vulnerabilidad sísmica en diciembre de 2006, omitiendo el cumplimiento de esta ley.

Frente al Artículo 35 de la Ley 1151 del 24 de julio de 2007, el plazo ampliado de cuatro años para las acciones de reforzamiento estructural, será hasta el año 2013.

Conforme a los recursos asignados y cofinanciados por el Ministerio de la Protección social para realizar estudios de vulnerabilidad sísmica del año 2003 al 2005, se entregó al hospital la suma de \$ 5.581.800.00. Relacionado en los listados del programa que tiene la presidencia de la República a través del Ministerio de la

protección social; se hizo la devolución por este concepto, ya que la gobernación firmó el convenio 0660 de 2005 para tal propósito con la Secretaría de salud y la Universidad del Valle.

En la revisión documental del estudio de vulnerabilidad sísmica remitido por la Universidad del Valle al hospital en 1 tomo acompañado de varios planos y un CD, se presentó el informe final técnico en dos fases fase I: Diagnostico de Vulnerabilidad y fase II: Rehabilitación Estructural. El contenido está referido a dos edificaciones: Área de Administración y Área Clínica los cuales cumplen con la metodología exigida por la norma en sus dos fases, es decir, la primera fase contiene la información del diagnóstico existente sobre las condiciones estructurales de los edificios que compone el hospital, incluyendo el levantamiento estructural y no estructural, muestreo y evaluación de suelos portantes y ensayos de materiales de los componentes para conocer de las características mecánicas, así como también la geometría y longitud de los elementos estructurales.

La segunda fase consistió en la rehabilitación estructural de acuerdo a la NSR-98 y la proyección de las combinaciones de solicitación de cargas para establecer la propuesta del reforzamiento de las edificaciones que deben cumplir con los criterios de resistencia rigidez y ductilidad como recomendación de la ejecución para las dos grandes estructuras: edificio de administración y edificio Clínica.

Por lo anterior, y en términos generales se puede observar por el estudio realizado, que la edificación no cumple con los parámetros integrales de resistencia, rigidez y ductilidad planteados en la NSR-98, puesto que se evidencia en algunos de los cálculos, que las columnas poseen índices de sobreesfuerzos (relación de refuerzo asociado a esfuerzo solicitado vs. refuerzo asociado a resistencia efectiva) superiores a 1 ante las combinaciones de carga estipuladas en las NSR-98; ello implica que la mayoría de las columnas no poseen suficiente resistencia para garantizar un adecuado comportamiento sismoresistente que garantice una óptima seguridad estructural a la edificación, significando con esto que no cumplen con el criterio de resistencia en concretos y aceros, además de los problemas de columnas cortas que no presentan suficiente refuerzo para garantizar la resistencia a flexión y cortante ante solicitaciones de carga y geometría inestable, que la hacen altamente vulnerable a ocurrencia de actividades por fallas tectónicas o fuerzas naturales en esta zona de alto compromiso telúrico según el mapa de riesgo sísmico en Colombia y el esquema de los principales sistemas de fallas en la región según la NSR-98.

En el estudio efectuado no existe análisis de costos de la intervención y por lo tanto no se puede obtener la proyección para la gestión por parte del Hospital, para lo cual sería un desgaste recalcular el presupuesto (cantidades y valores por ítem) para el reforzamiento de toda la edificación.



CUMPLIMIENTO DE LA NORMA HOSPITALARIA PARA INFRAESTRUCTURA.

La construcción actual del Hospital , cumple en su marco espacial y requerimientos de acabado para todas las unidades especiales de atención y logística, expuestas en la Resolución 4445 de 1996 emanada del Ministerio de Salud para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979; sin embargo en lo referente a las condiciones sanitarias locativas, hace falta algunas adecuaciones que se evidenciaron en la visita técnica para el control de la normatividad hospitalaria en relación con la infraestructura física, obteniendo los siguientes resultados:

De acuerdo a la aplicación de los preceptos dictados en los artículos 12, 23,32, 33, 36 y 37 de la resolución 4445 de 1996, se evidencia un riesgo inminente con el almacenamiento de gases medicinales inflamables, los cuales están en un deposito interno o cuarto del área de hospitalización, sin la disposición adecuada. En el área de hospitalización, solo uno de los cuartos cumple con la unidad sanitaria con ducha, para los demás cuartos se tienen baños comunes para hombres y otro para mujeres, los cuales carecen de elementos para minusválidos en las unidades sanitarias. En esta área el cuarto para aislamiento de pacientes o de infecto, no se presenta la debida señalización y no tiene unidad sanitaria con ducha. No hay cuarto de rayos x ni sala de yesos, los depósitos para los residuos sólidos reciclables y de riesgo biológico, no están adecuados de acuerdo a la norma, es decir no existe ventilación ni drenajes. En el área de consultorios, ninguno de ellos tiene unidad sanitaria. Por otra parte, no existe un área habilitada para la morgue, por lo que las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización y/o urgencias, deberán contar como mínimo con un espacio físico para depósito de cadáveres. Al no existir dicha conformidad y cumplimiento de la prescripción, se evidencia incumplimiento normativo.

Con respecto a la Resolución 0293 de 2004 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración del Catastro Físico Hospitalario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención del Sector Público, Catastro Físico Hospitalario, la Gobernación del Valle y secretaría de Salud Departamental suscribió el convenio No. 0501 del 9 de Septiembre de 2005 con la Universidad del Valle por \$358.000.000.00, para hacer la planificación, inventario, descripción y registro gráfico de los aspectos arquitectónico, estructural, eléctrico, hidráulico, sanitario, mecánico, gases medicinales, equipamiento y dotación de los predios y edificaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la identificación de su estado de conservación, dando cumplimiento a la norma en el año 2006; sin embargo, están en mora para la presentación del informe, de actualización pues es obligación de todas las



entidades de Salud, reportar periódicamente al Grupo de Infraestructura Física de la Secretaría de Salud Departamental, los cambios o modificaciones, actualización, consecución de equipos u otras actividades realizadas en función de la prestación y mejoramiento del servicio hospitalario en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención de su jurisdicción; por lo tanto y hasta la fecha no se tiene el documento para el reporte de la actualización como lo solicita la norma.

De acuerdo a la norma NTC 2050 sección 250 y otros documentos específicos sobre el tema de puesta a tierra de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud, se evidenció que la entidad no tiene adecuaciones especiales para rayos, electricidad estática o fallas del sistema eléctrico que constituyen el verdadero y más tangible seguro de vida de los pacientes y los efectos serían: la discontinuidad en el servicio, fallas múltiples a tierra (fase- tierra; fase- fase), posibilidad de incendios por arcos, se hace más difícil la localización de fallas, puede generar tensiones anormales, sobretensiones del sistema de potencia e Incremento de costos, ya que los aparatos biomédicos adquiridos como equipos de reanimación, monitor de signos vitales, ecógrafo portátil con transductores e impresora y equipos de computación, sufrirían las consecuencias.

Los elementos de protección actualmente como totalizadores e interruptores, se encuentran obsoletos, aumentando el riesgo de la edificación.

Lo anterior como deber de la Contraloría y opinión técnica del grupo auditor, se notifica la prevención mediante este informe, por los riesgos que la institución pueda presentar a futuro:

- Medio Ambiente

Generación y separación de residuos

El hospital hace la respectiva separación de los residuos generados de acuerdo con sus características, son separados por el personal de la diferentes áreas y almacenados en recipientes plásticos retornables con bolsas en su interior.

Las operarias del hospital recogen los residuos en la mañana y en la tarde de los diferentes servicios asistenciales y lo transportan de forma manual hasta sitio de almacenamiento temporal previo a su disposición final.

Una vez evaluada las diferentes etapas de separación y clasificación, recolección y transporte se observa que en los diferentes servicios asistenciales se disponen de recipientes plásticos adecuados con tapa, rotulados y bolsas del mismo color del

recipiente, igualmente conociendo el personal el código de los colores para depositar para los diferentes tipos de desecho.

Los de recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos hospitalarios y similares presentan características adecuada en cuanto al tipo pedal, usando los tres colores estándares, igualmente con lo símbolos de demarcación.

El servicio de farmacia prestado presenta un adecuado manejo de los medicamentos, tanto en su conservación como en su entrega, de conformidad con normatividad vigente.

Aspectos Técnicos Operativos

Las diferentes áreas asistenciales (quirófanos sala de hospitalización, consulta interna, urgencias laboratorio clínico, farmacia, odontología y administrativas, oficinas, cafetín) generan volúmenes de desechos así:

Residuos Infecciosos o de riesgo biológico

Biosanitarios: Originados en procesos asistenciales (gasas, algodones, bandejas, drenajes, sondas, guantes, bolsas, para transfusiones sanguíneas y ropas desechables).

Anatomopatológicas: Originados en obstetricia y cirugía, etc.

Cortopunzantes: agujas, cuchillas, hojas de bisturí.

Residuos químicos: Representados principalmente por sustancias empleadas en procedimientos.

Residuos no peligrosos:

Biodegradables: Papeles no reciclables, residuos alimenticios no contaminados,

Reciclables: papeles cartones, vidrios, plásticos etc.

Ordinarios: Comunes producidos en oficinas o en áreas comunes y cafetería.

Almacenamiento Temporal

Hay un incumplimiento con las especificaciones técnicas para almacenamiento adecuado de los residuos, no es un área de acceso restringido esto puede conllevar a contaminaciones de los usuarios y personal del hospital.

El transporte externo lo realiza la empresa SESPEL S.A., para la recolección, transporte, desactivación y disposición final de residuos hospitalarios producciones en las diferentes actividades del mismo.



El hospital presente manuales de bioseguridad aunque no es implementados completamente carece de un sistema de tratamiento de residuos hospitalarios no posee permisos ambientales y en el momento no presenta inscripción como generador de residuos sólidos ante la CVC.

Es preciso anotar que el hospital en las vigencias 2006, 2007 presenta un diagnóstico ambiental y sanitario deficiente lo cual no permitió a esta auditoria analizar la gestión en los años anteriores en cuanto a los programas proyectos y actividades en la aplicación del plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios.

- Cumplimiento de su actividad misional

La entidad está comprometida en apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio y su área de influencia a través de la ejecución de políticas en salud institucionales, municipales, departamentales y nacionales, propendiendo hacia el mejoramiento de las condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia de los servicios de salud que presta la institución y la protección de los derechos y deberes del paciente.

El enfoque del Hospital, era tener un buen programa de promoción y prevención para que la población consultara menos como se evidencia en las consultas urgentes durante el 2008 y cumplir la misión de garantizar la salud de la población al implementar mayores actividades de prevención.

El hospital tiene bajo su supervisión y control la atención en 8 puestos de salud: Bitaco, La Ventura, Pavas, Lomitas, Puente Palo, Jiguales, La María y Pavitas, con una promotora designada a cada uno, supervisada por el hospital en la parte administrativa y coordinada en la parte asistencial por la enfermera jefe y el psicólogo que permanentemente monitorean la labor buscando la prestación de un buen servicio hacia la comunidad rural circundante al puesto de salud. Este servicio se complementa con visitas periódicas del personal medico y odontológico con el fin de tener un mayor acercamiento a la población rural.

3.2 FINANCIAMIENTO

- Estados Contables

Se evaluó el Balance General y el estado de Actividad Financiera, Económica y Social, para las vigencias fiscales 2006, 2007 y 2008 basados en las norma de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, examen que se realizo con base en pruebas selectivas así:

BALANCE GENERAL

Millones de Pesos			
CONCEPTO	2008	2007	2006
ACTIVO	1.289	1.269	1.000
PASIVO	193	134	0
PATRIMONIO	1.096	1.135	1.000
UTILIDAD	67	19	-607

EFFECTIVO

A diciembre 31 de 2008 presentó un saldo de \$2.254 millones que corresponde a recursos que poseía el hospital en cuentas de caja por \$1.3 millones y \$929 pesos en depósitos en instituciones financieras, como se puede apreciar el disponible es un renglón poco importante dentro del total del activo de la entidad, y en las dos últimas vigencias no presento cambios significativos tanto en las variaciones absolutas como las relativas.

El saldo de Depósitos en instituciones financieras corresponde a dos (2) cuentas corrientes, una cuenta de ahorros y una cuenta especial de fiducia.

Las conciliaciones bancarias de diciembre de 2008, mostraron partidas conciliatorias, con una antigüedad razonable de acuerdo al giro normal de sus operaciones, Valores no representativos, que están siendo depurados y que no afectan la razonabilidad de esta cuenta.

INVERSIONES

Las inversiones, han venido registrando un comportamiento lineal, a 2008 ascienden a \$27.5 millones y están representadas en los aportes que se efectuaron en COHOSVAL Ltda., las cuales deben reconocerse por su costo histórico y actualizarse mediante metodologías que aproximen su realidad económica, estas registran el mismo valor para el 2007 y 2008.

INVENTARIO

El inventario de medicamentos, material medico quirúrgico, materiales reactivos de laboratorio entre otros, constituye el 1% del total de los activos (\$9.8 millones a 2008). Se debe ejercer control en el stock del mismo debido a que es una inversión para responder a las necesidades de servicio de la entidad. El valor de inventario se registra en contabilidad según los datos suministrados por el almacén de la entidad, lo cual no permite conciliación entre los mismos.

DEUDORES

La cartera a diciembre 31 de 2008 asciende a \$474 millones, discriminado por regimenes los mayores porcentajes corresponden a la entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS'S Cafesalud (69%) \$328.7 millones. El 22%, \$104.4 millones equivale a otros deudores por venta de servicios de salud. El 8%, \$39 millones a entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Cartera que se incremento en 81% respecto al periodo inmediatamente anterior.

ESTADO DE LA CARTERA A DICIEMBRE 31 DE 2008

HASTA 60	DE 61 A 90	DE 91 A 180	DE 181 A 360	MAYOR A 360	TOTAL
\$281.031.529	\$56.116.039	\$92.419.582	\$44.293.700	\$582.400	474.443.250

Del total de la cartera a Diciembre 31 de 2008, \$281 millones (60%) corresponden a cartera corriente, \$193 millones (40%) se encuentra vencida hasta 180 días. En síntesis esta cartera vencida estrecha la brecha de liquidez de la entidad.

El incremento de la cartera en el 2008 evidencia la poca rotación en la recuperación de la misma, toda vez que las ventas a crédito que realizan deben ser canceladas en promedio a 30 días según lo reglamentado por el Decreto 4747 de 2007.

Se observaron deficiencias en la veracidad de la información y oportunidad de pago de la cartera, en los saldos por régimen y clientes, la entidad no cuenta con el modulo que permita el control de las cuentas por cobrar por tercero.

En su contabilidad no da el tratamiento a los procesos de glosa contemplados en la Circular 035 de 2000. Lo cual hace que los estados financieros no reflejen la realidad de las cuentas por cobrar, omisión que sobreestima su saldo.

En información solicitada a CAFESALUD esta reporta como saldo de glosas por las tres vigencias \$243.438.044 frente a la relación suministrada por el hospital la cual asciende a \$ 252.043.245. Es evidente que no existe un procedimiento adecuado que permita su trazabilidad en términos de valores objetados, glosados, causas o motivos, tiempos de recepción y respuesta conforme normatividad vigente, área competente, recaudo e indicadores de calidad y gestión.

No existe coherencia entre los saldos de facturación, recaudo y cuentas por cobrar del presupuesto con relación a los informes suministrados por la entidad y registrados en contabilidad así:

FACTURADO			CUENTAS POR COBRAR	
AÑO	CONTABILIDAD	PRESUPUESTO	CONTABILIDAD	PRESUPUESTO
2.008	1.778.816.871	1.640.400.018	474.443.250	452.610.850
2.007	1.695.413.697	1.603.198.749	249.864.447	235.178.010
2.006	1.428.384.485	1.454.134.125	91.405.078	91.405.078
TOTAL	4.902.615.053	4.697.732.892	815.712.775	779.193.938

PROVISIONES

La Entidad no registro provisión de cuentas por cobrar para el 2008, además de que no clasifica la cartera por edades y por ende no establece para cada rango un porcentaje de provisión sobre el valor de la misma, no existe una política institucional de provisión acorde con los riesgos en la recuperabilidad de las cuentas por cobrar por cliente.

De igual forma no se evidencia contablemente la cuenta denominada Provisión para pensiones, que corresponda al saldo de los bonos pensionales y cuotas partes.

PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO

Representa el 25% de los activos totales (\$326 millones a 2008) es el segundo renglón mas representativo del activo después de deudores. La entidad no contaba con un inventario y valoración de maquinaria, muebles y equipos por separado para las vigencias auditadas que permitiera hacer la conciliación con los saldos contables. Solo se estableció a partir del 2009.

El avalúo comercial de Activos Fijos, fue elaborado en forma Corporativa por el Comité Técnico de Avalúos de la Lonja de Propiedad Raíz de Cali a diciembre de 2008, y se resume así, determinando diferencias entre este y saldos contables

Plantas, Ductos y Túneles	\$ 2.500.000
Equipo Médico y Científico	280.017.000
Muebles, Enseres y Equipo de Oficina	65.469.818
Equipo de Computo y Comunicaciones	126.556.000

CUENTAS POR PAGAR

Las Cuentas por pagar, a diciembre 31 de 2008, presentan un saldo de \$191.1 millones, de los cuales el 62% corresponden a Adquisición de bienes y servicios nacionales, 36% a comisiones, honorarios y servicios y el 2% restante a aportes de seguridad social. Se observa planificación en el recurso para atender las cuentas por pagar toda vez que al 2006 presento saldo cero y para 2007 y 2008 estas fueron apalancadas con las cuentas por cobrar, con un relación de 60/40 lo que indica que la institución posee un valor amplio para cubrir las exigibilidades que tiene en el corto plazo.

La entidad no posee obligaciones financieras. El informe por edades sobre cuentas por pagar a septiembre 30 de 2009 solo presenta deudas de la vigencia en curso.

ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONOMICA Y SOCIAL

Miles de Pesos

DETALLE	2008	2007	2006
INGRESOS OPERACIONALES	1.703.996	1.746.963	1.709.376
COSTO DE VENTAS	1.139.805	725.311	925.810
GASTOS OPERACIONALES	473.660	990.954	835.638
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL	90.531	30.698	-52.072
OTROS INGRESOS	26	3.828	54.577
OTROS GASTOS	23.216	15.335	3.112
EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERCICIO	67.341	19.191	-607

Los ingresos por venta de servicios en el 2008 muestran un decrecimiento de \$42.962 millones (2.5%), con relación a los ingresos obtenidos por el mismo concepto durante la vigencia 2007, observándose que la tasa de crecimiento de los ingresos es inferior a la tasa de crecimiento de los costos. Los costos de ventas y los gastos operacionales representan el 67% y 28% de los ingresos operacionales respectivamente.

El Estado de actividad financiera, económica y social de la vigencia 2008, presentó ingresos operacionales por \$1.703 millones, los cuales todos corresponden a Ingresos por venta de servicios.

A pesar de que los resultados del ejercicio arrojan a 2008 un excedente de \$67.341 miles de pesos este no obedece a la realidad, toda vez que se determinó que la entidad no efectuó la depreciación de la Propiedad Planta y Equipo para la vigencia fiscal, lo cual genera subestimación en el saldos de gastos y por consiguiente un mayor valor en la utilidad del ejercicio de la entidad.

- Presupuesto

Los presupuestos de 2006, 2007 y 2008 fueron aprobados mediante los Acuerdos 003 de noviembre 11 de 2005, 002 de octubre 31 de 2006 y 006 de diciembre de 2007 por \$1.300 millones para las dos primeras vigencias y \$1.400 millones para el 2008, los cuales registraron adiciones, observando presupuestos definitivos de ingresos así:

PRESUPUESTO DE INGRESOS

AÑO	PRESUPUESTO \$	RECAUDOS
2008	2.019.744.389	1.433.305.736
2007	1.871.453.484	1.601.782.896
2006	1.748.215.859	1.724.623.058

Se observa un crecimiento del 8% en el presupuesto de ingresos de 2008 respecto al 2007. El porcentaje de ejecución fue de 71%, 86% y 99% respectivamente. El rubro más representativo corresponde a servicios de salud, régimen subsidiado que para el 2008 ascendió a \$954 millones con una ejecución del 80% respecto a lo presupuestado.

PRESUPUESTO DE GASTOS

Se determina que en promedio el 65% del presupuesto de gastos corresponde a gastos de personal con una ejecución del 87%, 98% y 96% para los respectivos años. Los valores para inversión vigencias 2006 y 2008 por \$95.000.000 y \$10.894.241 no fueron ejecutados debido a que no se logró la cofinanciación para los respectivos proyectos y de los \$ 138 millones asignados para el 2007 se ejecuto el 74.2% es decir \$ 102 millones.

Se revisaron los Certificados de Disponibilidad y registros presupuestales donde se observó que algunos son emitidos con posterioridad a la emisión de la factura de pago, además que son firmados por la gerente de la institución.

CIERRE FISCAL 2008

Cierre Fiscal (millones)

Ejecución Activa de Ingresos	\$ 1.433
Ejecución Activa de Gastos	\$ 1.621
Resultado Fiscal del Periodo	\$ -188
65% CXCOBRAR	\$ 206
Resultado fiscal definitivo	\$ 18

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un resultado fiscal negativo de 188 millones, el cual se alcanza a cubrir con el 65% de las cuentas por cobrar registrados en el último trimestre de la vigencia 2008.

Evaluación Estado del Tesoro (millones)

Ejecución de ingresos y Pagos	\$2.2
Estado del Tesoro	\$2.2
Diferencia	\$-0-

Al total de ingresos ejecutado por la entidad en el 2008 (Recaudo en efectivo más recursos del balance), se le restan los pagos efectuados en la vigencia generando un disponible de \$44 millones, que se compara con los recursos que se presentan en el Estado del Tesoro, determinándose que en Tesorería se encuentran los recursos del ejercicio fiscal.

Recursos a incorporar presupuesto siguiente vigencia

Al restar total de los recursos existentes en Tesorería, las cuentas por pagar, se determinó que la entidad no cuenta con recursos suficientes para cubrir los compromisos contraídos generando un déficit de \$190 millones, que debe incorporarse en la vigencia 2009, como cuentas por pagar y cancelar con los recursos de la vigencia en mención, incorporación que fue evidenciada en el proceso auditor.

- Análisis de variables internas y externas que afectan el financiamiento de la Entidad

El no pago oportuno del Municipio de La Cumbre por prestación de servicios de salud a las EPS - S.

El incremento de la cuentas por cobrar de la entidad con gestiones de cobranza pasiva.

3.3 LEGALIDAD

- Cumplimiento del Marco Normativo de la Contratación

Mediante Junta Directiva de la Entidad, adopto su propio Estatuto de Contratación contenido en el Acuerdo 05 de marzo 17 de 2006 el cual no ha presentado modificación alguna hasta la fecha.

A efectos de llevar a cabo la evaluación de legalidad de los contratos, e identificar si cumplen con los fines institucionales, observar si la gestión adelantada en los mismos se realizó conforme a la normatividad existente, se procedió a seleccionar una muestra representativa de contratos en prestación de servicios, correspondiente a las vigencias 2006, 2007 y 2008, de la siguiente manera:

Año 2006, se contrato por **\$559.105.000**, la muestra seleccionada fue del 52.3%, 2007 se contrato por **\$551.670.932** la muestra evaluada fue del 77,37% y para el 2008 la contratación ascendió a **\$558.941.862** seleccionándose una muestra del 80.3%

Es así, que de la generalidad de la muestra examinada, se advierte lo siguiente:

El contrato 102 carece de la póliza de garantía única la cual debe ser aprobada por acto administrativo, eventualidad que pone en riesgo a la entidad Hospitalaria en caso de incumplimiento por parte del contratista al no poder hacer efectivo el seguro de cumplimiento por la inexistencia del mismo. Artículo 25 numeral 19 de la Ley 80 de 1993 y artículo 18 del Dto 9679 de 1994.

Ausencia del análisis de conveniencia que detalle y/o justifique la necesidad del servicio y/o contratación requerida. Pues solo aparece en las carpetas contractuales un comunicado dirigido a la Gerencia del Hospital, que refiere la importancia del objeto contractual.

En cuanto a los Informes de actividades ejecutadas por el contratista, se pudo evidenciar que este proceso de la etapa precontractual no se cumple.

En lo concerniente a: estudio de conveniencia, propuestas y/u ofertas, así como la selección objetiva del contratista, se observa que no reposan documentos en las carpetas. No se pudo verificar si se cumple o no con este procedimiento de la etapa precontractual. Y en lo alusivo a los Informes de supervisión y/o interventoría como tal no se elaboran, solo aparecen actas de inicio, parcial y de liquidación.

También se pudo evidenciar, que la minuta que contiene contratación de servicios, carecen de las formalidades plenas de este tipo de contratación (contrato No 102 del 1 de octubre de 2008, por \$1.500.000).

En términos generales, las carpetas que contienen los contratos seleccionados, se encuentran debidamente foliadas, y ocasionalmente se evidencia desorden en el archivo de la documentación en cuanto a que no preserva el orden cronológico al momento de ser glosadas a la misma; observándose ligera falencia en la aplicación de la Ley 594 de 2000.

Por otra parte, la contratación de prestación de servicios con la Cooperativa de Servicios Integrados CTA CONSENTIR, cumple con la rigurosidad de los requisitos legales tales como: Registro en Cámara de Comercio, asume la carga prestacional de seguridad social y contribuciones especiales de sus asociados, etc., no obstante lo anterior se advierte, que la descripción de las actividades a desempeñar por los afiliados y/o contratista en las minutas contractuales, remite directamente al manual de funciones que el Hospital Santa Margarita de la Cumbre ha elaborado para los empleados de planta.

Indagado sobre la temática, se informa y suministra al Grupo Auditor, Acta del mes de abril de 2008, en la cual se detalla el compromiso de la Gerencia de la Cooperativa en la elaboración del manual de Funciones de las actividades de los contratistas, estableciéndose para tal efecto, una fecha límite para noviembre de 2009. Actividad que deberá ser verificada en próxima auditoria, pues de no realizarse el compromiso aludido, el Hospital Santa Margarita de la Cumbre estaría en riesgo como actualmente lo esta, de ser objeto de una demanda laboral.

Contratos y/o convenios entre el Municipio y la ESE.

En cuanto a los contratos interadministrativos suscritos entre el Hospital y el Municipio, correspondiente a las vigencias fiscales auditadas, se pudo evidenciar que la destinación de dichos recursos fueron invertidos en la prestación de servicios de salud dentro del primer nivel de complejidad para la Población Pobre no Asegurada, en lo no cubierto con recursos de la demanda. El alcance que reflejan dichos resultados, se evidencia en los productivos más relevantes que detalla el siguiente cuadro comparativo:

Descripción servicio	Productivo 2006	Productivo 2007	Productivo 2008
Dosis biológico aplicada	3538	1524	1354
Controles enfermería (atención prenatal, crecimiento y desarrollo)	1132	1253	602
Consulta medicina general electivas	4368	3932	2307

Consulta medicina general urgentes	1336	1201	614
Otras consultas- (psicólogo nutricionista, optometría, etc)	0	34	4
Total consultas odontología	1644	923	190
Partos vaginales	13	13	7
Partos cesárea	0	0	0
Exámenes de laboratorio	6243	4653	2577
No imágenes D(x) tomadas	154	263	79

De lo anterior se infiere, que el Hospital, presenta un alto nivel de prestación de servicios para la Población Pobre no Asegurada, que el mismo fue disminuyendo paulatinamente en las vigencias posteriores, debido a que los contratos interadministrativos fueron mermando considerablemente, en especial para el año 2008.

No obstante lo anterior, el comportamiento general en la ejecución de los Convenio Interadministrativo de Servicios Públicos en Salud para la Prestación de Servicios de Promoción y Prevención, Plan Obligatorio de Salud Régimen Subsidiado alcanza un 23% para la vigencia del 2006, para el 2007 se alcanza el 20% y para el 2008 se tiene un 15%.

Contratos y/o convenios entre el Departamento y la ESE.

Por otra parte, se constato que la ESE suscribió convenios interadministrativos con el Departamento del Valle del Cauca durante las vigencias fiscales: 2006, 2007 y 2008, con destino a prestar servicios en atención primaria en salud integral a la población pobre no asegurada, en lo no cubierto con recursos de la demanda y otras vulnerables del Departamento del Valle del Cauca. Mediante la ejecución de programas a nivel individual, familiar, colectivo, comunitario y ambiental, garantizando la continuidad en la prestación del servicio.

El seguimiento y/o la interventoría realizada a la ejecución de los contratos referidos, la efectuó la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, quienes se valieron de instrumentos elaborados para tal efecto, permitiéndole evaluar los avances y resultados finales de la ejecución de cada uno de los contratos auditados.

Finalmente, el comportamiento general en la ejecución de los Convenio Interadministrativo en Atención Primaria en Salud, suscrito entre la I.P.S. y el Departamento alcanzo un 45% para la vigencia del 2006, para el 2007 se logra el 44% y para el 2008 se obtiene un 40.23%.

De igual manera se verifica a través de la Secretaría de Salud Municipal, que el Ente Territorial durante las vigencias 2007 y 2008 contrata el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud con la EPS`S Cafesalud. Dicha contratación fue relativamente alta, pues para el periodo fiscal 2007 se afiliaron 6.011, y para el 2008 los afiliados ascienden a 7.728 personas.

CONTRATOS ENTRE EL MUNICIPIO DE LA CUMBRE Y LA E.P.S. DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO CAFESALUD					
CONTRATO	VALOR \$	AFILIADOS	CARNETIZADOS	PERIODO	FUENTES FINAN.
200700101	\$1.991.304	35	33	26-10-07	Fosyga-
200700800	\$557.223.753.60	4897	4642	01-04-07	Fosyga
200700900	\$35.957.260.80	316	253	01-07-07	Fosyga
200700901	\$17.978.630.40	316	253	01-01-08	Fosyga
200701100	\$12.232.296.	215	195	01-07-07	Fosyga
200701101	\$24.404.592	215	195	01-10-07	Fosyga
200701200	\$25.201.113.60	333	252	01-12-07	Fosyga
200801500	\$616.346.407.04	1352	1332	01-10-08	Fosyga
200801300	\$15.996.420	132	236	01-10-08	Fosyga
200801400	\$1.404.776.520	5796	5415	01-04-08	Fosyga
200801301		132	0	01-10-08	Fosyga

Se constata que el Municipio hace la interventoría a través de la Secretaría de Salud a los contratos suscritos con la E.P.S. del Régimen Subsidiado Cafesalud durante las vigencias auditadas 2006, 2007 y 2008.

Es importante anotar, que el 8 de abril de 2009, se suscribe contrato de interventoria con la Fundación de Contadores Públicos Unidos por Colombia por \$6.505.380, para un plazo de 9 meses. Lo anterior en cumplimiento a lo ordenado en el Decreto 660 de 2008.

En cuanto a la interventoria que el ente Territorial hace a la IPS local, se advierte que esta la ejecuta mediante la confrontación de los beneficiarios que aparecen en la base de datos frente a las facturaciones detalladas de usuarios que el Hospital atiende y pasa periódicamente al municipio.

Los pagos de la E.P.S. del régimen subsidiado de CAFESALUD al Hospital, no se cumple, es decir, no se hacen dentro de los primeros diez días del mes vencido siguiente, una vez presentada la cuenta. Tampoco se da cumplimiento al parágrafo del artículo 13 literal (d) de la Ley 1122 de 2007 que habla sobre el flujo y protección de los recursos, ya que las entidades promotoras de salud de ambos regímenes deben pagar los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación, si son por otra modalidad como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnostico

se debe cancelar como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.

Las EPS régimen subsidiado retrasan el pago al Hospital local, debido a que la Alcaldía Municipal demora el pago a estas, argumentando la falta de soportes para el pago. No obstante lo anterior, el municipio adeuda a Cafesalud EPS un saldo de cartera correspondientes a las vigencias 2008 y 2009 por \$76.962.631

- Impacto de la Contratación.

Con la ejecución de las actividades relacionadas anteriormente, se ha logrado caracterizar a la población, identificando los factores de riesgo protectores, el ciclo vital o rango de edad de los individuos, facilitando la canalización de las diferentes actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Así mismo se ha logrado focalizar programas de promoción de acuerdo al factor que incida en la salud de estos habitantes. De allí que se ha institucionalizado por el Hospital Santa Margarita, desarrollar Actividades de Brigadas Médicas los días martes, jueves y viernes en los puestos de salud de las aéreas rurales, con atención en diferentes áreas.

El avance de estas actividades ha favorecido el desarrollo de programas tales como: El Prenatal, que identifica todas las gestantes del municipio y caracterizando el lugar de residencia edad, factor de riesgo, etc., permitiendo el seguimiento a este tipo de población. También se canalizan gestantes sin seguridad social y se priorizan para que sean vinculadas al régimen subsidiado.

El programa PAI o Plan Ampliado de Inmunizaciones identifica a todos los niños de ambos géneros, existentes en todo el municipio a nivel urbano y rural por rango de edad para efecto de lograr una cobertura en vacunación oportuna para la población infantil.

El programa de nutrición ha posibilitado que todos los niños menores de 5 años con bajo peso sean vinculados al programa de recuperación nutricional, que es un convenio que tiene el hospital con el ICBF dándoles suplementos nutricionales a estos menores y la ESE asume el compromiso de hacer el seguimiento respectivo.

Otra de las ventajas que se logro con la caracterización de la población, es que cada promotora identifica el Número de hipertenso y diabéticos que tiene en su zona, y realiza controles en su misma área y cuando el médico hace brigada en este lugar puedan ser valorados. También se coordina la entrega de medicamento mensual en el puesto de salud, facilitando el seguimiento del usuario con el programa y su enfermedad. El químico farmaceuta hace consulta a estos grupos 2

veces en el año para validar su compromiso con las recomendaciones y orientaciones del equipo de salud y las conductas saludables de ellos frente a su patología.

Finalmente se advierte la existencia de un convenio con la universidad Javeriana consistente en la asistencia en el programa de Psicología, por el término de un año, con el propósito de apoyar y hacer acompañamiento a los programas del área de Salud Pública.

De esta manera se hace énfasis en la protección y prevención del deterioro del tejido social de la población atendida en los diferentes programas, sin distinción de los ciclos vitales en que se encuentre dicha población

- *Procesos Judiciales*

En la actualidad existen 2 demandas concluidas en contra del Hospital Santa Margarita ESE de la Cumbre: una por nulidad y restablecimiento del derecho laboral y un proceso ordinario laboral.

Demandante: FREDDY HURTADO ARIAS, Sentencia 071 de septiembre 27 de 2007 Juzgado 18 Administrativo del Circuito de Cali, ejecutoriada el 26 de enero de 2009.

Radicación: 2005-00363, Sentencia 178 de julio 22 de 2009, Sala Laboral del Tribunal Superior de Cali. Demandante: JOSE VICENTE CABRERA ESPAÑA

Es preciso señalar que no se ha cancelado por este concepto durante las vigencias auditadas, valores que se reflejan en las cuentas de orden. No obstante lo anterior, se informa al Equipo Auditor por parte de la Gerencia, que dentro del presupuesto aprobado para el 2009 existe una partida para atender los gastos judiciales que puedan ocasionar los procesos que se adelanten en contra de la Institución. Es así que para los asuntos en comento, existe la suma de \$53.700.000, aprovisionando el excedente para el 2010, con lo cual se hizo ofrecimiento de pago a los representantes judiciales de los demandantes.

Como quiera que en los procesos administrativos se vinculo al Municipio de la Cumbre, el Ente Territorial informa respecto de los procesos judiciales lo siguiente: La demanda incoada por el señor JOSE VICENTE CABRERA ESPAÑA concluyo vinculando únicamente al Hospital Santa Margarita y exonerando al Municipio a la cancelación de las pretensiones del demandante. En lo que concierne al proceso del señor FREDDY HURTADO ARIAS, la entidad territorial informo que actualmente se encuentra en negociación directa con el demandante, y una vez

termine el proceso de negociación, se cancelará lo pactado en el acuerdo de pago.

Por último, se evidencio la existencia del Proceso No 0414 de Acción de Reparación Directa contra el Hospital Santa Margarita ESE de la Cumbre, cuyo demandante es la señora MAGDALENA SANCHEZ HERNANDEZ y en la actualidad se ha proferido Auto 45 de febrero 26 de 2009 ordenando la Admisión de la Demanda.

Por otra parte, no se creo el Comité de Conciliación, de conformidad con lo ordenado en el Decreto 1214 de 2000.

3.4 QUEJAS

No se presentaron quejas durante el proceso auditor.

3.5 REVISIÓN DE LA CUENTA

Se realizó la evaluación de la cuenta de acuerdo al manual de revisión y teniendo presente el pronunciamiento que se había emitido en la revisión de forma para las vigencias 2006, 2007 y 2008, confrontando lo rendido con lo encontrado en los soportes documentales y el proceso auditor.

La cuenta para 2006 arrojó un resultado de 80.2 puntos, para el 2007, arrojó un resultado de 72.5 puntos y para el 2008 de 76.1 puntos, que permiten emitir conceptos de **Fenecimiento** para las vigencias auditadas.

3.6 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN

En el cumplimiento de la función de las ESE, se evaluó la situación actual del servicio de la entidad como parte del sistema de salud en el Valle, para ello se entregaron 5 encuestas con cuatro ejes a evaluar: Direccionamiento General y Control (16) preguntas, Salud Publica (5 preguntas), Prestación de Servicios (2 preguntas) y Financiamiento (6 preguntas), obteniendo la siguiente calificación:

	DIRECCIONAMIENTO	SALUD PUBLICA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	FINANCIAMIENTO	
	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	
MEDIA/AREA	3,37		4,00	4,06	3,36
MEDIA GENERAL	3.69				

Analizado el resultado se pudo concluir que el hospital en el eje de Direccionamiento dio una calificación de 3,37 puntos, significando que la estructura organizacional de la entidad se encuentra enfocada a la visión institucional en desarrollo de la atención prestada.

La prestación del servicio dio una calificación de 4,06 puntos, coherente con lo observado en los indicadores de satisfacción del cliente.

En los ejes salud pública y financiamiento se obtiene como calificación 4,00 y 3.36 puntos respectivamente, que coincide con la evaluación del equipo auditor.

El eje de financiamiento es el más bajo, casi similar a los puntos que obtuvo el eje de Direccionamiento, pero se ubica dentro del límite mínimo de lo normal en la escala.

4. ANEXOS

1. Dictamen Integral Consolidado
2. Cuadro Resumen de Hallazgos
3. Estados Contables

1. DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Santiago de Cali,

Doctora
OLGA LUCIA AGUILAR VALENCIA
Gerente
Hospital Santa Margarita
La Cumbre – Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria con Enfoque Integral modalidad Regular al Hospital Santa Margarita de La Cumbre. – Valle.

Lo anterior 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 de los Balances Generales consolidados y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre Enero 01 y Diciembre 31 de 2006, 2007 y 2008; dichos estados contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoria incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad 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.

Los Representantes Legales del Hospital Santa Margarita de La Cumbre - Valle, rindieron la cuenta anual consolidada de las vigencias fiscales 2006, 2007 y 2008, dentro de los plazos previstos en las Resoluciones orgánicas 100.28.02-22 de diciembre 14 de 2006 y 100.28.02-13 de diciembre 5 de 2007 y 100.2802-13 de diciembre 18 de 2008 respectivamente, expedidas por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

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

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

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, **Fenece** la cuenta de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a los años 2006, 2007 y 2008.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre la Gestión y los Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2006, 2007 y 2008 son Favorables con observaciones, como consecuencia de los hechos contenidos en el presente informe y debido a la calificación de 1 punto para la vigencia 2006 y de 1.1 puntos para las vigencias 2007 y 2008; como consecuencia resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION	CALIFICA CION 2006	CALIFICA CION 2007	CALIFICA CION 2008
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	1	2	2
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	0	1	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1	1	1
PRESTACION DEL SERVICIO	2	1	2
FINANCIAMIENTO	1	1	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	1	1	0
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL –TECNICA)	1	1	1

TOTAL	1.0	1.1	1.1
7/7=1 Concepto Favorable			

El concepto sobre la gestión de la entidad para 2006, 2007 y 2008 es favorable con observaciones lo cual muestra la conservación del resultado de la entidad, con respecto a las vigencias anteriores cuyos conceptos fueron favorables.

RELACION DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoria, se establecieron veintinueve (29) hallazgos administrativos.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe elaborar el 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, debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para Cercofis Cali, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución Reglamentaria No. 100-28.02 13 de diciembre 18 de 2008.

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

LUIS ORLANDO MINA

Contralor Departamental del Valle del Cauca (E)

OPINION ESTADOS CONTABLES

Doctora
OLGA LUCIA AGUILAR VALENCIA
Gerente
Hospital Santa Margarita ESE

Asunto: Opinión Estados Contables vigencias 2006, 2007 y 2008

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria a los Estados Financieros del Hospital Santa Margarita de La Cumbre ESE, a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008; así como la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y la evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

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

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

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

Para las vigencias examinadas el Hospital Santa Margarita no cuenta con un sistema integrado de información financiera, a la fecha solo posee los módulos de

tesorería, facturación y contabilidad (en consignación), igualmente no tiene el registro contable de las glosas, lo cual genera incertidumbre en el saldo de cuentas por cobrar, siendo esta una de las cuentas mas representativa del activo; además que afecta los resultados de los estados financieros debido a que estas se aplican en vigencias diferentes en el cual se genero la operación financiera o hecho económico.

Al momento de la auditoria la entidad no contaba con los libros oficiales de contabilidad que permitieran el conocimiento y la verificación de los hechos financieros, económicos y sociales, realizados en las vigencias 2007 y 2008. Así mismo para la vigencia en curso, la contabilidad se encuentra atrasada toda vez que los registros de la misma están a julio de 2009.

El resultado del Estado de Actividad Financiera, Económica Y Social de 2008 se encuentra sobreestimado toda vez que la entidad no registro depreciación de propiedad planta y equipo y provisiones de cuentas por cobrar, prestaciones sociales y pensiones. De igual forma para las tres vigencias no se observa uniformidad en el tratamiento y clasificación de las cuentas de costos de ventas y gastos operacionales.

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, el Hospital Santa Margarita de La Cumbre ESE, obtuvo 3.22 puntos, para una calificación de interpretación Aceptable. Resultado que difiere de la calificación que posee la entidad para las vigencias citadas.

En nuestra opinión y teniendo en cuenta lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables son razonables con salvedad en todo aspecto significativo la situación financiera del Hospital Santa Margarita ESE al 31 de diciembre de 2006, 2007 y 2008 y los resultados de sus operaciones por el año terminado en esa fecha, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente aceptadas.

Atentamente,

OLGA MERCEDES PEREZ BARCO

Contador Público

Tarjeta Profesional No. 68885 -T



Anexo 3 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS
AUDITORIA HOSPITAL SANTA MARGARITA DE LA CUMBRE
Vigencias 2006-2007-2008

				TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	GESTION							
	DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL							
1	<p>PLANEACION</p> <p>No presenta en el plan estrategias para consolidar una política de manejo financiero que garantice la efectividad en el manejo de los recursos y garantizar la calidad en la prestación de servicios de acuerdo al nivel de atención en salud.</p> <p>No aparecen programas relacionados con gestión de cobro y cartera en ninguno de los planes de desarrollo institucional, ni en los planes de acción.</p> <p>No se evidencia la participación de la comunidad en la elaboración del plan, como lo estipula la Ley 152 de 1994.</p>	<p>Efectivamente el plan financiero y el plan plurianual de inversiones no se evidencian en el documento, sin embargo en el plan de desarrollo se ha corregido.</p> <p>Los recursos para la ejecución se garantizaron soportados en presupuesto.</p>	<p>No se acepta porque en el plan presentado no se evidencia el plan financiero.</p> <p>Se mantiene la observación.</p>	X				
2	<p>ESTATUTOS</p> <p>La Junta Directiva no ha cumplido con el literal a) del artículo 15 de sus estatutos, que dice "Reformar los estatutos" con el fin de mantenerlos actualizados, la última modificación la realizó mediante Acuerdo No.08 de 1999.</p>	<p>Acogemos la observación y en la próxima reunión de Junta se llevará la propuesta de actualización.</p>	<p>La entidad acepta la observación.</p>	X				
3	<p>GESTION DOCUMENTAL</p> <p>La consulta de documentos en el archivo de gestión se dificulta porque una vez ubicados en las unidades de conservación (carpetas, cajas, muebles) no se han elaborado los índices alfabéticos o numéricos que faciliten su consulta.</p>	<p>No se ha hecho necesario crear un índice para todos los archivos de gestión pues el volumen de la documentación es pequeño, pero se tendrá en cuenta la observación.</p>	<p>Aceptan la observación.</p>	X				
	CONTROL INTERNO							
4	<p>Mediante Resolución No.82 de agosto 16 de 2007 delega a la Auxiliar administrativo las funciones de control interno, incumpliendo con los artículos 10 y 11 de la Ley 87 de 1993.</p>	<p>La planta de cargos como puede observar la comisión esta integrada por el máximo de funcionarios que sus recursos le permiten.</p>	<p>Los motivos expuestos por la entidad son validos pero se</p>	X				



		La comisión puede verificar contra presupuesto y planta de cargos que no es posible contar con funcionarios de planta para atender estas obligaciones. Adicionalmente hay que tener en cuenta la ubicación geográfica, lo cual no facilita contar con personal profesional para desempeñar las actividades que se requieren para implantar y mantener sistemas de mejora continua, de acuerdo al presupuesto asignado para funcionamiento.	mantiene la observación porque no se da cumplimiento a la norma que debe estar en el nivel asesor.					
5	Según Resolución No.23 de marzo 05 de 2007 se le asignan funciones de representante de la calidad a un funcionario de la entidad para que haga las veces de coordinador de calidad, como coordinadora del proceso de mejoramiento continuo y a su vez es la encargada de las funciones de control interno que es el grupo evaluador de los procesos, situación que no es conveniente.	La Dirección ha querido en todo momento cumplir con el mandato legal, por ello le ha asignado las funciones a un personal administrativo, tratando en todo momento de que estas funciones que son de vital importancia para el funcionamiento de la entidad y de apoyo a la Dirección no queden sin ser ejecutadas, destinando para ejecutar estas labores a la auxiliar administrativa, quien se ha formado mediante las capacitaciones brindadas en los diferentes temas del mejoramiento continuo (MECI, ISO 9001, NCTGP 1000)	Son validas las explicaciones dadas por la administración pero no se puede estar en los dos grupos el evaluador no puede ser ejecutor de lo que revisa.	X				
6	El contratista que desarrolla las actividades de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es el representante de primer nivel de la alta dirección para la operacionalización del MECI, situación que no esta acorde a los lineamientos consignados en el numeral 3 de la circular No. 3 de septiembre 27 de 2005, emanada por el Consejo asesor del gobierno en materia de control interno.	La comisión puede verificar contra presupuesto y planta de cargos que no es posible contar con funcionarios de planta para atender estas obligaciones. Adicionalmente hay que tener en cuenta la ubicación geográfica, lo cual no facilita contar con personal profesional para desempeñar las actividades que se requieren para implantar y mantener sistemas de mejora continua, de acuerdo al presupuesto asignado para funcionamiento.	La respuesta no desvirtúa la observación porque el representante debe ser funcionario de planta de la entidad.	X				
7	No se elaboro un cronograma para cada elemento en la implementación del MECI, Iniciado en octubre de 2008.	Si bien es cierto no obedeció a un cronograma por elemento, se pudo evidenciar que se cumplió con el objetivo previsto, se realizara un cronograma de seguimiento al cumplimiento por elemento en cada uno de los procesos con que cuenta la entidad en su plataforma estratégica y así poder tomar los ajustes respectivos para la mejora.	La administración acepta la observación y plantea acciones correctivas.	X				
8	Aunque existe el comité de ética hospitalaria, no se actualizo para que lo integren funcionarios del área administrativa dado que este es solo de personal asistencial.	Se conformara un Comité de Ética y Valores, el cual se constituirá como dinamizador del mismo, el 11 de diciembre se conformara y se contara con la participación de todo el personal.	Aceptan la observación y plantean acciones correctivas.	X				



9	Durante las vigencias auditadas, no se evidencia evaluación por parte de Control Interno y el área de facturación al proceso de glosas, para identificar las causas de éstas y los correctivos necesarios o puntos de control orientados a minimizar las inconsistencias en la facturación, inobservando lo estipulado en el numeral 5.3.3 de la Circular 035 de 2000.	El proceso financiero cuenta con un plan de seguimiento y medición al cual se le realizara las modificaciones necesarias para dar cumplimiento a la normatividad, teniendo en cuenta las observaciones realizadas.	Aceptan la observación.	X				
SALUD PUBLICA								
10	Falta el permiso ambiental y/o declaratoria ambiental. Falta la inscripción ante la CVC como generador de residuos sólidos. Falta el permiso de vertimiento de alcantarillado por parte de la CVC	Pendiente de respuesta en el preliminar		X				
11	No tiene un cuarto o un espacio adecuado para la disposición final de los residuos sólidos ni la señalización del mismo. No se dispone de un sitio adecuado para lavado y/o limpieza, desinfección de los carros transportadores de la ruta interna, esta se vierte en el alcantarillo publico sin ningún tratamiento.	Pendiente de respuesta en el preliminar		X				
12	No presenta un rubro dentro del presupuesto destinado para manejo de proyectos ambientales	Pendiente de respuesta en el preliminar		X				
PRESTACION DE SERVICIOS								
13	El 89.6% de los encuestados durante el proceso auditor están satisfechos con el servicio, no obstante se presentan algunas inconformidades en el área de urgencias requiriendo más agilidad en la atención aumentando los médicos para este servicio y prioridad en la atención para aquellos usuarios que llegan de las diferentes veredas. En consulta externa por la demora en atención piden que el servicio sea más rápido y aumentar un medico para esta área, así como los cupos de las citas medicas. Para odontología manifiestan que se requiere más personal porque se demoran en la atención y puedan aumentar los cupos y en hospitalización solicitan prestar el servicio de rayos x. En Promoción y prevención se requiere que informen al paciente el día en que no hay atención.	Pendiente de respuesta en el preliminar	Aceptan la observación.	X				
INFRAESTRUCTURA								
14	La proyección en infraestructura física, de acuerdo a los planes de desarrollo en los dos (2) períodos correspondientes al 2004 – 2007 y 2008 - 2011, y su particularización en los planes de acción 2006, 2007 y 2008, se muestra una generalización de los objetivos, que son detallados y reiterativos en cada vigencia pero en los planes de acción del 2006 y 2007 no se integra el	Si bien es cierto se tenía proyectado este mejoramiento y se apropiaron los recursos presupuestales como se evidencia en la evaluación del presupuesto no se ejecutaron puesto que estas áreas están afectadas por fisuras y hasta no tener	La respuesta está reafirmando que no es coherente con el cumplimiento del	X				



	desarrollo de la infraestructura del hospital ni tampoco existe inclusión en el plan de acción, la implementación de estudios para construcción, remodelación y adecuación de la planta física del hospital para el apoyo de la cobertura en servicios y el cumplimiento de la norma sismorresistente; por otra parte en el plan de acción del 2008, en el <u>objetivo de fortalecimiento institucional</u> , se encuentra la remodelación de la sala de espera y pasillo por \$10.894.242, pero no se consolidó el cumplimiento de objetivo. Por lo anterior se observa que el objetivo planteado en el plan de desarrollo de las vigencias auditadas, no es coherente con el cumplimiento de lo planeado y lo ejecutado.	claridad del reforzamiento no podremos ejecutar la obra.	plan de desarrollo y los planes de acción por lo tanto se conserva este hallazgo.					
15	De la información y análisis de los formatos F-7, se puede establecer que en la codificación para la rendición, se confunden los parámetros de identificación de las clases de contratos, por lo cual se evidencia la falta de unidad y criterio de evaluación para establecer la tipología de los objetos contractuales para las vigencias 2006 hasta 2008 lo que puede presuntamente llevar a no desarrollar correctamente el objeto de la apropiación; en consecuencia, la descripción del objeto contractual es muy generalizada, por lo tanto es difícil identificar el propósito del contrato con respecto a la tipología a falta de un objeto claro y específico, lo que ocasiona inconsistencias en el proceso de revisión documental	La rendición realizada en el formato F-7 se registra de acuerdo a las opciones de clasificación presentada en dicho formato, en las condiciones del objeto contractual; el cual no ha generado equívoco al interior de la empresa para realizar el objeto de apropiación de los contratos rendidos, es de anotar que en cuanto a la descripción de objeto se implementarán acciones para que estos no sean rendidos de manera generalizada sino que por el contrario se describa correctamente el objeto de cada contrato, con el fin de facilitar los procesos de control de la contraloría	En este aspecto se debe tener una acción preventiva y correctiva debido a que está evidenciándose esta falencia; por lo tanto se conserva el hallazgo.	X				
16	De acuerdo a lo enunciado en el Decreto 1769 de 1994, que reglamentó el artículo 189 de la Ley 100 de 1993 en donde dice: "ARTICULO 1o. AMBITO DE APLICACION. El presente Decreto tiene por objeto regular los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, el 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos y en los privados..."; de conformidad con el artículo 9º. del decreto en comento, tratándose de hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de infraestructura y de la dotación hospitalaria, serán presupuestados inicialmente para cada vigencia con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento; por lo tanto se observa que respecto a esta disposición legal, el Hospital no cumplió en las vigencias auditadas 2006 y 2008, con el porcentaje de reserva del presupuesto total de que trata la norma en comento.	Con respecto a la ejecución del 5% del presupuesto de la ESE en mantenimiento Hospitalario tal como lo indica la ley, es importante que se tenga en cuenta que la entidad apropió los recursos para tal fin los cuales en vigencias como 2006 y 2008 no se ejecutaron en su totalidad por cuanto el flujo de recursos no lo permitió, esto debido a que a pesar de que se proyectaron y adicionaron recursos para su ejecución, estos no fueron percibidos a tiempo por la entidad, temiendo el ejecutarlos y a su vez generar un déficit institucional al cierre de la vigencia.	Sea cual fuere la limitación, se evidencia un incumplimiento de la ley, por lo tanto se conserva el Hallazgo.	X				
17	Es importante observar que el contrato de mantenimiento de junio 01 de 2006 cuyo objeto es: "Estuco veneciano", por valor de \$2.000.000.00, contratista:	El trabajo realizado en la pared de la sala de espera, cuyo objeto fue la realización de estuco	No solo se dejó de relacionar en el	X				



	<p>María Fernanda Esguerra Arroyo, con certificado de registro presupuestal No.2006-222, no presenta un documento contractual describiendo las cláusulas ni términos de la ejecución y no se encuentra en la relación del F-7 de esta vigencia; por lo tanto se considera una omisión e incumplimiento a las Resoluciones Reglamentarias emanadas por la Contraloría departamental 022 y 100.28.02.13.</p>	<p>veneciano en dicha pared, obedece a la contratación sin formalidades plenas, las cuales según el manual de contratación de la institución, se nos permite realizar, no obstante no fue reportado en el formato F-7 , situación que se está corrigiendo.</p>	<p>formato F-7 sino que no se observa su rendición; por lo tanto se conserva el hallazgo.</p>						
18	<p>Referente a la revisión documental de las carpetas de los contratos relacionados con la infraestructura física, seleccionados y aportados para su análisis, se pudo evidenciar que no cumplen con la presentación del análisis de conveniencia y oportunidad, tampoco tienen cronograma de actividades, registros fotográficos y análisis de precios unitarios; en la supervisión se evidencian las etapas de ejecución acorde a los ítems planteados en la propuesta y diseño referentes a la etapa contractual. Estos contratos fueron rendidos y ejecutados en la vigencia 2007 como son: 019-2007, adecuación de la sala de partos, y 015-2007 adecuación de oficinas con divisiones modulares. Por lo anterior, se evidencian falencias documentales de la parte contractual</p>	<p>De acuerdo a la etapa Pos – contractual de los contratos No. 019-2007 adecuación sala de partos y No. 015-2007 adecuación con divisiones modulares; esta cuenta con justificación de la contratación, pero que por observaciones hechas por usted debe ajustarse, sin embargo la etapa contractual, se desarrolló conforme al objeto pactado en las condiciones y términos establecidos en dichos contratos; la empresa tomará medidas de mejoramiento encaminadas a dejar claros los términos pos – contractuales de las actividades de contratación del hospital.</p>	<p>Se reconoce la debilidad en el manejo de la contratación, la empresa tomará medidas de mejoramiento. Se conserva el Hallazgo.</p>	X					
19	<p>Se revisaron las vigencias 2006, 2007, 2008 y los proyectos mencionados: “refuerzo estructural por \$99.750.000”, y “remodelación del puesto de salud de Párraga por \$10.000.000”, descritos en los formatos para tal fin y cuyos proyectos han venido describiéndose en cada vigencia, no tienen fichas inscritas en el banco de proyectos bien sea del municipio o de la gobernación, ni tienen los respectivos análisis de conveniencia y oportunidad para incluirlo en un plan, es decir, no están circunscritos con el respaldo técnico de acuerdo a la norma; sin embargo estos planes bienales ya cursaron la aprobación y entrega a la Secretaría de Salud de la Gobernación. Por lo anterior, se considera una omisión al cumplimiento de estos planes bienales, los cuales no entregan la realidad del diligenciamiento</p>	<p>Tal como lo indica el grupo auditor, los planes bienales de la ESE fueron aprobados y entregados a la secretaría Departamental del salud, quien realiza la correspondiente revisión a estos sin realizar objeciones.</p>	<p>Se conserva el Hallazgo</p>	X					
20	<p>De acuerdo a la aplicación de los preceptos dictados en los artículos 12, 23, 33, 36 y 37 de la resolución 4445 de 1996, se evidencia un riesgo inminente con el almacenamiento de gases medicinales inflamables, los cuales están en un deposito interno o cuarto del área de hospitalización, sin la disposición adecuada. En el área de hospitalización, solo uno de los cuartos cumple con la unidad sanitaria con ducha, para los demás cuartos se tienen baños comunes para hombres y otro para mujeres, los cuales carecen de elementos para minusválidos en las unidades sanitarias. En esta área el cuarto para aislamiento de pacientes o de infecto, no se presenta la debida señalización y no tiene unidad sanitaria con ducha. No hay cuarto de rayos x ni sala de yesos, los depósitos para los residuos sólidos reciclables y de riesgo biológico, no están adecuados de acuerdo a la norma, es decir no existe ventilación ni</p>	<p>De esta observación no se aporta contradicción</p>	<p>Se conserva el hallazgo</p>	X					



	drenajes. En el área de consultorios, ninguno de ellos tiene unidad sanitaria. Por otra parte, no existe un área habilitada para la morgue, por lo que las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización y/o urgencias, deberán contar como mínimo con un espacio físico para depósito de cadáveres. Al no existir dicha conformidad y cumplimiento de la prescripción, la Comisión de auditoría evidencia incumplimiento normativo.							
21	Están en mora para la presentación del informe, de actualización de Catastro Físico pues es obligación de todas las entidades de Salud, reportar periódicamente al Grupo de Infraestructura Física de la Secretaría de Salud Departamental, los cambios o modificaciones, actualización, consecución de equipos u otras actividades realizadas en función de la prestación y mejoramiento del servicio hospitalario en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención de su jurisdicción; por lo tanto y hasta la fecha no se tiene el documento para el reporte de la actualización como lo solicita la norma.	Respecto a la actualización el catastro físico, se solicitará directamente a la secretaria de salud departamental al igual que el análisis de costo de la intervención en el estudio de la vulnerabilidad para que estos reposen en el archivo de la E.S.E.	Con respecto a esta respuesta se conserva el hallazgo.	X				
FINANCIAMIENTO								
PRESUPUESTO								
22	Se revisaron los Certificados de Disponibilidad y registros presupuestales donde se observó que algunos son emitidos con posterioridad a la emisión de la factura de pago, además que son firmados por la gerente de la institución.	De manera verbal expresaron que realizarán los correctivos.	Aceptan la observación	X				
CONTABILIDAD								
23	Los libros oficiales de las vigencias 2007 y 2008 no se encuentran impresos No se efectuó depreciación de propiedad planta y equipo para el 2008 No se efectuó provisión de cuentas por cobrar y pensiones para el 2008 La Utilidad del estado de resultados del 2008 está sobreestimada No se da el tratamiento contable a las glosas según manual circular 035 de 2000 El módulo de contabilidad del aplicativo financiero no está legalizado No se cuenta con boletines diarios de tesorería La contabilidad de la entidad presenta atraso en sus registros de 4 meses Los saldos de facturación difieren entre contabilidad y presupuesto	Aceptan la observación	Se mantiene la Observación					
LEGALIDAD								
24	Los contratos objeto de estudio carecen de análisis de conveniencia. No se realiza Informe de actividades ejecutadas En algunas minutas suscritas con la Cooperativa CONSENTIR, no identifica el número de profesional contratado La minuta contractual suscrita con la Cooperativa CONSENTIR, no identifica las actividades a ejecutar por el personal contratado y remite al manual de funciones del Hospital No se evidencian los Informes de supervisión y/o interventoría	Aceptan la observación.	Se mantiene la observación	X				



25	En la muestra seleccionada de la contratación no se evidencio la existencia de otras propuestas y/u ofertas	La respuesta no justifica legítimamente la falta del procedimiento, pues dichos documentos deben reposar en la carpeta de los contratos.	Se mantiene la observación	X					
26	Entre la muestra seleccionada, se evidencia la falta de Póliza de cumplimiento, contraviniendo lo dispuesto en el art. 25 numeral 9 de la Ley 80 de 1993 y Art. 18 del Dto 679/94	La respuesta no justifica legítimamente el incumplimiento a lo establecido en la Ley 80 de 1993 y el Dto 679/94 pese a que se trata de un contrato sin formalidades plenas.	Se mantiene la observación	X					
27	La orden de servicio No 102-08 carece del formalismo legal de una minuta contractual. Se evidencia la consignación de cláusulas rigurosas compromisorias y garantista que favorecen al ente auditado.	La respuesta no justifica legítimamente el cumplimiento riguroso que debe preceder en todas las minutas contractuales.	Se mantiene la observación	X					
28	La minuta contractual no identifica actividades a ejecutar por el personal que presta el servicio. (Contrato No 102-08). Esta observación tiene relación directa con la falta de cláusulas rigurosas	Aceptan la observación.	Se mantiene la observación.	X					
29	Recibo a satisfacción del servicio. (Contrato No 102-08). Observación que tiene que ver con los informes de intervención y/o supervisión.	Aceptan la observación	Se mantiene la observación.	X					
	TOTALES			29	0	0	0		\$0