



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

130-19.11

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL  
CON ENFOQUE INTEGRAL  
Modalidad Especial de Seguimiento a Plan de Mejoramiento**

**HOSPITAL SAGRADA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE TORO VALLE**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Palmira, Noviembre de 2015**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

## **HOJA DE PRESENTACIÓN**

Contralor Departamental del Valle

Adolfo Weybar Sinisterra Bonilla

Director Operativo de Control Fiscal

Jorge Antonio Quiñones Cortes

Responsable de la Entidad

Mariela Olivares Tobar

Representante Legal entidad auditada

Luz Marina Restrepo Valencia

Auditor:

Fernando Arévalo Terán



CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA

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

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

1. HECHOS RELEVANTES .....	4
2. CARTA DE CONCLUSIONES .....	6
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	9

## **1. HECHOS RELEVANTES**

Con la aprobación de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud), se aporta un marco normativo en materia de salud, a partir de esta Ley Estatutaria se pueden hacer reformas. Uno de los aspectos importantes de esta Ley es que se elevó la salud a un derecho fundamental autónomo y da pautas para regularlo

A partir de la expedición de la 1751, la salud de la gente está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden negarle la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestarle servicios.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), los hospitales, los médicos, las farmacéuticas y los demás actores del Sistema tienen que adoptar su funcionamiento a la norma.

Según la nueva Ley Estatutaria, el Sistema de Salud, entre otras disposiciones se tienen: El sistema estará organizado en redes de servicios de salud, los cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y cuando se trate de atención inicial de urgencias no se requerirá ningún tipo de autorización entre el prestador de servicios las EPS. El médico será autónomo para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo.

Se establecerán sanciones penales y disciplinarias para las entidades que nieguen la prestación de servicios en salud, con lo que se evitaría el “paseo de la muerte”.

El Hospital presta servicios de nivel 1 de atención en consulta externa, urgencias, hospitalización, odontología, programas de prevención y promoción y cuenta con una población de usuarios garantizada.

El Ministerio de Salud y Protección mediante Resolución No. 2509 del 29 de agosto de 2012, en su anexo técnico categoriza Empresas Sociales del Estado (ESE), calificó en alto riesgo el Hospital Sagrada Familia del Municipio de Toro (V), en la vigencia 2014 pasó de alto a medio.



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

Presenta un sistema financiero basado en los principios de contabilidad pública, llevando a cabo un registro sistemático y cronológico de las operaciones y la norma técnica de registrar y rendir la información; sin embargo, se evidenció falencias en cuanto a las regulaciones relacionadas con la ejecución de los gastos administrativos, la implementación del sistema de costos, procedimientos de cobro y aplicación de procesos y procedimientos, lo cual afecta directamente la situación financiera de la entidad.

## 2. CARTA DE CONCLUSIONES

Palmira,

Doctora

**LUZ MARINA RESTREPO VALENCIA**

Gerente del Hospital Sagrada Familia

Toro - Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral modalidad Especial de Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la **Hospital Sagrada Familia del Municipio de Toro (V)**, 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 el área actividad o proceso examinado. 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.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS) y con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, 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 nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el

cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Subdirección Técnica del Cercofis Palmira.

## **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

La auditoría a que se refiere el presente informe tuvo el siguiente alcance:

Se examinaron las 24 acciones correctivas concertadas con esta Contraloría Departamental, como resultado del proceso de Auditoría Especial Red Salud Situación Financiera, vigencia 2013, auditoría practicada en la vigencia 2014.

A cada una de las acciones correctivas, se le practicó prueba de cumplimiento y se verificó la efectividad del mismo, dando como resultado una calificación que fue analizada y notificada oportunamente al representante legal de la entidad.

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de nuestra auditoría, el auditor tuvo a mano toda la información requerida y practicó las observaciones de campo con independencia y colaboración por parte de los funcionarios de la entidad.

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

## **CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO**

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, producto de la auditoría adelantada, conceptúa que la entidad cumplió con el Plan de Mejoramiento suscrito como consecuencia de la Auditoría Especial Red Salud Situación Financiera, vigencia 2013, cumpliendo con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia o equidad), alcanzando una calificación de cumplimiento de **82.6 puntos**, resultante de la alimentación de la hoja electrónica Anexo 3 M2P5-20 de nuestro Sistema Integrado de Gestión.



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

## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

En desarrollo de la presente auditoría no se establecieron hallazgos, no obstante se evidenció que la acción correctiva de los hallazgos No. 14, 15 y 23 no se cumplieron y las acciones correctivas No. 1 y 4 se cumplieron parcialmente.

## **PLAN DE MEJORAMIENTO**

Las acciones no cumplidas y cumplidas parcialmente del plan de mejoramiento evaluado, deben ser incorporadas a un nuevo plan de mejoramiento, que permita solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento se debe registrar en el proceso de Plan de Mejoramiento del Sistema de Rendición de Cuentas en Línea RCL, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución Reglamentaria No.012 de 2013.

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

**ADOLFO WEIBAR SINISTERRA BONILLA**

Contralor Departamental Del Valle Del Cauca



### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

**Los resultados obtenidos de la presente auditoría son los siguientes:**

El Plan de Mejoramiento evaluado con 24 acciones correctivas, se derivó de la Auditoría Especial Red Salud Situación Financiera, vigencia 2013, auditoría practicada en la vigencia 2014.

La evaluación se realizó conforme al Anexo 3 M2P5-20 “Matriz de Calificación – Cumplimiento y Efectividad del Plan de Mejoramiento”, la cual incluye las siguientes variables a evaluar son sus ponderaciones:

PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	0,0	0,20	0,0
Efectividad de las acciones	0,0	0,80	0,0
<b>CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		<b>1,00</b>	<b>0,0</b>

Estas variables se califican de acuerdo al siguiente cuadro

Calificación	
<b>Cumple</b>	<b>2</b>
<b>Cumple Parcialmente</b>	<b>1</b>
<b>No Cumple</b>	<b>0</b>

De acuerdo a la Matriz anterior, en desarrollo de la presente auditoría se estableció que de veinticuatro(24) acciones correctivas se cumplieron en su totalidad diez y nueve(19), dos (2) acciones correctivas se cumplieron de manera parcial y tres (3) no se cumplieron.

Al verificar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas por el sujeto de control y consolidada en la matriz de calificación ésta arrojó un resultado de **82.6 puntos**, que de acuerdo a lo establecido por la Resolución Reglamentaria No.012 del 08 de Octubre de 2013 en su Artículo 14, MÉTODO DE EVALUACIÓN, Parágrafo 1 enuncia: “El sujeto de control deberá cumplir con el cien por ciento (100%) del Plan de Mejoramiento. No obstante para la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, se entiende por cumplido un plan de

mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel de cumplimiento igual o superior al ochenta por ciento (80%)...”

Por lo tanto, después de aplicar la metodología correspondiente y de obtener en la Matriz de Calificación – Cumplimiento y Efectividad del Plan de Mejoramiento una calificación de 82,6 puntos la entidad **cumple** con el Plan de Mejoramiento.

<u>PLAN DE MEJORAMIENTO</u>			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	82,6	0,20	16,5
Efectividad de las acciones	82,6	0,80	66,1
<b>CUMPLIMIENTO PLAN DE</b>		<b>1,00</b>	<b>82,6</b>

  

Calificación	
Cumple	2
Cumple	1
No Cumple	0

  

<b>Cumple</b>
---------------

Por lo anterior, se consideraron cumplidas en su totalidad las acciones correctivas números 2-3-5-6-7-8-9-10-11-12-13-16-17-18-19-20-21-22-24, las cuales suman 19 de un total de 24 acciones correctivas.

La diferencia para llegar al cumplimiento total del plan de mejoramiento se encuentra reflejada en las siguientes acciones correctivas, que fueron cumplidas parcialmente, ellas son: Nos. 1 y 4 y las acciones correctivas No. 14, 15 y 23 que no fueron cumplidas.

No. Hallazgo (11)	Descripción Hallazgo (13)	Acción Correctiva (15)	Cumplimiento (24)	Efectividad (25)	Observaciones (26)
1	El Hospital Sangrada Familia de Toro, cuenta con un Plan Desarrollo Institucional 2012-2015 pero este carece de ejes programático, programas, proyectos y que estos a su vez estén articulados con el Presupuesto y con el Plan de Acción, lo cual impide medir su impacto durante su gestión, generando debilidades en la entidad.	La gerencia de la ESE, revisara y ajustara de acuerdo a las actuales políticas, su plan de desarrollo el cual sera de nuevo presentado a la Junta para su correspondiente aprobación	1	1	Se evidencia acta de aprobación del Plan Estratégico para el período 2012-2015; sin embargo no se observa estructura programática de este Plan estratégico, tales como ejes, programas, subprogramas y metas claras.
4	La entidad territorial, cuenta con un programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la atención en salud, pero no se evidenció planes de mejoramiento, lo que puede generar la prestación de un servicio sin calidad en la atención en salud, debido a falta de mecanismos de control para la instauración de un sistema que garantice la calidad de la atención en salud.	Se capacitara en auditoria de calidad a los lideres de cada proceso para realizar una autoevaluacion y de los hallazgos o no conformidades encontradas, se realizaran los planes de mejoramiento continuo que daran como resultado una prestacion de los servicios de salud con mayor calidad.	1	1	Se evidenció el PAMEC, falta plan de mejoramiento del mismo.
14	No se evidenció la implementación total del sistema de costos bajo la metodología ABC en la entidad, situación originada por la debilidad en la implementación de procesos y procedimientos que tiene su incidencia en la toma de decisiones financieras, estudio de precios y costo beneficio de las entidades para todos los procesos asistenciales y administrativos	La entidad implementara paulatinamente el sistema de costos ABC.	0	0	no se evidencia implementación del Sistema de costos bajo la metodología ABC.
15	La entidad no tiene identificados la totalidad de sus activos fijos, no se ha realizado el avalúo técnico de los mismos, no aplica el sistema de depreciación individual, esta situación persiste y no fue subsanada en el Plan de Mejoramiento suscrito por la entidad producto de la Auditoria Integral Modalidad Regular de las vigencias 2010 y 2011, y por la debilidad en la aplicación de normas, procesos y procedimientos, creando incertidumbre en el costo real de los activos fijos que figura en los Estados Contables.	La Entidad contratara un perito para la valorización de sus activos, identificarlos en forma individual y realizar su respectiva depreciación y ajustar los estados financieros.	0	0	Falta identificación en la totalidad de activos fijos y no se ha realizado el evaluo técnico de los mismos, no se aplica el sistema de depreciación individual.
23	La entidad no dio de baja de sus libros de contabilidad, partes y activos fijos en mal estado que subastó directamente en Octubre de 2013, situación derivada de la deficiencia en la aplicación de procesos y procedimientos y normas internas de la entidad, lo que influye en la falta de identificación real de activos fijos dentro de la entidad y mantiene la incertidumbre en el valor registrado en los Estados Contables.	Se continuara con el proceso de actualización del inventario, plaketando cada uno de sus activos, establecer la depreciación individual dar de baja los activos que han cumplido su vida útil, ajustar los estados financieros y no seguir generando incertidumbre en los mismos.	0	0	Esta acción correctiva está relacionado con la del hallazgo No. 15. No se ha depurado los activos fijos que están depreciados a los cuales se debe dar de baja.



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

Como se presenta en el cuadro anterior, la entidad debe replantear las acciones correctivas no cumplidas Nos. 14, 15 y 23, y las acciones números 1 y 4 cumplidas parcialmente, presentar nuevamente plan de mejoramiento, realizar los seguimientos y establecer los controles respectivos para el logro de los resultados, mejora de sus procesos y cumplimiento de los objetivos institucionales.



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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