



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

**HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ
VIGENCIAS 2005 – 2006 – 2007 – 2008**

**CDVC-CACT No 02
Marzo de 2009**



AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar Cercofis Tuluá	Jorge Aldemar Arias Echeverry
Coordinadora	María Fernanda Quintana Beltrán
Equipo de Auditoria	
Líder	Tatiana Bedoya Díaz
Profesionales	Ruth Felisa Casanova Bejarano
	Carlos Alberto Pastrana Zapata
	Nelson Enrique Serna Restrepo
	Mónica Dusán Agudelo

TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCION	5
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	6
2 METODOLOGIA	7
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	8
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	8
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	10
3.1 GESTIÓN	10
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	10
• Planeación	10
• Actuación de la Junta Directiva	11
• Talento Humano	11
• Evaluación del Sistema de Control Interno	13
3.1.2 SALUD PÚBLICA	14
• Promoción y Prevención	14
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	16
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	18
• Proceso de ajuste y dimensión de oferta de servicios de salud	18
• Avances en el cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	19
• Infraestructura	19

3.2	FINANCIAMIENTO	24
	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto • Software Financiero • Saneamiento Contable • Caja Menor • Deudores • Propiedad Planta y Equipo • Cuentas por Pagar • Indicadores Financieros • Patrimonio • Cierres Fiscales • Glosas • Proceso Financiero y Contable • Evaluación de Tecnología Biomédica 	<ul style="list-style-type: none"> 24 25 25 26 26 27 27 28 29 29 30 31 32
3.3	LEGALIDAD	32
	3.3.1 QUEJAS	34
3.4	REVISIÓN DE LA CUENTA	40
3.5	ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN	40
4	ANEXOS	44
	Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado	45
	Anexo 2. Estados Contables	49
	Anexo 3. Cuadro Resumen de Hallazgos	51

INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoria con Enfoque Integral, practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca a la ESE Hospital Rubén Cruz Vélez, utilizando como herramientas las normas legales, el análisis y el conocimiento; con el fin de dar un concepto integral sobre la gestión de la administración del hospital en las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoria se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las ESE-S, y a los resultados que de ella se derivan en procura de un mejor bienestar de la población del municipio. En busca de éste objetivo, se realizó un trabajo que contó con un equipo interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

El presente informe se inicia describiendo los hechos relevantes del contexto que enmarcan el proceso auditor. Acto seguido se describe la metodología utilizada para entrar a narrar los principales resultados obtenidos durante la auditoria. Finalmente y como síntesis del proceso se presenta el anexo 1 Dictamen Integral Preliminar, que califica la gestión de la entidad, determina el fenecimiento de las cuentas revisadas, así como la consolidación de los presuntos hallazgos.

1. HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

- Para el correcto funcionamiento de los hospitales es fundamental una armónica relación entre las administraciones municipales y las empresas prestadoras de salud. Es frecuente en los municipios Colombianos, que se presenten tensiones entre las distintas opciones políticas, que terminan formando el espectro de la administración municipal. En el caso del municipio de Tuluá y la ESE Rubén Cruz Vélez, de acuerdo a los hechos observados y afirmaciones de los funcionarios del hospital, existe una fuerte tensión entre las administraciones. Mientras el equipo auditor se encontraba en el hospital, se dieron protestas en contra del gerente con una marcada tendencia de un partido político (portaban camisetas de un partido) y buscando la renuncia del gerente (portaban un ataúd).
- Según observación realizada por la Contraloría General de la República, en la presente vigencia, “ninguno de los Hospitales de Colombia” están cumpliendo con la exigencia del pesaje de los residuos producidos, sin embargo en el hospital, se evidenció que desde octubre de 2008 fue aprobado el formato para informar diariamente y por horarios, cuantos kilos se producen en cada área según el tipo de residuo, encontrándolos debidamente diligenciados.
- En general, las condiciones en que frecuentemente se encuentra el personal que se asocia a las CTA por requerir de sus servicios para poder vincularse a las Empresas del Estado, son de inestabilidad, pues se enfrentan a un esquema de intermediación administrativa y financiera (poco eficiente que afecta directamente sus intereses particulares), dificultando la operación adecuada del sistema y la prestación de los servicios dentro de estándares de calidad que respeten los derechos de los usuarios.

2. METODOLOGIA

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

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

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

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario de cinco profesionales en las áreas de derecho, contabilidad, ingeniería civil, ingeniería sanitaria y administración de empresas, a través de análisis documental, discusiones en mesa de trabajo, entrevistas con los usuarios y funcionarios en los diferentes departamentos del hospital. De igual manera se atendieron las quejas interpuestas ante la Contraloría Departamental y la comisión de auditoría.

Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la administración del hospital, dentro del desarrollo de la auditoria, y las respuestas dadas por ellos, fueron analizadas y tenidas en cuenta para excluir del informe los hallazgos que se encontraron debidamente soportados.

Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el ente auditado se buscó la autoevaluación a través de aplicación de encuesta que consistió en 31 preguntas distribuidas en cuatro ejes temáticos aplicadas a 25 funcionarios, respondiendo a las disposiciones del Ministerio de la Protección Social, para evaluar el funcionamiento de los entes hospitalarios.

2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El Dictamen Integral Consolidado derivado de los resultados de la presente auditoria, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el período comprendido entre el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008.

2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento nos permitió evidenciar las falencias que tenía el hospital en la vigencia 2004, las cuales estuvieron representadas principalmente en el incumplimiento de las normas contractuales, documentales, la ausencia de una planeación eficiente, de manuales, y desorden de la parte financiera y documental de la entidad.

El cumplimiento de las acciones correctivas es del 96%, indicando con ello un nivel de cumplimiento satisfactorio, el cual se pudo evidenciar en el ejercicio del proceso auditor.

Sin embargo, hay dos hallazgos del mencionado plan, que no se han subsanado y son de relevancia para la entidad. El No.1 relacionado con los documentos que



soportan el proceso contractual desde la etapa inicial hasta la etapa final y de liquidación de los contratos, tal como lo evidenciamos en el análisis de la gestión legal y el No.24 relacionado con la elaboración del plan de capacitaciones, de bienestar y fortalecimiento de las competencias laborales, los cuales no son un instrumento de motivación para los funcionarios de la entidad.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

3.1 GESTION

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

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- Planeación

La formulación del plan estratégico define la visión, la misión y los valores de la organización de acuerdo con el análisis estratégico realizado, contiene también los diferentes programas, así como los planes de acción, los cuales se realizaron de acuerdo a lo estipulado en las normas que rigen la prestación del servicio en salud con participación activa de la comunidad. La convocatoria se hizo utilizando como herramienta, la realización de brigadas de salud, que permitieron la presencia de los usuarios del servicio de las diferentes zonas de influencia. La ejecución de los planes tuvo una asignación equitativa de recursos, en función de las necesidades más relevantes en salud de la población y de acuerdo al portafolio de servicios con el que cuenta la entidad. La ejecución de los planes de acción se realizó de acuerdo a lo programado, tal como lo revelan los resultados de los instrumentos diseñados para medir el cumplimiento de las metas establecidas, y las encuestas de satisfacción de los usuarios.

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

- Actuación de la Junta Directiva

Se evidenció en la muestra de las actas de Junta Directiva seleccionadas que solamente estaban firmadas por el Presidente y el Secretario de la junta, contrariando el Decreto 1876 de 1994.

No se ha realizado la actualización de los Estatutos de la entidad, ni del Manual de Contratación y su correspondiente aplicación reflejándose en la falta de procedimiento pre y post contractual, lo que implica un riesgo para los recursos administrados.

La Junta Directiva modificó el artículo 31 del Estatuto de Contratación, reduciendo la competencia del gerente para suscribir contratos en una mínima cuantía, equivalente a dos salarios mínimos legales vigentes, (\$993.800), una mayor cuantía contratada, deberá ser autorizado por la Junta Directiva, dicha modificación representa un alto riesgo para la prestación oportuna, eficaz y eficiente en los servicios de salud que es la misión del ente hospitalario.

Se observó la actuación de la doctora María Cristina Lesmes, en varias juntas directivas del 2008, en las cuales se presenta como Asesora de la Salud de la Administración Municipal de Tuluá, emitiendo órdenes expresas para las actuaciones administrativas de la entidad y no se evidenciaron los documentos mediante los cuales se otorga poder legal para actuar en la junta durante el 2008, lo que genera incertidumbre sobre la legalidad de las actuaciones y las decisiones tomadas con base en las mencionadas órdenes.

- Talento humano

La planta de personal está compuesta por 37 cargos ocupados, 6 vacantes de planta y 164 asociados a CTA, esto evidencia un estudio técnico inadecuado, pues la relación debe ser equilibrada.

Los salarios no están de acuerdo con los niveles establecidos por Ley, ni con las responsabilidades y funciones de los cargos, en este momento se esta

reclamando la realización de un estudio técnico para lograr una nivelación salarial con hospitales del mismo nivel y frente a los salarios del municipio.

La vinculación de personal de CTA en la entidad, se realiza de acuerdo a la normatividad que rige para las cooperativas del régimen privado, sin embargo presenta mora en el pago de salud, pensión y parafiscales, a las EPS, Fondos de Pensiones y Cajas de Compensación.

Por otra parte se observó que se presenta una alta rotación de los asociados en la planta del hospital, lo que evidencia un riesgo, pues no permite continuidad en los procesos, y pérdidas de tiempo mientras los nuevos funcionarios conocen sus funciones, pues los procesos de inducción son escasos, así como los de capacitación.

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

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

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

conservación y custodia de los mismos, y que de igual forma permita al funcionario que llega al cargo, recibir la mencionada documentación para dar continuidad a las actividades y procedimientos que estén bajo su responsabilidad.

- Evaluación del Sistema de Control Interno

Una vez analizados los documentos que debieron ser producidos por la oficina encargada, se evidenció que se ha incumplido con los procedimientos establecidos para el normal funcionamiento de la misma, falta fortalecer y organizar las acciones desarrolladas en cumplimiento de las funciones, aunque se han realizado algunas que han permitido subsanar errores concretos, que pudieron ocasionar perjuicios a la entidad, y como no cuenta con un equipo interdisciplinario, el enfoque de la Oficina se ha direccionado más a la parte administrativa que a la parte misional.

No existe un cronograma de auditorías de gestión, lideradas por la oficina, que estén direccionadas a cada una de las dependencias.

Actualmente la oficina de control interno, está operando desarticuladamente de la oficina encargada del MECI.

La evaluación del sistema presenta las siguientes observaciones:

Subsistema de Control Estratégico:

Afirman que tienen implementado el plan de bienestar social donde se especifica la parte de incentivos pecuniarios y no pecuniarios así como el cronograma de actividades para cada vigencia además, que cuentan con el plan de capacitaciones, plan de inducción y reinducción, lo cual no es cierto de acuerdo a las evidencias y a la realidad.

No se ha realizado la evolución del clima organizacional de la entidad.

Subsistema de Control de Evaluación

Para las vigencias anteriores, no se aplicaron evaluaciones de desempeño, por lo tanto no hay planes de mejoramiento individual, impidiendo calificar a cada funcionario en desarrollo del cumplimiento de sus funciones.

3.1.2 SALUD PÚBLICA

- Promoción y Prevención

Se verificaron las actividades realizadas en el hospital durante las cuatro vigencias, encaminadas a la prestación del servicio en salud, encontrando los siguientes resultados:

ACTIVIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
Consulta Externa	74.060	59.693	56.279	67.595	70.690
Odontología	25.114	32.066	41.571	37.036	23.018
Urgencias, Hospitalización, Partos	66.247	108.107	91.167	41.451	38.567
Apoyo Diagnóstico	32.222	63.077	67.948	67.790	42.180
Vacunación	16.244	18.214	19.568	23.053	9.919
Salud Oral	23.779	35.736	41.690	36.620	34.568
At. del Parto y Recién Nacido	860	2.133	1.586	1.744	1.214
Control Prenatal	3.654	8.545	5.789	7.341	4.085
Planificación Familiar	3.240	5.874	9.957	17.507	11.090
Citologías	3.506	4.808	4.393	6.696	6.524
Crecimiento y Desarrollo	2.650	5.211	6.532	10.019	6.780
Alteración del Joven	1.227	2.747	3.162	6.212	4.178



Alteración del Adulto	1.928	4.087	5.682	4.158	3.136
Agudeza Visual	1.494	320	434	1.113	1.362
TOTAL	259.599	350.618	355.758	328.335	257.311

Se encontró que en 2008, la variación de la población atendida con respecto al 2007 fue del -21,6%, representada en disminución de atención odontológica, control prenatal, planificación familiar, vacunación, y crecimiento y desarrollo, lo que evidencia que no están fortaleciendo las estrategias utilizadas para atraer a la población a las jornadas realizadas por el hospital. La variación de 2007 con respecto al 2006 fue de -7%, evidenciándose en disminución de la atención odontológica y un importante decrecimiento de las consultas por urgencias, evidenciando aumento en la sensibilización de la población en sus cuidados. La variación del 2006 al 2005 y del 2005 al 2004 fue de 1.4% y 35% respectivamente, permitiéndonos observar como las actividades se han ido incrementando a partir de la vigencia 2005.

Dentro de los documentos que soportan la planeación estratégica, no se han documentado las Políticas de Salud Pública, hacia las cuales apunta el direccionamiento de la prestación del servicio en el hospital, las cuales están contenidas en las diferentes actividades realizadas, de tal forma que permitan producir flujos de información y cursos de acción relacionados con el objetivo nacional, departamental y municipal en salud pública, salud pública colectiva, aseguramiento, prestación de servicios y organización de redes, tecnología, gestión y asignación de recursos financieros, participación social y calidad en la atención en salud.

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

- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

Diseño y Formulación del PGIRH

Este plan se adoptó mediante la Resolución No. 034 de 2007, es decir, seis años después de la expedición de la ley; de igual forma evidenció que no se manejó la Matriz DOFA dentro del mismo, lo que no permite determinar el enfoque integral de la gestión en el manejo de los residuos hospitalarios.

Implementación del PGIRH

Conforme a lo estipulado en el Decreto 4741 de 2005, en su artículo 28, todo generador de residuos peligrosos debe inscribirse como generador ante la respectiva autoridad ambiental, que en este caso es la CVC, no obstante pese a que el Hospital Rubén Cruz Vélez, desde enero del 2008 requirió ante la CVC los respectivos documentos para dicha inscripción, no se evidenció respuesta de la autoridad ambiental ni seguimiento del hospital para agilizar la misma, por lo tanto a la fecha no se encuentra inscrito como generador.

Se evidenció diligenciamiento de los formatos RH donde la entidad lleva un control diario de la cantidad de residuos generados en cada área durante el 2008 en un consolidado mensual, sin embargo dicha información no ha sido enviada a la autoridad ambiental competente.

Se pudo observar que se realiza adecuada separación de los residuos en la fuente, caracterización de residuos, los recipientes se usan según código de colores, con su respectiva señalización a excepción de algunos que están en mal estado o no son los adecuados, minimizando el riesgo de contraer alguna enfermedad por parte del personal o de los usuarios.

Pese a que en el 2008 existió en el Hospital un programa de capacitaciones referente a los residuos hospitalarios, este es muy general, no se plantea un cronograma con temas, fechas ni capacitador, dándole poca relevancia a los ítems de injerencia ambiental. En la vigencia 2007 se evidenciaron dos capacitaciones

sobre el manejo de residuos hospitalarios, y en el 2008 tres (3), referentes al tema.

Adecuado Uso de Guardianes



Sitio de almacenamiento central



Uso de recipientes según código de colores



En cuanto al permiso para vertimiento de efluentes, el hospital no ha implementado una metodología de tratamiento para la disposición final que garantice las condiciones para los vertimientos. Dichos métodos deben ser presentados a la autoridad ambiental encargada y a Centroaguas S.A. ESP.; hasta la fecha no se evidencia gestión sobre el asunto, y el inadecuado manejo de los residuos conlleva a contaminar el recurso hídrico del municipio.

Durante el 2008 no se evidencia acompañamiento de la UES, ni actas de fumigación contra vectores y roedores en la institución-

En el plan de acción y ejecución presupuestal de gastos, no se enmarcan actividades de injerencia ambiental, lo que conlleva a una subvaloración del PGIRH.

Durante el 2008 se realizaron auditorias a las empresas RH S.A E.S. P. , encargada del manejo de residuos peligrosos y Ambient S.A, para residuos líquidos rx y odontológicos.

Con base en la revisión realizada se pudo observar gestión por parte de las directivas del hospital en la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares y mínimo acompañamiento de la Secretaria de Salud Municipal, Departamental, Autoridad Ambiental y UES.

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

La entidad ha realizado es un monitoreo continuo de la prestación del servicio, donde ha determinado las necesidades de oportunidad, corrigiendo las desviaciones cuando los tiempos de atención en la consulta médica, odontológica y de urgencias lo requieren, ampliando los turnos de los profesionales en salud,

realizando actividades extramurales como brigadas nocturnas y rurales los domingos, sin embargo este proceso documentado no existe.

No se ha estimado el número potencial de personas a atender, teniendo en cuenta el crecimiento de la población en la afiliación al régimen subsidiado, frente a la oferta y su capacidad resolutive.

Se evidenció que con respecto a lo anterior, la administración ha presentado ante la Junta Directiva, la necesidad de realizar el estudio médico arquitectónico con el fin de preparar la institución para la atención con calidad, eficiencia y eficacia de la demanda futura.

El costo estimado del estudio se aproximaba a los \$60 millones, el cual sería utilizado para gestionar los recursos necesarios para la ejecución de las obras, pero esta proposición no ha sido tenida en cuenta por la mencionada junta.

- Avances en el cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008

No se evidencia cumplimiento de la Sentencia No.760 de 2008, la cual indica que la entidad debe prepararse para realizar los recobros por servicios no POS, pues la falta de un flujo adecuado de recursos obstaculizaría el acceso a los servicios de salud, mientras se expide la Regulación por parte del Ministerio de Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, para garantizar la prestación del servicio.

- Infraestructura

El Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez, cuenta con una sede principal y 14 puestos de salud ubicados en la zona rural y urbana del municipio de Tuluá. Comprende un área construida de aproximadamente 1899 m², representados en un solo piso.

El plan estratégico 2008-2011 de la entidad, contempla actividades relacionadas con el mejoramiento o ampliación en la infraestructura observando que en el

sistema de planificación de la entidad se proyectaron obras de infraestructura para suplir las necesidades en cuanto a demanda de servicios y población de usuarios actual; lo que denota una buena planeación de la entidad para las siguientes vigencias.

En 2006 la entidad cumplió con lo dispuesto en Artículo 1º del Decreto 1769 de 1994 referente a las inversiones que se deben apropiar para realizar mantenimiento hospitalario, contrario a lo que sucedió en 2005, 2007 y 2008, donde el porcentaje de cumplimiento fue de 58%, 66% y 31% respectivamente, tal como se refleja en la siguiente tabla:

Cifras en miles de pesos

Vigencia	Ppto ejecutado	5%	Inversión Manteni	% de Cumpli miento
2005	6.108.010	305.400	177.188	58
2006	6.794.268	339.713	339.014	99
2007	8.239.384	411.969	275.913	66
2008	7.998.605	399.930	104.336	31

Las obras de infraestructura ejecutadas en las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008, mostraron resultados positivos temporales para el período en el cual se realizaron, relacionadas con el mejoramiento de algunas zonas hospitalarias como la de consulta externa, hospitalización, zona de lavandería, estadística, oficinas administrativas y algunos puestos de salud, mejorando parcialmente la calidad de los servicios prestados por la entidad a los pacientes, sin embargo actualmente algunas de estas mejoras ya son insuficientes, lo que denota una mala planeación al momento de programar las obras de infraestructura.

No fue posible analizar los estudios de vulnerabilidad sísmica de la estructura del hospital que dan cumplimiento a la ley 400 de 1997 y sus decretos reglamentarios,



pues no se encontró en la entidad el documento, y solicitaron prórroga para hacer entrega de dicho informe, y hasta el último día no fue suministrado.

La infraestructura del hospital con respecto al chequeo de la resolución 4445 del ministerio de salud, presenta algunas falencias:

- ❖ Los cielos falsos de la mayor parte del área del hospital no cumplen con las especificaciones de ser contruidos en un material que sea sólido, impermeable, incombustible y de materiales lavables, ya que éstos son de láminas de icopor y asbesto cemento como se muestra en las siguientes fotografías:

Cielo raso en icopor área
Hospitalización



Cielo raso en icopor área
Obstetricia



- ❖ En algunas zonas del hospital, como la administrativa y varias salas de hospitalización, la unión de los pisos con las paredes no presentan media caña y las áreas que sí tienen presentan un borde en su parte superior de aproximadamente 1.0 cm. de ancho en todo su recorrido, que hace que se pierda el objeto de la media caña como se indica en las siguientes ilustraciones:

Empalme piso-pared sin media caña

Borde superior en guarda escoba



- ❖ En cuanto al número de unidades sanitarias, no cumple, ya que no hay una unidad sanitaria por sexo por cada 15 personas, ni un dispensador de agua por cada 50 personas.
- ❖ Las puertas de acceso a las áreas de obstetricia y cirugía, son en madera y se encuentran en muy mal estado, por tanto no cumplen lo que indica la norma en cuanto a que estas zonas deben garantizar una asepsia profunda.

Puerta de acceso área obstetricia



- ❖ La sala de espera de consulta externa no tiene la capacidad para alojar cómodamente a todos los pacientes que llegan a consulta, pues se observa aglomeración de personas en las áreas de circulación o corredores.

- ❖ La zona de parqueo de las ambulancias frente a urgencias, no esta marcado como exclusivo ni está bien señalizada y esto se ha prestado para que las motos se estacionen de modo desordenado, invadiendo el parqueadero de las ambulancias.
- ❖ El puesto de enfermeras es el mismo donde entrevistan los médicos a los pacientes y se trata de un lugar muy reducido y no apto para tal fin, al tiempo que presenta humedad en una de las paredes y una filtración por aguas lluvias en el cielo falso.
- ❖ Se evidencia una aglomeración de las personas en el área de facturación que dificulta el libre transito de las de mas personas, ya que están ubicados en el corredor junto a estadística obstruyendo también el acceso a urgencias desde la parte interna del hospital.
- ❖ Los baños de consulta externa están en un solo corredor, y el acceso a ese corredor es de una sola puerta, lo que no garantiza la seguridad de las usuarias de los mismos, ya que no hay privacidad entre el baño de damas y caballeros.

Los contratos revisados de la muestra seleccionada presentan una documentación básica como soporte en el proceso pre-contractual, pero durante el proceso de ejecución de la obra y después de terminada, se observa que falta parte de la documentación técnica necesaria para poder realizar un buen control y posterior revisión de los contratos. Los documentos ausentes y de forma recurrente son:

- Actas parciales de obra.
- Análisis de conveniencia y oportunidad (o justificación de la obra).
- Registros fotográficos.
- Planos o esquemas donde se muestre la ubicación de la obra.
- Cronograma de actividades.
- Memorias de cálculo.
- Informes de interventoría.

Las órdenes de trabajo y las órdenes de prestación de servicios (tipo de contratación de obra realizada en la vigencia 2008), son los tipos de contratos que presentan mayor deficiencia en soportes, ya que la mayoría solo cuenta con el contrato de obra y una cotización donde en algunos casos, no se indican siquiera las cantidades de obra. Esta situación dificulta enormemente la revisión de la obra ejecutada al no existir registros fotográficos, actas parciales ni finales que indiquen lo que realmente se hizo y poder cruzarlo con la información obtenida de la visita a la obra.

3.2 FINANCIAMIENTO

- Presupuesto

En las cuatro vigencias, los ingresos presupuestados presentaron su mayor incremento en el 2005, aumentando un 98.6% respecto al 2004, con el fin de aumentar la cobertura en la Prestación del servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la Población Pobre no Asegurada del municipio de Tuluá, que aumentó la demanda de los servicios que presta el hospital para ese año.

En el 2006 se incrementa en 11.2% con respecto al 2005, en el 2007 en 21.2 % con respecto al 2006, mientras que en el 2008 disminuye en 2.92% con relación al de la anterior vigencia, como consecuencia de establecer mecanismos para la austeridad en el gasto.

VARIACIONES DEL PRESUPUESTO

	2004	2005	% Var.	2006	%	2007	%	2008	% Var.
Proyectado	3.075.304	6.108.010	98.6	6.794.268	11.2	8.239.384	21.2	7.998.605	-2.92
Ejecutado	2.554.645	6.225.414	43.6	7.241.133	16.3	8.416.984	16.3	7.564.654	1.25

- Software Financiero

Para las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008 la Entidad maneja tres programas; Conexión para contabilidad, presupuesto y tesorería, donde se evidenció que únicamente presupuesto y contabilidad se encuentran en interfase; Sinergia para costos; y Hospivisual para almacén, facturación y estadística, observando que son programas diferentes y no permiten la integración de las diferentes dependencias del hospital, lo que lleva a efectuar las conciliaciones de la información de forma manual, generando incertidumbre en las cifras de los Estados Financieros.

- Saneamiento Contable

En 2004 el hospital inició el proceso de Saneamiento Contable a sus cuentas, y a pesar de que a partir del 7 de junio de 2006 dejó de tener aplicabilidad el proceso establecido en la Ley 716 de 2001, la entidad lo culminó satisfactoriamente en 2006 con la depuración de Deudores, Activos Fijos y Cuentas por Pagar; el resultado final y las cuentas del Patrimonio afectadas permitieron reflejar la realidad patrimonial del Hospital, que para el caso fue positivo ya que el Patrimonio se incrementó.

Detalle de la cuenta Efectos del Saneamiento Contable

NOMBRE DE LA CUENTA	VALOR 2006
Patrimonio Deudores	77.303.752.72
Patrimonio Propiedad Planta y Equipo	904.159.581.45
Patrimonio Cuentas por Pagar	52.636.799.14
TOTAL	1.034.100.133.31

En 2004 y 2005 el saldo total de estas tres cuentas era de \$704.057.078, después de culminado el proceso, presentan un saldo de \$1.034.100.133.31 mostrando un incremento de \$330.043.000.



- Caja Menor

Se practicó un arqueo a la Caja Menor de la entidad, evidenciando que para ninguna de las cuatro vigencias, se designó responsable de su manejo en las Resoluciones de creación de las cajas menores, situación que continúa para la vigencia 2009.

- Deudores

Variación Cuenta Deudores 2004 – 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Saldo a diciembre 31	1.253.054	1.077.158	470.118	2.077.320	998.173
% de variación		-14.04%	-56.36%	342%	-52%

Con corte a diciembre 31 de 2007 el saldo se incrementó en 342 % respecto al de 2006, debido que el Fosyga solamente giró recursos equivalentes al 63% del valor de los contratos al Municipio de Tuluá, por inconsistencias en la base de datos, lo que ocasionó el incumplimiento en el pago a las EPS, y a su vez al hospital, generando situación de iliquidez al 31 de diciembre de 2007.

Sin embargo se puede observar disminución de la cartera en el 2008 con respecto al 2007, ya que se incrementó la provisión por \$1.389.284.000, correspondiente a cuentas vencidas mayores a 180 días, y durante la misma vigencia se recaudaron \$6.849.048.000, de ésta cuenta, aceptando glosas de facturas de 2007 por \$576.112.552, castigando la cartera.

- Propiedad, Planta y Equipo

En el 2005 se realiza compra de ambulancia por \$92.000.000 con recursos del gobierno nacional, del departamento del Valle del Cauca y del Hospital.

Durante el 2006 se efectuó inversión en activos fijos por \$554.809.297, las compras de mayor relevancia fueron para el equipo médico científico por \$383.571.241 y vehículos por \$78.700.000.

El equipo médico científico aumentó en un 21% del 2006 al 2007, los muebles, enseres y equipos de oficina, en un 29% y los equipo de cómputo aumentaron en 36%.

En el 2008 no se presentaron incrementos significativos en los activos.

El último avalúo técnico a Construcciones y Edificaciones tiene fecha diciembre de 2003 y para los bienes muebles febrero de 2004, contraviniendo las normas contables, y lo establecido por la Contaduría General de la Nación (CGN) donde se exige que debe realizarse cada tres (3) años, es decir que llevan cinco años sin ser actualizados, para lo que el hospital argumenta no haber tenido presupuesto.

- Cuentas por pagar

	Acreeedores	Obligaciones laborales	Obligaciones Inv. Administrativa	TOTAL	% Variación
2004	273.926.559	45.557.768	1.201.000.	320.685.327	
2005	42.290.103	72.198.179	391.517.903	506.006.184	57
2006	79.699.000	63.146.000	0	142.843.000	-71
2007	974.899.628	75.346.467	0	1.050.246.095	735
2008	99.827.627	70.413.296	0	170.240.923	-83

En el 2005 los pasivos se incrementaron en 57% con respecto al 2004, en 2006 decrecieron en 71% y en 2007 se incrementaron en 735% con respecto a 2006, esto se generó por el incumplimiento en los pagos de las EPS por la malla validadora del Fosyga al municipio de Tulúa, en 2007.

En el 2008 el hospital canceló reservas presupuestales de la vigencia anterior por \$893.601.401 disminuyendo así el saldo de los pasivos a diciembre de 2008 en 83%.

- Indicadores Financieros

INDICADOR	2005	2006	2007	2008
Razón corriente	2.61	6.68	2.10	8.63
Solidez	6.20	21.40	4.08	20.37
Endeudamiento	16.13	4.67	24.51	4.91

El hospital cuenta con \$8.63 para cancelar cada \$1.00 que adeuda, según el indicador de Razón Corriente, evidenciado en 2008, lo que demuestra que cuenta con los recursos representados en Caja – Bancos, Cuentas por Cobrar e Inventarios suficientes para cubrir sus pasivos.

Si el hospital vendiera todos sus activos, contaría con \$20.37 para cancelar cada \$1.00 que adeuda, según el indicador de solidez evidenciado en 2008, lo que demuestra que cuenta con los activos suficientes, representados en Activos Corrientes y Propiedad Planta y Equipo y Otros Activos, para cubrir sus pasivos.

En cuanto al endeudamiento el hospital ha mantenido un índice muy bajo, solamente en el 2007 se presentó un índice del 24.51% debido a la iliquidez presentada por el incumplimiento en el pago de las EPS.

- Patrimonio

Al 31 de diciembre de 2008 la cuenta Utilidades de Ejercicios Anteriores presenta un saldo de \$1.312.481.429, esta cuenta se ha venido incrementando año tras año, evidenciando una buena gestión en facturación.

En el 2005 se le cancela al municipio de Tuluá la suma de \$392.321.560, en el 2006 \$500.000.000, en el 2007 \$125.000.000 y en el 2008 \$375.000.000 por concepto de utilidad del ejercicio, lo que afecta el flujo de caja de la entidad pudiéndose reinvertir en gestión de salud pública.

- Cierres Fiscales

Para el cierre fiscal presupuestal de la vigencia 2005 no se constituyeron reconocimientos y reservas de apropiación ya que el disponible existente en bancos cubrió las reservas de caja constituidas por \$7.925.000 y las cesantías e intereses de cesantías por \$40.884.467, dando como resultado un superávit de \$235.256.497, lo que demuestra una buena gestión.

Para el 2006 las reservas de caja fueron de \$35.013.000 para cesantías e intereses a las cesantías, para esta vigencia el superávit fue de \$257.866.415 presentando también buena gestión.

Para la vigencia del 2007 el comportamiento del cierre fiscal arrojó un déficit fiscal por \$893.601.402, causado por el no pago de las EPSS al hospital.

El resultado de la vigencia 2008 presenta un superávit por \$261.755.598, generado por una eficiente política en la recuperación de cartera.

- Glosas



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

EPS	USUARIOS	NO CARNETIZ	% NO CARNETIZ
CAPRECOM	2.172	1.293	59
CALISALUD	16.467	0	0
EMSSANAR	26.688	2.321	8.6
CAFESALUD	10.556	592	8

La primera, el 80% de las glosas se da por que los contratos se ejecutan por capitación y muchas veces no se alcanzan a cumplir las metas de Promoción y Prevención, pues la base de datos del municipio no está actualizada, generando que no se puedan alcanzar todas las personas usuarias del servicio.

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

SALDO DE LAS GLOSAS A DICIEMBRE 31 DE 2008

EPS	VALOR ESE	VALOR EPSS	PENDIENTE RECONOCER	ACCION A SEGUIR
CAPRECOM	77.130.924	23.826.937	53.303.987	Depurar la cartera o castigarla en Comité de Glosas
CALISALUD	483.891.575	Pendiente conciliar saldos con Supersalud	Pendiente conciliar saldos con Supersalud	Depurar la cartera o castigarla en Comité de Glosas
EMSSANAR	17.764.000	17.764.000	0	
CAFESALUD	245.402.429	156.478.008	88.924.421	Depurar la cartera o castigarla en Comité de Glosas

La gestión principal del hospital para la recuperación de las glosas, ha sido reportar las novedades de usuarios que no aparecen en las bases de datos y no

están carnetizados a la Secretaría de Salud Municipal y a las EPSS subsidiadas, para lo cual cuentan con un funcionario de apoyo.

En el caso Caprecom, el Hospital acepta en Comité de Glosas la decisión de la EPS, sin embargo los 53 millones no son una pérdida pues el hospital no atendió los 2172 usuarios, y se solicita a la Secretaría de Salud, realizar auditorías estrictas, para determinar que han hecho para documentar la población desplazada.

En el presupuesto del hospital se proyecta anualmente un incremento en el porcentaje de la “UPC” Unidad Pagada Capital, por cada contrato, sin proyectar el 100% sino el 80% por las glosas.

- Procesos Financieros y Contables

Se observaron inconsistencias en el Proceso Adquisición de Bienes y Servicios, en el trámite de cuentas para realizar los pagos, que involucra las áreas de Bienes y Servicios (compras en general), Talento Humano (pago nómina, seguridad social, aportes parafiscales, viáticos, pagos a CTA, etc.) y Activos Fijos (pago de servicios públicos), se presenta incumplimiento en los tiempos establecidos por el área Contable para suministrar la información producida en desarrollo de las actividades, que debe ser procesada para elaborar los documentos contables, así como los establecidos para recibir las facturas de los proveedores, que en muchos casos en las áreas responsables lo hacen sin dejar constancia de la fecha y hora.

Lo anterior impacta negativamente en el cumplimiento de la presentación de los informes producidos por el área y que son de obligatorio cumplimiento y presentación ante la junta directiva y los diferentes entes de control, así como el riesgo al que está expuesto el hospital mes a mes, en relación con los descuentos de Ley que se deben realizar a los pagos y consignarlos a las empresas que recaudan los impuestos, en los dos casos, pueden incurrir en sanciones disciplinarias y fiscales, lo que iría en detrimento del presupuesto de la entidad.

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

Se pudo evidenciar que del área Contable se ha solicitado en reiteradas ocasiones, tanto de forma escrita como verbal, mayor compromiso por parte de la alta gerencia en el sentido de modificar y actualizar los procesos que involucran los anteriores hechos, con el fin de agilizarlos y evitar futuras sanciones.

Evaluación de tecnología Biomédica

Pese a que la entidad no cuenta con tecnología biomédica de alta complejidad, cuenta con un profesional en Mantenimiento de Equipos Médicos, quien ha coordinado los procesos contratados para el mantenimiento preventivo y correctivo y de calibración de los equipos con que cuenta el hospital, tales como Equipos de Apoyo Diagnóstico, Odontológicos, de Rayos X y de Consulta Médica. Esto impacta positivamente en la calidad del servicio, garantizando que los resultados arrojados son veraces y los procedimientos realizados son adecuados y efectivos; sin embargo en esta vigencia no se ha realizado la contratación del mantenimiento, poniendo en riesgo el funcionamiento adecuado de los equipos y sus resultados.

3.3 LEGALIDAD

Al Revisar la legalidad de la contratación suscrita por el hospital, observamos que si bien es cierto, a este tipo de Empresas prestadoras de salud la Ley 100 de 1993, le concede la facultad para adoptar modalidades de contratos para racionalizar la demanda por servicios en salud, de acuerdo al artículo 179 de la ley 100 de 1993, no significa que los contratantes estatales (Representante Legal del Hospital) se aparten de los deberes y principios de Transparencia, Igualdad, Moralidad, Eficiencia, Celeridad, Publicación, Selección Objetiva, Responsabilidad, Economía y Honestidad que de manera general impera en nuestra constitución Política, en materia de contratación estatal. Por el hecho de regirse por el derecho

privado, dado que el objeto de estas entidades es la prestación del servicio de salud, y como servicio a cargo del Estado, quien ostenta la calidad de Funcionario Publico, debe someterse, al desarrollo de la función Administrativa Contractual dando aplicación a los principios anteriormente anotados.

Lo anterior se sustenta en lo reglado en el artículo 209 de la C.P, 715 de 2001, Ley 80 de 1993 artículos 3 y 23, Decreto Reglamentario del Estatuto de Contratación 855 de 1994 y 3 de la Ley 489 de 1998, que prescribe con claridad que la función administrativa dentro de la cual se incluye la celebración y ejecución de contratos debe buscar el cumplimiento de los fines del Estado y en lo señalado en el **Concepto del Concejo de Estado CE SCSC C 1127 de 1998**), que dice “Cuando las Empresas Sociales del Estado necesiten celebrar contratos relacionados para desarrollar actividades concernientes a la administración o funcionamiento de la entidad, concesión de obras o de servicios públicos, encargos fiduciarios y fiducia pública, deberán aplicar las disposiciones contenidas en la ley 80 de 1993...”

- Cumplimiento del Marco Normativo

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

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

Se evidenció que no existe un seguimiento y control sobre la ejecución de los contratos, lo que obedece al desconocimiento de procedimientos y

responsabilidades por parte de los encargados, sin embargo se logro verificar el cumplimiento de los objetos contractuales.

Se evidencia ausencia de control interno en el cumplimiento del objeto contractual, falta de seguimiento a los informes de interventoría, que adicionalmente, de acuerdo a su orden, generan los pagos por el cumplimiento y desarrollo de las obligaciones del contrato, en tal sentido, la entidad asumió un compromiso con la Contraloría para mediante un control establecido, los interventores asumen la responsabilidad mediante aceptación de la función de interventor o supervisor de contratos.

3.3.1 QUEJAS

Se atendieron dos quejas durante el proceso auditor, la primera constituida por siete puntos objeto de análisis, remitida por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana, identificada con el número CACCI 57284-QC-111-2008, interpuesta por el Doctor Eliced Ávila Ávila, Secretario de Salud Municipal, y además, miembro de la junta Directiva del ente hospitalario Rubén Cruz Vélez, quien manifestó presuntas irregularidades presentadas en cuanto a convenio de libranza entre el hospital y Comfandi Tuluá, compras de suministros e incumplimiento de objeto contractual en contrato de prestación de servicios en el hospital, según anónimos los cuales no son reportados.

1. Se verificó que se suscribió convenio No. SSM 001 entre el Fondo Local de Salud y el Hospital Rubén Cruz Vélez, del 19 de abril de 2007 al 18 de diciembre de 2007, cuyo objeto fue el de realizar actividades de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedad del Plan de Atención Básica PAB por \$145.947.396.

La queja específica es sobre contrato de suministro No.068 del 27 de diciembre de 2007 suscrito entre Néstor Fabio Álvarez Pereira representante legal de la Bodega la Esperanza y el hospital, cuyo objeto contractual fue la compra de 1.440 mercados a razón de \$19.700 cada uno por valor total de \$ 28.368.000.

El mencionado contrato, es diferente al convenio interinstitucional No. SSM 001 de 2007, mencionado anteriormente, el objeto contractual no está relacionado con su actividad lucrativa ni misional, no está articulado al plan de acción y no se ajusta a un programa o proyecto específico.

Para la realización de esta contratación cabe resaltar que de conformidad con la ley, las acciones propias de vigilancia y control del SGSSS en el municipio no podrán ser contratadas ya que son inherentes a la competencia de dirección del Sistema, por lo que se evidencia la violación del artículo 14 literal f del Decreto 1122 de enero 9 de 2007 “POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, pues no se encontró autorización previa del Ministerio de Protección Social o en quien éste haya delegado, para contratar los servicios de atención de Promoción y Prevención, como así lo establece la norma.

A pesar del pago total del contrato, existe un proceso ejecutivo en contra del hospital por incumplimiento del mismo, evidenciando ausencia de actuaciones más efectivas y eficaces para dar término a la demanda que se adelanta en el juzgado segundo administrativo de Buga, y no se ha implementado el Comité de Conciliaciones en de acuerdo a la Ley conciliatoria como mecanismo alternativo de solución de conflictos, de acuerdo al decreto 1214 de junio 29 de 2000, cuyo adecuado funcionamiento no permitiría que estas reclamaciones pasaran a la vía judicial.

Por los hechos enunciados se incurre en un presunto hallazgo de carácter fiscal por \$28.368.000 y disciplinario por presunta violación de las siguientes normas: Ley 100 de 1993, Resolución Ministerio de Salud 412 de 2000, Resolución Ministerio de Salud 3997 de 1996, igualmente se incurre presuntamente en las faltas contempladas en el Artículo 48 numerales 1, 31 y 34 de la Ley 734 de 2002, Ley 610 de 2000 artículo 6 y el artículo 209 de la Constitución Política.

2. Presuntamente el gerente del hospital adquirió con recursos del ente hospitalario por el mecanismo de Libranza, bienes de consumo personal, lo que conllevaría a detrimento de la empresa social del Estado,

Se verificó que bajo el sistema de libranza suscrito con Comfamiliar Tuluá, en la vigencia de 2007 se ordenó que se descontara por nómina a los funcionarios se realizaran algunas compras de medicamentos para el hospital, solamente autorizadas por el ordenador del gasto o en su defecto el subgerente con el visto bueno del encargado de la dependencias de bienes y servicios.

Se observó en las libranzas objeto de la queja:

Nos. 098014 y 098017 del 26 y 27 de diciembre de 2007 respectivamente que ya fueron canceladas y descontadas por nómina a los funcionarios que se beneficiaron de las mismas.

No.23536 diciembre 15 de 2007 por \$1.246.770, fue cancelada y tuvo como objeto con base en el presupuesto apropiado para el comité de bienestar social de los funcionarios de la entidad, comprar víveres a nombre de la institución para las festividades decembrinas de los funcionarios, ordenando legalmente el gasto por el mencionado mecanismo, organizando unas anchetas navideñas institucionales que se entregaron a los funcionarios por medio de sorteo o rifa, evidenciando las actas de entrega de tales premios.

No.451577 del 02 de noviembre de 2007 por \$400.000, no se evidenció entrada ni salida de los bienes adquiridos al almacén del hospital, ni la orden de compra emitida por el gerente o subgerente, ni el pago realizado por parte del hospital.

Según observación realizada por el equipo auditor, el valor de la anterior libranza fue cancelado por el señor Marcos Urrea Tegue, ex funcionario del ente hospitalario, anterior jefe de compras, bienes y servicios, quien consignó el mencionado valor ante la tesorería de la entidad, el día 5 de marzo de 2009, quedando saneado el posible detrimento patrimonial en contra de la institución.

Libranza No.454431 del 13 de diciembre de 2007 por \$40.030, aparece factura a nombre del señor Javier Lozano, ex contratista del ente, se evidenció que se realizó el recobro al respectivo funcionario.

En presencia del equipo auditor se actualizó la autorización por parte del representante legal y el subgerente de la institución, como mecanismo de autocontrol y control de los recursos financieros del ente hospitalario, ante la empresa proveedora Comfandi Tuluá, para evitar retiros no autorizados.

3. Dice la queja que el contrato No.046 de 2007 suscrito para prestar asesoría en lo relacionado con el manejo del archivo de la institución, asumiendo entre otras tareas la de revisar por dependencia las Tablas de Retención Documental y presentarlas ante la instancia competente para su aprobación, no cumplió con el objeto contractual, pues las mencionadas Tablas no fueron aprobadas, por haber quedado mal elaboradas.

Se verificó la suscripción y ejecución del contrato con la firma Asesorías y Consultorías Nuevo Milenio y el concepto en que el Comité Evaluador de Documentos de Archivo, emitió el día 8 de junio de 2008 un análisis sobre los requisitos exigidos para la presentación y evaluación de las TRD, determinando que estaban mal elaborados y en consecuencia no las aprobó.

Posteriormente las TRD fueron modificadas con la asesoría de la empresa contratista, para ser presentadas y enviadas nuevamente al comité evaluador del Municipio para su aprobación, constatando que se encuentran en dicha dependencia desde hace tres meses, evidenciando que la empresa contratista actuó de manera responsable con el cumplimiento de la actividad.

4. Aparentemente se realizaron unos pagos por material publicitario a la señora Eloisa Pena Cataño, favoreciendo al señor David Posada quien hacía proselitismo para ser miembro de la directiva de la Junta de Acción Comunal del barrio Victoria.

El quejoso aportó copias simples de material publicitario, con un anuncio a nombre de David Posada, como también de solicitud de disponibilidad presupuestal de agosto 01 de 2008, solicitada por Marta Liliana Vásquez, para el pago de volantes a nombre de Litografía la Cultura. Se confrontó con las ejecuciones del

presupuesto de la vigencia 2008 y no se evidenciaron pagos a nombre de la Litografía, ni de la mencionada señora, evidenciando que no contraviene con lo estipulado con el Art. 355 de la Constitución Política.

5. Presuntamente el gerente del hospital ordenó gastos que no tienen relación con la misión de la Institución Hospitalaria, como son la compra de cuadernos.

Se evidenció que todas las cuentas pagadas específicamente por concepto de gastos realizados durante las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008 presentan sus respectivos soportes presupuestales, contables y legales.

En la vigencia de 2008 se suscribió contrato de suministro de papelería, entre otros, se compró una caja de cuadernos para una actividad educativa de apoyo logístico realizada por el hospital, como aparece registrada la orden en el almacén, con traslado No.11604 del 21 agosto de 2008 para las coordinadoras de los quince puestos de salud, verificándolo en el ingreso y salida del almacén.

6. Dice, que realizaron movimientos presupuestales en el primer semestre del 2008, sin realizar previamente las modificaciones en el presupuesto ni la autorización del COMFIS.

Se verificó que durante el primer semestre de la vigencia de 2008, no se realizaron movimientos presupuestales, conforme lo evidenció el profesional contador del equipo auditor de la Contraloría Departamental, y como se evidencia en las actas de junta directiva de la cual el quejoso es uno de los miembros, como Secretario de Salud Municipal.

7. El Señor Gerente, suscribió contrato No.077 de 2006 para la compra de un (1) sistema portátil de Rayos X, una (1) reveladora radiográfica y chasis para reveladora por \$122.073.980, con la señora Elizabeth Delgado Valencia, el que presuntamente se suscribió sin autorización previa de la junta directiva, sin selección objetiva del contratista y al parecer el equipo no es apto para prestar servicios en el ente hospitalario.

En respuesta presentada contenida en oficio de marzo 5 de 2009, el Representante Legal del ente hospitalario, adjunta 58 folios soportes de copia de las actas de junta directiva No.106, 107 y 108 de la vigencia 2006 en las cuales manifiesta dicha Junta, la importancia de contar con el servicio de Rayos X y la compra de dichos elementos, la presentación del proyecto de viabilidad técnica y la aprobación de la compra de los equipos, soportadas por las cotizaciones para realizar el proceso contractual.

Se precisa para el quejoso, que la junta directiva la máxima autoridad administrativa, igual que el representante legal, por autoridad de la ley y los estatutos de la entidad, pudiéndose tomar decisiones y acciones inmediatas, correctivas, preventivas, investigativas y establecer verdaderos controles en asocio con el representante legal del ente hospitalario, por expresas facultades, funciones y atribuciones que les confiere la ley.

La segunda queja, fue instaurada ante el equipo de auditoria, mientras se llevaba a cabo el proceso auditor, por parte de algunos de los asociados de la CTA contratada por el Hospital.

En tal sentido, algunos de los asociados de la Cooperativa Alianza CTA presentaron queja escrita referente a la oportunidad de los pagos que la Cooperativa debe realizar a los fondos de pensiones, EPS y cajas de compensación, manifestando la inconformidad actual con la mencionada CTA, por lo que la comisión procede a enviar citación al representante legal, Ingeniero Jaime Rivera Castrillón, con el fin de darle trámite a la queja en mención.

Se llevó a cabo mesa de trabajo el 25 de febrero de 2009, con la presencia del equipo de auditoria, un grupo de asociados quejosos y el Ingeniero Jaime Rivera Castrillón, en la que cada uno manifestó su situación particular frente a los hechos, coincidiendo todos, en que los pagos se realizan en fechas posteriores al descuento que se realiza por nómina al asociado, en tiempos de retraso hasta de cuatro meses, para lo cual, presentaron los documentos que soportan dichas

inconsistencias, expedidos por las diferentes entidades a las cuales están afiliados por los diferentes conceptos.

El representante legal se comprometió a ponerse al día con los mencionados pagos y a solucionar las inconsistencias presentadas con todos los asociados, prioritariamente a 12 de ellos que presentaron sus quejas, las cuales fueron puntuales y se pueden resumir en que a 9 de ellos no les han realizado los pagos a los Fondos de Pensión hasta por siete meses, a 3 de ellos a la Caja de Compensación Familiar, y a 5 asociados los pagos de la EPS en varios meses, algunos con los tres casos otros con dos.

Los asociados de la CTA están siendo perjudicados toda vez que en diferentes ocasiones no han sido atendidos en sus EPS, en algunos casos les ha tocado pagar médicos particulares y asumir el costo de los medicamentos, otros están dejando de percibir los subsidios de las cajas de compensación y otros, cuando consultan con su fondo de pensión el estado de la cuenta, no figuran como activos.

Lo anterior es causa de desmotivación para el personal vinculado por CTA, lo que afecta la calidad de las funciones desempeñadas y el clima laboral, sobre todo si se tiene en cuenta que ellos representan el 82% de la planta ocupada del hospital.

No ha habido intervención de la Oficina de Control Interno y no se observaron informes del interventor del contrato con Alianza CTA., quien no realizó un adecuado seguimiento a la ejecución, ni se pronunció sobre las inconsistencias que se presentan, a pesar de que en el 2008 la cooperativa administró recursos públicos por aproximadamente \$1.500 millones, por el contrario la administración continuó realizando los pagos oportunamente.

Para finalizar con el trámite de la queja se firmó un acta de compromiso por parte del ingeniero Rivera, y se deberá realizar un seguimiento por parte de esta Contraloría, con el fin de verificar el cumplimiento de lo pactado.



3.4 REVISIÓN DE LA CUENTA

Revisada la totalidad de los formatos de contratación estatal, ejecución presupuestal, planeación y de control interno, no se evidenciaron inconsistencias entre la información señalada en ellos y la información física entregada al grupo auditor.

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

3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACION

Se aplicó encuesta al 80% de los funcionarios, teniendo en cuenta los de planta, los de libre nombramiento y remoción y los asociados de la CTA, ya que éstos últimos representan el 82% de la planta ocupada de la entidad.

ANALISIS DE LA FUNCION DE LA ESE CONSOLIDACION RESULTADOS AUTOEVALUACION DE LA ESE

DIRECCIONAMIENTO GENERAL
3,65 – 73%
SALUD PUBLICA
3,76 – 75,2%
PRESTACION DE SERVICIOS
3,22 – 64,4%
FINANCIAMIENTO
3,46 – 69,2%

Como resultado de la autoevaluación, la encuesta arrojó las calificaciones para cada uno de los cuatro ejes, mostrando éstos resultados, la percepción que los funcionarios tienen de los mismos. Además nos muestra el conocimiento que tienen acerca de la función de la ESE.

El eje de Direccionamiento General, alcanzó 3,65 puntos equivalente al 73% de percepción de cumplimiento, refleja que los empleados conocen y han participado del análisis estratégico realizado, de los controles implementados e instrumentos de medición. La percepción sobre la gestión del recurso humano, el compromiso de la alta dirección y el trabajo en equipo no es buena.

Hay concordancia con los resultados de la auditoria, se evidenció buen direccionamiento estratégico de los planes y programas de la entidad, avances importantes en los temas de gestión de calidad y MECl, pero falta fortalecer y articular la Oficina de Control Interno con el proceso de MECl; además de mejorar las políticas de talento humano, quienes finalmente son quienes ejecutan las actividades planeadas.

Salud Pública, obtuvo 3,76 puntos equivalente a 75,2% de percepción de cumplimiento de las acciones, reflejando que la percepción que se tiene sobre el proceso que se realiza para recopilar e informar a las entidades que vigilan, investigan y controlan los riesgos y daños en salud pública es buena, así como la capacidad de respuesta para el control de problemas de salud pública, el desarrollo de actividades de promoción de la salud, de información, educación y comunicación de éstas, la existencia y operación de mecanismos para el fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones y de la participación social y la adopción e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH).

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

Prestación de Servicios, con 3,22 puntos y 64,4% de cumplimiento de las metas, muestra que la percepción que se tiene sobre el proceso para ajustar y redimensionar su oferta de servicios y el de monitoreo del contacto del usuario con los servicios de salud necesitan fortalecimiento, a fin de obtener mejores resultados que redunden en beneficios para la comunidad, además de mostrarnos que la Infraestructura actual, no responde a la demanda de prestación de servicios actual del ente hospitalario.

Financiamiento, con 3,46 puntos y 69,2% de cumplimiento, deja ver que la percepción que tienen los empleados sobre el tema, es que la entidad tiene capacidad media para garantizar, vigilar y regular el financiamiento de distintas fuentes, que aseguren la prestación del servicio, de igual forma para la negociación y coordinación del financiamiento de la prestación y sobre el manejo de sus recursos económicos con eficiencia administrativa y contable.

Es baja la percepción sobre la aplicación de los criterios para garantizar la disponibilidad de recursos en cumplimiento del plan estratégico de la entidad, sobre procesos de evaluación de tecnología biomédica, y sobre la realización de los planes de inversión en infraestructura que respondan a estudios de oferta de servicios y la capacidad de gestión y capacidad financiera.



3 ANEXOS

Anexo 1 Dictamen Integral Consolidado

Anexo 2. Estados Contables

Anexo 3. Cuadro de Hallazgos

DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor
JESÚS HERNAN ESCOBAR JIMENEZ
Gerente
Hospital Rubén Cruz Vélez

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

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre de los años 2005, 2006, 2007 y 2008 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría Departamental del valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental del valle del Cauca consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de las cuentas, con fundamento en el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad en las áreas o procesos auditados y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables consolidados.

Los representantes legales del Hospital, rindieron las Cuentas Anuales consolidadas por las vigencias fiscales 2005, 2006, 2007 y 2008, dentro de los plazos previstos en las resoluciones orgánicas No.100.2802-22 de fecha 14 de diciembre de 2006 y No. 100.2802-13 de fecha 05 de diciembre de 2007, respectivamente.

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

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

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 las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a 2005, 2006, 2007 y 2008.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para la vigencia 2005 es Favorable con Observaciones, así como para las vigencias 2006, 2007 y 2008 que es Favorable con Observaciones, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 1,6 y 1,6 puntos respectivamente, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:



Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION 2005	
CONCEPTO	CALIFICACION
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	2
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1
SALUD PUBLICA	2
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	2
OPINION ESTADOS CONTABLES	2
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
TOTAL	13
13/8 = 1,6 > Concepto Favorable con observaciones	

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION 2006-2007-2008	
CONCEPTO	CALIFICACION
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	2
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	2
SALUD PUBLICA	2
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	2
OPINION ESTADOS CONTABLES	2
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
TOTAL	13
15/8 = 1,6 > Concepto Favorable con observaciones	

El concepto sobre la gestión de la entidad para los años 2005, 2006, 2007 y 2008 presenta un mejoramiento, con relación al año 2004 en el cual se emitió un concepto desfavorable.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 22 hallazgos administrativos, de los cuales uno (1) corresponde a presunto hallazgo con alcance disciplinario y uno (1) con alcance fiscal por \$28.368.000. Estos serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

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

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

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca

OPINION SOBRE LOS ESTADOS CONTABLES

Doctor
JESUS HERNAN ESCOBAR JIMENEZ
Gerente Hospital Rubén Cruz Vélez
Tuluá - Valle

Asunto: Opinión Estados Contables - Vigencias Fiscales 2005, 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 Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá - Valle, a través del examen al Balance General al 31 de diciembre de los años 2005, 2006, 2007 y 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008 así como la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y la evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo a normas, políticas y procedimientos de Auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle y la Resolución 100-28.22.005 de diciembre 14 de 2006, donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con las de general aceptación, por lo tanto requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar la opinión y los conceptos expresados en el informe. El control incluyó el examen, sobre la base

de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la Gestión de la entidad; las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno Contable.

La entidad cuenta con un programa contable denominado “Conexión” que permite manejar los módulos de contabilidad, presupuesto y tesorería, este programa no integra estas áreas y se hace necesario conciliar manualmente la información contable, presupuestal y la de tesorería; para los inventarios se utiliza el programa Hospivisual el cual no se encuentra integrado con contabilidad.

El hospital no ha cumplido con lo establecido en el art. 64 del Decreto 2649 de 1993, modificado por el art. 2 del Decreto 1536 del 2007 y con lo dictado por la Circular Externa 060 del 2005 expedida por la Contaduría General de la Nación, que se refiere a la actualización de los activos que se debe realizar como mínimo cada tres años, el ultimo avalúo realizado para edificaciones tiene fecha de diciembre 2 de 2003 y para bienes muebles febrero 23 de 2004.

Es de resaltar que la entidad ha venido realizando los inventarios de activos fijos durante las vigencias del 2005, 2006, 2007 y 2008.

En nuestra opinión, los estados financieros presentan razonablemente la situación financiera del Hospital Rubén Cruz Vélez, a diciembre 31 de las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008, los resultados de sus operaciones y los Flujos de Efectivo para los años terminados en estas fechas, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas.

Atentamente,

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



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO								
1	Incumplimiento de los hallazgos No. 1 y 24 del anterior plan de mejoramiento.			X				
GESTION								
2	Falta documentar procesos importantes como el de Elaboración de la Planeacion de la Entidad, Entrega de Inventario Documental y Físico de los funcionarios que se retiran de la entidad, el de ajuste y Dimensión de oferta de servicios de salud,			X				
3	No existen los planes de bienestar social, de capacitación, de inducción y reinducción, de fortalecimiento de las competencias laborales y tampoco se aprovechan los convenios que han suscrito con las Universidades para que los estudiantes realicen las pasantías en el hospital, en el sentido de que pueden realizar gestiones para obtener			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	capacitación para los funcionarios a bajos costos, y no se ha realizado la evolución del clima organizacional de la entidad.							
4	No se han actualizado los Estatutos de la entidad ni el Manual de Contratación.			X				
5	Se evidenciaron actuaciones de una persona externa en la Junta Directiva sin los documentos mediante los cuales se otorga poder legal para actuar.			X				
6	La Junta Directiva del Hospital, no cumple con el total de las actuaciones correspondientes y asignadas por la Ley.			X				
7	Falta fortalecer y organizar las acciones desarrolladas en cumplimiento de las funciones propias de la Oficina de Control Interno en cuanto a la programación de auditorias internas tanto a la parte administrativa como a la parte operativa del hospital, así como fortalecer el equipo de la mencionada oficina.			X				
8	No se ha articulado la Oficina Asesora de			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Control Interno con la elaboración e implementación del Modelo Estándar de Control Interno que se realizó en la entidad, por lo tanto la mencionada oficina no trabaja en equipo con la oficina encargada del proceso MECI.							
SALUD PUBLICA								
9	No se han documentado las Políticas de Salud, hacia las cuales apunta el direccionamiento de la prestación del servicio en el hospital.			X				
10	No se manejó la Matriz DOFA dentro del PGIRH, lo que no permite determinar el enfoque integral de la gestión en el manejo de los residuos hospitalarios.			X				
11	Incumplimiento al lo estipulado en el artículo 28 del Decreto 4741 de 2005, pues no se ha inscrito como generador de residuos peligrosos ante la CVC.			X				
12	No se ha enviado a la autoridad			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	competente el diligenciamiento de los formatos RH donde la entidad lleva un control diario de la cantidad de residuos generados.							
13	El hospital no ha implementado una metodología de tratamiento para el vertimiento de efluentes, que garantice las condiciones del asunto.			X				
PRESTACION DEL SERVICIO								
14	No se ha estimado el número potencial de personas a atender, teniendo en cuenta el crecimiento de la población en la afiliación al régimen subsidiado, frente a la oferta y su capacidad resolutive.			X				
15	No se evidencia cumplimiento de la Sentencia No.760 de 2008, la cual indica que la entidad debe prepararse para realizar los recobros por servicios no POS, pues la falta de un flujo adecuado de recursos obstaculizaría el acceso a los			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	servicios de salud, mientras se expide la Regulación por parte del Ministerio de Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud, para garantizar la prestación del servicio.							
16	La entidad evidencia una gestión deficiente en la mayoría de las vigencias en cuanto la disposición de recursos para obras de mantenimiento en infraestructura.			X				
17	No hay evidencias de una previa socialización ante la comunidad o partes interesadas, de las obras que se van a realizar en el Hospital, ni de la participación de la comunidad, veedurías, sindicatos o ligas de usuarios (control social) en ninguno de los procesos de la contratación (pre-contrato, durante la ejecución de las obras y pos-contrato).			X				
18	No se ejerce una interventoría adecuada para el control de las obras, hace falta un mayor orden en cuanto a los soportes			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	técnicos que deben contener las carpetas contractuales, para poder realizar un mejor seguimiento y verificación de las obras ejecutadas.							
FINANCIAMIENTO								
19	No se evidencia cumplimiento de la Sentencia No.T.760 de 2008, la cual indica que la entidad debe prepararse para realizar los recobros por servicios no POS. Para las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008 la Entidad maneja tres programas; Conexión para contabilidad, presupuesto y tesorería, donde se evidenció que únicamente presupuesto y contabilidad se encuentran en interfase; Sinergia para costos; y Hospivisual para almacén, facturación y estadística, observando que son programas diferentes y no permiten la integración de las diferentes dependencias del hospital, lo que lleva a efectuar las conciliaciones de la información de forma			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	manual, generando incertidumbre en las cifras de los Estados Financieros.							
20	Se practicó un arqueo a la Caja Menor de la entidad, evidenciando que para ninguna de las cuatro vigencias, se designó responsable de su manejo en las Resoluciones de creación de las cajas menores, situación que continúa para la vigencia 2009.			X				
21	Se encontraron inconsistencias en el Proceso Adquisición de Bienes y Servicios, en el trámite de cuentas para realizar los pagos, que involucra las áreas de Bienes y Servicios (compras en general), Talento Humano (pago nómina, seguridad social, aportes parafiscales, viáticos, pagos a CTA, etc.) y Activos Fijos (pago de servicios públicos), se presenta incumplimiento en los tiempos establecidos por el área Contable para suministrar la información producida en desarrollo de las			X				

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	actividades, que debe ser procesada para elaborar los documentos contables, así como los establecidos para recibir las facturas de los proveedores, que en muchos casos en las áreas responsables lo hacen sin dejar constancia de la fecha y hora.							
	LEGALIDAD							
22	Contrato de suministro No.068 del 27 de diciembre de 2007 suscrito entre Néstor Fabio Álvarez Pereira representante legal de la Bodega la Esperanza y el hospital Rubén Cruz Vélez, cuyo objeto contractual fue la compra de 1.440 mercados a razón de \$19.700 cada uno por valor total de \$ 28.368.000. El mencionado contrato, es diferente al convenio interinstitucional No. SSM 001 de 2007 para la realización de actividades de Promoción en salud y Prevención de la			X	X	X		

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª

Commutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099

E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Enfermedad, incurriendo en un presunto hallazgo de carácter fiscal por \$28.368.000 y disciplinario por presunta violación de las siguientes normas: Ley 100 de 1993, Resolución Ministerio de Salud 412 de 2000, Resolución Ministerio de Salud 3997 de 1996, igualmente se incurre presuntamente en las faltas contempladas en el Artículo 48 numerales 1, 31 y 34 de la Ley 734 de 2002, Ley 610 de 2000 artículo 6 y el artículo 209 de la Constitución Política.							
	TOTAL			22	1	1		28.368.000.

Vigilamos
el patrimonio
Regional



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 Carrera 6ª entre calles 9ª y 10ª
Conmutador: 8881891 - 8822488 - 8880305 Fax: 8831099
E-mail: contactenos@contraloriavalledelcauca.gov.co
Web: www.contraloriavalledelcauca.gov.co