



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

**HOSPITAL PEDRO SAENZ DIAZ DE ULLOA E.S.E.
VIGENCIAS 2007 - 2008 - 2009**

**CDVC - No. 07
Agosto de 2010**



AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralora Auxiliar para el Cercofis Cartago	Melba Lucía Zapata Durán
Representante Legal de la Entidad	Federico Restrepo Escobar
Equipo de Auditoria	
Líder	Víctor Hugo Sierra Yépez
Profesionales	Gilma Gómez Giraldo
	Henry Ospina Murillo



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCIÓN	4
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	5
2 METODOLOGIA	7
2.1 ALCANCE DE LA AUDITORIA	7
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	8
2.3 QUEJAS	8
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	9
3.1 GESTION (EJES CENTRALES TEMÁTICOS)	9
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	9
• Planeación	9
• Actuación Junta Directiva	11
• Análisis del Recurso Humano y la Estructura Organizacional	12
• Análisis de los Sistemas de Información	14
• Evaluación del Sistema de Control Interno	16
3.1.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	18
• Cumplimiento de su Actividad Misional	18
• Satisfacción del Usuario	22
• Salud Pública	22
• Síntesis de la gestión	23
3.2 FINANCIAMIENTO	24
• Confiabilidad del sistema de información financiero	25
• Integralidad del Sistema Financiero, Registro de Operaciones, Financieras Elaboración del Presupuesto y Estado del Tesoro.	26
• Estados Contables y Estructura Organizacional del Manejo Financiero.	34
• Síntesis.	41
3.3 LEGALIDAD	41
• Gestión Contractual	42
• Impacto de la Contratación.	47
• Procesos Judiciales.	48
• Contratos de Obra y Mantenimiento	49
• Síntesis	50
3.4 REVISIÓN DE LA CUENTA	51
3.5 RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS	52
3.6 QUEJAS	52
4 ANEXOS	
1. Dictamen Integral Consolidado.	53
2. Opinión Estados Contables.	57
3. Cuadro Resumen de Hallazgos.	60
4. Estados Financieros.	



INTRODUCCIÓN

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 PEDRO SAENZ DIAZ DE ULLOA E.S.E., 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 Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E. en las vigencias 2007, 2008 y 2009, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoria se desarrolló con un énfasis en la prestación del servicio de salud en el cumplimiento de los deberes que le corresponden a las entidades territoriales, 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 de 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 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

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, se generó un importante aumento en la frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de la población. Explicado esto en gran medida por la apertura de espacios de participación y ampliación de los mecanismos de comunicación dirigido a los usuarios clientes del sistema de salud.

El documento 3447 de 2006 del Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes, establece requerimientos al Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación con el fin de realizar gestiones que permitan disponer de bases de datos depuradas, organizadas y validadas, que permitan dar una eficiente distribución del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios de la demanda. Como condición indispensable para la distribución de los recursos en salud del Sistema Generalizado de Preferencias. De acuerdo a lo facultado por el Art. 42 de la Ley 715 de 2001, a La Nación le corresponde la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud; en consecuencia imparte a los entes territoriales directrices en el sentido de depurar y reasignar cupos de continuidad de coberturas, prestación de servicios en salud a la población pobre no asegurada y acciones de salud pública. De igual forma se establecen los criterios de eficiencia, equidad y cobertura, pilares en que se debe cimentar la contratación de los recursos para garantizar la complementariedad y al subsidiariedad en la financiación en función del perfil epidemiológico de la población objeto de atención.

Ante la aplicación de la Sentencia T 760 de 2008 de la Corte Constitucional, el Departamento del Valle del Cauca enfrentaría una profundización de la crisis hospitalaria existente hoy en la región. La atención y tratamiento de enfermedades de alto costo no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), representan en promedio el 80% de las consultas en los Hospitales Públicos del Nivel II del Departamento, trayendo consigo la disminución de los recursos para suplir gastos de funcionamiento de los mismos¹.

Hay una tendencia de recuperación financiera del sector, en un contexto donde la Secretaría de Salud Departamental reportó para el 2008 un incremento general del 27% en la prestación de servicios de atención y apertura de nuevos servicios. Es urgente ahora redoblar el acompañamiento y asistencia técnica a las entidades del sector por parte de la Secretaría Departamental de Salud.

Según el informe de cierre fiscal del periodo 2009, La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la



gestión en el área, proceso y actividades auditadas, cumple con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia o equidad), Se determino que en tesorería se encuentran los recursos resultantes del ejercicio fiscal de la vigencia, lo que indica que todas las operaciones que requieren afectación presupuestal se vienen manejando a través de los presupuestos, por lo tanto no se genero hallazgos.

El Hospital Pedro Sáenz Díaz, es una Empresa Social del Estado del orden Municipal, se encuentra ubicado en el Municipio Ulloa, en solicitud la prestación de los servicios en salud en complejidad baja (nivel I), los recursos para la operación son provenientes de los contratos por el Régimen Subsidiado, contrato con el Departamento del Valle para la Atención de la Población Pobre No Asegurada y por los convenios interadministrativos con el Municipio; un hecho que debemos connotar como desfavorable con respecto a la oportunidad de venta de prestación de servicios es la cercanía con las ciudades de Pereira y Armenia en caso de una remisión médica a hospitales de tercer nivel.

Existe factores externos que afectan la prestación del servicio en salud dada al difícil acceso a este municipio, el sistema de transporte y la población fluctuante, son entre otros factores que hacen que la comunidad se desplace a los municipios aledaños tales como Quimbaya, Pereira, Armenia entre otros, buscando una mejor prestación del servicio, puesto que en estos municipios se encuentran un mayor portafolio y de requerir una remisión a un hospital de mayor atención en complejidad, serian remitidos a capitales como Pereira y Armenia donde el tiempo de traslado es considerablemente bajo con respecto a los hospitales del Valle.



2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar si el Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E., 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; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Cartago.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por tres profesionales en las áreas de Contaduría Pública, Derecho y Economía, 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 Pedro Sáenz Díaz E.S.E. 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.

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 2007 y el 31 de diciembre de 2009.



2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad no cuenta con un Plan de Mejoramiento vigente con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

2.3 QUEJAS

Se realizó requerimiento escrito a la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca sobre quejas o denuncias remitidas a dicha dependencia contra el sujeto auditado, de igual manera se elevó solicitudes a la Personería Municipal, a las Veedurías en Salud legalmente registradas, Concejo Municipal y a la Secretaría de Salud Municipal. No se recibieron quejas sobre este sujeto de control.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1. GESTIÓN (EJES CENTRALES TEMÁTICOS)

3.1.1. DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- Planeación

El hospital tiene definida la misión, visión, los valores, políticas, evidenciados en documentos institucionales como son planes estratégicos, código de ética y de buen gobierno. La ESE dentro del proceso de integración del sistema MECI-Calidad ha venido documentando los procesos necesarios para un monitoreo y seguimiento de los diferentes planes, procesos y procedimientos establecidos, se han definido controles, riesgos e indicadores, herramientas que están empezando a ser implementadas y aplicadas para la medición de estos, no obstante no existe un cubrimiento del 100% en todos los procesos, sobre todo en lo que respecta a la planeación, donde se encontró la siguientes situación:

El Plan de desarrollo 2008-2011

Se aprobó por Acuerdo No 02 de febrero 29 de 2008, contempla dos ejes temáticos: El eje de prestación de servicios con el programa bandera “Hospital para todos” y el eje de dirección y estratégico con los programas Desarrollo Institucional y Mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria.

Una vez analizados estos planes se observó coherencia mínima entre ellos y con el presupuesto. los proyectos establecidos en los planes no son bajados al presupuesto con la misma denominación y cuantificados según lo programado. Lo que muestra grandes deficiencias en materia de planeación, estos instrumentos no son herramientas de planeación efectivas para el Hospital.

Revisados los planes de desarrollo del hospital local Pedro Sáenz de Ulloa vigencias 2008- 2011 se observaron tres proyectos que no fueron apropiados ni ejecutados en la vigencia 2009 como fueron los de reforzamiento estructural, compra de equipos biomédicos y el proyecto de integración de sistemas contables, Estas deficiencias no permiten evidenciar claramente el cumplimiento de las metas establecidas.

Observando el plan de desarrollo aprobado por la junta directiva, se evidencian dos proyectos que no fueron incluidos en el plan de desarrollo rendido a la contraloría en el formato F17 como son “la implementación de sistemas de costos” y “la gestión del riesgo en salud”, pese a que se adoptaron y están



implementando planes de emergencia hospitalaria y el programa de salud ocupacional, estas actividades no se ven reflejada en el plan de desarrollo. Con ello se quiere señalar que existen diferencias en la información rendida a la Contraloría.

La entidad emite informe de gestión a la Junta directiva y a la comunidad a través de la rendición pública de cuentas, en la vigencia 2010 se empieza a implementar la página web. Se evidencia el proceso documentado

Plan de gestión 2008-2012

Se evidenció en el portafolio de servicios que brinda la ESE, los recursos físicos con los que cuentan, se establece la estructura orgánica aprobada mediante Acuerdo No 012 de marzo de 1997, los análisis de la junta directiva, la cual cuenta con el reglamento interno aprobado, se establece la distribución de cargos, también diferentes aspectos normativos, la política de fortalecimiento del presupuesto institucional.

Planes de mantenimiento

DECRETO NÚMERO 1769 DE 1994

Actividades ejecutadas - plan de mantenimiento	% cumplimiento 2007	% cumplimiento 2008	% cumplimiento 2009
Se realizaron obras de mantenimiento de la infraestructura del hospital.			
Mantenimiento equipo biomédico, de la dotación de equipos de laboratorio, autoclaves y esterilización, servicios de apoyo, a equipo de comunicaciones e informática	2.09	4.17	4.74

De acuerdo a los establecido en Decreto 1769 de 1994 y la Circular No 029 de marzo de 2007, no está dando estricto cumplimiento a los objetivos del plan de mantenimiento, en el sentido de asegurar la asignación específica en el presupuesto, ejecutándose los recursos por "Mantenimiento Hospitalario" ya que no todos los gastos efectuados por este ítem obedecen al cumplimiento de los objetivos del plan de mantenimiento, es decir, soportándose entre otras facturas de la empresa EMDEPSA que maneja los residuos hospitalarios, gasto este que debe ser afectado por el PGIRHS. Ello se pudo evidenciar de manera selectiva en la orden de pago No. 8703, facturas 35522 y 36573 por concepto de recolección de desechos hospitalarios. La anterior situación muestra falta de control por parte de la ESE en la clasificación y ejecución de estos planes.



Las actividades ejecutadas no están enmarcadas en un proyecto del plan de desarrollo. No se observa un cronograma de mantenimiento, ni los informes de evaluación de la gestión de mantenimiento, excepto los cuadros de reporte (formato SNS 2000-001 anexo No 4) que dan cumplimiento al Parágrafo del Artículo 9 del Decreto 1769 de 1994, el cual presentan a la Dirección de Salud al 30 de enero de cada año. Actividades de mantenimiento hospitalario, anexando el establecido en la circular 029 de marzo de 2007.

Revisados y analizados selectivamente los gastos por mantenimiento hospitalario, Se observa deficiencias en la elaboración, ejecución y soportes de las órdenes de gastos de las vigencias 2008 y 2009. Toda vez que estas no especifican a que imputación presupuestal y concepto de gasto corresponde. No llena los espacios del formato, algunas no determinan número de contrato, u orden de servicio. No son soportados con los respectivos certificados de recibo del bien o servicio, no se evidencia la entrada y salida de elementos de almacén. Se observan gastos por conceptos de repuestos y llantas para la ambulancia del hospital, sin embargo no se da la entrada y salida de almacén, situación corregida en el derecho de contradicción, sin embargo deberá establecerse en el plan de mejoramiento para ser corregida a futuro.

Plan de inversiones 2008 - 2009

La entidad registra un plan de inversiones en la rendición de cuenta incompleto frente al observado en la entidad. Situación que resta confiabilidad a la información rendida, además que no guarda coherencia con los proyectos del plan de desarrollo.

- Actuación de la Junta Directiva

La Junta directiva de la ESE está conformada por 6 miembros según lo establece el Decreto 1876 de 1994 así: Alcalde Municipal, Secretario de salud Municipal, Representante del Sector Científico, Representante de los Gremios de Producción, un Representante de los Usuarios y el Gerente de la ESE

Se evidenció a través de las actas de reuniones de Junta Directiva, que este órgano apoya continuamente el componente de Direccionamiento de la entidad, esto lo realizan a través de la emisión de Acuerdos para aprobación de Planes, Presupuesto, modificación de planta de personal, estatutos de la entidad, reglamento interno de trabajo; actuando conforme a sus funciones las cuales están contenidas en el Decreto 1876 de 1994. No obstante, no se evidencia en



las actas vistas en el proceso auditor informes de análisis Financieros, Estados Contables y Ejecuciones presupuestales, ni conceptos sobre los mismos, máxime cuando no existe revisoría fiscal externa.

Participación Ciudadana

Frente a la gestión de la participación ciudadana, la institución cuenta con una estrategia sólida que articula los esfuerzos públicos, privados y comunitarios para incidir en su política de salud local, dichas políticas contempla, entre otros elementos, las audiencias de rendición pública de cuentas 2008, 2009 conjuntamente con la Alcaldía Municipal. Se realiza convocatoria abierta mediante perifoneo único medio masivo disponible en el municipio. Se ha realizado aproximadamente dos, la estrategia se está desarrollando en la actualidad y no se han presentado radicación de propuestas en salud. A nivel institucional existe una oficina de atención al usuario la cual tiene dentro sus funciones el acompañamiento del usuario en la solución de dificultades que pueda presenta, a su vez la recepción de quejas y reclamos y se cuenta con un buzón de sugerencias. Se cuenta con una liga o asociación de usuarios la cuales reúne de forma periódica para recibir capacitación en deberes y derechos y a su vez se convierte en un espacio de interrelación de los usuarios con la entidad.

- Análisis del Recurso Humano y la Estructura Organizacional

PERSONAL POR TIPO DE VINCULACIÓN (A diciembre 31 de 2009 y a Junio 30 de 2010)

Cuenta con una planta de cargos aprobada por Acuerdo No 007 de diciembre de 2008 con un total de 18 cargos, 12 del área asistencial y 6 del área administrativa

Cargo	Período Fijo	Libre Nombramiento	Carrera Administrativa	Provisional	C.T.A.	Total
NIVEL DIRECTIVO						
Gerente	1					1
Subgerente		1				1
NIVEL ASESOR						
Asesor en Control interno		1				1
Asesor Contable					1	1
Asesor Jurídico					1	1
NIVEL PROFESIONAL						
Médicos				1(*1)	2	3
Enfermera			1			1
Profesional Universitario Área de la salud			1			1
Odontólogo					1	1
Bacteriólogo					1	1
	1	2	2	1	6	12
NIVEL ASISTENCIA						



Auxiliar Área de la Salud (Aux.enfermería)			5	1		6
Auxiliar área de la Salud (Higienista Oral)			1			1
Auxiliar de Odontología					1	1
Auxiliar Área de la salud (Laboratorio)			1			
Auxiliar Área de la Salud (Promotoras)			2		1	3
Auxiliar de Administración			2(*2)			2
Auxiliar de Administración (Estadística)					1	1
Auxiliar de Administración (facturación)					2	2
Auxiliar de Servicios Generales	1				1	2
Conductores					2	2
Porteros					2	2
	1					
TOTAL	2	2	11	2	16	34

Se observa que en el área administrativa se tiene una planta de 6 cargos, distribuidos en uno de cargo fijo, uno de libre nombramiento, 3 de carrera administrativa y un profesional provisional, encontrando que uno de los cargos de carrera administrativa (subgerencia) esta siendo ocupado por un funcionario del área asistencial en calidad de comisión. Además el profesional provisional (medico) no esta laborando, por encontrarse en incapacidad, este cargo no está siendo reemplazado, es decir que el hospital esta funcionando con dos médicos contratados por la cooperativa. Por la cooperativa se contratan dos profesionales para bacteriología y odontología y un profesional para el área jurídica y un asesor contable. En conclusión en el área administrativa se encuentran laborando 5 de la planta de cargos y 6 por contrato con CTA.

En el nivel asistencial de los 18 cargos, solo están laborando 17, debido a que un profesional auxiliar de administración esta en comisión en el cargo de subgerencia (*3) este cargo está vacante. Por cooperativa se contratan 10

A junio 30 se presenta la misma situación, solo que se encuentra vacante el cargo de auxiliar administrativa, por renuncia del titular. (*2). En la actualidad laboran solo dos médicos. El contrato de prestación de servicio para bacteriólogo se hizo por medio tiempo.



Talento humano

Mediante la Resolución No 142 de junio 19 de 2007 se adopta el manual de gestión del talento humano.- Por Resolución No 143 de junio 19 de 2007, se adoptan las políticas del talento humano. En la vigencia 2009 se elabora el plan de inducción y re inducción. En octubre 15 de 2009 se realiza auditoria por parte de control interno al programa de talento humano, con su respectivo plan de mejoramiento y seguimiento al mismo. No se observa evoluciones periódicas, solo la del 2009.

Se observó el manual de procedimiento para la selección y contratación de personal, el cual fue tenido en cuenta por el grupo auditoria para evaluar los contratos de prestación de servicios, encontrando que se aplican los procedimientos, para julio de 2010 se construye matriz para los perfiles de cargos, del gerente, subgerente, asesor de control interno, profesional universitario área de salud, médico general, enfermero y auxiliar de estadística y demás auxiliares. Así mismo para el personal de contratación. Del estudio realizado por la ESE sobre el clima organizacional elaborado en el tercer trimestre de 2009, se determina un buen ambiente tanto en el personal de planta como de contratistas.

Salud Ocupacional

En este hospital se observa operatividad del programa de salud ocupacional, evidenciándose la existencia de el plan hospitalario de emergencias, Reglamento de las brigadas de emergencia, plan de contingencia, se realizan frecuentes evaluar el estado del plan y determinar los avances, se realizan capacitación a los funcionarios del hospital, convocatorias a brigadas de emergencias, socializaciones de las normas sobre esta materia, et. Se evidenció el reglamento de higiene y seguridad industrial realizado por el actual gerente. En el 2010 se elaboró el programa de salud ocupacional, las políticas, manual de inspección de seguridad y riesgo biológico, emitido en septiembre de 2009, normas generales de bioseguridad. Se evidencia la compra de suministros varios para la implementación de elementos de bioseguridad y el compromiso de los funcionarios de la ESE en cuanto a normas de bioseguridad y riesgos biológico, entre otros.

- Análisis de los Sistemas de Información

La entidad posee los siguientes medios de acceso a la información para los diferentes grupos de interés:

- La Pagina WEB (Implementada en Marzo de 2010)



- Cartelera Mural.
- Boletines y plegables.
- La programación de eventos.
- Línea de atención al usuario.
- Buzón de sugerencia
- Rendición Pública de cuentas

Actualmente la ESE cuenta con dos programas para la integración de información: el programa Hospifact, el cual integra facturación con estadística, pero no cuenta con la integración al área contable y financiera.-Para presupuesto se tiene el programa Conexión, el cual no está integrado al área de tesorería y contabilidad.

El manejo del Archivo de la ESE- LEY 594 DE 2000

Con la Resolución No 282 de diciembre 28 de 2005, se creó el comité de archivo del Hospital, con sus metodologías para la aplicación de tablas de retención documental por cada oficina productora. Por Resolución No 125 de agosto 04 de 2010, se actualizan las tablas de retención documental de la ESE. Se verificó en algunas áreas del hospital tales como: Control Interno, Jurídica, gestión Documental, Archivo y Estadística, observando que se registran en las tablas de retención documental series y sub series que no son de aplicabilidad. No se tiene claridad en las diferentes áreas productoras del manejo de los documentos que se producen y su tiempo de permanencia en el archivo de gestión. Se observó debilidades en la elaboración, manejo y control de las Tablas de Retención Documental, dado que se maneja la serie 09 denominada "Comunicaciones oficiales" donde se establecen sub series denominadas como "comunicaciones externas e internas recibidas" las cuales no hacen parte de las TRD.

En el área de jurídica, se tiene series documentales que no existen en el archivo de esta oficina, tales como las actas, conceptos jurídicos, solo reposan los contratos. Así mismo, en el área de gestión documental y archivo se manejan documentos que no son de la TRD. No obstante, se observó la disposición de espacios adecuados para el archivo central e histórico, debiéndose mejorar los espacios para el archivo de gestión.

En el área de estadística, se observó el archivo de las historias clínicas, las cuales se llevan de forma manual, se lleva archivo pasivo, activo y semi activo, gran aparte de estas historias están foliados. Los oficios que se generan no están codificados de acuerdo a las TRD. Mediante Resolución No 51 de 2010 se crea la ventanilla única de correspondencia. Se observó los protocolos para el manejo de



comunicaciones oficiales escritas, con el fin de determinar las pautas para la recepción, distribución, seguimiento, organización y conservación de la documentación externa recibida y producida. Estos protocolos deben ajustarse sobre todo para el manejo de la documentación.

La correspondencia interna de la ESE se maneja y registra a través de planillas, se evidencia su funcionamiento y organización debido a que es poca. En cuanto a las transferencias documentales, en el 2008 y 2009 no se han realizado transferencias documentales al archivo central, excepto el área de estadística en abril de 2010. Respecto del cumplimiento de la ley 951 de 2005, se evidencia acta de informe de gestión por el cambio de gerente.

- Evaluación del Sistema de Control Interno

El hospital mediante Resolución No. 299 del 29 de diciembre de 2005, adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI a partir de 2007 se emiten documentos o actos administrativos para la implementación del sistema integrado de Control Interno y se diseña un plan de trabajo para la implementación del Sistema de Control Interno por subsistemas. Analizadas las actividades desarrolladas por la ESE en cumplimiento del plan de trabajo, se observa deficiencias en el subsistema control de gestión en la información. Se evidencia pocos avances en el subsistema de control de evaluación (autoevaluación), no se evidencian informes de autoevaluación de la gestión por área al comité de control interno.

En cuanto a la evaluación de control interno, se observó el documento guía de metodología de implementación para auditorías internas elaborado por la firma Casals y Asociados, el manual de auditoría interna elaborado para el Hospital de Ulloa. En la vigencia 2009 se realizaron auditorías internas, con su debido seguimiento, sin embargo no se da cubrimiento a todas las áreas de la organización (Área de facturación, presupuesto, tesorería, entre otras).

Avances del Sistema de Control Interno

Revisado el informe enviado al Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se observó que el sistema de Control Interno para el 2009 presentó un avance del 95.98%, según este informe el Hospital reportó como punto crítico los elementos de comunicación informativa y medios de comunicación por la no implementación de medios electrónicos que permitan un mayor acceso a la comunidad; así mismo planteó recomendaciones consistentes en la necesidad de mejoramiento de las actividades de revisión, adopción por acto administrativo de los procesos, procedimientos, indicadores y controles institucionales, en procura



de la armonización MECI y Calidad, diseño de la página WEB, realizar la evaluación constante de los productos ofrecidos a la comunidad.

No obstante y como resultado de esta auditoría se evidencian aún deficiencias en los procesos de revisión, controles institucionales, para el 2010 ya se tiene el diseño de la página WEB. Pese a que existe un plan de calidad, no se evidencia planes de mejoramiento de la calidad, no cuenta con un plan de mejoramiento vigente con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

La ESE a través de la oficina de Control interno realizó auditorías internas a la gestión ambiental en noviembre y diciembre de 2009, con su respectivo plan de mejoramiento y el seguimiento. Se han dado importantes avances en el manejo del PGIRSH y se ha dado capacitaciones al personal del hospital sobre el adecuado manejo de los residuos y conocimiento de las normas, no obstante se determinaron algunas observaciones, las cuales se comunicaron a la entidad oportunamente, sobre todo en el manejo presupuestal de los recursos asignados para dar cumplimiento al PGIRSH.

Control interno realizó otras auditorias al área de odontología, salud ocupacional, talento humano, laboratorio clínico, historias clínicas, gestión documental; el área de contabilidad, fue la más crítica detectando 35 hallazgos, se evidenció el cumplimiento parcial del 85% del plan de mejoramiento al área contable.

También se realizó auditoria al proceso de atención al usuario en la vigencia 2008, esta contraloría encontró debilidades en cuanto al diseño y desarrollo de programas de capacitación en las diferentes áreas de la ESE, sobre todo en la parte financiera y de planeación.

Pese a que existe el diseño del Modelo Estándar de Control Interno, se está iniciando con la implementación de éste, el componente de seguimiento y control presenta deficiencias que no garantizan al autocontrol a todo nivel de la organización.

No se observaron los informes exigidos por la Circular Externa No. 100-006 del 2 de septiembre de 2009, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, sobre las cinco fases de implementación, la última de las cuales venció el pasado 30 de junio de 2010.



Control Interno Contable

Se procedió a realizar la encuesta de control interno contable por parte del equipo auditor una vez conocida la realidad del hospital, la cual arrojo el siguiente resultado:

Modelo Estándar de Control Interno		Puntaje por grupo	Interpretación	Puntaje por subsistema contable	Interpretación	Puntaje del sistema contable	Interpretación
Generales		3.40	Adecuado	3.40	Adecuado	3.01	Adecuado
Específicos	Área del Activo	2.96	Insuficiente	2.63	Insuficiente		
	Área del Pasivo	2.89	Insuficiente				
	Área del Patrimonio	2.67	Insuficiente				
	Área del Cuentas de Resultado	2.00	Insuficiente				

Los resultados se dividieron por áreas: El área de conocimientos generales, la cual arroja una calificación de 3.40 puntos cuyo resultado es adecuado; las áreas del activo, pasivo, patrimonio y cuentas de resultado arrojaron una puntuación de 2.96, 2.89, 2.67 y 2.00 puntos ubicándolo en un rango insuficiente.

El resultado final de la encuesta de control interno contable es de 3.01 lo cual significa que el hospital se encuentra dentro del rango adecuado en medidas, métodos y controles para el manejo contable, si bien es cierto se comprobó la existencia del modelo estándar de control interno MECICO y las auditorías con sus respectivos planes de mejoramiento, se determinó que el modelo no es dinámico, que en las auditorías y observaciones se dejaron por fuera puntos determinantes en la calificación del modelo.

3.1.2 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Cumplimiento de su actividad misional

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

DECRETO 2309 DEL 2002

El Hospital local de Ulloa Valle, es una Empresa Social del Estado del orden Municipal nivel 1, se encuentra ubicado en el Municipio de Ulloa, municipio localizado al norte del valle, la prestación de los servicios en salud es de



complejidad baja. Este hospital atiende una población aproximada de 5.166 habitantes de la zona urbana y rural.

El portafolio de servicios es básicamente de consulta médica general, urgencias, odontología, partos, y servicio de laboratorio se evidenció que La entidad se encuentra habilitada para la prestación de servicios de salud del nivel I de atención, cumpliendo de esta forma con los estándares y criterios definidos en la norma, evidenciado en el sello de la vida en los servicios Laboratorio Clínico, Hospitalización General adultos, pediátrico y obstetricia, Consulta Externa Medicina General y Odontología, servicios extramural, servicio de urgencias, transporte básico asistencial.

Para el año 2010 y dada las nuevas disposiciones del ministerio de la Protección Social se solicitó la habilitación de los servicios de toma de citología, vacunación, toma de muestra en laboratorio, esterilización. En cuanto a la capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, se certifica por parte de la contadora del Hospital la suficiencia patrimonial y financiera de la ESE, se sustentan con indicadores.

GARANTIA DE LA SALUD PÚBLICA

Esta entidad viene garantizando la salud pública a los habitantes de Ulloa Valle mediante la suscripción de contratos anuales con el Departamento a través de la Secretaría de Salud Departamental y con el Municipio dando como resultado el cumplimiento de las obligaciones pactadas así: Notificación del 1005 de los eventos de notificación obligatoria como Eda, IRA, Hepatitis, H1N1, Dengue, malaria entre otros. La entidad también ha realizado campañas e investigaciones de campo más específicamente en lo relacionado con brote de varicela y campaña para H1N1 y Dengue Hemorrágico. Cuenta con protocolos según el Ministerio de la Protección Social para la atención de los eventos de vigilancia en salud pública.

No se tiene definido y documentado un proceso que le permita ajustar y redimensionar su oferta de servicios de salud (cantidad, tamaño y características) observándose una constante en la oferta de los servicios, es decir el portafolio de servicios que ofrece la ESE es igual desde la vigencia 2007. La demanda de servicios, se comporta de acuerdo a la población a atender conforme a la base de datos que proporciona tanto la Dirección local de Salud y la EPS, EPS Subsidiada. En la siguiente tabla se observa el número de usuarios por EPS.



Número de usuarios por EPS

VIGENCIAS	CAFESALUD EPS-S	COOSALUD EPS-S	VINCULADOS Y DESPLAZADOS	CONTRIBUTIVOS	TOTAL POBLACION
2007	2.092	1.159	1.231	684	5.166
2008	2.184	1.271	1015	696	5.166
2009	2189	1309	964	704	5.166

Fuente: estadística

Se observa sin embargo que la población subsidiada presenta un pequeño incremento, mientras que a la población vinculada y desplazada va en disminución, no obstante, la población total se mantiene, pese a que la población de la zona rural es muy fluctuante.

Cumplimiento PGHIRS

Se evidenció en marzo de 2010 el plan de contingencia para el evento de emergencia ambiental y sanitaria, tales como el derrame de residuos líquidos infecciosos, ruptura de bolsas plásticas, incumplimiento de la empresa recolectora de residuos, derrame de citotóxicos, corte en el suministro de energía, corte en suministro de agua, derrames de mercurio, etc. El documento se encuentra en el PGIRS. No obstante, en el presupuesto del hospital para las vigencias 2007, 2008 y 2009, no se incluyó apropiación específica para el ítem "Gestión Ambiental", se pudo evidenciar que todos los pagos referentes a esta materia se efectúan bajo otras clasificaciones de gasto, imposibilitando establecer la gestión ambiental. Se evidenció que los gastos inherentes al PGIRSH la ESE la está ejecutando a través de gastos generales y mantenimiento. Así mismo, el formato F11 de rendición de cuenta ambiental, registra solo los gastos efectuados para el manejo de residuos con EMDEPSA por \$ 1.394.802, los demás gastos de inversión inherentes al PGIRSH no se rinden a este ente de control.

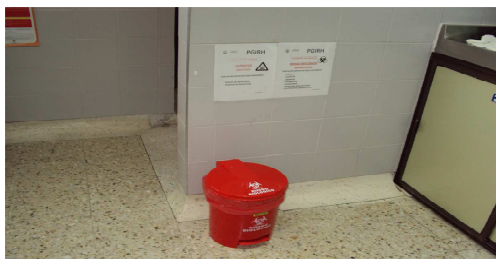
Durante el recorrido por la ESE en las diferentes áreas, se observa en general buen manejo de los residuos hospitalarios de acuerdo al siguiente registro fotográfico.



Buena utilización de reciclables



manejo inadecuado de drogas en consultorios



Área de laboratorios, manejo adecuado de residuos peligrosos y guardianes



Manejo de residuos peligrosos y orgánicos en sala de espera



Trabajos de infraestructura ruta de residuos hospitalarios

Depósito central de residuos peligrosos

El Hospital cuenta con la infraestructura para el almacenamiento temporal de los residuos peligrosos, se están realizando trabajos y adecuación de los mismos, según las especificaciones que exige la norma, se tiene contrato con la Empresa EMDEPSA - operador externo quien recoge los residuos hospitalarios dos veces por semana. Como producto de la auditoría realizada por control interno en la vigencia 2009, se generaron observaciones y plan de mejoramiento, al cual se le hizo seguimiento, una de las observaciones es que los residuos al ser sacados por los funcionarios de EMDEPSA se hacen por las oficinas de la parte administrativa, para lo cual el Hospital está haciendo trabajos de adecuación para hacerlo por la parte de afuera del área administrativa. Por lo demás se observó las demarcaciones de rutas internas de recolección, con las técnicas de bioseguridad.



Recolección de residuos hospitalarios por EMDEPSA

- Satisfacción del usuario

De acuerdo a las encuestas realizadas por el equipo auditor, se puede determinar que la atención hospitalaria es buena, sin embargo, se observa inconformidades de la comunidad en el proceso de asignación de citas médicas, sobre todo de la población rural.

SALUD PÚBLICA

- Promoción y Prevención

La prestación del servicio la realiza la ESE solo en el hospital y tres centros de salud ubicado en los corregimientos de Moctezuma, Chapinero y el Placer, donde se realiza promoción y prevención en salud por parte de las promotoras de salud. Sin embargo para los periodos 2008 y 2009 no se conto con un medico en el apoyo del programa APS, el cual fue de vital importancia en el periodo 2007 para dar apoyo a las promotoras de salud y realizar consultas externas, También se menciona que el difícil acceso geográfico a corregimientos como Chapinero y el Placer, no permiten tener un medico para atender la comunidad constantemente, situación que genera una gran debilidad a la prestación del servicio medico y en atención al programa de promoción y prevención, puesto que la población de chapinero alcanzan a ser 500 habitantes.

INDICADORES DE CALIDAD Y PRODUCCIÓN 2007-2008-2009

concepto	2007	2008	%	2009	%	Observaciones
Consulta médica general	11.091	9.696	-12	8.355	-13	Se observan disminución en las citas médicas por consulta general del 24% comparando 2009 respecto del 2007. En el 2007 se presento incremento debido a que se tenía un medico adicional del programa APS. Para las otras dos vigencias se tuvo dos médicos, una razón es debido a las incapacidades de la médica, teniendo que merma la cobertura.



Número de citas de odontología atendidas	2.071	1.630	-21	2.466	51	El numero de citas atendidas por concepto de odontología se incremento en la vigencia 2009 el 51%
No. consultas urgencias	2.978	2.963	-0.5	3.515	18	Las consultas por urgencias se incrementaron en un 18 % para la vigencia 2009. Este aumento se presento debido a las alertas epidemiológicas de denguen y A H1 N1, aumentando la demanda de este servicio; otro motivo fue que la población del área rural no alcanzaba en muchas ocasiones las citas por consulta externa, evitando una insatisfacción de los usuarios y a no perder la oportunidad de atender a esta población dado el escaso recursos económicos de ellos, se opto por atenderlos por urgencias.
No. egresos	403	259	-35	223	-14	Se presenta notable reducción de los egresos con relación al 2007 en un 45% en promedio.
Partos atendidos	60	71	18	66	-7	Se reducen en el 7% con relación al 2008.
No. remisiones a otros niveles	610	388	-36	422	9	Para la vigencia 2009 el numero de remisiones a otros niveles se incremento en 9% con relación al 2008.

Fuente: datos estadísticos de la ESE

Las consultas médicas externas disminuyeron debido a que en los años 2008 y 2009 solo están atendiendo 2 médicos, el otro viene incapacitado desde el 2009, sin ser reemplazado, por lo tanto la cobertura en este servicio ha disminuido. El número de consultas por urgencias se ha incrementado en un 18%. Se presenta reducción en los egresos y partos atendidos.

En la vigencia 2007 el hospital realizo contratos de prestación de servicios por \$ 10.800.000 los cuales se cancelan por el programa P y P.

En el 2008 se observa Contrato adicional 0027-1 de diciembre 02 de 2008 con la secretaria de salud del departamento, adicionándole una obligación mas al hospital, modificar la clausula quinta del contrato, se adicionan recursos por \$ 91,500,000 se incluye en la clausula segunda numeral 30 Garantizar los servicios de promoción y prevención, diagnostico, tratamiento y de la población pobre no asegurada, para ello el hospital contrata con la fundación nuevo Horizonte por \$ 89.212.500 para prevención y promoción en salud sexual, ejecutado en el 2009.

- Síntesis de la gestión

Se precisan deficiencias en los procesos de planeación de la ESE, lo que no permite visualizar claramente las diferentes actividades en función de los objetivos y metas estratégicas. Aunado a ello no se cuenta con instrumentos de medición,



control y evaluación de las diferentes herramientas de planeación. Parte de las actividades ejecutadas en el presupuesto no están contempladas en el plan de desarrollo.

En cuanto a la atención en salud, se observa que no hay modificaciones en la oferta de servicios, se mantiene el mismo portafolio de servicios, sin embargo la demanda de estos se ve mermada en la población pobre no asegurada, mientras que los demás regímenes presentan incremento leve. Una situación particular de este hospital, es la dificultad de acceso a este municipio, el sistema de transporte, la población fluctuante, son entre otros factores que hacen que la población se desplace al municipio vecino de Alcalá. Se presentan dificultades para el acceso de la población campesina a los servicios médicos, situación reflejada en las encuestas realizadas a la población, otro factor es que no existe en este municipio demanda de servicios por población desplazada ni de grupos indígenas. La demás población campesina es muy flotante por la actividad económica de la región.

Se detectó organización y compromiso de las diferentes áreas del hospital en la implementación de actividades del PGIRS, pese a que se debe mejorar aspectos desde el punto de vista presupuestal.

La implementación del sistema de control interno está en proceso de mejoramiento continuo, encontrándose deficiencias en los subprocesos de autoevaluación y direccionamiento estratégico, control de gestión y sistemas de información.

Por parte de control interno se realizaron auditorías internas a varias dependencias de la ESE, donde se trazaron planes de mejoramiento, sin embargo no se observó cubrimiento total de todos los procesos de la entidad, dado que se cuenta solo con un funcionario asesor de control interno.

3.2. FINANCIAMIENTO

El hospital Pedro Sáenz Díaz del Municipio de Ulloa genero por los periodos 2007 y 2008 déficit fiscal, para el periodo 2009 la entidad genera excedentes por valor de \$68.483.456, de los cuales \$50.000.000 corresponden a una apropiación no ejecutada y los \$18.483.456 son producto de la aplicación de políticas de austeridad y la optimización del manejo de medicamentos entre otros.

El hospital presenta una fuerte debilidad en los sistemas de información financiero, dado que en los periodos auditados y en la actualidad solo se cuenta con los



módulos de contabilidad y presupuesto del sistema conexión, determinando que los demás procesos se realizan en forma manual.

El hospital no cuenta con un sistema de costos, lo cual afecta los niveles de sostenibilidad de la institución al no poder determinar el costo, competitividad y rentabilidad de los servicios que presta a la comunidad.

- Confiabilidad del sistema de información financiero

La Institución en materia de sistemas de información presenta un atraso que ocasiona una fuerte debilidad en el diario trasegar de la información que es producida y manejada, como se evidencio durante el transcurso de la auditoria en los periodos mencionados y para el transcurso de la actual vigencia, dado a que solo ha contado con dos módulos en el área financiera que atienden contabilidad y presupuesto.

Concordante con lo anterior se logró determinar que para la parte asistencial solo se cuenta con el sistema de facturación de nombre Hospifac, el cual no se encuentra articulado e integrado al sistema financiero antes mencionado, determinándose un riesgo en los procesos financieros (nomina, tesorería, activos fijos e inventarios) dado a que estos son manejados en forma manual.

Respecto al funcionamiento del sistema financiero se estableció que el sistema (módulos) trabajan en línea para el manejo de las cuentas de tesorería y presupuesto “cuentas 0” una vez sea alimentado en forma manual el modulo de presupuesto, determinándose que el sistema de información financiero no es completamente útil y funcional para las necesidades de la institución, así como el riesgo a que esta sometida la entidad por la causación de los hechos económicos, dado a que estos no se están realizando al momento de ocurrir, lo que permite no contar con reportes de información a tiempo que son indispensables para la toma de decisiones.

Aviso de Advertencia

No se cuenta con una metodología y un sistema de información para el manejo de costos, entendiendo, que este es el conjunto de procedimientos específicos utilizados para determinar el costeo de un servicio, siendo de vital importancia en la negociación de la contratación con la EPS y aseguradoras en la prestación del servicio de salud, lográndose evidenciar que la contratación con las Eps son sin conocer realmente el grado de beneficio a obtener dado a que no se conocen que servicios son rentables y cuales no, para poder realizar una mejor negociación.



Se constato la existencia de conciliaciones periódicas entre las áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería por la carencia de sistemas de información, sin embargo tales procesos se encuentran en un periodo entre 1 y 3 meses, lo cual no es un tiempo prudente en el ejercicio fiscal y financiero del hospital, además al riesgo a que se expone la entidad de integralidad y presentación de información a los órganos de control a los que se encuentra sujeta.

En el caso de la facturación se evidencio que el hospital cuenta con un sistema para tal proceso, pero no se observa una integralidad con la parte financiera, situación que conlleva a que mensualmente en el área financiera alimente contabilidad y presupuesto de forma manual.

En cuanto a la dependencia de los recursos se estableció que las fuentes de financiación que más aportan al funcionamiento del hospital son el régimen subsidiado, régimen contributivo y el contrato para la atención de población pobre no asegurada, además de que se confirmo que la administración municipal realiza convenios con el hospital que han venido en aumento, buscando un beneficio en la comunidad del servicio de salud.

No existe un plan de contingencias para situaciones cuando el sistema pueda presentar fallas, se observa la poca intervención de la oficina de control interno en auditorias para el área financiera, a pesar de evidenciar estas, dado a que terminan con un plan de mejoramiento incompleto.

- Integralidad del Sistema Financiero

Funcionamiento integral de contabilidad, presupuesto y tesorería.

No se evidenciaron diferencias en cuanto a la confrontación de las cuentas de presupuesto y tesorería, así como la concordancia de estas con los reportes y la información que reposa en la entidad, no presentaron inconsistencia alguna.

El hospital cuenta con un plan financiero débil y no es dinámico, también con plan de inversiones anual, pese a ello no maneja flujo de caja, seguimiento y/o monitoreo para los indicadores financieros y presupuestales, que permitieran evidenciar una articulación coherente con el plan de gestión, así como determinar el cumplimiento de las metas programadas en el plan de desarrollo.

El hospital contó con deuda pública en los periodos 2007 y 2008, la cual fue cancelada en su totalidad, para el último año evaluado por la auditoria no existió deuda pública; el área financiera pese a que contó con indicadores de gestión



financiera y presupuestales, no práctica monitoreo ni seguimiento para la toma de decisiones.

A continuación se detalla los indicadores financieros, basados en los estados contables de la entidad:

Indicadores Financieros de Liquidez, Endeudamiento y Apalancamiento

INDICADORES FINANCIEROS				
INDICADORES DE LIQUIDEZ	FORMULA	dic-07	dic-08	dic-09
CAPITAL DE TRABAJO				
Recursos que dispone la entidad para cancelar su pasivo a corto plazo,	ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE	\$ 227.393,00	\$ 303.154,00	\$ 509.286,00
RAZON CORRIENTE				
La razon de solvencia en el corto plazo generalmente aceptada, indica la incapacidad de la empresa para responder por el endeudamiento a corto plazo, con sus activos corrientes.	ACTIVO CORRIENTE	\$ 2,01	\$ 2,79	\$ 12,30
	PASIVO CORRIENTE			
PRUEBA ACIDA				
Repaldo que tiene la empresa para cubrir sus obligaciones inmediatas, con sus activos de mayor garantía de convertibilidad en efectivo en forma inmediata,	ACTIVO CORRIENTE - INVENTARIOS	\$ 2,01	\$ 2,79	\$ 12,30
	PASIVO CORRIENTE			
ALTA LIQUIDEZ				
Repaldo que tiene la empresa para cubrir sus obligaciones inmediatas.	EFFECTIVO + INVERSIONES	\$ 1,05	\$ 1,84	\$ 7,54
	PASIVO CORRIENTE			

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO	FORMULA	dic-07	dic-08	dic-09
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO				
Representa en que porcentaje esta comprometido el Activo de la Empresa, peso del activo el valor expresado es de los acreedores	PASIVO TOTAL	15,78%	12,30%	3,24%
	ACTIVO TOTAL			
ENDEUDAMIENTO EN EL CORTO PLAZO				
Indica el nivel de concentración del endeudamiento en el corto plazo. Del total de las obligaciones con terceros el % se vence en un plazo menor a 1 año	PASIVO CORRIENTE	99,99%	99,95%	100,00%
	PASIVO TOTAL			



INDICADORES DE APALANCAMIENTO	FORMULA	dic-07	dic-08	dic-09
RESPALDO PATRIMONIAL	PATRIMONIO	533,82%	713,01%	2989,28%
Representa el Patrimonio que tiene la Empresa como respaldo para cubrir el pasivo exigible	PASIVO EXIGIBLE			
PATRIMONIO A INVERSION TOTAL	PATRIMONIO	84,22%	87,70%	96,76%
Indica que porcentaje de los Activos de la Empresa no se encuentran comprometidos con las obligaciones	ACTIVO TOTAL			

Se practicaron indicadores de liquidez, endeudamiento y apalancamiento para las tres vigencias auditadas como se observa en los cuadros con su respectiva interpretación de cada indicador, para el caso de los indicadores de liquidez se observa en todos los indicadores un incremento en términos monetarios y porcentuales en la solvencia y el respaldo del hospital para cubrir las obligaciones.

En cuanto al nivel de endeudamiento se observa que este disminuyó considerablemente en el periodo 2009, pasando de 12.30% en el 2008 a 3.24% y se estable que todas las obligaciones del hospital se encuentran en un lapso no mayor a 365 días.

En el caso de los indicadores prueba ácida y razón corriente, los cuales generaron resultados similares obedeció a la no existencia de inventarios.

Se logra determinar para el caso de los indicadores de liquidez y nivel de endeudamiento, que presentaron un aumento (liquidez) y disminución (endeudamiento) significativo producto de la conciliación de cuentas por cobrar a las Eps y de depuración de saldos de glosas que ya no serían recuperadas y que permanecían en los saldos de los estados contables, permitiendo tener saldos de deudores no reales; y para el caso del endeudamiento al igual que la cuenta deudores se depuraron saldos que fueron creados inicialmente sin un tercero y cargados al hospital, todo esto fue evidenciado gracias al comité de sostenibilidad contable, el cual realizó una confirmación y circularización de saldos con los proveedores y deudores, de esta forma se llevó al comité y se procedió a la depuración de los saldos.

En los indicadores de apalancamiento, se puede observar que el respaldo patrimonial ha aumentado lo que quiere decir, que en el 2007 se encontraba en 533.82%, pasando a 713.01% en el 2008 y finalmente a 2.989,28% en el 2009, lo que indica que el patrimonio con que cuenta el hospital es suficiente para cubrir el pasivo exigible a corto y largo plazo.



Cierres Fiscales

A continuación se detallan los resultados de los cierres fiscales de las vigencias auditadas, la cual se dividen en dos resultados, el déficit acumulado y el déficit anual.

Déficit fiscal anual por los periodos auditados.

Periodo	Estado del Tesoro	Cuentas por Pagar	Recursos a incorporar al presupuesto de la siguiente vigencia
2007	19.232.414,26	145.373.394,00	-126.140.979,74
2008	85.740.947,00	138.395.163,00	-52.654.216,00
2009	89.693.001,00	21.199.545,00	68.483.456,00

Datos tomados de los cierres fiscales y las ejecuciones presupuestales.

Se observa en el cuadro que el déficit fiscal anual presentó una disminución entre los periodos 2008 y 2007 de \$73.486.763.74, producto de auditorías medicas en conjunto con la cooperativa de hospitales del Valle Cohosval, determinando a los pacientes poli formulados y multiconsultantes, con el fin de reducir las reacciones adversas a los medicamentos, formulaciones innecesarios que repercutió en la disminución de los pagos por medicamentos a la cooperativa, representado en un promedio mensual de \$3.000.000; se evaluaron los comités de referencia y contrareferencia del hospital y de la región norte, se tomo la decisión de retirarse de Asohoval, la cual no generaba ningún beneficio para la entidad y por el contrario el ultimo año (2008) genero un gasto por \$5.590.800, se empezaron a realizar compras distribuidores mayoritarios en medicamentos y elementos de aseo y papelería, lo cual represento un ahorro y la reducción de costos al obtener beneficios por pronto pago de las facturas y por último se toma la decisión de implementar planes de telefonía celular por la fija que represento un ahorro anual cercano a \$2.000.000, estas medidas no corresponden a un estudio técnico documentado y no presentan el registro del análisis de riesgo vs. Beneficios de la aplicación de esta política.

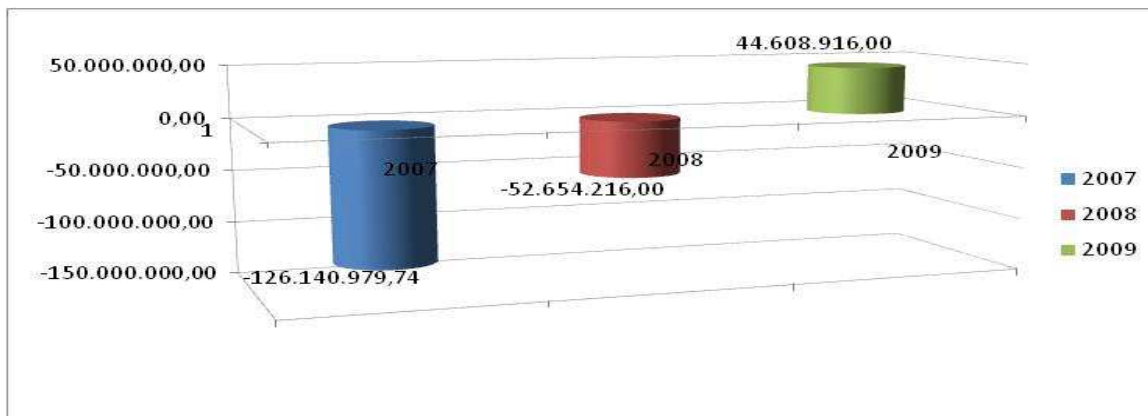
En la vigencia 2009 el hospital generó un superávit fiscal de \$68.483.456, entre los cuales se encuentran \$50.000.000 del contrato No 0293 de 2009 realizado con la Secretaria de Salud Departamental del Valle para la prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada, recursos que llegaron a mediados del mes de diciembre del mismo periodo, hasta la fecha estos recursos se encuentran en un CDT; el excedente \$18.483.456 fue el resultado real de las políticas antes mencionadas en el párrafo anterior.



Déficit fiscal acumulado

Vigencia	Estado del Tesoro	Cuentas por Pagar	Recursos a incorporar al presupuesto de la siguiente vigencia	Cuentas por Cobrar último trimestre sin % de reconocimiento	Déficit Fiscal Final
2007	19.232.414	145.373.394	-126.140.979	171.511.818	45.370.838
2008	85.740.947	138.395.163	-52.654.216	34.634.741	-18.019.475
2009	89.693.001	45.074.085	44.608.916	0,00	44.608.916

Datos tomados de los cierres fiscales y las ejecuciones presupuestales



El cuadro y grafica anterior muestra que el hospital generó déficit fiscal en los dos primeros periodos auditados, se observa que para el periodo 2007 este se alcanza a cubrir con las cuentas por cobrar del último trimestre, incluso llegando a generar un superávit, situación contraria al año 2008 que a pesar de sumar las cuentas por cobrar sigue generando déficit fiscal acumulado por valor de \$18.019.475.

Para la vigencia 2009, la entidad obtiene un superávit fiscal de \$44.608.916, una vez canceladas la totalidad de las cuentas por pagar y las obligaciones laborales.

De igual forma se determina que la entidad no planea, planifica y coordina el manejo financiero del hospital con la ayuda de las herramientas financieras disponibles (flujo de caja, plan financiero, plan de inversiones, programación de pagos, entre otras), así esta este generando un superávit, el cual fue producto de políticas de austeridad del gastos en el área asistencial y que son medidas de tipo medico y no financieras o administrativas, las cuales son débiles.

Se verificó que la entidad ha venido incorporando los déficits y el superávit producido en cada vigencia.



Se evidenció que la entidad aplica políticas de austeridad en el gasto financieras y administrativas, estas se reflejan frágiles, así mismo ha venido implementando este tipo de políticas en el área asistencial lo que ha permitido un ahorro operacional; el proceso de facturación y el manejo administrativo de las glosas, es frágil, el comité de glosas es inoperante y si bien se presenta mejoría en la recuperación de estos recursos está definido por la escases de recursos que obligan a la entidad a ejercer presión en la recuperación de cartera.

Se constató la falta de metodología para la elaboración, articulación, programación y ejecución del presupuesto con los componentes del sistema presupuestal tales como: Plan financiero, plan cooperativo anual de inversiones y plan de inversiones, estos no se articulan al plan de gestión de la entidad, de igual forma no son dinámicos y se convierten en un requisito solo para cumplir con la normatividad en esta materia; así mismo se detectó la falta de herramientas financieras para prever las situaciones de liquidez e iliquidez temporales que se producen en los periodos fiscales y que son determinados por la situación real del sistema en salud en Colombia.

Pese a que se trazan metas en función de un presupuesto aprobado y definitivo por la junta directiva, no es suficiente dado a las anomalías que presenta el sector de la salud, entre ellas, metas casi imposibles de cumplir dado a que la población es fluctuante, la matriz con que se contrata no se encuentra bien costeadada, la no utilización de la malla validadora del Ministerio puesto que las EPS utilizan su propia malla y demora en el desembolso de las Eps subsidiadas hacia el hospital, son algunas de las debilidades que no permiten que los presupuestos sean ejecutados en su totalidad; por otro lado la secretaria de salud municipal ha venido en un proceso articulado con el hospital conciliado todas las labores y actividades realizadas para de esta forma glosar a las EPS subsidiadas, evitando la fuga de recursos del municipio y de la salud de este.

Pese a todas estas medidas tomadas por el hospital y el municipio, se observa que la entidad no ha venido preparándose para el fin de los contratos para la población pobre no asegurada de la localidad, dado que esta depende en más del 40% de estos recursos, otra situación que se observó en el proceso auditor fue la llegada de un nuevo intermediario en el manejo del sistema de salud el cual entra a cobrar cuota de manejo por ser el intermediario. (La dinámica sería el municipio transfiere a Compensar, Compensar a la EPS y esta al hospital)

Como se observa en la siguiente tabla, los presupuestos son planeados basado en presupuestos históricos, teniendo en cuenta la inflación, el índice de precios al consumidor – IPC y la Unidad per cápita de capitación – UPC, pese a lo anterior



se observa adiciones en los presupuesto considerables, lo que permite concluir que la metodología que viene implementando el hospital presenta debilidades.

Detalle	2007	2008	2009
Presupuesto Inicial	915.281.315	833.441.195	925.403.655
Adiciones	403.544.328	428.331.927	333.503.734
Reducciones	7.972.182	4.992.537	0.00
Presupuesto final	1.310.853.461	1.256.780.585	1.258.907.389
Presupuesto Recaudado	1.094.489.958	1.123.997.833	1.239.198.575
Pagos	1.075.257.543	1.038.256.887	1.149.515.574
% incremento ppto inicial	44.09	51.39	36.04
Variación ppto final vs recaudado	216.363.503	132.782.752	19.708.814
% faltante para cumplir ppto final	16.51	10.57	1.57
Variación ppto recaudo vs pagos	19.232.415	85.740.946	89.683.001
% variación recaudo vs pagos	1.76	7.63	7.24

Datos Tomados de la Ejecución Presupuestal vigencias 2007-2008-2009

Como se observa en el cuadro, las modificaciones al presupuesto (adiciones y reducciones), estuvieron en el 44.09%, 51.39% y 36.04% para los años 2007, 2008 y 2009, pese a que se presenta una disminución de 15.35% entre los periodos 2008 y 2009, se confirma que no existe una metodología para la elaboración del presupuesto, sin embargo se deja en claro que estos presupuestos deben ser enviados a la secretaria de salud departamental para su aprobación, la cual aprueba parcialmente los presupuestos de los hospitales para posteriormente practicar aumentos a los contratos iniciales, connotando que esta desconoce la situación financiera de los hospitales de primer nivel.

Aviso de Advertencia

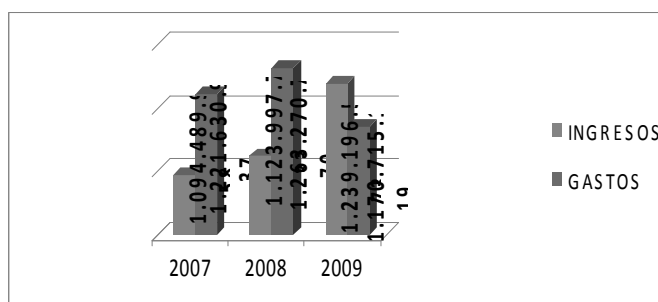
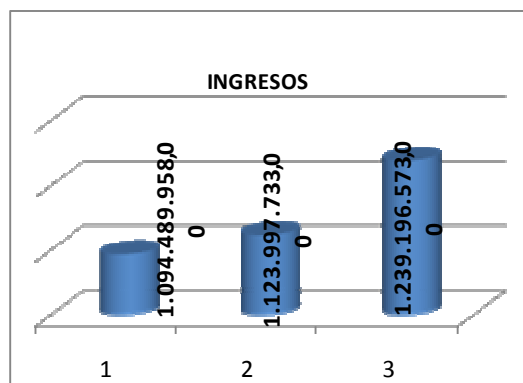
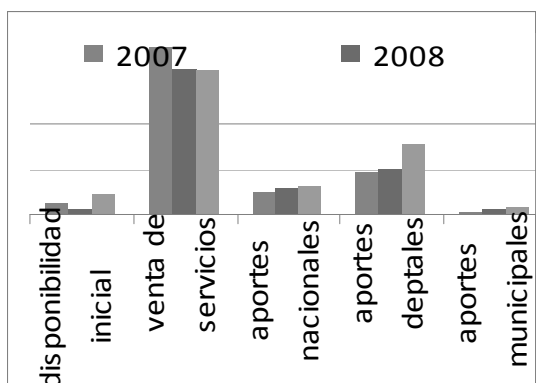
La aprobación parcial de los presupuesto permiten generar incertidumbre en las finanzas de los hospitales, por lo tanto es conveniente que la Secretaria Departamental de Salud, no realice esta practica.

De igual forma se determina que la entidad en lo que respecta a los pagos efectivamente recaudados y la ejecuciones de estos dineros ha venido presentado un aumento pasando de \$19.232.415 en el 2007 a \$85.740.946 en el 2008 y finalmente a \$89.683.001, lo que puede establecerse como una gestión regular dada la calidad del servicio que presta la entidad.



Presupuesto

Los presupuestos de las vigencias 2008, 2009 y 2010 fueron aprobados por acuerdos de Junta Directiva No. 06 de Diciembre 28 de 2007, No. 011 de diciembre de 2008 y No. 05 de diciembre 16 de 2009. Analizando comparativamente las tres vigencias objeto de auditoría, se observa una mayor disponibilidad empezando la vigencia 2009, se observan incrementos en la venta de servicios del régimen contributivo y régimen subsidiado, mientras que los recaudos para atención a la población pobre no asegurada, disminuye. En general y de acuerdo a las graficas siguientes, los ingresos para la vigencia 2009 se incrementaron en un 10% con relación a la vigencia 2008, mientras que los gastos mostraron una reducción del 7% frente a la vigencia 2008. Analizando la gestión de recaudo de las dos últimas vigencias con respecto del 2007 se observa notable disminución de los ingresos por venta de servicios, donde incide los recursos recibidos para atender la población pobre no asegurada, mientras tanto los aportes nacionales, departamentales y municipales se incrementan en los años 2008 y 2009.



En cuanto a la relación ingresos Vs gastos, se observa para la vigencia 2008 que los gastos son mayores que los ingresos, situación que se ve mejorada en la vigencia 2009 como lo puede mostrar la grafica de barras.



Se estableció que en la operación del presupuesto no se encuentra integrados en un tiempo acorde a los procesos contables y tesorales, determinándose de esta forma que el presupuesto no es un verdadero instrumento de control a la gestión, si no una simple herramienta de ordenación del gasto como quiera que no existe controles, seguimientos y monitoreos a la ejecución de este, así como la medición de las metas en la planeación estratégica del área financiera.

Aviso de Advertencia

Finalmente se determina que el hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa presentó un mejoramiento en las finanzas, lo que indica que cuenta con viabilidad económica al 31 de diciembre de 2009, pese a ello la entidad no se encuentra preparada para afrontar la culminación de los contratos de población pobre no asegurada en el periodo 2011, del cual el hospital se financia en mas del 40%, panorama que convertiría a este y a la mayoría de los hospitales de nivel I en inviables.

Estado del Tesoro

El hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa, cuenta con una sola caja de recaudo, los funcionarios conocen las labores y funciones respectivas. De igual forma se pudo establecer que se cuentan con las respectivas pólizas y/o seguros para el manejo de los recursos. La oficina de control interno viene realizando arqueos de caja periódicamente como medida de prevención en contra de una falla; los dineros son consignados al día inmediatamente siguiente al recaudo de estos.

Las funciones de tesorería son ejercidas por la subgerente, las operaciones que son realizadas en esta área son integradas a los procesos contables y presupuestales en forma manual en un tiempo no acorde, dado a las falencias del sistema de información que posee el hospital.

Se constato que no existen seguimiento ni monitoreos al área financiera que permita advertir procesos de iliquidez, a los que se les puede realizar ajustes y en los que se pueda corregir las posturas financieras fin encaminar las finanzas de la entidad.

- Estados Contables y Estructura Organizacional del Manejo Financiero.

El hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa presenta una fuerte debilidad en los sistemas de información financiera que utiliza, dado a que cuenta solamente con los módulos de contabilidad y presupuesto del sistema llamado Conexión, careciendo de módulos para el manejo de nomina, tesorería, cuentas por cobrar,



cuentas por pagar y activos fijos; así mismo se observa la falta de articulación de estos dos módulos con el sistema de información del área asistencial hospifac, el cual es utilizado para la facturación.

No se cuenta con un sistema de costeo, siendo esta una fuerte debilidad en la entidad; el sistema solo trabaja en tiempo real en los módulos de contabilidad, presupuesto para el manejo de las cuentas de presupuesto y tesorería.

Cuentas por cobrar

A continuación se detallan las cuentas por cobrar del hospital para los periodos auditados con corte al 31 de diciembre de cada periodo.

Cuenta	Detalle	2007	2008	2009	Variación	%
140901	Plan Obligatorio EPS	33.568.030	21.482.428	34.043.619	475.589	1.42
140903	Plan Subsidiado de Salud POSS	133.900.244	85.330.048	128.675.994	-5.224.250	3.90
140911	Atención a vinculados	70.805.930	29.656.302	50.519.918	-20.286.012	-28.65
140990	Otras cuentas por cobrar en salud	0.00	260.340	0.00	0.00	0.00
142003	Avances y Anticipos	10.500.000	0.00	0.00	-10.500.000	-100
147090	Otros deudores	226.886	5.981.098	9.303.164	9.076.278	4.000,37
147511	Deudas de difícil recaudo	1.206.897	28.754.961	9.484.646	8.277.749	685.87
1480	Provisión para deudores	-33.545.162	-10.245.123	-17.584.420	15.960.742	-47.58
Totales		216.662.825	161.220.054	214.442.921	-2.219.904	-1.02

Datos tomados del sistema de información con corte al 31 de diciembre de 2007-2008- 2009

Se observa que para el periodo 2008 se presenta una disminución de la cuenta de \$55.442.771, representando un 25.59% con respecto al 2007, parte de esta disminución obedeciendo a la recuperación de de cartera de periodo anteriores, sin embargo se dieron de baja \$49.122.582 por glosas que no se recuperaron y que eran provenientes de vigencias anteriores al 2007, y que no habían sido dadas de baja por la falta de conciliación y liquidación de esos contratos, tal procedimiento fue evidenciado en el acta No 004 de septiembre de 2008 del comité técnico de sostenibilidad contable.

El hospital cuenta con el reglamento interno de recaudo de cartera, aprobado por la resolución No 189 de diciembre 31 de 2009, el encargado de la recuperación de la cartera son el gerente y la subgerente del hospital, el cual durante la vigencia 2007 se recupero cartera del periodo anterior por valor de \$98.177.892; en el año



2008 se rescato \$127.853.517 del periodo 2007 y en la vigencia 2009 se recupero \$62.438.431.

Detalle	Hasta 60	De 61 a 90	De 91 a 180	De 181 a 360	Mayor a 360	Total
2007	165.834.893	13.389.106	18.887.674	13.083.000	28.513.314	239.707.987
2008	39.980.449	3.910.976	24.543.405	74.254.501	28.774.879	171.466.218
2009	123.005.524	9.794.908	10.127.315	23.302.874	65.796.720	232.029.350

Datos tomados de los estados financieros al 31 de diciembre de 2009.

Como se aprecia en el periodo 2008 se presento disminución de las cuentas por cobrar, tanto por los valores que fueron dados de baja como por la recuperación de cartera que en este periodo fue el más alto.

Así mismo se observa que en los tres periodos auditados la mayor concentración de la cartera se tiene entre el periodo menor a 60 y mayor a 360 días.

La cartera por edades al 31 de diciembre de 2009 permite establecer que la de 1 a 60 días representa un 53.01%; entre 61 y 90 días 4.22%; entre 91 y 180 días 4.36%; entre 181 y 360 días 10.04% y la mayor a 360 días representa un 28.36%.

Aviso de Advertencia

Los mayores deudores son Cafesalud con \$83.073.484; la Secretaria de Salud Departamental \$50.519.918; Coosalud \$44.180.313; SOS \$19.498.298 y Coomeva \$4.511.884. En el caso de la Secretaria de Salud esta viene manifestando que no cuenta con flujo de caja para cancelar la deuda y para el caso de las EPS estas vienen incumpliendo con lo pactado en los contratos con el hospital.

Se hace necesario incorporar un mecanismo para aliviar significativamente la cartera con el fin de evitar el envejecimiento de esta y el riesgo que se convierta en irrecuperable. Situación que se viene presentando en el 2009, donde se paso de \$28.774.879 en el 2008 a \$65.796.720, presentándose un aumento de \$37.021.841 que en términos porcentuales seria un incremento del 128.66%; El cobro de estas acreencias, representadas en títulos valor como letras, pagarés o facturas, se convierte en la práctica en un proceso engorroso y onerosos para el hospital. Las mismas generan gran desgaste, pues en la mayoría de los casos se trata de cartera elevada pero de difícil recaudo, es atomizada y supone elevados costos administrativos, técnicos y jurídicos que incluso puede ser mayores al monto adeudado.



Propiedad Planta y Equipo

El hospital no contó ni cuenta con un sistema de información para el manejo de los inventarios de materiales medico quirúrgicos, bienes de consumo y la propiedad planta y equipo, la cual ha venido siendo controlada mediante la base de datos en Excel.

Se realizó levantamiento, toma física y marcación de la propiedad planta y equipo del hospital en el segundo periodo del 2009 con el fin de actualizar, identificar, ubicar y asignar responsables.

La depreciación es practicada mensualmente, pero no es llevada a las cuentas individuales de cada bien, por lo tanto se dificulta el conocer el costo histórico individual.

Al confrontar los bienes inmuebles y el avalúo comercial realizado en el periodo 2006 con los estados financieros del periodo 2009, se encuentra una sobrevaluación en los terrenos y edificios de la entidad.

Descripción	Avaluó Técnico	Balance	Diferencia	% de Variación
Edificios	462.500.000	470.722.392	8.222.392	1.78
Terrenos	75.900.000	104.769.046	28.869.046	38.04
Total	538.400.000	575.491.438	37.091.438	6.89

Datos tomados de los estados financieros de los periodos 2007- 2008-2009 y de los avalúos técnicos.

Se observa en el cuadro que los terrenos se encuentra sobreestimados en \$28.869.046 y los edificios en \$8.222.392, lo que representa un 6.89% más en los estados financieros, con lo cual se determina que la cuenta propiedad planta y equipo no revela las cifras reales de los bienes a cargo del hospital, así mismo se pudo establecer que los terrenos donde actualmente se encuentra el hospital solo se encuentra legalizada la parte nueva donde se presta el objeto social, la parte de la edificación donde se encuentran la administración pertenecen al municipio.

También se pudo determinar que el terreno donde funciona el hogar de los adultos mayores es propiedad del hospital, no se encuentra contabilizado y que actualmente debe por concepto del impuesto predial al municipio \$2.604.950 saldo que no aparece en los estados financieros.

En el caso de las pólizas para el amparo de todos los bienes de responsabilidad de la entidad, contra los riesgos inherentes en la prestación del servicio se pudo establecer que para los tres periodos auditados se contaron asegurados por valor de \$1.630.345.943.40, \$1.766.763.371.40 y \$1.074.763.541 para los años 2007, 2008 y 2009; para este último se presentó una disminución del valor asegurado



producto de un error de la aseguradora, como se evidencio dado a que existen los mismo elementos y no se dio de baja alguno para bajar tal valor asegurado, tal situación fue subsanada en septiembre de 2010 con la renovación de las pólizas de amparo.

Glosas

El hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa cuenta con un comité de glosas conformado pese a ello el comité es inoperante, no practica seguimientos a las decisiones y acciones tomadas, no existe un médico auditor y/o funcionario destinado a la conciliación y recuperación de estos dineros a las EPS subsidiadas, actividad que puede estar en cabeza del equipo medico de la entidad y de la dirección de la entidad.

Especificación	2008		2009		I Semestre 2010	
	Numero Glosas	Variación	Numero Glosas	Variación	Numero Glosas	Variación
Falta de OPS	4	40.00	7	26.92	7	24.14
Mayor Valor Cobrado (Odontología)	3	30.00	8	30.77	8	27.59
Mayor Valor Cobrado (P y P)	2	20.00	6	23.08	7	24.14
Usuario Inactivo	1	10.00	3	11.54	5	17.24
Laboratorio Nivel II	0	0.00	0	0.00	2	6.90
Laboratorio Nivel III	0	0.00	2	7.69	0	0.00
Total	10	100	26	100	29	100

Se observa en el cuadro la estadística de las glosas en los periodos auditados, en total suman 65 considerándose dentro de un rango adecuado, pese a ello se observa que en lo que va del periodo 2010 se han incrementado denotando que existen debilidades en el proceso de facturación, situación que tiene que ser controlada por el hospital a fin de evitar la fuga de recursos.

Se pudo establecer que la mayoría de las glosas son por incumplimiento de las metas fijadas en la matriz de los contratos de P y P, las cuales se encuentran mal estructuradas dado a que no se tienen en cuenta la población de cada municipio, ni las necesidades básicas insatisfechas en salud pudiéndose observar falencias como en las metas de atención por partos en el año, metas que se dificultan a cumplir dado a la complejidad que puede presentar el paciente o a que no existen en la comunidad esa demanda del servicio, por tal motivo las EPS subsidiada glosa a la institución, dicha matriz es elaborada por el Ministerio de la Protección Social y de estricto cumplimiento en los contratos de promoción y prevención, cuyo porcentaje se encuentra superior al 50% en los periodos 2007 y 2008, para



el periodo 2009 se llego a un acuerdo los las EPS subsidiadas mencionado en párrafos anteriores.

Periodo	Valor glosado	Valor recuperado	Valor que pierde	% que se Pierde
2008	3.135.468	2.588.095	547.373	17.46
2009	3.164.499	1.174.291	1.990.208	62.89
2010	7.383.022	3.883.050	3.499.972	47.41
Totales	13.682.989	7.645.436	6.037.553	44.12

En el cuadro se observan los valores glosados durante el periodo 2008 segundo semestre, 2009 y 2010, determinándose que lo glosado fue \$13.682.989 de los cuales el hospital no pudo recuperar \$6.037.553 que representaría el 44.12% no recuperado, mientras se recupero \$7.645.436 representado un 55.88% de los valores glosados.

Finalmente se determina que la entidad viene dando manejo a la circular externa No 035 de 2000 emanada de la Contaduría General de la Nación y al Decreto 4747 de 2007 para el manejo administrativo y contable de las glosas.

Cuentas por pagar

Con relación a las cuentas por pagar no se practico circularización de las cuentas por pagar del hospital, dado a que estas en el último periodo solo contaban con 3 proveedores a los que se les adeudaban.

Cuenta	Detalle	2007	2008	2009	Variación	%
2306	Obligaciones Financieras	21.666.666	0.00	0.00	-21.666.666	-100
240101	Bienes y servicios	85.462.436	60.468.925	21.565.323	-63.897.113	-74.77
242510	Seguros	6.134.725	6.519.366	0.00	-6.134.726	-100
242518	Aportes fondos pensionales	825.985	0.00	0.00	-825.985	0.00
242519	Aportes fondos seguridad social	950.807	0.00	0.00	-950.807	-100
242520	Aportes a Icbg, Sena y caja	8.474.610	2.022.948	0.00	-8.474.610	-100
242533	Fondo solidaridad y garantías	64.687	0.00	0.00	-64.687	-100
242552	Honorarios	21.342.216	48.358.224	0.00	-21.342.216	-100
242590	Otros	25.734.775	11.033.197	993.800	-24.740.976	-96.14



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

	acreedores					
2436	Retención en la fuente	118.214	0.00	0.00	-118.214	-100
Totales		170.775.124	128.402.660	22.559.123	-148.216.000	-86.79

Datos tomados de los balances de prueba de los periodos 2007-2008-2009

Se observa que las cuentas por pagar han venido presentado disminución en los periodos auditados, en el 2008 se presento una disminución de \$42.372.463 con respecto al 2007, producto de conciliaciones con los proveedores y su posterior pago; para el 2009 se presenta una disminución de \$105.843.537, de los cuales el comité de sostenibilidad contable y el área financiera ejercieron una confirmación de saldos con los proveedores, determinándose que \$64.024.520 (60.49% del total reducido), no eran obligaciones del hospital y que estas fueron mal conformadas al momento del hospital empezar la contabilidad, otro detalle de estos saldos es que la entidad no cuenta con un sistema de información que permita tener certeza sobre estos; el excedente obedeció a la cancelación de las obligaciones

Obligaciones Laborales

Las cuentas por pagar por el concepto de obligaciones laborales en los años 2007, 2008 y 2009 vienen presentando reducción siendo la mas significativa la presentada en el 2009, donde se pasa de \$41.095.548 en el 2008 a \$22.514.962, disminución de \$18.580.586 que en términos porcentuales seria de 45.21%.

Los conceptos por la deuda son: prima de vacaciones y prima de servicios al 31 de diciembre de 2009.

Cuenta	2007	2008	2009
Obligaciones laborales	55.016.524	41.095.548	22.514.962
Salarios	16.509.349	0.00	0.00
Cesantías	0.00	0.00	0.00
Intereses	1.424.771	0.00	0.00
Vacaciones	9.850.187	1.576.340	0.00
Prima de vacaciones	9.382.779	17.058.259	14.375.257
Prima de servicios	6.464.989	6.742.740	8.139.705
Otros salarios	11.384.449	15.718.209	0.00
Incremento y/o disminución \$		-13.920.976	-18.580.586
Incremento y/o disminución %		-25.30	-45.21

Tal reducción de las obligaciones laborales obedeció a un proceso de ajustes y cancelación a tiempo de las obligaciones, en el periodo actual no se deben salarios a los funcionarios del hospital.



Pasivos contingentes y otros pasivos

Se verifico los pasivos contingentes como demandas y litigios determinándose que existía una demanda por concepto de reparación directa radicada en el 2006 (\$100.000.000), y fallada por el tribunal administrativo de Risaralda, el hospital contaba con pólizas al día y actualmente se encuentra en conciliación; con respecto a la contabilización, la entidad realizo la provisión en las cuentas de orden que al 31 de diciembre de 2009 se encontraba un saldo de \$33.333.333.

Síntesis Financiera

El hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa, pese a contar con una estabilidad económica y un punto de equilibrio que viene generando excedentes financieros, no cuenta con una organización financiera adecuada, los funcionarios no se encuentran capacitados adecuadamente y presentan fuerte debilidades en el conocimiento de la norma presupuestal y financiera, de igual forma no se cuenta con todos los procesos y políticas de austeridad en el gasto en lo que tiene que ver con la parte asistencial documentados, esta de gran importancia ya que ha permitido presentar ahorros operacionales; también se denota la falta de utilización de herramientas financieras que permitan articular el plan de gestión con el plan financiero, el plan de inversiones, los indicadores, el flujo de caja, la programación de pagos entre otras, con el presupuesto y su análisis.

También se determina que el proceso de facturación es débil, situación que obedece a la no utilización de herramientas financieras para controlar los periodos de iliquidez, fallas en el proceso de facturación y glosas e igualmente no se observa seguimientos y monitoreos a los indicadores financieros del hospital, así mismo se observaron deficiencias el información contable la sobreestimación de los bienes inmuebles, debilidades en el proceso administrativo y contable de glosas y conciliación con las EPS subsidiadas, la falta de acompañamiento de la oficina asesora de control interno frente a la implementación del MECICO y la falta de un sistema de información que articule las áreas asistencial y financiera del hospital, lo referenciado hace que se afecten los resultados fiscales y contables de la entidad.

3.3. LEGALIDAD

El numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, establece que en materia contractual las Empresas Sociales del Estado se registrarán por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la Administración Pública. La ESE Pedro Sáenz Díaz, del municipio de Ulloa, Valle del Cauca, cuenta con manual de



contratación el cual se encuentra acorde con las disposiciones legales que reglan este tipo de entidades a fin de dar cumplimiento a su objetos social.

Lo anterior está relacionado con la garantía del acceso a los servicios de salud y en concordancia con el artículo No. 3, Decreto 2193 de 2004 y la Circular Externa No. 0064 del 11 de agosto de 2004 del Ministerio de la Protección Social, referente al reporte de la producción y optimización del uso de los recursos en pro de mejorar la calidad de la salud.

El proceso auditor se realizó con base en los artículos 13, 209 y 333 de la Constitución Política, a los principios de la contratación estatal y la Ley 100 de 1993, artículo 195, Ley 10 de 1990, los artículos 3 y 23 de la Ley de contratación estatal y Ley 715 de 2001, Decreto Reglamentario del Estatuto de Contratación 855 de 1994, Decreto 115 de 1996 y artículo 3 de la Ley 489 de 1998, Manuales de contratación de la entidad, Acuerdos No. 08 del 28 de diciembre de 2007 y Acuerdo No. 04 de septiembre 3 de 2009, las normas concordantes, Resoluciones y Decretos expedidas por el Ministerio de Protección Social, las superintendencias salud aplicables a esta modalidad de contratación de Prestación de Servicios en ejercicio de la actividad contractual.

- **Gestión Contractual**

Para la revisión de las vigencias 2007, 2008 y 2009, se tomó la siguiente muestra:

En la vigencia 2007 se firmaron 21 contratos por un valor de \$242'272.267, de los cuales se seleccionaron 10 por valor de \$100'685.600, correspondiente al 48% del número de contratos y al 42% valor contractual.

Para el año 2008 se ejecutaron 27 contratos con un valor de \$269'376.560 y fueron seleccionados 12 contratos que ascienden al monto de \$214'912.452, valores estos equivalentes al 44% sobre el número total de contratos y el 80% del valor contratado.

Vigencia 2009, se celebraron 39 contratos por valor de \$263'197.699, de los cuales se revisaron 17 contratos por valor de \$147'168.942, los cuales corresponden a 44% de la contratación y al 56% del valor total de las ejecuciones para este año.

VIGENCIA	TOTAL CONTRATOS	VALOR	MUESTRA	VALOR MUESTRA	% CONTRATOS	% VALOR
2007	21	\$242'272.267	10	\$100'685.000	48%	42%
2008	27	\$269'376.560	12	\$214'912.452	44%	80%
2009	39	\$263'197.699	17	\$147'168.942	44%	56%
TOTALES	87	\$774'846.526	39	\$462'766.394	45%	60%



Una vez realizada la selección y revisión de la muestra se connota lo siguiente:

DEBILIDADES EVIDENCIADAS EN LA GESTIÓN CONTRACTUAL VIGENCIA 2008 - 2009									
No. Contrato	Contratista	Valor	ETAPA PRECONTRACTUAL				ETAPA CONTRACTUAL		
			certific. De Diponib. Presupuestal	Análisis de Conveniencia y Oportunidad.	Invitación Acomp. ejercicio control social	Certificación del por qué la contratación	Informe Interventoría	Registro presupuestal	Constancia de pagos
VIGENCIA 2007									
CPS-013	CTA SU FUTURO HOY	\$9'240.000	X		X			X	
CPS-014	CTA SU FUTURO HOY	\$10'000.000		X	X		X		X
CPS-007	CTA SU FUTURO HOY	\$13'228.000	X		X			X	
CPS-004	CTA SU FUTURO HOY	\$7'488.000	X		X			X	

Fuente. Expedientes contractuales

Con relación a los contratos descritos en el cuadro anterior es preciso ampliar lo siguiente:

CPS 013 de 2007, en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal se observa que ambos documentos presentan valores inferiores al valor que se registra en la minuta del contrato; CPS 007 de 2007 y 004 de 2007, los Certificados de Disponibilidad Presupuestal y los Registros Presupuestales se expedieron con posterioridad a la firma de los contratos. Presuntamente se violan los Art. 19, Decreto 568 de 1996; Art. 41 Ley 80 de 1993; Art. 21 Decreto 115 1996.

CPS 014 de 2007, no registra análisis de conveniencia y oportunidad, interventoría, seguimientos al desarrollo del objeto contractual ni constancias de pago; para la vigencia 2007, todos los contratos auditados carecen de acta de aprobación de pólizas, propuesta anexa por parte del contratista, de igual manera no se realizó en esta vigencia invitación de acompañamiento para el ejercicio del control social. Violando presuntamente los Art. 8 Decreto 2170 de 2002; Núm. 7 y 12 Art. 25 Ley 80 de 1993; Nums.1, 3, 5, 8 y 9 Art. 4; Nums.1, 2, 3 y 5 Art. 5; Números. 2, 3, 4, 16 y 17 Art. 25; Nums.1, 4, 6, 7 y 8 Art. 26; Arts. 50, 51, 52, 53 y 56 de la Ley 80 de 1993.

Al realizar la entidad su contradicción a este hallazgo argumenta la extinción de la acción disciplinaria de acuerdo a la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, toda vez que los hechos se presentaron para la vigencia 2007 y que el representante de esa época falleció en el mismo año, la anterior justificación es aceptada por el equipo auditor.



Condición

Sin perjuicio a lo comentado, los objetivos de los contratos estuvieron orientados al cumplimiento de la Misión del Hospital a través de la modalidad directa y por convocatoria según el artículo 9 del manual de contratación.

Es preciso observar que revisadas las vigencias objeto de esta Auditoria se presentan observaciones debido a la no aplicación de los lineamientos legales existentes para la ejecución de la contratación pública en las etapas precontractual y contractual, las mencionadas fallas se encuentran en su totalidad en los contratos celebrados para la vigencia 2007, las cuales se describen así:

- Etapa precontractual, en la vigencia 2007, se observó que no se tuvo en cuenta en la totalidad de los procedimientos aplicables a esta etapa de la contratación tal como se puede observar en los párrafos precedentes, la entidad no contaba con un manual de contratación que guiara estas actividades; para los años 2008 y 2009, se contó con manual de contratación y se dio cumplimiento a los lineamientos legales que rigen esta etapa del proceso.
- En la etapa contractual para la vigencia 2007, al igual que en la etapa precontractual se presenta deficiencia en la aplicación de los procesos y procedimientos reglados con el fin de surtir de manera acertada esta etapa del proceso, infringiendo presuntamente las normas citadas en la parte descriptiva y puntual de los contratos; para las vigencias 2008 y 2009, se encuentra corregidas en su totalidad las deficiencias presentes en la vigencia anterior; de igual manera en este periodo se la da aplicación a los manuales de contratación Acuerdo No. 08 del 28 de diciembre de 2007 y Acuerdo No. 04 de septiembre 3 de 2009. No obstante a lo anterior se observó la carencia de documentos soportes en algunas carpetas de contratos, lo cual fue comunicado a la Entidad en las diferentes mesas de trabajo realizadas en el transcurso del proceso auditor, las cuales fueron aportadas de modo oportuno subsanando así la observación inicial.
- En la etapa Pos contractual, se evidenció que se aplican los procesos, procedimientos y normas que reglan este proceso.

Adicional a los contratos seleccionados se revisaron aleatoriamente los convenios interadministrativos celebrados entre la Alcaldía del Municipio de Ulloa, la Secretaria de Salud del Valle del Cauca y la ESE objeto de este proceso, se observó en el contrato de prestación de servicios de salud No. 0293 de 2009, cuya fecha de contratación es del 2 de abril de 2009, con adición contractual del 13 de noviembre del mismo periodo, en el resumen de Actividades Realizadas numeral 2



Ejecución del Contrato, se registra una actividad denominada “recursos para pago demanda de reparación directa por falla servicio médico” por \$100'000.000.

Al revisar el contrato descrito en el literal anterior, se observó que ni en el objeto del contrato ni en las obligaciones del Hospital, se faculta al contratista para la destinación de los valores desembolsados a un fin diferente a la prestación de servicios en salud para la atención de la población pobre no asegurada. Es importante referir que la suma de \$100'000.000, apropiados para el fin mencionado no han sido ejecutados, toda vez que se pudo evidenciar por parte del Equipo Auditor que se encuentran \$47'500.000, en una cuenta bancaria del hospital y un CDT de \$50'000.000, aperturado el 21 de enero de 2010 en AV Villas, con vencimiento a noviembre de 2010.

El contrato de la referencia aún no se encuentra liquidado, toda vez que en la carpeta del mismo no se evidenció acta que pruebe este hecho; lo anterior hace concluir que hay deficiencias en las interventorias practicadas por la Secretaria Departamental de Salud y la Universidad del Valle.

Aviso de advertencia

Con relación al tema en comento es importante dejar claro por parte de esta auditoria, que los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud por mandato Constitucional no pueden ser destinados a actividades diferentes.

...Artículo 48º. "La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Párrafo Cuarto: No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella”...

...Artículo 366. "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación".

Lo anteriormente manifestado va en concordancia con demás Leyes, Decretos y Normas que reglan el cumplimiento de los fines sociales del Estado, los cuales se encuentran descritos de forma previa, expresa y taxativamente en el contrato



0293 de 2009 firmado por el Hospital Pedro Sáenz Díaz, y la Secretaría de Salud del Valle del Cauca.

Al igual se realizó selección de los contratos efectuados por la Institución con las EPS, Servicio Occidental de Salud, Coomeva, Cosmitet, del Régimen Contributivo y con las EPS, Cafésalud, Coosalud, del Régimen Subsidiado. La contratación evaluada se encontró ajustada a la norma y los fines buscados en los objetos contractuales.

VIGENCIA	CAFÉ SALUD EPS - S	COOSALUD EPS - S	CONTRIBUTIVOS
2007	2.092	1.159	684
2008	2.184	1.015	696
2009	2.189	964	704

Criterios

Efectuada la evaluación de los contratos con anexos como: Certificaciones de Especialización del Ministerio de Protección Social para las Cooperativas de Trabajo Asociado que prestan los servicios en Salud, Educación y Vigilancia, aplicación de procedimientos para convocatoria pública, invitación a ofertar constancia de identificación de las necesidades de adquisición de bienes y servicios, estudios técnicos, propuestas, liquidación de contratos y convenios, publicaciones, informes de interventoría con relación a lo contratado y seguimiento de Control Interno; se evidenció que hay un procedimiento determinado para el manejo del archivo de contratación, toda vez que se encuentra los espacios técnicamente acondicionados tanto para el archivo de gestión contractual, el cual reposa en la oficina jurídica por espacio de un año y luego pasa al archivo central donde se está llevando a cabo el proceso de empaquetamiento en propalcote y rotulados de acuerdo a lo estipulado por la regulación en esta materia.

Ley 594 del 2000 artículo 3 en materia de archivo, Acuerdo No 042 de 2002 manual de contratación, Ley 80 del 1993 por la aplicación de las cláusulas excepcionales y Acuerdos No. 08 del 28 de diciembre de 2007 y Acuerdo No. 04 de septiembre 3 de 2009, estatutos, normas del cual debe cumplirse a plenitud.

Causas

- Se encuentra en implementación la normatividad que establece el manejo del archivo.
- El archivo jurídico se encuentra bien manejado en materia de contratos.



Efectos

- Al momento del grupo auditor realizar la práctica del control fiscal no se presentó inconveniente alguno con la información documental.

Arrendamientos

Se observó que el hospital no ha celebrado contratos de arrendamiento de ninguna índole en las vigencias 2007, 2008 y 2009, objeto de este proceso de auditoría.

- Impacto de la Contratación

Al realizar el seguimiento de los contratos auditados a fin de evaluar el cumplimiento de los objetos contractuales y el impacto que han generado en la comunidad usuaria al interior de la institución y de manera extramural, mediante encuestas de satisfacción del usuario se pudo determinar que el 100% de los usuarios encuestados del sector urbano del municipio de Ulloa califican los procesos y servicios prestados por la Entidad como buena.

En concordancia con lo dicho al realizar la misma encuesta a la comunidad usuaria del sector rural conformada por 2999 habitantes, correspondientes al 58% de la población del municipio, califican la prestación del servicio bien sin embargo manifiestan malestar por el método de petición de citas y lo califican como regular, dado que no siempre las citas las asignan telefónicamente y es necesario que las personas se acerquen a la sede principal para solicitar la cita de consulta externa.

La vereda Moctezuma con una población de 479 habitantes, es la única que cuenta con servicio de consulta externa, que los usuarios califican como regular, toda vez que el médico sólo atiende los jueves en el puesto de salud donde se reparten 12 citas las cuales no alcanzan, de otro lado las citas para ser atendidos en el hospital no se asignan telefónicamente y es necesario desplazarse a la sede central a solicitarlas. Las veredas El Placer, Chapinero y Calamonte, donde hay puesto de salud cuentan con visitas de promotoras de salud.

Puestos de salud Municipio de Ulloa				
Vereda	Placer	Chapinero	Moctezuma	Calamonte
Habitantes	68	500	479	128

Información Estadística Hospital

Como se observa y excluyendo la población rural de la vereda Moctezuma, son 2520 habitantes equivalentes al 81%, del sector rural que deben trasladarse hasta



la cabecera municipal para acceder a los servicios de consulta externa, toda vez que como lo manifiesta la dirección del hospital por las distancias geográficas se hace dispendioso enviar a un profesional medico para la atención de esta demanda de servicio.

Al realizar un análisis del impacto de la contratación se pudo evidenciar una deficiencia en la programación de actividades encaminadas al cumplimiento de los objetivos misionales y necesidades insatisfechas de la población pobre no Asegurada y el cumplimiento de los PYP, en el sector rural.

Lo anterior se basa en la observancia en la ejecución de los convenios inter-administrativos celebrados por el Hospital con la Secretaría de Salud del Valle del Cauca donde para la vigencia 2009 existen \$97.500.000, sin ejecutar del contrato 0293 de 2009 y para la vigencia 2008 del convenio interadministrativo 0027, se destinaron \$89.212.500, para un programa de promoción y prevención sexual y como se narra existen necesidades básicas de salud insatisfechas.

De igual manera se observa que el contrato para la prestación de servicios de bacteriología no es celebrado para la prestación del servicio de 24 horas, dado que se contrata por 8 horas y el tiempo restante se remiten los pacientes a Alcalá o Cartago, exponiendo de esta forma a la comunidad usuaria en caso de una urgencia vital; lo que representa un riesgo al incurrir en posibles procesos legales en contra de la entidad.

Es de anotar que el servicio va ligado a una buena imagen corporativa, aspecto en el que se presentan algunas debilidades como el caso de las instalaciones del hospital y el puesto de salud de la vereda Moctezuma, en lo concerniente a pintura y limpieza en algunas áreas.

- **Procesos Judiciales**

Hasta la fecha la entidad se ha visto vinculada a 2 procesos judiciales a saber:

- Tribunal Administrativo del Risaralda
Expediente: 2006-00088-00
Radicación: 66001-23-31-002-2006-00088-00
Acción de Reparación Directa
Demandante: Blanca Diva Sánchez y otros.
Demandados: Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa
ESE. Hospital Universitario San Jorge de Pereira



Mediante este auto en la parte resolutive el presidente de la Sala declara administrativamente responsable al Hospital Pedro Sáenz Díaz y lo condena a pagar por concepto de perjuicios morales a favor de los demandados la suma equivalente a doscientos (200) SMLMV, valor que hoy asciende a \$100'000.000, este valor aún está pendiente de ser cancelado por parte del Hospital; es importante mencionar que la Sala Administrativa absuelve de toda responsabilidad a la ESE Hospital Universitario de Pereira y a la llamada en garantía Agrícola de Seguros S.A., hoy Suramericana de Seguros S.A.

- Juzgado Administrativo de Cartago Valle del Cauca
Exp. Rad: 76-147-33-31-001-2009-00226-00
Acción Popular
Demandante: Orlando Uribe Barrero
Demandados: Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa

Por medio de auto fechado de 19 de noviembre de 2009, el Juzgado Administrativo de Cartago, ordena al hospital Pedro Sáenz Díaz, en un término de 12 meses a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 982 de 2005, en cuanto a la señalización, avisos e información visual para ser reconocida por la población de comunicación reducida.

- Contratos de Obra Pública y Mantenimiento

En el Plan de Desarrollo en lo referente a proyectos de inversión sólo se formula lo referente a reforzamiento estructural, proyecto que ha sido gestionado en el Fondo Nacional de Regalías y Gobernación del Valle, para la vigencia 2010 se han asignado \$200.000.000, por parte de la Gobernación para el reforzamiento del área de Urgencias, la entidad posee en su planta física un área en obra negra, la cual había sido concebida para quirófanos, en el plan no se evidencia proyectos que apunte a la recuperación y adecuación de esta área.

Para las vigencias 2007 y 2008 la entidad no suscribió contratos relacionados con obras, aunque se realizaron para la vigencia 2007, mantenimientos en cubiertas e instalaciones hidráulicas y sanitarias por valor \$4.842.000, y para la vigencia 2008 mantenimientos preventivos por valor de \$1.820.000a través de órdenes de servicio, se evidenció que las obras fueron ejecutadas y se requerían en su momento, para la vigencia 2009, se suscribieron seis contratos por valor de \$26.694.620, relacionados con el mantenimiento de la planta física, los cuales no están articulados con el Plan de Desarrollo, fueron incluidos en el plan de mantenimiento para la vigencia 2009.



Revisadas las carpetas de los contratos suscritos se evidenció que la entidad no presenta un presupuesto oficial que soporte el análisis de conveniencia, algunos contratos su objeto contractual es generalizado no especifica las actividades a ejecutar debidamente cuantificadas y valoradas, no presentan un bosquejo o plano donde se identifiquen las áreas intervenidas objeto del contrato, las actas finales de recibido de las obras no presentan memorias de cálculo y algunos casos carecen del registro fotográfico.

A la fecha la entidad ha desarrollado gestiones para las obras que apunten a cumplir las normas dispuestas en lo referente a reforzamiento estructural, por parte de la Gobernación se asignaron recursos para reforzamiento del área urgencias por valor de \$200.000.000 para ser ejecutados en la vigencia 2010.

Referente al cumplimiento de lo estipulado en la resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud la entidad presenta falencias en las siguientes áreas:

CONDICIONES SANITARIAS	CUMPLE		OBSERVACIONES
	S	N	
ORINAL Y DISPENSADOR DE AGUA (1 por cada 50 personas)		X	
RAMPAS:			
PISO EN MATERIAL ANTIDESLIZANTE		X	
CONSULTA EXTERNA:			
UNIDAD SANITARIA POR SEXO, UNA POR CADA 15 PACIENTES		X	
CONSULTORIO MEDICO CON SEPARACION DE AMBIENTE DE ENTREVISTA Y EXAMEN (Lavamanos independiente de la unidad sanitaria)		X	DIVISION DE AMBIENTES INADECUADO
SERVICIO OBSTETRICO:			
VESTUARIO CAMBIO DE ROPA PARA PERSONAL DE SALAS CON UNIDAD SANITARIA (funcionan como filtros entre zona semi-aséptica y aséptica)		X	
HOSPITALIZACION GENERAL:			
DUCHA TELEFONO LAVADO DE PATOS.		X	
CUARTO DE BAÑO PERMITA FACIL DESPLAZAMIENTO Y QUE TENGA LLAMADO DE ENFERMERAS AUDIBLE Y VISIBLE.		X	FALTA LLAMADO DE ENFERMERIA

- Síntesis de Legalidad

Una vez revisada y analizada la contratación del Hospital Pedro Sáenz Díaz, para las vigencias 2007, 2008 y 2009 y con el objeto de constatar en los diferentes procesos contractuales, la aplicación de la normatividad vigente para el manejo de lo público, así como la aplicación principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales, se establece:



Para la vigencia 2007, no existía un manual de contratación y no se dio aplicación en toda su extensión a las diferentes leyes, decretos resoluciones y demás normas aplicables a la contratación pública, lo cual se explica y detalla en los escritos precedentes; falencias estas que ponen en riesgo la prestación de los objetos misionales y administrativos de la entidad de manera eficiente y eficaz. Para las vigencias 2008 y 2009, se corrigió en su mayoría estas deficiencias y se estableció el manual de contratación el cual ha sido modificado en 2 oportunidades.

En la rendición pública de cuentas debe existir más compromiso por parte de la Entidad en cuanto al cumplimiento de lo requerido, toda vez que no se observa la convocatoria a la comunidad no dando de esta manera la publicidad que es implícita a estas actuaciones.

En lo que respecta a la prestación del servicio es necesario realizar seguimientos al mecanismo de adjudicación de citas a la comunidad usuaria del sector rural.

3.4. REVISIÓN DE LA CUENTA

Para las vigencias auditadas (2007-2008) se verificó el resultado de la revisión formal de la cuenta rendida a la contraloría Departamental del Valle por parte del hospital, para las vigencias 2007 y 2008, las cuales fueron confrontadas en el proceso auditor verificando su veracidad y oportunidad en la rendición.

En lo que tiene que ver con el periodo 2009 se reviso formalmente la cuenta rendida a esta Contraloría a través de Sircvalle, de conformidad a lo establecido en la resolución Reglamentaria de la Contraloría Departamental No. 100.28.02.13 de diciembre de 2008, producto de esta verificación en la vigencia 2009 se observó lo siguiente:

Deficiencias en los formatos F17 plan de desarrollo, F8 plan de inversiones, F6 plan de acción, F11A institutos descentralizados, los cuales no registran toda la información encontrada en el proceso auditor, restándole confiabilidad a la información rendida, además de que esta no coincide con el formato F4 ejecución de gastos.

La anterior calificación se conceptúa **Desfavorable** para los periodos 2007, 2008 y 2009, debido al proceso efectuado para las vigencias auditadas, previa evaluación de las áreas misionales y administrativas, en donde el pronunciamiento fue producto de la suma de los puntajes asignados a cada actividad evaluada.



3.5. RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS

El Hospital en cumplimiento a lo establecido en la resolución reglamentario No.100.28.02.13 de 2008 de la Contraloría Departamental del Valle, rindió cuentas a la comunidad, esta se realizó en las instalaciones del hospital, de conformidad al anuncio según oficio con CACI.458 del 25 de Marzo de 2010 del Cercofis de Cartago. Al verificar la prueba documental de dicho proceso se observo la falta de Análisis Financiero, informe de Gestión de Actividades de las Unidades Operativas.

La rendición pública de cuentas carece de veracidad toda vez que no se surtieron las actividades propias de esta, como son: la convocatoria a la comunidad, presentación y análisis de los estados financieros, el impacto ante la comunidad, la gestión por parte de la administración, entre otras.

3.6. QUEJAS

Antecedentes

En el proceso Auditor no se recibieron quejas así como tampoco se radicaron a través del CACCI.

De acuerdo con los oficios remitidos a la Personería Municipal y la Secretaría de Salud Municipal, la primera no presento quejas mientras que la segunda reportó 4 quejas de los años 2007 y 2009, las cuales ya se encuentran surtidas y fueron atendidas de manera oportuna por el gerente de la institución; las quejas en mención se referían a acciones del personal al momento de prestación del servicio.

En relación con lo anterior se realizó seguimiento a las quejas recibidas al interior de la entidad por medio de la oficina de Servicio de Información y Atención al Usuario "SIAU", donde se evidencia atención oportuna y de fondo a las solicitudes además de las constantes capacitaciones que esta dependencia sostiene con la comunidad.



4. ANEXOS

1. Dictamen Integral Consolidado

Doctor
FEDERICO RESTREPO ESCOBAR.
Gerente
Hospital Pedro Sáenz Díaz
Ulloa - Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E.

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 2007, 2008 y 2009 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.

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 Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E., rindieron las Cuentas Anuales consolidadas por las vigencias fiscales 2007, 2008 y 2009, dentro de los plazos previstos en las resoluciones orgánicas vigentes de esta Contraloría.



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 del Hospital 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, **No Se Fenece** las cuenta(s) de la entidad por las vigencia(s) fiscal(es) correspondiente(s) de los años 2007, 2008 y 2009.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para la(s) vigencia(s) 2007, 2008 y 2009, es **Desfavorable** consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 0.81, 0.98 y 0.95 puntos respectivamente, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la Calificación

CONCEPTO	Calificación 2007	Calificación 2008	Calificación 2009
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	0.7	0.8	0.8
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1	1	1
PRESTACIÓN DEL SERVICIO	0.7	0.8	0.8
FINANCIAMIENTO	1	1	1
OPINIÓN ESTADOS CONTABLES	1	1	1
GESTIÓN CONTRACTUAL (LEGAL – TÉCNICA)	0,5	1.3	1.1
TOTAL	0,81	0.98	0.95

El concepto sobre la gestión de la entidad para los años 2008 y 2009, significa un mejoramiento, con relación al año 2007.



Direccionamiento General y Control: Se observa falta de gestión y direccionamiento por parte de las directivas de la entidad, sobre todo en los procesos de planeación, dando como resultado deficiencias de coherencia en las actividades realizadas, las cuales no apuntan totalmente al cumplimiento de la metas trazadas en el plan de desarrollo, no se ha dado integralidad a las diferentes actividades.

Evaluación del Sistema de Control Interno: el sistema de control interno no está operando en todos los niveles de la administración, pese a que ha venido mejorando en la sinergia con el MECI y Calidad, se determina la falta de mecanismos de control más efectivos.

Se evidenció un decremento en la demanda de los servicios, principalmente en la población pobre no asegurada, ante ello la entidad no ha adoptado políticas para neutralizar esta situación, e incrementar el interés de los usuarios, prueba de ello es que el Portafolio de Servicios, no ha variado durante las vigencias auditadas, y no se evidencia un estudio de necesidades no cubiertas.

Opinión sobre los Estados Contables

El Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E., cuenta con un control interno contable adecuado, se aplican algunas de las actividades mínimas que permitan ejercer control sobre la información contable y financiera, no existen seguimientos y monitoreos indicadores financieros, presupuestales y contables aplicados que permitan la toma de decisiones a tiempo, tampoco se encuentra articulado el sistema presupuestal al plan de gestión de la entidad.

Teniendo en cuenta lo expresado en el informe de auditoría la opinión de los estados contables del Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa E.S.E. Para los años terminado al 31 de diciembre de 2007, 2008 y 2009 es **RAZONABLE CON OBSERVACIONES**, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente Aceptados por la Contaduría General de la Nación.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoria, se establecieron 23 Hallazgos Administrativos y 1 Disciplinario.



PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe realizar un Plan de Mejoramiento que incluya las 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 Cartago, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución vigente de esta Contraloría.

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca



2. Opinión Estados Contables

Doctor
FEDERICO RESTREPO ESCOBAR
Gerente
Hospital Pedro Sáenz Díaz
Ulloa - Valle

Asunto: Opinión Estados Contables vigencias 2007, 2008 y 2009.

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 al Hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa, a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de las vigencias 2007, 2008 y 2009, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por los periodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 2007, 2008 y 2009; 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- donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con las de general aceptación, por lo tanto requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar la opinión y los conceptos expresados en el informe. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la Gestión de la entidad; las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno contable.

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



La Contraloría Departamental, en la Resolución 100.28.02.13 expedida en diciembre 18 de 2008, 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 Pedro Sáenz Díaz, obtuvo 3.01 puntos, para una calificación del sistema de control interno contable ubicándose en el rango de 3.0 a 3.9, que se considera Adecuado.

No cuenta con un sistema de información, dado que en el área financiera tesorería, cuentas por pagar, cuentas por cobrar, nomina y activos fijos son manejados en forma manual y en lo que respecta a la parte asistencial el sistema no se articula con los dos únicos módulos con que cuenta el hospital (contabilidad y presupuesto)

No existen medidas y mecanismos de intervención que permitan ejercer adecuados controles en el sistema contable y las cuentas de este, así como a toda el área financiera.

No se ha implementado el modulo de activos fijos, pese a que ya se realizó el levantamiento de la información no se ha realizado la articulación con el modulo de contabilidad. Los bienes inmuebles se encuentran sobreestimados y no se han legalizado los terrenos del hospital.

La depreciación se realiza mensualmente sin embargo estos saldos son llevadas a cuentas mayores y no individual.

No existe un sistema y/o metodología de Costos que le permita al hospital San Vicente de Paúl determinar la utilidad sobre los servicios de salud que presta.

Teniendo en cuenta lo expresado en el informe de auditoría la opinión de los estados contables del hospital Pedro Sáenz Díaz de Ulloa para los años terminados al 31 de diciembre de 2007, 2008 y 2009 es RAZONABLE CON OBSERVACIONES, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente Aceptados por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente,

VICTOR HUGO SIERRA YEPEZ
Tarjeta Profesional No. 130538-T





3. Cuadro Resumen de Hallazgos

AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL A: HOSPITAL PEDRO SAENZ DIAZ DE ULLOA E.S.E. VIGENCIAS 2007 - 2008 - 2009

RESUMEN DE HALLAZGOS

No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM O N	DIS C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
1	<p>Planeación</p> <p>-Se observo coherencia mínima entre los planes de desarrollo, planes de acción y planes de inversión y no existe coherencia de estos con el presupuesto del Hospital, los proyectos establecidos en los planes no son bajados al presupuesto con la misma denominación y cuantificados según lo programado. La anterior deficiencia muestra que estos planes y el presupuesto mismo, no son herramientas de planeación efectivas y no se ejecutan como lo establece la ley 152 de 1.994. lo anterior se sustenta en los siguientes hechos: Revisados los planes de desarrollo del hospital local Pedro Sáenz de Ulloa vigencias 2008- 2009 se observan tres proyectos que no fueron ejecutados en la vigencia 2009 como fueron los de reforzamiento estructural, compra de equipos biomédicos y el proyecto de integración de sistemas contables, los cuales no fueron incluidos en la ejecución presupuestal de esta vigencia en forma específica. Así mismo, los demás proyectos establecidos en el plan de desarrollo y plan de acción. Estas deficiencias no permiten evidenciar claramente el cumplimiento de las metas establecidas.</p> <p>Para la vigencia 2008, el plan de acción rendido a la Contraloría Departamental, en la casilla de meta propuesta y meta lograda no se identifica si es en</p>	<p>SE ACEPTA, se ejecutaran las respectivas correcciones y modificaciones para lo de verificación conforme a las indicaciones al momento de la elaboración del plan de mejoramiento.</p>	<p>La entidad acepta la observación referente a la planeación y coherencia de los planes de desarrollo, acción, inversión con el presupuesto, por tanto el hallazgo queda en firme y se mantiene como administrativo.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>pesos o es en porcentaje, situación que no permite hacer coherencia en costo. En el plan de acción, se incluyen proyectos como “recuperación de cartera, conformación de equipo extramural, adquisición de ambulancia y programa de garantía de la calidad”, los cuales no están contemplados en el plan de desarrollo 2008-2011.</p> <p>Observando el plan de desarrollo aprobado por la junta directiva, se evidencian dos proyectos que no fueron incluidos en el plan de desarrollo rendido a la contraloría en el formato F17 como son “ la implementación de sistemas de costos” y “la gestión del riesgo en salud”, pese que viene trabajando en los planes de emergencia hospitalaria y en la implementación del programa de salud ocupacional. Estos proyectos tampoco se evidencian en el plan de acción, ni en la ejecución presupuestal de la vigencia 2008 y 2010.</p>							
2	<p>Gestión ambiental</p> <p>En el presupuesto del hospital para las vigencias 2007 , 2008 y 2009, no incluyó apropiación específica para el ítem “Gestión Ambiental”, se pudo evidenciar que todos los pagos referentes a esta materia se efectúan bajo otras clasificaciones de gasto , imposibilitando establecer la gestión ambiental. Se evidencio que los gastos inherentes al PGIRSH la ESE la esta ejecutando a través de gastos generales y mantenimiento</p> <p>Revisado el formato F11 de rendición de cuenta ambiente, se puede evidenciar que el registro de los gastos efectuados para el manejo de residuos con EMDEPSA por \$ 1.258.907.389 , los demás gastos de inversión inherentes al PEGIRSH no se rinden a este ente de control a través de este formato.</p>	<p>SE ACEPTA , dada las condiciones del hallazgo, Se incluirá en el presupuesto para la vigencia 2010 el rubro Gestión Ambiental como gastos inherentes al PGIRSH</p>	<p>El hospital acepta la debilidad plateada en la observación y esta será incluida en el presupuesto de la vigencia 2011, por lo tanto el hallazgo administrativo se mantiene.</p>	X				
3	<p>Se observa desorden administrativo y falta de control de los documentos emitidos por el área financiera que soporta la contratación dadas las siguientes observaciones: No existe coherencia en</p>	<p>NO SE ACEPTA, la parte relacionada con el desorden documental; si bien lo indicado es cierto, al momento de generarse la observación en la ejecución de la auditoria</p>	<p>El equipo auditor considera lo siguiente: -la metodología utilizada por el equipo fue la selección de una</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>la afectación presupuestal establecida en la minuta del contrato de prestación de servicios No. 20 de 2007 y el certificado de disponibilidad presupuestal, es decir, en la minuta se dice del código 2C800030 denominado promoción y prevención", como también se certifica en el acta de liquidación, mientras que el certificado de disponibilidad emitido se hace por el código 2C800010 denominado programa APS. -No es coherente la afectación presupuestal establecida en la minuta del contrato de prestación de servicios 011de 2008 con el registro y disponibilidad presupuestal, es decir , mientras la primera dice que se afectara por gastos administrativos, el certificado y registro dice por gastos de operación, la clasificación de gasto es diferente.</p> <p>Se observa deficiencias en la elaboración, ejecución y soportes de las órdenes de gastos de las vigencias 2008 y 2009 que sustentan el cumplimiento del Decreto 1769 de 1.994 Toda vez que estas no especifican a que imputación presupuestal y concepto de gasto corresponde. No llena los espacios del formato, algunas no determinan numero de contrato, u orden se servicio. - Los pagos efectuados no son soportados con los respectivos certificados de recibo del bien o servicio y no se evidencia la entrada y salida de elementos de almacén. Además las ordenes de pago deben soportarse con los certificados de Disponibilidad y registro presupuestal, para determinar la afectación del gasto que se esta evaluando.</p>	<p>se probó que este era un hecho no consecutivo, como evidencia se les indico que se debió a un error ya corregido, es decir que no acontecía en toda la contratación, si no tan solo en dos contratos que son los que se relacionan en el hallazgo.</p> <p>Lo evidenciado corresponde a las vigencias 2007 y 2008, y tal como ustedes comprobaron al momento de revisar la vigencia 2009, se detectó una organización total, lo mismo que en los contratos requeridos del 2010, por lo que considero que el hecho constitutivo de la observación fue corregido en su momento (2009, 2010), por lo que el hallazgo en lo referente a esta parte no es procedente.</p> <p>NO SE ACEPTA, lo relacionado con la deficiencia en la elaboración, ejecución y soportes de ordenes de gasto de las vigencias 2008 y 2009, pues el auditor solo se limitó a revisar unos documentos mínimos, mas no todo el componente donde se encontraban los documentos debidamente elaborados indicando imputación presupuestal y concepto de gasto.</p> <p>Cada documento contiene su certificado de disponibilidad presupuestal los cuales nunca fueron requeridos por el equipo auditor y con los que se cuenta en la parte financiera pues es el documento que nos permite dar trámite a la orden.</p> <p>NO SE ACEPTA, el hecho de que no se evidencia la entrada y salida de elementos</p>	<p>muestra selectiva y posterior de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>- al observar los anexos se determina que son de la vigencia 2010 periodo que no se esta cuestionando, la muestra en referencia al hallazgo se encuentra entre los periodos 2007 al 2009.</p> <p>Por lo tanto el hallazgo administrativo queda en firme.</p>					



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>de almacén, pues tal indicación resalto solo por la revisión de un elemento que fue la adquisición de unas llantas, de lo cual la causa fue explicada previamente al momento de contestar la observación en la ejecución de la auditoria; considero que para generar una observación como la correspondiente se debe partir de una selección porcentual, que de haberse hecho se hubiera identificado claramente que en esta parte la entidad si viene cumpliendo, por lo que no es aceptable la tipificación Administrativa dada, pues solo se parte de un hecho para emitir un concepto que no ocurre en su totalidad.</p> <p>Conforme a lo anterior solicito de la manera más respetuosa, al momento de revisar en mesa de trabajo este hallazgo, se consideren las pruebas anexas, lo contestado en la observación en la ejecución de la auditoria y lo aquí contestado, para efecto de que se desvirtúe este hallazgo</p> <p>ANEXOS 1:</p> <p>ORDENES DE PAGO, con sus respectivos anexos</p>						
4	<p>Planes de Mantenimiento</p> <p>No se maneja de manera específica destinación en el presupuesto para el desarrollo de las labores de mantenimiento hospitalario, pese a que existe tal denominación en el presupuesto del hospital, no todos lo gasto efectuados por este ítem obedecen al cumplimiento de los objetivos. El hospital no dispuso en el plan de desarrollo 2008-2011 los proyectos para cubrir las necesidades de mantenimiento hospitalario. Las actividades realizadas en las tres vigencias no tienen</p>	<p>NO SE ACEPTA ESTE HALLAZGO, pues la entidad si cuenta con presupuesto dentro del rubro mantenimiento hospitalario, además se tiene un cronograma de actividades de mantenimiento.</p> <p>ANEXO 2:</p> <p>a. Auxiliares presupuestales de mantenimiento</p> <p>Cronograma de actividades</p>	<p>No se acepta la respuesta de la entidad por cuando no se encuentra soportada debidamente, además en el proceso auditor se evidencio que através de esta apropiación presupuestal se manejaron gastos por recolección, manejo y disposición final de residuos hospitalarios.</p> <p>El cronograma de</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>coherencia con las metas del plan de desarrollo. No se observa un cronograma de mantenimiento, no se observa informes de evaluación de la gestión de mantenimiento.</p> <p>-La entidad para dar cumplimiento al parágrafo del artículo 9o del Decreto 1769 de 1994, presenta a la Dirección de Salud a mas tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante legal donde se indica el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, anexando el formato SNS 2000-001 anexo No 4 establecido en la circular 029 de marzo de 2007. No obstante, en el proceso de auditoria se observan presuntas deficiencias en los soportes de los recursos asignados, soportándose entre otros facturas de la empresa EMDEPSA que maneja los residuos hospitalarios, gasto este que debe ser afectado por el PGIRSH. Ello se pudo evidenciar de manera selectiva en las órdenes de pago No. 8703, donde se cancelan las facturas 35522 y 36573 por \$ 334.710 por concepto de recolección de desechos hospitalarios</p>		<p>mantenimiento no deja claro a que periodo corresponde. Los auxiliares de presupuesto no muestran detalladamente a que gasto corresponde.</p> <p>Por lo tanto el equipo auditor considera mantener este hallazgo.</p>					
5	<p>Gestión documental</p> <p>Pese a que se esta trabajando en el proceso de implementación, se observan las siguientes situaciones: Se registran series documentales y sub series que no son de aplicabilidad en las áreas productoras, por lo tanto no se evidencian en las carpetas.</p> <p>No se tiene claramente definido en las diferentes áreas productoras el manejo de los documentos que se producen y su tiempo de permanencia en el archivo de gestión.</p> <p>-Se observa debilidades en la elaboración, manejo y</p>	<p>SE ACEPTA, y se someterá a plan de mejoramiento lo evidenciado con el fin de corregir tales falencias, para que sean revisadas en la visita de revisión de planes de mejoramiento.</p>	<p>La entidad acepta el hallazgo sobre la gestión documental, por lo tanto este queda en firme.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM O N	DIS C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>control de las TRD , dado que se maneja la serie 09 denominada “ <u>Comunicaciones oficiales</u>” donde se establecen sub series denominadas como “ comunicaciones externas e internas recibidas” las cuales no hacen parte de las TRD.</p> <p>-En el área de jurídica, se tiene series documentales que no existen en el archivo de esta oficina, tales como las actas, conceptos jurídicos, solo reposan los contratos.</p> <p>-En el área de gestión documental y archivo se manejan documentos que no son de la TRD, se manejan series documentales que no aplican a lo que se produce en la oficina. Se observo la disposición de espacios adecuados para el archivo central e histórico, esta organizado y se tienen los registros organizados.</p> <p>-En el área de estadística, Los oficios que se generan no están codificados de acuerdo a la TRD.</p> <p>- En las vigencias 2008 y 2009 no se han realizado transferencias documentales al archivo central, excepto el área de estadística, la cual realiza transferencias de parte de la información en abril de 2010. Las demás áreas como odontología están en ese proceso de envío al archivo central.</p>							
6	<p>Rendición de cuentas a la Contraloría :</p> <p>Según el desarrollo de la auditoria realizada a este Hospital local, se puede deducir que no hay confiabilidad en la información rendida, dado que se omiten proyectos, no se encontró coherencia en la información rendida con la vista selectivamente en la fuente, sobre todo en materia del PGIRS y en los planes de desarrollo, plan de acción, plan de inversiones y el presupuesto, el cual no establece</p>	<p>NO SE ACEPTA, la fundamentación hecha al hallazgo; considero que en cuanto a lo aquí argumentado corresponde a lo evidenciado en el hallazgo 1 y 2, por lo que de lo que se corrija en estos conforme al plan de mejoramiento, subsana lo indicado en el presente hallazgo.</p> <p>Es evidente entonces que el hallazgo se repite por lo que no es procedente esta</p>	<p>El grupo auditor considera que el hallazgo se mantiene, dado a que la acción correctiva es a futuro y no se puede corregir una acción que ya fue rendida y la cual incumplió la Resolución reglamentaria de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca No 100-28.02 013 de diciembre de 2008.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	con claridad las fuentes de financiación y la clasificación de la inversión.	enumeración, dado a que su contenido ya hace parte de anteriores situaciones evidenciadas. Conforme a lo anterior solicito al equipo auditor muy respetuosamente, se valore lo indicado y se excluya esta observación por encontrarse ya evidenciada.						
7	No se observaron los informes de control interno MECI, exigidos por la Circular Externa No. 100-006 del 2 de septiembre de 2009, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, sobre las cinco fases de implementación, la última de las cuales venció el pasado 30 de junio de 2010	NO SE ACEPTA, la configuración disciplinaria dada a este Hallazgo, por lo siguiente: La Resolución externa 100-006 de 2 de septiembre de 2009 emitida por el DAFP, parte de la necesidad de dar cumplimiento al Decreto 3181 de 2009, el cual se dicta bajo el considerando de que en evaluación realizada del cumplimiento de la implementación del MECI en los municipios de 3, 4, 5 y 6 categoría y en sus entidades públicas, realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública se evidenció que un gran número de estos municipios se encuentran en grados incipientes de implementación del Modelo; Por ello el Consejo Asesor Nacional en materia de Control Interno recomendó al Gobierno Nacional, tomar medidas para fortalecer las estrategias con el fin de culminar la implementación del MECI en las citadas entidades territoriales, instrumento que contribuirá al mejoramiento de la gestión. Al analizar el grado de avance del MECI en este hospital, se pudo constatar que no era el caso de nuestra entidad puesto que en las vigencias 2008 y 2009 presentamos un alto grado de implementación de MECI (90,63% y 95,98 respectivamente); y	El equipo auditor considera que: Se dio incumplimiento a la Circular Externa No 100-006 de 2009, por cuanto no se surtieron las tres ultimas fases que corresponden a la del 28 de febrero 2010 tercera fase, a la del 30 abril del 2010 cuarta fase y hasta el 30 de junio de 2010 la quinta fase; en esta ultima la entidad debía garantizar la totalidad de elementos, subsistemas y sistemas del modelo debidamente diseñados, implementados y evaluados a partir de los procesos de auto evaluación. Por otro lado no es la entidad la que decide que norma o que puntos de esta aplicar, toda vez que las normas son de carácter general. Por todo lo anterior se mantiene el hallazgo de carácter disciplinario, dado la Ley 734 de 2002 articulo 34 deberes menciona "cumplir y hacer que se cumplan los deberes	X	X			



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>adicionalmente realizamos las acciones de mejoramiento a partir del proceso de integración MECI- Calidad, situación que analizada frente a lo indicado nos llevo a concluir que de nuestra parte no se hacía necesaria la aplicación de lo establecido en la circular por cuanto la entidad ya había documentado e implementado los aspectos definidos en la fases MECI a diferencia de la mayoría de entidades que no habían cumplido y a las cuales obligaba la comunicación.</p> <p>Se reportaron las fases 1 y 2 correspondientes a la vigencia 2009 de las cuales se envía copia de certificación.</p> <p>Ahora bien una fundamentación disciplinaria se tipifica de un hecho no ejecutado o realizado en contravía de un deber ser y/o de una obligación; con la auditoria se constato que cumplimos con todos los aspectos en la parte de MECI, se cumplieron todas las fases, por lo que en ningún momento dejamos de actuar o proceder no caracterizándose entonces una acción disciplinaria.</p> <p>Por las anteriores consideraciones solicitamos que no se considere esta situación como un hallazgo de tipo disciplinario, puesto que el objeto que se perseguía era el cumplimiento de la implementación del MECI 1000:2005, sistema que se encontraba en un alto grado de desarrollo y con mejoras por su armonización con el sistema de calidad, las evidencias de la implementación ya se habían documentado antes de la divulgación de la norma en mención, como</p>	<p>contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente. Los deberes consignados en la Ley 190 de 1995 se integrarán a este código".</p>					



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		se pudo constatar en visita por ustedes realizada al Hospital. ANEXOS 03: 1. Certificaciones de envío de la información a la DAFP.						
8	Pese a las actuaciones de la junta directiva conforme a sus funciones establecidas en el Decreto No 1876 de 1994, no se observaron en las actas de reunión de esta junta análisis, seguimientos, monitoreos y conceptos sobre los informes financieros, contables y presupuestales	SE ACEPTA, y se comunicara a la Junta Directiva para lo de su corrección.	La entidad acepta el hallazgo por las actuaciones de la junta directiva del hospital, por tanto este queda en firme como administrativo.	X				
9	Sistema de información financiero contable. <ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con sistemas de información para el manejo de Inventarios, Propiedad planta y equipo, cuentas por pagar, cuentas por cobrar, tesorería, Nomina y Costos. Los procesos conciliatorios son lejanos, tardando hasta 3 meses, al llevarse manual muchos procesos estos deberían disminuir el tiempo en que se realizan y ser más constantes. No se afectan en forma alterna e inmediata (causación), las cuentas de presupuesto, tesorería y contabilidad. No existen planes de contingencias contra una posible falla de los sistemas de información financiera. 	SE ACEPTA EL PRIMER PUNTO NO SE ACEPTA EL SEGUNDO PUNTO: Porque la entidad si realiza conciliaciones mensuales de caja/bancos, cuentas por cobrar y cuentas por pagar, dejando solo las cuentas cero en forma trimestral, ya que estas no generan ningún riesgo para la entidad. EL TERCER PUNTO NO SE ACEPTA, pues en cuanto su conformación corresponde al punto uno de este hallazgo. NO SE ACEPTA, Pues si se realizan copias de seguridad, sin embargo se dará inicio a capacitaciones Con un ingeniero de sistemas, para la realización de copias de seguridad, no solo para el área financiera sino para todos los procesos que realiza la entidad.	Después de realizar el análisis a las repuestas dadas por la entidad en este hallazgo se concluye lo siguiente: - durante el proceso auditor se evidencio la conciliación de bancos y tesorería, así como también de cuentas por cobrar y pagar, sin embargo las cuentas de presupuesto y tesorería al igual que las anteriores deben ser conciliadas periódicamente y no solo cuando se vayan a presentar a la Contaduría General de la Nación. - la entidad no debe escudarse en no contar con sistema de información para mencionar que la causación no debe ser oportuna, recordando que la causación es un principio universal de la contabilidad, además de que este hecho	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM O N	DIS C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
			<p>puede afectar el resultados contable y financiero.</p> <p>-el realizar copias de seguridad no es un plan de contingencia, la entidad debe estructurar un verdadero plan que permita actuar en caso de un imprevisto.</p> <p>Por todo lo demás no se aceptan las respuestas en este hallazgo y se mantienen como administrativo para que sean tenidos cada uno de los puntos en el plan de mejoramiento.</p>					
10	<p>Funcionamiento Integral de la Contabilidad, presupuesto y tesorería.</p> <ul style="list-style-type: none"> El hospital había presentando déficit fiscal en los periodos 2007 y 2008, para el 2009 se genera un superávit, sin embargo las políticas, mecanismos y medidas utilizadas no fueron documentadas en su totalidad. No se practican monitoreos ni seguimientos a los indicadores financieros. El hospital no tiene identificado el gasto de inversión social producto de la sobre facturación por la atención pobre no asegurada en los estados financieros. No se encuentra articulado el plan de gestión con el sistema presupuestal (plan financiero, plan corporativo de anual de inversiones y el plan de inversiones), el cual debe ser dinámico. Se confirma la falta de capacitaciones a los funcionarios del área financiera, puesto que se desconocía la normatividad en materia presupuestal para los hospitales. A pesar de que se practican conciliaciones, se observo la falta de articulación en los procesos contables, tesoraes y presupuestales. No se manejan herramientas financieras e 	<p>NO SE ACEPTA ESTE HALLAZGO, como administrativo, pues al equipo auditor le fueron entregados las políticas, mecanismos, y medidas utilizadas por la entidad, por lo que esta parte del hallazgo fue subsanada en su momento.</p> <p>En la parte de indicadores financieros NO SE ACEPTA, pues estos si existen y se les hace un seguimiento por ser acumulables, estos son:</p> <p>Razón de liquidez. Prueba acida, nivel de endeudamiento total, nivel de endeudamiento laboral, porcentaje de recaudo, capital de trabajo y concentración del pasivo a corto plazo, estos son utilizados, tienen un monitoreo, seguimiento, y son utilizados por el hospital y analizados en forma trimestral, y para el 2010 en forma mensual, lo que nos permite ver los diferentes comportamientos financieros.</p> <p>ANEXO O4:</p> <p>1. Indicadores financieros y</p>	<p>- Es cierto que el equipo auditor recibió las políticas y mecanismos utilizadas por el hospital, sin embargo estas primero no se encontraban documentadas totalmente y solo se dieron como informe a solicitud del equipo y segundo estas deben ser durables en el tiempo.</p> <p>- respecto a los indicadores es evidente que la entidad cuenta con indicadores contables, sin embargo no se evidenciaron: seguimientos, y monitoreos para toma de decisiones esto fue evidenciado en el proceso auditor, además no solamente deben ser los contables, existen indicadores presupuestales y financieros que la entidad no cuenta con ellos y finalmente estos indicadores solo se conocían al momento de presentar informes.</p> <p>- se acepta el tercer punto.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>indicadores financieros y presupuestales para de esta forma realizar seguimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> El presupuesto no es un verdadero instrumento de gestión para la entidad. 	<p>seguimientos 2009, 2010</p> <p>NO SE ACEPTA EL PUNTO 3, pues Las sobrefacturación debe ser llevada a la 580814segun instrucciones del ministerio de la protección social en su aplicativo del decreto 2193 de 2004.</p> <p>ANEXO 5:</p> <p>1. decreto 2193</p> <p>De otra manera si se llevase a inversión social en el momento de cargar el cuadro de ingresos no permitiría su validación., además los contratos de capitación en un 99% siempre son a favor.</p> <p>NO SE ACEPTA, pues este también esta configurado en el Hallazgo 1.</p> <p>En la parte de capacitación, El hospital buscara asesoría en las diferentes entidades que brindan capacitaciones en materia de presupuesto público. Como se indica en el ítem numero 1.</p> <p>Entre los procesos presupuestales, contables y de tesorería se sustento al equipo auditor, que si se articulan estos procesos a través de las conciliaciones aunque se realizan de forma artesanal a través de hojas electrónicas Excel.</p> <p>Los indicadores financieros son dinámicos para la entidad como se observar el derecho a la contradicción en el ítem numero 10 literal B. Igualmente se tienen indicadores presupuestales como son</p>	<p>-en cuanto a la falta de capacitaciones durante el proceso auditor se evidencio que los funcionarios del area financiera desconocían la normatividad vigente en materia presupuestal y financiera, esto quedo evidenciado en mesa de trabajo, por tanto no se acepta la respuesta.</p> <p>- durante el proceso auditor se evidencio que el presupuesto no es verdaderamente una herramienta de gestión, el analizar las cifras y realizar cálculos de proyección de los ingresos y egresos no es un factor determinante para que la entidad concluya que el presupuesto es esta herramienta, para eso se de tener en cuenta que debe existir planeación, programación y coordinación con el Plan de Desarrollo.</p> <p>Por todas las anteriores el hallazgo se mantiene como administrativo.</p>					



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>proporción de ventas de servicios por cada uno de los regímenes, variación en ejecución presupuestal de gastos e ingresos, porcentaje de recaudo institucional y por regímenes, además esta parte de la observación hace relación al 10.2 donde se habla también de indicadores.</p> <p>ANEXO 07:</p> <p>1. Indicadores presupuestales</p> <p>EN LA PARTE FINAL NO SE ACEPTA, porque el presupuesto es analizado por el representante legal de la entidad indicándonos porcentaje de recaudo, facturación y con esto permitimos proyectar el gasto, lo cual es comprobado con el análisis que se anexo al equipo auditor, presentado a la secretaria departamental de salud.</p> <p>ANEXO 08:</p> <p>1. Análisis proyección de ingresos y gastos a diciembre 31 de 2009.secretaria Dptal de Salud</p>						
11	<p>Estado del Tesoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe seguimiento al comportamiento de planes financieros. No se utiliza ninguna herramienta financiera para determinar los estados de liquidez e iliquidez a los que se encuentra sometida la entidad. 	<p>SI SE ACEPTA, se ajustara a la realidad institucional.</p> <p>El SEGUNDO PUNTO NO SE ACEPTA, pues se repite en el Hallazgo 10.2</p>	<p>Se toma la respuesta dada en el mismo numeral del hallazgo anterior y se le recuerda al equipo financiero, que se evidencio durante el proceso auditor la carencia de indicadores presupuestales y su posterior seguimiento y monitoreo.</p> <p>Por lo mencionado en los párrafos anteriores el hallazgo se mantiene como</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
			administrativo.					
12	Estados Contables. <ul style="list-style-type: none"> El sistema de información financiera con que cuenta el hospital no permite integrar el área financiera de tal forma que permita tener confiabilidad en la información que administra. Los inventarios de bienes de consumo y materiales médicos quirúrgicos no se encuentran valorados e incorporados a los estados financieros, así estos sean pocos Se realizó proceso de toma física de la propiedad planta y equipo en el periodo 2009 sin embargo la base de datos donde está confinada no es confiable y no se encuentra articulada al modulo de contabilidad. Los bienes inmuebles se encuentran sobrevaluados de acuerdo al avalúo técnico realizado por la entidad mediante contrato. Los terrenos en que se encuentra el hospital a no se encuentran legalizados en su totalidad y el hospital tiene una deuda de impuesto predial sobre el terreno a nombre de este donde actualmente funciona el hogar de la tercera edad, la cual no se encuentra registrada en los estados financieros. No se practican seguimientos a los indicadores financieros para la toma de decisiones a tiempo. El comité de sostenibilidad contable y financieros a pesar de realizar sesiones, no se practican seguimientos a las decisiones tomadas en el. El control interno contable – MECICO no se encuentra articulado en forma completa al sistema financiero, este no es dinámico y las auditorias no han incluido todas las observaciones para que estas sean tenidas en 	<p>PUNTO 1, NO SE ACEPTA, pues corresponde al mismo hallazgo del numero 9.A.</p> <p>PUNTO 2, SE ACEPTA, Aunque las compras realizadas por el hospital son para el consumo inmediato se realizo un inventario con corte al mes de agosto del 2010, el cual se incluyo en los estados financieros de la entidad, tal como se evidencio por el equipo auditor</p> <p>PUNTO 3, NO SE ACEPTA, pues es de anotar que aunque se lleve en hoja electrónica de Excel, los inventarios de la institución son acordes con la realidad financiera, confiables, claros y precisos.</p> <p>se buscara el proveedor que nos brinde un programa que cubra todas las necesidades de área financiera, como se indico en el ítem 9A</p> <p>PUNTO 4. SE ACEPTA, realizado el proceso de legalización de los inmuebles de la institución se procederá a realizar un nuevo avalúo catastral.</p> <p>PUNTO 5, Como menciona en el literal anterior, una vez legalizado y actualizado el avalúo de los terrenos de la institución estos serán incluidos y actualizados igualmente en la contabilidad de la institución. Como también las deudas por impuesto predial que se tenga sobre los mismos.</p>	<p>- La entidad carece de integración de la información financiera, producto de ellos es la no causación a tiempo de varios hechos económicos como el caso de la facturación, por tanto la respuesta al punto no se acepta y se mantiene.</p> <p>- no se cuestiona la realidad, valores y registros de la propiedad planta y equipo, se cuestiona es la base de datos en que estos inventarios se encuentran.</p> <p>- se mantiene la observación de los indicadores financieros y sus seguimientos, dado que anteriormente se ha explicado la debilidad.</p> <p>Por todos lo anterior la entidad acepta las observaciones y por lo tanto se mantiene este hallazgo como administrativo.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	cuenta en el plan de mejoramiento	<p>PUNTO 6, No se acepta porque ya se evidencio en el Hallazgo 10B, y 10G.</p> <p>PUNTO 7, SE ACEPTA, El comité de sostenibilidad contable se seguirá reuniendo cada mes y se le hará un debido seguimiento a las decisiones que se hayan tomado.</p> <p>PUNTO 8, El MECICO se articulara en forma completa al sistema financiero, lo que lo volverá dinámico, permitiendo que en las auditorias se incluyan todas las observaciones. Y un seguimiento a los planes de mejoramiento</p>						
13	<p>Estructura Organizacional Financiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> o A pesar de contar con manuales de funciones y de procedimientos estos se encuentran desactualizados (faltan procedimientos y procesos básicos y determinantes para el área financiera o El área financiera no se encuentra en coordinación con la oficina de planeación. o No existen mecanismos de monitoreo y control de todas las variables para el bien manejo financiero del hospital. o No se cuentan con indicadores para la evaluación de gestión del área financiera. o Se presenta escases de funcionarios en el área financiera (actualmente 2), situación que debe ser evaluada teniendo en cuenta que se realizan muchos procesos manuales y a los nuevos retos de rendición de la información de los órganos de control. 	<p>Los manuales de funciones y procedimientos, se actualizaron en el año 2009, por lo que no aceptamos este hallazgo porque solo ha pasado una vigencia.</p> <p>El hospital Pedro Sáenz Díaz como empresa social del estado, no está obligado a contar con una oficina de planeación, por lo tanto no se acepta lo indicado</p> <p>LA PARTE 3, no se acepta, pues corresponde al hallazgo 10.2 y 10.3, del cual si existen indicadores ajustados a la realidad.</p> <p>No se acepta pues este hallazgo es igual al anterior, y por lo tanto ya se encuentra configurado.</p> <p>NO SE ACEPTA la ultima parte, pues como hospital nivel 1, contamos con un presupuesto reducido, que no nos permite ampliar la planta de personal, además como ustedes pudieron evidenciar, todos los</p>	<p>- No se cuestiona la actualización de los manuales, si no que no se observan la falta de varios procedimientos financieros básicos del área financiera.</p> <p>- es cierto que el hospital no esta obligado a tener oficina de planeación, pero la entidad si debe tener planeación en todas sus áreas tales como oficina de control interno, financiera, la gerencia. etc., es esta parte la que se cuestiona.</p> <p>-en la ultima parte se cuestiona es la concentración de tareas y no se pretende que se contrate mas personal, solo se le recuerda a la entidad que esta concentración permite que se generen debilidades en la producción de información.</p> <p>Por todo lo anterior el hallazgo se mantiene como</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		informes, siempre se han rendido a tiempo sin presentarse incumplimiento en lo que corresponde a cada función ya sea de manera interna o externa. Conforme a lo argumentado y las pruebas anexas, es evidente que no existe un soporte que permita mantener el hallazgo, por lo que solicito muy respetuosamente se desvirtué el mismo.	administrativo.					
14	El hospital presenta fuertes debilidades en el proceso de facturación y contestación de las glosas, el comité es inoperante, el sistema no se articula con contabilidad, situación que ha permitido los aumentos de las glosas en el primer semestre de 2010.	SE ACEPTA; Se dará inicio a las medidas pertinentes con el fin de corregir estas falencias, metas que serán incluidas en el respectivo plan de mejoramiento para efecto de revisión en lo consecutivo. Sin embargo, en la parte de glosas para el 2010, estas han disminuido.	La entidad acepta el hallazgo y por lo tanto se mantiene para ser tenido en cuenta en el plan de mejoramiento que la entidad suscribe con esta Contraloría.	X				
15	De acuerdo a las encuestas del nivel de satisfacción del usuario realizadas en la parte rural, los usuarios manifestaron inconformismo por el sistema de asignación de citas medicas, las cuales no se dan por teléfono pese a que existe el procedimiento no se viene cumpliendo.	NO SE ACEPTA, la tipificación Administrativa de este hallazgo, pues no se puede partir del concepto dado por un solo usuario para configurar un hallazgo; como entidad de salud atendemos a diario una gran cantidad de usuarios, donde si se valorara una encuesta dirigida a un porcentaje superior, se darían cuanta claramente si hay inconformismo o no. No se puede pretender y es inaceptable que se conforme un hallazgo con la entrevista a una sola persona, pues eso no mide en ningún momento el grado de aceptación o no. Revisadas las quejas en el SIAU, ustedes mismo se cercioraron de la inexistencia de estas en cuanto a la atención en el sistema de asignación de citas; hemos cumplido	El equipo auditor ratifica el hallazgo administrativo, toda vez que no se trató de una sola encuesta si no de tres encuestas a los usuarios del sector rural, en compañía del gerente de la entidad, para la cual esta muestra representa la expresión del área rural.	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>100% las metas, por lo que no acepto este hallazgo como administrativo dado que en cuanto a la prueba que lo genero carece de un soporte valedero y total que lo justifique.</p> <p>Actualmente contamos con línea telefónica fija y celular para la recepción de citas, también ustedes lo pudieron evidenciar</p> <p>Conforme a lo anterior, solicito que lo indicado y lo argumentado por el auditor con relación a este hallazgo sea revisado nuevamente, y se excluya el mismo pues no hay un soporte legal completo que permita su inclusión.</p> <p>ANEXO 09:</p> <p>1. Análisis de encuesta de satisfacción al usuario.</p>						
16	<p>En el contrato No 0293 del 2009 celebrado con la Secretaria de Salud del Valle, presenta una adición presupuestal por valor de \$100.000.000, al revisar la descripción de los gastos se encuentra que estos fueron destinados para el pago de una demanda de acción de reparación directa falla en contra del hospital por Sala Administrativa del Tribunal Superior de Risaralda; los dineros no han sido ejecutados se encuentran en un CDT y la cuenta bancaria, de tal manera que estos no deben ser ejecutados para fines diferentes a lo estipulado en el mismo contrato.</p>	<p>NO SE ACEPTA, la tipificación Administrativa dada a este hallazgo, pues según lo contestado en el momento que se genero la observación en la ejecución de la auditoria, estos dineros corresponden a un lucro, generado por un convenio celebrado con la gobernación del Valle del Cauca para la ejecución de actividades por parte del hospital, donde este tiene la potestad de ejecutar lo indicado ya sea con personal de la institución o contratar con terceros si no se cuenta con el personal suficiente para el desarrollo de lo contratado.</p> <p>Como la entidad Hospitalaria ejecuto directamente las actividades y lo que fue evidenciado por parte de la interventoría de</p>	<p>El equipo auditor considera la respuesta de la entidad y acepta la respuesta toda vez que fue soportada con el concepto jurídico del Secretario de Salud Departamental, sin embargo se deja el hallazgo de carácter administrativo para poder realizar el seguimiento a la ejecución de esos dineros.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>la Gobernación en su momento y dado a ello autorizo el pago y la terminación y liquidación del contrato, se nos generaron unas ingresos, los cuales somos potestativos de invertir y/o distribuir en los gastos que consideremos necesarios, y es por ello que dada la demanda por la cual fuimos condenados a indemnizar, utilizaremos estos para su pago pues es un deber ser que se nos permite sin infringir precepto alguno.</p> <p>Sin embargo dado a que previa las explicaciones del caso al equipo auditor y la configuración del hallazgo, optamos por oficiar a la Gobernación del Valle del Cauca, Secretaria de Salud Departamental, indicando lo acaecido y requiriendo conceptualización jurídica frente al trámite que se le deben dar a estos dineros, a lo que los mismos nos emitieron respuesta en la cual nos da la razón frente a lo a ustedes contestado, y nos permite darle tramite a este rubro conforme a lo que ya presupuestado.</p> <p>Por lo anterior solicito al equipo auditor tener en cuenta lo argumentado y los documentos anexos con lo cual se prueba la no existencia de hallazgo para efecto de que se desvirtué y elimine el mismo en cuanto a su configuración, pues con lo anexado cesa la estructura del mismo.</p> <p>ANEXO 10: Copia oficio concepto Gobernación Acta de liquidación del contrato</p>						



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
17	Se presentan deslucimiento de las instalaciones físicas del hospital y el puesto de salud de la vereda Moctezuma, dada a las condiciones de limpieza y pintura.	<p>NO SE ACEPTA, la configuración administrativa dada a este hallazgo, pues en cuanto al enlucimiento la entidad contrato lo relacionado con lo configurado el cual se ejecuto debidamente, y lo que se pudo visualizar en la auditoria.</p> <p>El puesto de salud de Moctezuma, es de propiedad de la Alcaldía Municipal, por lo que sus adecuaciones son de su competencia, sin correspondernos su mantenimiento, pues de invertir en infraestructura en esta entidad nos generaría una violación de la norma incurriendo en posibles sanciones.</p> <p>Conforme a lo anterior y los documentos anexos considero que este hallazgo no tiene fundamento, por lo que solicito muy respetuosamente su disolución.</p> <p>ANEXO 11: Copia de fotos hospital.</p>	El equipo auditor considera que no se cuestiona el realizar acciones de mejoras al puesto de salud, si no del aseo y limpieza de paredes de las instalaciones dado a que es un lugar donde se presta servicios de salud; por lo tanto se mantiene el hallazgo.	X				
18	El contrato para la prestación del servicio de bacteriología es celebrado solo por 8 horas quedando el hospital sin este servicio el resto del tiempo.	NO SE ACEPTA EL HALLAZGO, dado a que la entidad y conforme a la minuta contractual en ningún momento contrato bacteriólogo para el cumplimiento de de un horario de 8 horas, la entidad contrato bajo la modalidad de tercerización, el proceso de bacteriología, donde el personal de cooperativa ejecuta es una tarea como trabajador asociado, actividad que no es por horario sino por necesidad del servicio, correspondiéndole a la cooperativa cubrir la actividad cuando se requiera, es decir siempre que exista la necesidad de toma de pruebas.	El equipo auditor realizo seguimiento al horario de la bacterióloga durante el proceso auditor, determinando que el horario de esta era de 8 horas cada día y los fines de semana no trabajaba, de igual forma se reviso el contrato con la CTA Su Futuro Hoy en donde no se estipula los horarios de trabajo de esta, por tanto el hallazgo se mantiene.	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>Así mismo se tiene contratado con el Hospital de Cartago la toma de muestras para cubrir la ausencia que se genere en Ulloa, o cuando se presentan remisiones por lo que el servicio de Bacteriología se encuentra totalmente cubierto dentro de las 24 horas.</p> <p>Conforme a lo anterior no tiene sentido la argumentación que permitió la configuración del Hallazgo, por lo que solicito muy respetuosamente se valoren las pruebas anexas frente a lo indicado y se desvirtué el mismo en el informe final.</p> <p>ANEXO 12:</p> <ol style="list-style-type: none"> Contrato No. 01- 2009 Contrato No. 020 -2009 						
19	<p>En el plan de Desarrollo en lo referente a proyectos de inversión solo se formula lo referente a reforzamiento estructural, proyecto que ha sido gestionado en el Fondo Nacional de Regalías y Gobernación del Valle, para la vigencia 2010 se han asignado \$200.000.000, por parte de la gobernación para el reforzamiento del área de Urgencias, la entidad posee en su planta física un área en obra negra, la cual había sido concebida para quirófanos, en el plan no se evidencia proyectos que apunte a la recuperación y adecuación de esta área.</p>	<p>NO SE ACEPTA, la configuración administrativa del Hallazgo, pues si bien es cierto que no existen proyectos para la adecuación de este espacio, es porque conforme a las modificaciones que se van a realizar en el área de urgencias para cumplir con la norma de sismo resistencia, este espacio desaparece quedando áreas de servicio médico.</p> <p>De las obras y como se comprobó por el equipo auditor, estas dependen de un proyecto ya radicado y aprobado, quedando pendiente la entrega de una primera partidas para lo de la contratación e inicio de obras.</p> <p>Esta área hoy en día no puede ser destinada para quirófanos, pues conforme a la concepción de hospital nivel 1, no</p>	<p>No se acepta la respuesta se deben implementar acciones que permitan recuperar y dar uso a las áreas en cuestión mejorando el servicio del hospital, se mantiene el hallazgo administrativo</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				ADM ON	DIS C	P EN A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		estamos certificados para prestar este servicio. Conforme a lo anterior, considero que no existen fundamentos que impliquen considerar este hallazgo, por lo que solicito muy respetuosamente su disolución.						
20	Para las vigencias 2007 y 2008 la entidad no suscribió contratos relacionados con obras, aunque se realizaron para la vigencia 2007, mantenimientos en cubiertas e instalaciones hidráulicas y sanitarias por valor \$4.842.000, y para la vigencia 2008 mantenimientos preventivos por valor de \$1.820.000a través de ordenes de servicio, se evidencio que las obras fueron ejecutadas y se requerían en su momento, para la vigencia 2009, se suscribieron seis contratos por valor de \$26.694.620, relacionados con el mantenimiento de la planta física, los cuales no están articulados con el plan de desarrollo, fueron incluidos en el plan de mantenimiento para la vigencia 2009.	SE ACEPTA, este hallazgo como administrativo, para efecto de su articulación conforme a las modificaciones que se hagan al plan de desarrollo	Implementar plan de mejoramiento, se mantiene el hallazgo administrativo	X				
21	Revisadas las carpetas de los contratos suscritos se evidencio que la entidad no presenta un presupuesto oficial que soporte el análisis de conveniencia, algunos contratos su objeto contractual es generalizado no especifica las actividades a ejecutar debidamente cuantificadas y valoradas, no presentan un bosquejo o plano donde se identifiquen las áreas intervenidas objeto del contrato, las actas finales de recibido de las obras no presentan memorias de cálculo y algunos casos carecen del registro fotográfico.	SE ACEPTA LA OBSERVACION COMO ADMINISTRATIVA, y se incluirán las actividades en la contratación de obra de la siguiente vigencia, así mismo se anexaran los documentos correspondientes a cada carpeta.	Implementar plan de mejoramiento, se mantiene el hallazgo administrativo	X				
22	Se presentan fallas en lo que indica la Resolución 4445 de 1996 en lo referente a: - orinal y dispensador de agua (1 por cada 50 personas)	SE ACEPTA EL HALLAZGO, y se dará inicio a gestiones necesarias para su cumplimiento	Implementar plan de mejoramiento, se mantiene el hallazgo administrativo	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A D M O N	D I S C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<ul style="list-style-type: none"> - piso en material antideslizante para las rampas. <p>Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> - unidad sanitaria por sexo, una por cada 15 pacientes. - consultorio médico con separación de ambiente de entrevista y examen (lavamanos independiente de la unidad sanitaria) <p>Servicio Obstétrico</p> <ul style="list-style-type: none"> - vestuario cambio de ropa para personal de salas con unidad sanitaria (funcionan como filtros entre zona semi-aséptica y aséptica) <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> - ducha teléfono lavado de patos. - cuarto de baño permita fácil desplazamiento y que tenga llamado de enfermeras audible y visible. 							
23	<p>En la Rendición pública de la cuenta no se dio aplicación a la publicidad de estas actuaciones las cuales se encuentran estipuladas en el artículo 7 de la Resolución 100-28.02 13 de diciembre 18 de 2008 de la CDVC y a los artículos 32 y 33 de la Ley 489 de 1998</p>	<p>NO SE ACEPTA LA TIPIFICACIÓN DISCIPLINARIA DEL HALLAZGO, pues conforme a lo indicado por la resolución 100-28.02 del 13 de diciembre de 2008, hace relación a la rendición del 2008, que debió hacerse en el 2009, la cual la entidad la hizo en debida forma.</p> <p>Así mismo se procedió con la del 2009 que se rindió en el 2010, proceso que se llevo como el anterior y el cual fue enviado también a la CDVC.</p> <p>Conforme a las indicaciones de publicidad, Es de aclarar que se realizo convocatoria aleatoria, en cartelera y por perifoneo, ya que en el municipio no existe ningún medio radial y escrito.</p> <p>De lo anterior se anexa copia de los respectivos oficio de remisión y demás documentos, por lo que está probado el</p>	<p>El equipo auditor considera que una vez analizados los soportes efectivamente se observa la convocatoria pública de la rendición de la cuenta del hospital, por tal motivo se levanta el hallazgo de carácter disciplinario pero no se deja administrativo con el fin de que la entidad al rendir envíe la documentación completa y explicita, de igual forma para que se tengan en cuenta en estos informes y rendiciones los Análisis Financiero, informe de Gestión de Actividades de las Unidades Operativas.</p>	X				



No.	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A DM O N	DIS C	P E N A L	F I S C A L	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>cumplimiento de la norma en mención no configurándose así hallazgo alguno, solicitando muy comedidamente en mesa de trabajo sea valorado junto con las pruebas anexas el hallazgo y se desvirtué como disciplinario y administrativo pues no hay justificación para su continuidad.</p> <p>ANEXOS 13:</p> <p>1. Rendiciones de cuanta a la comunidad vigencia 2008, 2009, con lista de asistencia, convocatoria.</p>						
TOTAL				23	1	0	0	\$0

