

**Vigilamos  
el patrimonio  
Regional**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1

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

**HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO  
VIGENCIAS 2007 – 2008**

**CDVC-CASD No.2  
Mayo de 2009**



## AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

### HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar para el Sector Descentralizado	Luis Fernando Restrepo Guzmán
Representante Legal de la Entidad	Edwin Ramiro Peña Arenas
Equipo de Auditoria	
Líder	Claudia Jimena Orozco Salcedo
Profesionales	Jorge Vinasco García
	Miriam Ayala de Jordán
	Rubiela Nieves
	Robinson Suárez Barco
	Julián Andrés Villa
	Gonzalo Moreno Cataño

## TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO</b>	2
<b>2 METODOLOGIA</b>	4
2.1 ALCANCE DELA AUDITORIA	5
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	5
2.3 QUEJAS	5
<b>3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA</b>	6
3.1 GESTION	6
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	6
• Planeación	6
• Actuación de las Junta Directiva	9
• Análisis de la Estructura Organizacional	10
• Análisis de los Sistemas de Información	11
• Evaluación del Sistema de Control Interno	12
3.1.2 SALUD PÚBLICA	16
• Promoción y Prevención	16
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	17
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	19
• Satisfacción del Usuario	19
• Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	23
• Infraestructura	23
3.2 FINANCIAMIENTO	30
• Estados Contables	30
• Presupuesto	32
• Análisis de variables que afectan el financiamiento del Hospital	37
3.3 LEGALIDAD	42
• Cumplimiento del marco normativo de la contratación	42
3.4 REVISION DE LA CUENTA	52
3.6 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN	53
<b>4 ANEXOS</b>	55
Anexo 1. Dictamen Integral	56
Anexo 1. Estados Contables	59
Anexo 2. Cuadro Resumen de Hallazgos	63



## INTRODUCCION

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

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

El presente informe se inicia describiendo los Hechos Relevantes del Contexto que enmarcan el proceso auditor. Acto seguido se describe la metodología utilizada para luego describir 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

El financiamiento de los servicios de salud es un problema estructural en Colombia, situación que la Corte Constitucional contempla en la Sentencia No.760 de 2008: “El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades para garantizar la prestación del servicio. En la medida en que la capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar los servicios que se requieren no incluidos en el POS, obstaculiza el acceso a dichos servicios”.

Esta Sentencia sería una de las causas que incrementaría la crisis hospitalaria en el Departamento del Valle del Cauca, debido a que obliga a prestar atención y tratamientos de enfermedades de alto costo a personas de pocos recursos económicos, las cuales no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y que son aquellos procesos y procedimientos que se realizan en instituciones de salud no cubierto por los aseguradores, equivalentes en promedio al 80% de la consulta de los hospitales nivel II en el Departamento, reduciendo los recursos para suplir gastos de funcionamiento de los Hospitales<sup>1</sup>

Otros de los problemas estructurales de las Empresas sociales del Estado en Colombia, están relacionados principalmente con:

- Son un soporte clave de todo el sistema de salud pero no son suficientemente estructuradas ni autónomas para cumplir con el papel que se les asignó. Igualmente, poseen inconvenientes marcados en cuanto a la afectación que genera la ineficiencia de las ARS (hoy ESP-S) y Secretarías de Salud.
- El modelo administrativo de las ESE planteado por el gobierno no contribuye a que las IPS soporten las deficiencias del sistema viéndose en grave peligro de desaparecer si no se regula adecuadamente la creación de nuevos centros asistenciales ni se optimizan los recursos de la red pública.
- El Régimen Subsidiado de Salud se ve afectado por conceptos relacionados al manejo que le dan las Secretarías de Salud al SISBEN, a la falta de control y

<sup>1</sup> Cad. Salud Pública, Río de Janeiro, 18(6):1771-1781, nov-diez, 2002

monitoreo a las ARS (hoy EPS-S) con las que se contrata la atención a los afiliados y a las deficiencias de la ESE.<sup>2</sup>

- El déficit en el sector de la salud en el Departamento se está convirtiendo en un mal endémico. Infortunadamente no se le ha prestado la debida atención y no existen estudios actualizados que de una manera rigurosa señalen causas, efectos y posibles medidas correctivas para el corto, el mediano y el largo plazo.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Propuesta para organizar el sector salud en Colombia: régimen subsidiado

**M.T. Montes & A. Espinosa**

*Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia*

<sup>3</sup> Estudio Contraloría Departamental del Valle

## 2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar si la administración del Hospital Mario Correa Rengifo 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 en la prestación de los servicios, a través de las áreas de Servicios Ambulatorios, Cirugía, Urgencias, Hospitalización y Ayudas Diagnosticas.

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

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

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por siete (7) profesionales en las áreas de contaduría, administración de empresas, ingeniería industrial, arquitectura y derecho, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la comunidad. De igual manera se atendieron las quejas presentadas por la Liga de Usuarios, las cuales se confrontaron, se discutieron en mesa de trabajo y se concluyó al respecto.

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



Adicionalmente, para facilitar una relación constructiva con el Ente auditado se buscó la autoevaluación, a través de aplicación de encuesta que consistió en treinta y un (31) preguntas distribuidas en cuatro (4) ejes temáticos, aplicadas a cuarenta y ocho (48) funcionarios, respondiendo a las disposiciones del Ministerio de la Protección Social, para evaluar el funcionamiento de los entes hospitalarios.

## 2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El Dictamen Integral Consolidado derivado de los resultados de la presente auditoria, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2008.

## 2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Se evaluó el Plan de Mejoramiento a través del Proceso auditor, con resultados de Confiabilidad de 69% y un Valor Agregado 68%, lo cual demuestra que no existe una variación representativa con respecto a la última evaluación realizada en el mes de junio de 2008, fecha en la cual la Confiabilidad ascendía a 68% y el valor agregado a 67%.

Los hallazgos más representativos del Plan de Mejoramiento de los cuales no se ha ejecutado la acción correctiva tienen que ver con la plataforma tecnológica así como la integralidad de los sistemas de información, la aplicación de costos en cada uno de los servicios para obtener su rentabilidad, y el manejo del área contable del Hospital la cual en el 2007 había subsanado algunas de las observaciones presentadas, pero en el 2008 se volvieron a presentar.

## 2.3 QUEJAS

Se abordó la queja **CACCI 59463-QC-137-2008** remitida por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana e incluida en el Memorando de Planeación de la auditoria, relacionada con presuntos sobrecostos en la entrega de medicamentos por concepto de tutelas, la cual se aborda en la Línea de Legalidad del presente Informe.

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Los resultados de la auditoria se ordenan en los siguientes puntos:

#### 3.1 GESTION

Se evaluaron las diferentes áreas del Hospital con el fin de determinar la forma en que elaboró su planeación y el cumplimiento de los objetivos, planes y programas propuestos para las vigencias 2007 y 2008; examinando si los recursos disponibles, involucrados en las diferentes actividades, fueron asignados, distribuidos y utilizados de manera eficiente, económica y eficaz.

##### 3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

###### Planeación

En la vigencia 2007, la planeación del Hospital se enmarcó en la ejecución de las actividades que no se desarrollaron del Plan Estratégico que culminó en el año 2006.

El primer ejercicio de desarrollo del Plan Estratégico inicia en el 2008, el cual se diseñó partiendo de la estructura de los principales problemas al interior del Hospital, en cada una de sus áreas, y determinando los objetivos a través de los cuales se logrará responder a las necesidades de bienestar de la población, a las potencialidades existentes en su territorio y a los desafíos del modelo actual de salud. En su diseño, se contó con la participación de los funcionarios directivos, a través de debates y análisis de información con un método de trabajo ordenado, en un periodo de tiempo de cuatro meses aproximadamente.

El Plan de Desarrollo no fue difundido a la comunidad de una manera clara, con una estrategia comunicativa y un plan de trabajo con recursos humanos y logísticos suficientes y un sistema de seguimiento y monitoreo a las actividades de difusión.

Al comparar los avances logrados por el hospital en cuanto a mejorar y potencializar su direccionamiento de una vigencia a otra, encontramos que se identifican las mismas áreas de problemas y las actividades hasta ahora realizadas no han sido eficientes y eficaces debido a que no han impactado los problemas planteados, lo que se fundamenta en los siguientes aspectos:

En el análisis de problemas detectados en la construcción del plan de desarrollo que inició su ejecución en el 2005 y que continuó hasta el 2007, se encontró que el desarrollo gerencial el Hospital presentaba debilidades en la promoción de los

servicios ofrecidos, dificultades en la contratación con aseguradores de salud, pobre motivación del personal, débil conocimiento, actitud y capacidad del talento humano para cumplir los requisitos de la organización, baja productividad en los servicios, entre otras.

Al término de esa vigencia, algunas de las actividades del plan de acción tendientes a cumplir con los objetivos para subsanar los problemas encontrados, no se habían ejecutado o se encontraban ejecutadas parcialmente; tales como que no se logró la meta de sensibilizar a todo el personal con la cultura de costos; el plan de mercadeo institucional avanzó en 75% con respecto a la definición de anuncios, publicidad, promoción y estrategias para la demanda inducida; la actividad de evaluar el clima organizacional e implementar planes de mejoramiento alcanzó un porcentaje de avance del 75%.

De igual forma no se logró elaborar y aplicar el proceso de contratación conforme a los requerimientos legales y de certificación; y el avance del Proceso de atención alcanzó un 95%: se presentan porcentajes de avance bajos en cuanto a: cuantificar los tiempos de espera, 60% y verificar la puntualidad en el inicio de actividades con 70%.

Para las vigencias 2008-2011 no se construyó el Plan Plurianual de Inversiones y su correspondiente Plan Operativo Anual de Inversiones, de acuerdo al Plan de Desarrollo, por lo tanto no existe coherencia entre las actividades a desarrollar de acuerdo al Plan Operativo y la ejecución del Presupuesto del Hospital.

En el 2008 el Plan de Desarrollo inició su ejecución a partir del mes de septiembre, lo que quiere decir que el Hospital no sustentó sus operaciones sobre un plan programado durante los primeros 9 meses del año; debido a que en esos meses se trabajó sobre actividades pendientes del Plan de Desarrollo anterior.

El análisis de los problemas desde donde partió la construcción del Plan Estratégico del 2008, en cuanto al Direccionamiento, el Hospital presenta debilidades en el Mercadeo y la Negociación, en que no existe claridad del concepto de mercadeo ni en su estructura de operación, las labores de mercadeo se realizan de manera informal, los acercamientos con los clientes no son constantes ni efectivos, así como se presenta una débil negociación de la contratación, sin criterios claros y con insuficientes iniciativas o propuestas de negociación. En relación con el talento humano, existe una insuficiente infraestructura para el desarrollo integral mismo.

Al término de la vigencia, algunas de las actividades tendientes a subsanar las debilidades encontradas, que debieron ser ejecutadas y aplicadas no se han

desarrollado. Estas son: no se encuentra estructurado el concepto y las funciones del área de mercadeo y la presentación del portafolio de servicios alcanzó un 50%.

De igual manera, no se han revaluado los convenios docente asistenciales y no se han definido las directrices y políticas institucionales de regulación de los convenios docente asistenciales y su seguimiento; no se ha avanzado en la implementación del sistema de información de costos y estudios del plan de mercado, a fin de establecer criterios de negociación de la oferta de servicios basados en los costos y precios del mercado; no se cuenta con una herramienta sistematizada que permita medir la eficacia del clima organizacional, con base en una herramienta que permitiera identificar las necesidades del cliente interno de la institución.

De otro lado, a pesar de que el hospital cuenta con soportes de reuniones realizadas a través del Comité Técnico, se encontraron debilidades en cuanto al mantenimiento de un Direccionamiento Estratégico claro que ejerciera liderazgo en todos los niveles y propendiera por el trabajo en equipo, articulando las diferentes actividades y promoviendo el proceso permanente de mejoramiento continuo.

Cada uno de los procesos tanto del área administrativa como asistencial cuenta con los indicadores correspondientes de acuerdo a lo normado por el Ministerio de Protección Social. En el área asistencial son evaluados por el responsable de cada uno de los Servicios que se prestan.

De igual forma los planes de acción cuentan con indicadores que expresan el cumplimiento de las metas, sin embargo, no se cuenta con otros indicadores institucionales de eficiencia, eficacia y efectividad, diseñados de acuerdo a las necesidades de evaluación que se requiera, en cada uno de los procesos.

Lo anterior asociado a la evaluación financiera, explica en gran medida, el hecho de que el Hospital presente las debilidades ya mencionadas, aunado al bajo rendimiento de la aplicación de las funciones y responsabilidades propias tanto de la Oficina de Control Interno, como de la Oficina de Planeación. La primera con relación a sus actividades propias de asesoría, y la segunda con respecto a que la planeación no ha sido asumida como una responsabilidad corporativa, en su ejecución y principalmente en su evaluación, debido a que ésta se ha enfocado a mostrar los datos de cumplimiento pero no se ha profundizado sobre las causas que han incidido para que las metas no se cumplan o se cumplan parcialmente, lo cual no ha hecho posible el redireccionamiento de estrategias y recursos cuando se encuentren desviaciones frente a las metas inicialmente planteadas

### Actuación de la Junta Directiva

La Junta Directiva no dio cumplimiento de las funciones que por normatividad le competen, infringiendo normas nacionales e internas de obligatorio cumplimiento, expedidas para reglamentar el normal funcionamiento de las ESE, (Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007; Decretos Ley 344 de 2003, 1876 de 1994, 536 de 2004, 1892 de 1994 y el Acuerdo 011 de junio 6 de 1997) actuando con negligencia y omisión; situación que no les ha permitido avanzar en el conocimiento del Hospital a partir de su planeación, logros, limitantes, posibilidades de desarrollo y supervivencia a fin de tomar decisiones de manera acertada coadyuvando en la consecución de los objetivos propuestos en sus planes de desarrollo.

Las principales actividades que no se evidenciaron están relacionadas con:

- Discusión y aprobación tanto del Plan de Desarrollo así como los Planes Operativos Anuales
- Aprobación y discusión de los Manuales de Procesos y Procedimientos
- Análisis de los Informes Financieros y los informes de ejecución Presupuestal presentados por el Gerente con emisión del concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
- Supervisión del cumplimiento de los planes y programas definidos para el Hospital
- Diseño de la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los Contratos de Integración Docente asistencial por el Gerente del Hospital
- Cierre del área de Urgencias los fines de semana, como tema importante que impacta la salud de la comunidad que se atiende, por ser zona de alto riesgo
- Revisión, modificación y/o actualización de los Estatutos del Hospital
- Modificación del Régimen Administración de Personal
- Convocatoria para la elección del Gerente del Hospital durante dos periodos consecutivos.

### Análisis de la Estructura Organizacional:

Se aprobó una nueva Organización interna, mediante el Acuerdo No.007<sup>a</sup> del 15 de Julio de 2008 y firmada el 17 de septiembre de 2008, la cual no guarda coherencia con su planta de personal y el Manual Especifico de Funciones.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la Estructura Organizacional está compuesta por la estructura u organización interna de la Institución, por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el modelo de operación por procesos y que permiten cumplir los objetivos institucionales. La parte que la dinamiza es el recurso humano, por lo tanto, el diseño de los perfiles de los cargos o empleos debe estar acorde con dicho Modelo.

Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos de Ley y los consagrados en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales del Hospital, tanto del personal de planta como del personal contratado por Cooperativas, se determinó que existe personal que desempeña cargos que no cumplen con los requisitos de estudio y experiencia allí descritos, situación que además de incumplir la norma afecta el normal desarrollo de las funciones de cada cargo.

El Hospital no cuenta con una política clara para el desarrollo del Talento Humano, que involucre el entrenamiento y capacitación (inducción y reinducción) al personal tanto administrativo como asistencial, así como un plan de incentivos, situación que afecta el cumplimiento de las funciones asignadas a cada uno de los cargos, y no propende por el mejoramiento del Clima Organizacional.

Lo anterior se fundamenta, además, en que a través del Plan de Acción, se pretendía disponer de una estrategia para el fortalecimiento del clima organizacional de la ESE. A diciembre de 2008, se evidenció que las actividades tendientes a obtener el resultado y que estaban programadas para esa fecha, no alcanzan el 10% de ejecución, tales como: aplicar una herramienta que permita identificar las necesidades (recreación, arte, deporte, salud, familia, vivienda, educación) del cliente interno del Hospital, elaborar un Proyecto de bienestar social acorde con las necesidades identificadas e implementar la herramienta de evaluación y seguimiento que permita identificar la eficacia del proyecto.

Así mismo, no se identificó la percepción de los funcionarios sobre el clima organizacional de la entidad, no se complementó con los responsables del programa de bienestar, incentivos y salud ocupacional, las alternativas de de mejoramiento del clima organizacional, de acuerdo a los resultados de percepción

obtenidos. Esta actividad está directamente relacionada con la oferta de bienestar social, actividad que tampoco fue desarrollada a la fecha.

Por último, es importante resaltar que el Hospital no cuenta con un estudio técnico que le permita identificar de manera clara y real el costo beneficio de la contratación con las Cooperativas, que tenga en cuenta los requisitos y perfiles de los cargos, la ubicación, reubicación y promoción del personal; de acuerdo a la rentabilidad económica de cada uno de los servicios que presta.

Lo anterior fundamentando en que para el 2008 el porcentaje de los gastos de personal representaban el 40,5% de los gastos de funcionamiento del Hospital, y el porcentaje que ocupa el factor prestacional del personal asistencial de planta ascendía al 90.49% en el 2007 y 91.51% en el 2008, con una diferencia mínima comparada con el factor prestacional del personal asistencial contratista que contaba con un promedio de 81%.

#### Análisis de los Sistemas de Información:

El hospital no cuenta con un Sistema Integrado de información que le permita agilizar los procesos propios de cada una de las áreas, con controles que mejoren la calidad de la información.

Se cuenta con aplicativos aislados, a los cuales no se les realiza un seguimiento permanente, a fin de mejorarlos continuamente de acuerdo a las necesidades de cada uno de los usuarios.

Las principales causas del problema del software con que cuenta el Hospital, tiene que ver con:

- No se realiza un mantenimiento preventivo
- Los procesos de inducción y reinducción son débiles, lo que origina subutilización de los aplicativos por desconocimiento
- No existen mecanismos de identificación de fallas
- Fallas en el soporte técnico por los proveedores en el software adquirido
- Las necesidades de los usuarios no se ajustan a los aplicativos existentes
- No se involucra al área de sistemas en la toma de decisiones con respecto a la adquisición de nuevos software.

### Evaluación del Sistema de Control Interno

Desde el año 2007 el Hospital se encuentra Certificado con la Norma ISO9001:2000.

A fin de obtener la Acreditación en Salud, el Hospital se encuentra, desde el 2008, en el ciclo de preparación para la Acreditación, que inició cuando se tomó la decisión de aplicar el proceso formal, para lo cual el Ministerio de Protección Social efectuará el proceso de asistencia técnica.

En desarrollo del proceso auditor no se evidenció una cultura clara del autocontrol y se encontraron deficiencias en el mantenimiento del Sistema de Calidad, debido principalmente a la falta de trabajo en equipo, como factor determinante de la Cultura de Calidad, por cuanto su construcción necesita del compromiso y el ejemplo claro de la alta dirección que garantice el éxito de su implementación y el cumplimiento de objetivos y metas previamente definidos. Lo que implica que una política de la alta dirección sea controlar y monitorear la calidad de la gestión en salud para el usuario.

De igual manera los procesos y procedimientos se encuentran desactualizados. En el área asistencial, los procedimientos no han sido objeto de revisión y actualización y en el área operativa, además de no haber sido objeto de revisión, otros no se han desarrollado tales como: contratación de oferta, contratación de servicios de salud, así como los procedimientos del área financiera. Presentándose además, que algunos de los funcionarios no estén apropiados de los procedimientos que aplican en cada uno de sus procesos, situación que afecta el normal desarrollo de los mismos y la gestión del Hospital.

La oficina de Control Interno continua presentando deficiencias en su estructura administrativa, pues en el 2008, contaba con dos (2) funcionarios contratados, (1) profesional universitario y una (1) secretaria, incumpliendo con lo preceptuado en la Ley 87 de 1993, en cuanto al equipo multidisciplinario con el cual deben contar estas Oficinas. De igual manera, la operatividad del Sistema de Calidad se encuentra bajo la responsabilidad de dos (2) funcionarias, adscritas en la nueva estructura a la Unidad de Planeación, situación que afecta también el mantenimiento del Sistema.

Lo anterior sumado al grado de avance logrado en la implementación e interiorización del Modelo Estándar de Control Interno que no es coherente con la implementación de la Norma NTCGP1000, que para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se entiende, según la Resolución 2181 de 2008 que

cumplen con ella cuando implementen y desarrollen el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Las evaluaciones realizadas a la planeación de la entidad, por parte de la Oficina de Control Interno, no fueron evidenciadas, así como las evaluaciones a la definición de los niveles de autoridad y responsabilidad y que todas las acciones desarrolladas por la entidad se enmarcaran dentro de este contexto; evaluación de los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por el Hospital, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional.

De igual manera, no se evidenció la asesoría y acompañamiento a las dependencias del Hospital, principalmente en las áreas que prestan el servicio a los usuarios; con respecto a la definición y establecimiento de mecanismos de control en los procesos y procedimientos, para garantizar la adecuada protección de los recursos, la eficacia y eficiencia en las actividades, la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales.

Se realizó la evaluación de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno, con énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman, y de acuerdo a los procedimientos requeridos por el DAFP, que para la vigencia 2007 arrojó un puntaje de 2151.8 con resultado satisfactorio, y para el 2008, los puntajes fueron los siguientes:

SUBSISTEMA	2008	CUMPLIMIENTO
CONTROL ESTRATEGICO	94.18	
CONTROL DE GESTION	91.16	
CONTROL DE EVALUACION	98.11	

De acuerdo a este resultado, el Hospital ha dado cumplimiento a los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno, pero a través de la evaluación realizada se encontró que algunos de los productos asociados a cada uno de los componentes no se han desarrollado y otros se encuentran en proceso, lo que quiere decir que su implementación no ha terminado, afectando la coherencia con las Normas de Calidad en especial con la NTCGP1000 y su coherencia con la Acreditación que aspira obtener el Hospital:

## Vigencias 2007 y 2008

### Subsistema de Control Estratégico

#### Componente de Ambiente de Control

- Se evidenció que la Entidad no cuenta con un plan de incentivos documentado, no se cuenta con un plan de inducción y reinducción, productos que hacen parte para la conformación del elemento Desarrollo del Talento Humano.
- El acto Administrativo de la Conformación del Equipo MECI, no fue evidenciado, producto que se requiere para la conformación del elemento Estilo de Dirección.

#### Componente de la Administración del Riesgo

Se identificaron los Riesgos por Procesos, que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad y se cuenta con un Plan de Acción al respecto, pero frente a su análisis, no se evidenció:

- La probabilidad de ocurrencia, análisis de impacto y evaluación de los riesgos frente al proceso, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Análisis del Riesgo.
- Controles para prevenir la ocurrencia de los riesgos, como tampoco la evaluación de los controles para los riesgos, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Valoración del Riesgo.
- En cuanto a las Políticas de Administración de Riesgos, éstas no pueden ser tomadas como el Plan de Acción con que se cuenta, debido a que en éste no se fijan los lineamientos sobre la calificación de los riesgos, como tampoco la forma de administrarlos y la protección de los recursos.

### Subsistema de Control de Gestión

#### Componente Actividades de Control

- Se evidenció que los procesos no tienen construida la política de operación salvo los procesos de Contratación de Demanda y Hospitalización y Cirugía, motivo por el cual tampoco existe la divulgación de las mismas, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Políticas de Operación.

#### Componente de Información

- La Entidad no le dio cumplimiento a la Ley 594 de 2000 en la implementación y funcionamiento de las tablas de retención documental, productos que se requieren para la conformación del elemento de Información Secundaria.

De igual manera, no se evidenció la implementación y funcionamiento de la ventanilla única para la información interna, la Entidad a la fecha no tiene en funcionamiento las tablas de retención documental.

- No se cuenta con un manejo organizado y/o sistematizado de los recursos físicos, humanos financieros y tecnológicos.

#### Componente de Comunicación Pública

- No se evidencia en proceso de comunicación pública la existencia de las políticas de comunicación institucional definida, entre los responsables de los procesos, los ciudadanos y grupos interesados, productos que hacen parte para la conformación de los elementos de Comunicación Organizacional y Comunicación Informativa.

#### Subsistema de Control de Evaluación

##### Componente de Autoevaluación

- No se evidencian las herramientas ni las actividades de sensibilización dirigidas a los funcionarios para el manejo de la autoevaluación del control, y la autoevaluación de la gestión productos que se requieren para la conformación de los elementos de Autoevaluación del Control y Autoevaluación de la Gestión.

##### Componente Planes de Mejoramiento.

- En la vigencia 2007 se presentó un plan de mejoramiento resultado de la auditoría interna de calidad y su correspondiente seguimiento. No se evidenció Plan de Mejoramiento a la auditoría de gestión porque ésta no fue realizada.

### 3.1.2 SALUD PÚBLICA

#### Promoción y Prevención

Las actividades de Promoción y Prevención están adscritas al Área de Ambulatorios, las cuales se realizan con personal contratado, con una (1) auxiliar de enfermería y dos (2) psicólogas, situación que no esta de acuerdo a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública, que refiere que si la institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud, ó Si la institución ofrece solamente la implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia. Para la realización de las anteriores actividades se deberá contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines.

De igual manera, el hospital no conoce claramente la población a atender y el comportamiento de las enfermedades de dicha población. Además, no cuenta una Política clara con base en estrategias definidas y un plan de acción para la realización de las diferentes actividades de la promoción de la salud y la calidad de vida, donde se identifiquen:

- Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en la población a su cargo;
- Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud;
- Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable;
- Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar;
- Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud;
- Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.
- Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;



- Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.
- Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias
- Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios

## Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

### Diseño y Formulación del PGIRH

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo nivel 2, no ha adoptado el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios –PGIRH, pese a que tiene conformado un Comité Administrativo de Gestión de Residuos Hospitalarios el cual no cumple con sus funciones establecidas en el art. 7 de la Res. 1297 de 2006 implementada por el hospital.

Así mismo, pese a que existe un comité administrativo de gestión de residuos hospitalarios el cual opera de forma irregular, no hay un plan de acción ni recursos destinados para el accionar de dicho comité.

### Implementación del PGIRH

En el Plan de Acción y Ejecución Presupuestal de Gastos de la institución no se enmarcan actividades de ingerencia ambiental, los gastos ejecutados afectan el rubro mantenimiento hospitalario.

Referente a la implementación de lo prescrito en el PGIRH se evidenció que en algunas de las áreas se utilizan recipientes que no se encuentran en buen estado, la separación en la fuente es regular y no se marcan las bolsas por área generadora, lo que dificulta la caracterización de dichos residuos, el formato RH1 se diligencia de manera conforme.

La ruta hospitalaria es acorde a las áreas de la institución y los cuartos de almacenamiento están conforme a lo establecido en la Res. 1164 de 2002.

En lo referente a la contratación con la empresa encargada del transporte de los residuos peligrosos, no se es claro el porque a la fecha este hospital sigue contratando con Emsirva, quien a su vez subcontrata con la empresa Emas por cuanto la primera no tiene permiso de la autoridad para el manejo de este tipo de residuos

Adicional a esto, no se evidencia registro de visitas frecuentes al sitio de disposición final de estos residuos (Emsirva o Emas) por parte del personal del hospital encargado de dicho seguimiento, como tampoco a la empresa que recoge los residuos de amalgamas, líquido revelador, líquido fijador y placas de radiografía.

Igualmente no se observó el permiso de vertimientos por parte del Hospital Mario Correa Rengifo, ni el permiso ambiental de la empresa Emas para la incineración de los residuos hospitalarios, incumpléndose con la Res. 1164 de 2002.

Esta institución no se ha inscrito como generador de residuos peligroso ante la autoridad ambiental, incumpliendo con el decreto 4741 del 2005, como tampoco ha presentado la declaratoria ambiental ante el DAGMA.



Recipientes en las diferentes áreas que no se encuentran con sus respectivas tapas



Recipiente donde se dispone las amalgamas y sitio donde se evidencia la clasificación de los residuos

## Componente Social

Pese a que no se evidenció la participación del personal de la entidad en la construcción del PGIRH, esta institución ha realizado capacitaciones internas sobre el manejo de los residuos hospitalarios (socialización del PGIRH), quedando por fuera el componente externo, es decir la población que llega para atención médica hospitalaria.

No se tiene un plan de capacitaciones para darle continuidad a la implementación de dicho plan, ni recursos destinados para el mismo.

### Impacto

La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRH fue regular, por cuanto no se ha implementado en su totalidad dicho plan, adicional a esto, se evidencia mínimo acompañamiento por parte de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud, teniendo en cuenta que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades como Hepatitis, Rubéola, Panadís, tuberculosis, CMV, Sida, Mutaciones, Trastornos, Cáncer, Lesiones, Infertilidad, Leucemia e Irritación de Mucosas; y la incorrecta separación en la fuente, vertimientos de líquidos, emisión de gases, transporte y disposición final de los residuos generados en los hospitales, generan impacto negativo en el medio ambiente y el ser humano.

## 3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

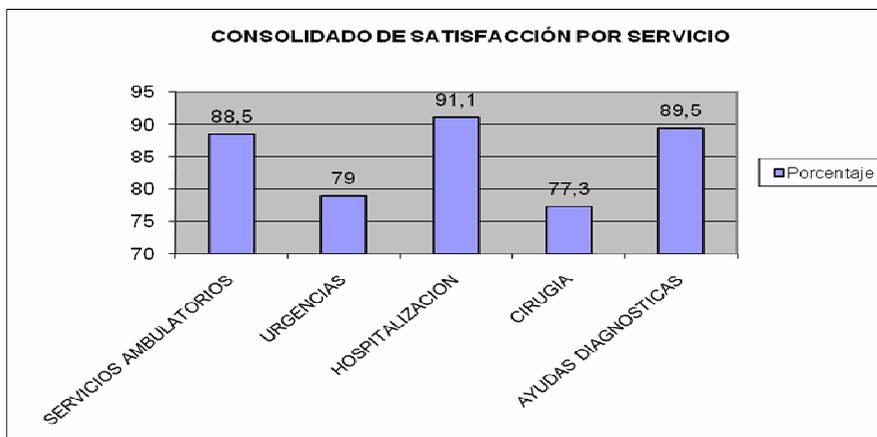
### Encuestas de Satisfacción

Con respecto a las encuestas de satisfacción de servicios al usuario, en cumplimiento de la normatividad vigente y a fin de mejorar la prestación del servicio, se aplicaron encuestas para las vigencias 2007 y 2008, de las cuales el Hospital esperaba una satisfacción del 95%.

En la vigencia 2007 se analizaron las variables de Oportunidad, Comodidad, Comunicación, Eficacia, Aseo, Alimentación, Privacidad y confiabilidad, para cada uno de los servicios, con un resultado consolidado que ascendió a 92.96%, donde las variables más afectadas fueron la de Oportunidad y Comunicación. En cuanto a los Servicios: Ambulatorios se presentó como el más afectado seguido de urgencias, Ayudas Diagnósticas, Cirugía y Hospitalización.

Las encuestas aplicadas no estaban diseñadas de una manera objetiva, que permitieran medir los servicios de acuerdo a la realidad, por lo tanto el hospital tomó la decisión de cambiarlas a fin de acercarse más al usuario y propender por mejorar la calidad en la prestación de los servicios.

Para la vigencia 2008 se analizaron las variables de Oportunidad, Comodidad, Comunicación, Eficacia, Aseo, Alimentación, Privacidad, confiabilidad, Acompañante, Seguridad y Conocimiento de la Oficina de Atención al Usuario.



Se alcanzó un porcentaje de satisfacción general de 85%, que presenta el Servicio de Cirugía como el más afectado, seguido de Urgencias, Ambulatorios, Ayudas Diagnósticas y Hospitalización. Se evidencia que el cambio de la encuesta ha permitido acercarse a las verdaderas causas de la inconformidad en el servicio y tomar medidas tendientes a subsanarlas.

Para el mes de diciembre de 2008 se presentaron los siguientes resultados:

VARIABLES	SERVICIOS AMBULATORIOS	HOSPITALIZACION	CIRUGIA	AYUDAS DIAGNOSTICA	URGENCIAS	PROMEDIO MES
COMUNICACIÓN	82.40	69.50	100.00	79.20	65.70	79.36
COMODIDAD	95.40	100.00	100.00	76.00	97.80	93.84
ATENCION	98.60				96.70	39.06
ASEO	100.00	100.00			95.70	59.14
ALIMENTACION		96.60			87.50	36.82
PRIVACIDAD-	93.00					18.60

VARIABLES	SERVICIOS AMBULATORIOS	HOSPITALIZACION	CIRUGIA	AYUDAS DIAGNOSTICA	URGENCIAS	PROMEDIO MES
CONFIABILIDAD			96.10			19.22
ACOMPAÑANTE		86.90	100.00		88.00	73.70
SEGURIDAD				93.6		5.36
CONOC OFIC ATE AL U				26.8		0.00
TOTAL CONSOLIDADO	93.88	90.60	99.03	82.93	88.57	91

Se alcanzó un consolidado de 91% para el mes de diciembre, teniendo como resultado que en todos los servicios la variable más afectada fue la de Comunicación:

En Ambulatorios, el 19,3% de las personas encuestadas opinan que el medico no les ofreció recomendaciones después de la consulta; el 29,6% opinan que las auxiliares no les explicaron las formulas y el 17,4% opinan que la atención es demorada.

En Hospitalización, el 22% de las personas encuestadas no recibió explicaciones claras sobre su salud y el 32,5 no recibió recomendaciones para realizar su tratamiento y el 32% opina que la formula no fue clara y/o no se la explicaron.

En Ayudas Diagnosticas, el 56% de los encuestados informa que no recibió previas instrucciones para la toma del examen.

En Urgencias el 34,8% opina que la atención es demorada, el 19,6% opina que no recibe explicación clara y detallada sobre su estado de salud por parte del medico y el 45% dice no haber recibido recomendaciones para la casa; y el 37% opina que la letra de las formulas no es clara como tampoco recibieron explicación de la misma.

En Cirugía, el 21,4% de los usuarios opina que la espera en la sala de admisión es demorada.

Es importante resaltar que aunque se ha mejorado la prestación de los servicios de acuerdo a los resultados presentados, se continúan presentando deficiencias de un año a otro en la Atención a los Usuarios así como en la Oportunidad de las citas, ya que a la mayoría de ellos les gustaría solicitar su cita telefónicamente para agilizar el proceso y no tener que hacer largas filas en las instalaciones del

Hospital, así mismo, la Oportunidad en horas de las citas se encuentra en 1,1 hora desde la hora que le dan la cita al paciente hasta el momento en que es atendido, cuando el estándar es de 20 minutos; la Oportunidad en días se encuentra en 25 días, desde el momento en que el usuario pide la cita hasta el día en que se la otorgan, y el estándar es de 15 días.

De igual manera es importante dar a conocer de una manera más eficiente la Oficina de Atención al usuario, los deberes y derechos tanto del paciente como del acompañante y propender por aplicar la encuesta objetivamente para lograr resultados reales y tomar correctivos a través de planes de mejoramiento para cada uno de los procesos.

Quejas y Reclamos:

En la vigencia 2007, de un total de 47.431 usuarios atendidos, 223 presentaron quejas con respecto a la atención. En el 2008 de un total de 45.391 usuarios atendidos, 196 presentaron quejas con respecto al servicio.

El porcentaje de usuarios que presentaron quejas en las dos vigencias, representan un porcentaje bajo del total de usuarios atendidos, debido principalmente a que no se conoce por parte de ellos la Oficina de Atención al Usuario, así como los medios para interponer quejas y/o reclamos.

En relación con el porcentaje de usuarios atendidos que registraron queja y/o reclamo y respecto al análisis de las causas, ocupa el primer lugar la demora en la atención, en segundo lugar la inadecuada atención, seguida de inadecuada información y por ultimo inconformidad con el servicio, en la cual se encuentra incluida para el 2007 la Infraestructura, así:

CAUSAS	2008	2007	Variación
Demora en la Atención	34,12	33	3%
Inadecuada Atención	33,18	41,5	-25%
Inadecuada Información	16,71	8	52%
Inconformidad con el servicio	7,45	14	-88%
Deficiencia en Infraestructura	0,25		

De una vigencia a otra se presentan variaciones significativas con respecto a la Inadecuada Atención, que mejoró en 25%, sin embargo, la Inadecuada Información tuvo un aumento de 52% de usuarios insatisfechos con respecto al

total de los usuarios atendidos. Lo anterior está directamente relacionado con los resultados de las Encuestas de Satisfacción.

### Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008

Con respecto a la agilización de los tramites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales y municipales certificadas en salud, y de acuerdo a la Resolución 5334 de 2008, el Hospital ha dispuesto de un Profesional como Coordinador de Autorizaciones, quien con la colaboración de un ingeniero del área de sistemas del Hospital diseñaron una base de datos en Excel, que ha permitido agilizar el proceso de autorizaciones de los eventos NO POS que no estuvieran incluidos en el Contrato con la Secretaria de Salud.

Lo anterior permite además del cumplimiento de la norma, agilidad y comodidad para los usuarios, sin embargo, este proceso se esta realizando inicialmente con la Secretaria de Salud y Emssanar y Calisalud están pendientes las demás entidades.

### Infraestructura

#### Formulación

El HMCR ejecuta inversión en mantenimiento a la infraestructura destinando un rubro dentro del presupuesto, para las vigencias 2007 y 2008 destinó 3,79% y 3,41% de su presupuesto definitivo respectivamente.

El Hospital cuenta con un listado de precios que no corresponden con el registro oficial de precios de la Gobernación del Valle o similares, (principalmente para la vigencia 2008) además, no hay presencia de análisis de precios unitarios que sustenten su validez, en virtud del principio de planeación.

Referente al cumplimiento de la Ley 400/97, a la fecha se cuenta con estudio de vulnerabilidad sísmica realizado en la vigencia 2004 por la firma PCC INGENIERIA, el cual consolida información (levantamientos estructurales, muestreo y evaluación de estudios geológicos, geofísicos y geotécnicos y ensayos de los materiales componentes para conocer sus características mecánicas), evaluó la capacidad de la estructura para soportar las combinaciones de las

solicitaciones de la carga de la norma NSR-98, concluyendo las condiciones críticas de las estructuras en cuanto a rigidez, resistencia y ductilidad.

A la fecha el estudio entregó una propuesta de refuerzo de las edificaciones que debe cumplir con los criterios de resistencia, rigidez y ductilidad exigidos en las NSR-98, Incluyendo presupuesto aproximado de refuerzo sísmico y recomendación para el refuerzo de la edificación en etapas.

Posteriormente el Hospital, en el 2008 acuerda los servicios de consultoría del Ingeniero Orlando Corredor Ardila mediante el contrato N° 071-2008 para la elaboración del presupuesto y la propuesta técnica para el mejoramiento de los distintos espacios del Hospital, referente al reforzamiento estructural. Como resultado de la ejecución de este contrato, se actualizaron los precios del presupuesto elaborado en los estudios iniciales, de igual forma se realizan propuestas de diseño para dar soluciones de los espacios que actualmente presentan deficiencias en la infraestructura del hospital.

El hospital deberá adelantar la modificación de los planos arquitectónicos para incluir las reformas aprobadas por el Ministerio de la Protección Social y justificación de las mismas.

El Ministerio de la Protección Social ha girado al HMCR el monto correspondiente para las obras de reforzamiento estructural, evidenciado a través de la resolución N° 603050 de 14 de agosto de 2008 y está consignado en las cuentas de Infivalle N° 100-119-2411 por un valor de \$ 5.110.368.923 m/cte. y Banco de Bogotá N° 484-90912-2 por un valor de \$1.523.406.256 m/cte. para un total de \$6.633.775.179 m/cte.

No se evidencian datos estadísticos o plan de mantenimiento a la infraestructura física del hospital por consiguiente no hay una estrategia de planeación de los procesos de mantenimiento y mejoramiento de las instalaciones del HMCR; Lo cual apunta a que la necesidad de realizar obras de adecuación y mantenimiento al hospital surgen de manera imprevista.

Con relación a las estrategias realizadas para la investigación de incidentes y accidentes y prevención de su recurrencia, se ha realizado un formato denominado "Ficha técnica de investigación y análisis de accidentes de trabajo" en el cual se consolidan las experiencias de accidentes ocurridos al interior del HMCR, de esta manera la Oficina de Talento Humano puede obtener estadísticas de los casos más frecuentes y así apoyarse para mejorar. Esta información no es

tenida en cuenta para la elaboración de la etapa previa a los contratos, es decir no se tiene en cuenta la opinión de la comunidad en estas primarias instancias.

Las falencias en la planeación radican en que no se realizan planos detallados o esquemas de ubicación sobre el área a intervenir, ni estudio de especificaciones técnicas, registros de actividades y/o cantidades de obra, presupuesto de obra oficial necesario para el CDP.

Generalmente las inquietudes respecto a inconsistencias surgen a través del jefe de área donde se encuentre la anomalía o por resultado de la auditoria interna.

En el plan estratégico del 2008-2011 del gerente actual no se evidencia plan de inversión sobre la infraestructura del Hospital Mario Correa Rengifo.

#### Ejecución

Con base en el formato F7 se concluyó que en el Hospital para las vigencias 2007 y 2008 solo se registraron 4 contratos, 3 de obra pública y 1 de consultoría y 92 órdenes de servicio.

Vigencia	Contratos Obra Publica y ordenes de servicio mantenimiento		Selectivo para Auditoria		% de la muestra
	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor	
2007	1 contratos	\$ 19.911.040	1 contratos	\$ 19.911.040	11%
	34 o.s	\$ 119.348.916	---	---	---
2008	3 contratos	\$ 107.781.303	3 contratos	\$ 107.781.303	40%
	58 o.s	\$ 49.299.921	---	---	---
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>\$ 296.341.180</b>	<b>15</b>	<b>\$ 127.692.343</b>	<b>51%</b>

En lo referente a la interventoría a la ejecución de las obras se puede evidenciar fallas en sus procedimientos especialmente en la etapa previa a la elaboración de los contratos.

La entidad no adquiere la licencia de construcción expedida por las curadurías para realizar cualquier contrato de obra, incumpliendo con el Art. 9 de la Resolución 4445 de 1996.

Con relación a las actividades del objeto contractual no existe control de calidad exacto evidenciado en que no hay documentos escritos tales como fotografías del proceso constructivo, informes de obra o bitácoras que soporten la labor realizada.

Con relación a los contratos de obra no se evidenció seguimiento durante la ejecución (actas parciales de avance), el cual incide directamente sobre el recibo final de la obra, dado que no se cuenta con el balance comparativo entre lo que se realizó en la etapa de diseños previos y lo que finalmente se constituyó como obra física; evidencia de ellos es el hecho de no encontrar liquidaciones con balance de obra final.

La entidad no tiene la totalidad de documentos necesarios en las carpetas de contratos (Falta de presupuesto oficial de obra. No presenta especificaciones técnicas, ni diseños ni planos o esquemas de ubicación No presenta acta de liquidación de la obra con balance), la información esta fragmentada entre los departamentos de jurídica, gerencia y mantenimiento Falta de informes de interventoría y/o supervisión.

Los certificados de conveniencia, no cumplen con los componentes mínimos de análisis tales como el económico, legal, técnico, de riesgos entre otros incumpliendo con num.7 y 12 art.25, num. 3 art.26 ley 80 - 93.Por tal motivo resulta muy difícil poder analizar la legalidad en la etapa de formulación y diseño de los proyectos.

El contrato N° 062-2008 cuyo objeto es Adecuación Locativa en medicina Interna se suspendió motivo de la información recibida por el Ministerio de la Protección Social relativa al programa de sismo resistencia y no se han adelantado las acciones correspondientes a fin de culminar el Objeto del Contrato de acuerdo a las exigencias que realizó el Ministerio.

#### Componente Social

Para el contrato N° 071-2008 cuyo objeto es Elaboración del Presupuesto y la Propuesta Técnica para el Mejoramiento de los distintos Espacios del Hospital Referente al Reforzamiento Estructural, cabe destacar la socialización del proyecto final en el cual estuvieron presentes los representantes de la Asociación

de usuarios, el Secretario de Salud Pública Departamental y los directivos del HMCR, pero no se ha evidenciado por parte de los mismos el seguimiento en el desarrollo del proyecto, si se tiene en cuenta que su desarrollo generara beneficios en la calidad del servicio por cuanto su infraestructura será reformada.

No obstante la generalidad enmarca que no existe conocimiento por parte de la comunidad o sus representantes sobre el estado actual de los procesos contractuales.

### Impacto

Como resultado de las revisiones y visitas al HMCR sopesada con las normas vigentes de construcción se ha podido considerar los siguientes aspectos:

Existe congestión entre el área de parqueo, el andén y la calle en el acceso principal, generando incomodidad para los clientes y empleados del HMCR.

El área de urgencias presenta una inadecuada distribución espacial con presencia de hacinamiento de pacientes en áreas de circulación disminuyendo la calidad en la prestación del servicio, imagen institucional e insatisfacción del usuario.

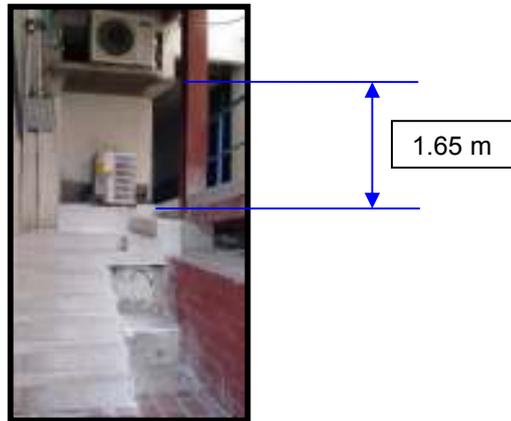
La llegada de la rampa presenta una elevación de 3 cms con relación al nivel del segundo piso causando que los usuarios tropiecen, de igual forma no continúa hacia el restaurante lo cual impide su llegada al personal discapacitado que haga uso del HMCR.



La escalera que conduce de los parqueaderos al restaurante presenta variaciones entre las dimensiones de las contrahuellas afectando la circulación de los usuarios.

Actualmente en el HMCR no se evidencia red contra incendios, elementos de vital importancia para las construcciones que albergan diariamente un gran número de usuarios.

La señalización para los discapacitados en parqueaderos y en áreas para su accesibilidad no se ha tenido en cuenta.



Se evidencia deterioro en los pisos de Hospital principalmente en el área de circulación (urgencia – mantenimiento). Los usuarios han manifestado mediante la ficha técnica de investigación y análisis de accidentes e incidentes de trabajo que el estado actual de los pisos ha provocado accidentes y hasta la fecha no se ha dado un correctivo al problema.

Tal y como se verificó en visita, las conclusiones del estudio de vulnerabilidad sísmica arrojan como resultado que la mayoría de las edificaciones del HMCR no cumplen con los requisitos mínimos de resistencia, ductilidad y flexibilidad que exige la norma sismoresistente N.S.R-98, a excepción de quirófanos, recuperación de cirugía y cocina, para lo cual el HMCR debe construir dilataciones en las edificaciones integradas, debido a que tiene una vulnerabilidad en elementos no estructurales ALTA y sugiere realizar un estudio más detallado sobre la vulnerabilidad no estructural y la vulnerabilidad funcional.

Igualmente se plantea la necesidad de aprovechar los recursos para reorientar el portafolio de servicios y se solicita en la reconstrucción el diseño de 30 camas UCI, se presenta el proyecto inicial a la Secretaria de Salud Departamental del Valle, en el mes de diciembre, para que se anexasen los nuevos servicios a la Red de Salud del Valle. De acuerdo con esta última acotación se puede analizar el hecho de que actualmente se presentan inconvenientes en los pagos de nominas para los empleados del hospital y con la implementación de la UCI se necesitaran

mas empleados y equipos nuevos tales como: computo, de rayos X y otros; Esto requerirá una mayor exigencia en la gestión de recursos por parte de la gerencia del HMCR.

Con base al estado actual de la infraestructura del hospital podemos concluir que se ha visto afectado de manera negativa el aspecto físico del hospital y nivel de calidad del servicio presentándose constantes quejas por parte de la comunidad.

De acuerdo a los censos del 1985, 1993 y el reciente de 2005 podemos evidenciar un incremento en el número de habitantes de la comuna 18 (área donde se concentra la mayor cantidad de usuarios) viendo afectada la calidad del servicio del HMCR, el cual se describe en el siguiente cuadro:

Crecimiento de la población en la comuna 18		
Censo 1985	Censo 1993	Censo 2005
48.749 personas	75.388 personas	100.276 personas

Al observar el flujo de usuarios a diario en el interior de las instalaciones del hospital se puede apreciar que el área de urgencias tiene impactos negativos en la apariencia de la zona y presenta dificultades en la correcta prestación del servicio, es tal el caso que los usuarios son atendidos en camillas en las áreas de circulación creando hacinamientos en zonas libres y/o comunes imposibilitando a los pacientes un cierto grado de intimidad o privacidad puesto que es en este lugar donde se ven toda clase de heridas, enfermedades e incluso muertes; Impresionando a los demás pacientes y que en el caso de presentarse algún fallecido en el área se debe transportar a lo largo de todo el hospital para llegar a la capilla funeraria (deposito de cadáveres) que se encuentra al otro extremo de la entidad incrementando los impactos psicológicos en los pacientes y demás usuarios del servicio.

Con relación a consulta externa producto de los recorridos realizados a las instalaciones se puede evidenciar que la capacidad del número de consultorios con base a la afluencia de usuarios es poca aunque el aspecto de la infraestructura física no es alarmante si se ve afectada la calidad del servicio.

Con respecto a los contratos N° 069-2007 cuyo objeto es Trabajos de obra civil en las áreas de Laboratorio Servicios Generales y Mantenimiento Fisioterapia, Medicina Interna, Sala de Cirugía y El Cuarto de Aire Acondicionado de Cirugía, y el Contrato No. 037-2008 cuyo objeto es Remodelación y Mejoramiento en el Servicio de Rayos X y Construcción Cielo Raso en Sala de Recuperación se

puede evidenciar un logro positivo con respecto al aspecto de los espacios y la calidad del servicio logrando al final la buena aceptación de la comunidad.

### 3.2 FINANCIAMIENTO

#### Estados Financieros 2007 y 2008

En la evaluación de los Estados Financieros se evidenciaron las siguientes debilidades que conllevaron a que algunas de las cuentas se presentaran sobre valoradas y/o subvaloradas:

- El hospital carece de un Manual de Procesos para el Área Financiera.
- Se presenta una alta probabilidad de no identificación de hechos económicos contables, dados los problemas internos en el manejo de la información.
- No se adelantó depuración total en los estados financieros de los grupos 14, 16, 19, 24, 25, 32 y 83 que corresponde a: Deudores, Propiedad Planta y Equipo, Otros Activos, Cuentas por Pagar, Obligaciones Laborales, Patrimonio Institucional y Cuentas de Orden.
- La depuración de la información para hacer reclasificaciones de activos, pasivos y patrimonio se realiza con poca periodicidad.
- No se subsanan los errores de clasificación contable, puesto que no se realiza una revisión permanente de la información registrada.
- La información financiera de la entidad presenta las cifras en forma no razonable.
- La información contable que se registra en las diferentes dependencias no esta integrada. Actualmente la información contable es incorporada de manera independiente por cada usuario, en las diferentes etapas de los procesos de las Áreas financieras.
- El software presenta inconsistencias en algunas dependencias.
- La información contable no se encuentra bien articulada con los de más módulos financieros.

- El Sistema de Control Interno Contable evaluado por la entidad, para la vigencia de 2007 y 2008, arrojó un resultado de 3 y 3.78, ubicándose en un rango satisfactorio, que difiere con la evaluación realizada por el equipo auditor, el cual dio como resultado para las dos (2) vigencias, 2.60 con una interpretación Deficiente.

#### Suficiencia Patrimonial y Financiera

##### Vigencia 2007

Que su Patrimonio Total supera en más del 50% su capital social (Según resultado de aplicar el siguiente indicador):

$$\frac{\text{Patrimonio Total}}{\text{Capital fiscal}} \times 100 = \frac{\$ 6.053.667.870.53}{\$ 3.286.503.194.28} \times 100 = 184\%$$

Que las obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días, no superan el 50% del pasivo corriente (Según el resultado de aplicar el siguiente indicador).

$$\frac{\text{Monto Obligaciones Mercantiles de más de 360 días}}{\text{Pasivo Corriente}} \times 100$$

$$\frac{\$ 2.204.457.768}{\$ 5.698.779.306} \times 100 = 38\%$$

Que las Obligaciones Laborales a largo plazo no superan el 50% del pasivo corriente. No aplica este indicador porque la entidad no tiene obligaciones laborales a largo plazo.

Evaluada la suficiencia Patrimonial y Financiera de la entidad, se determinó que cumple con los requisitos exigidos en el Decreto 1011 y la Resolución 1043 de 2006.

##### Vigencia 2008

Que su Patrimonio Total supera en más del 50% su capital social (Según resultado de aplicar el siguiente indicador):

$$\frac{\text{Patrimonio Total}}{\text{Capital fiscal}} \times 100 = \frac{\$ 11.541.160}{\$ 3.286.503} \times 100 = 351\%$$



Que las obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días, no superan el 50% del pasivo corriente (Según el resultado de aplicar el siguiente indicador).

$$\frac{\text{Monto Obligaciones Mercantiles de más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo Corriente}}$$

$$\frac{\$ 3.802.983.759 \times 100}{\$ 5.331.953.041} = 71\%$$

Que las Obligaciones Laborales a largo plazo no superan el 50% del pasivo corriente. No aplica este indicador porque la entidad no tiene obligaciones laborales a largo plazo.

Evaluada la suficiencia Patrimonial y Financiera de la entidad, se determinó que durante el 2008, incumplimiento de las Obligaciones mercantiles a favor de terceros a corto plazo.

Presupuesto

Vigencia 2007

Legalidad Presupuestal

El presupuesto del hospital Mario Correa Rengifo, se fijó con el Acuerdo de Junta Directiva No.008 de diciembre 15 de 2006, por \$12.000 millones y aprobado por el Consejo Departamental de Política Fiscal – CODFIS, con Resolución No.29 de diciembre 29 de 2006.

El hospital por ser una entidad prestadora de se servicios en salud, se rige en materia de presupuesto por el Decreto 115 de 1.996.

Ingresos

Los ingresos se aprobaron por \$12.000 millones y se adicionaron en \$7.408.8 millones y reducciones por \$1.491 millones, resultando un definitivo de \$17.989.6 millones, de los que se recaudaron \$15.140.1 millones, es decir, el 86.1%.

El ingreso más representativo fue la Venta de Servicios con el 95.9%, destacándose dentro de ésta, el contrato con la Secretaría de Salud que concurre con el 84.1%.

#### Gastos

Los gastos se aprobaron por \$12.000 millones, se acreditó en \$5.989.6 millones, apropiándose definitivamente en \$17.989.6 millones. Las ejecuciones totalizaron \$17.818.7 millones, representando el 99% de lo aprobado.

Al comparar los recaudos con los gastos, el hospital presenta una situación presupuestal deficitaria de \$2,678.6 millones, situación que obedeció a que las obligaciones fueron superiores a los recaudos.

Los Gastos de Funcionamiento ocuparon el 73% de lo ejecutado, el Servicio de de la Deuda el 5.4% y los Gastos de Inversión el 21.6%.

En los Gastos de Personal el 47% correspondió a la parte administrativa y el 53% a la operativa.

Cierre Fiscal	Millones (\$)
Ingresos Totales	15.140,2
- pagos	13.315,7
- Reservas de Caja	3.661,1
<b>Resultado Fiscal</b>	<b>- 1.836,6</b>

El hospital ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un resultado fiscal negativo de \$1.836.6 millones.

#### Millones (\$)

Ingresos	15.140,2
- Pagos	13.315,7
Disponible	1.824,5

El disponible se compara con los recursos existentes en tesorería:

#### Millones (\$)

Saldo en Tesorería	365,9
- Disponible	1.824,5
Resultado	-1.458,6

De acuerdo a la conciliación entre tesorería y presupuesto, el resultado anterior corresponde a \$850 millones de sobregiro bancario y \$608,6 millones que corresponden a deducciones que se cancelaron en tesorería sin afectación presupuestal.

Recursos a Incorporar:

Millones (\$)

Estado de Tesorería	365,90
- Reservas de Caja	3.661,10
Déficit	-3.295,20

Demuestra lo anterior que el hospital no contaba con los recursos suficientes para cubrir sus obligaciones, generando un déficit de \$3.295.2 millones, los que debe incorporar en la vigencia 2008 y cancelar con recursos de la misma. Al cierre de la vigencia la entidad tenía unas cuentas por cobrar por \$2.438.4 millones, que de recaudarlos serían insuficientes para cubrirlo.

Vigencia 2008

El presupuesto para esta vigencia fue fijado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo No.017 de diciembre 21 de 2007 y aprobado por el Consejo Departamental de Política Fiscal-Codfis, con la Resolución No. 44 de diciembre 28 de 2007, por \$15.592 millones

Modificaciones Presupuestales

El presupuesto inicial se aprobó por \$15.592 millones y presentó adiciones por \$10.927 millones, que representaron el 70% de lo inicial, aforándose definitivamente en \$26.519 millones. Estas adiciones se originaron por Aportes de la Nación de \$6.500 millones para reforzamiento estructural, incrementos en el convenio con la Secretaría de Salud Departamental por \$3.063.2 millones, recuperación cartera \$997.8 millones y los saldos de Caja y Bancos de 2007 \$366 millones. Estas modificaciones se soportaron con Acuerdos de Junta Directiva y las respectivas Resoluciones emitidas del Consejo Departamental de Política Fiscal.

Para el 2007 y 2008 observó que la Junta Directiva aprueba varios Acuerdos de modificaciones al presupuesto en la misma fecha.

## Ingresos

Los ingresos se aprobaron definitivamente por \$26.519 millones, superior al 2007 en \$8.529.4 millones equivalentes al 47.4%. Los recaudos ascendieron a \$20.853.4 millones y comparados con el anterior se incrementaron en \$5.713.3 millones, es decir, el 37.7%.

Los recaudos por concepto de la Venta de Servicios sumaron \$11.974.6 millones y con relación al total de los mismos representó el 57.4%, los Aportes \$6.500 millones, el 31.2%, los Recursos de Capital \$2.012.8 millones, el 9.7% y las Disponibilidad Inicial \$366 millones, el 1.7%.

En los ingresos por venta de servicios, el más representativo fue el Subsidio a la Oferta Atención Pobre en lo no cubierto con el 82.3%, el régimen subsidiado el 11.8% y otros el 5.9%.

## Gastos

Los gastos aprobados en forma definitiva en \$26.519 millones y las ejecuciones totalizaron \$19.804 millones, el 74.7%. En comparación con el 2007 fue superior en \$1.985.3 millones, 11.1%.

Del análisis que se realizó a los gastos, por la misión del hospital, como es la prestación de servicio en salud, la mayor parte del presupuesto se ejecuta en funcionamiento, ocupando el 76.8% y los gastos de inversión el 23.2%.

Dentro de los gastos de funcionamiento, el mayor porcentaje fue para los gastos de operación comercial con el 42.8%, los de personal el 40.5%, los gastos generales 14.5% y las transferencias 2.2%.

Se evidenció que el hospital al cierre de la vigencia 2007 presentó un déficit de \$3.661.1 millones y sólo incorporó al presupuesto 2008 \$1.311.7 millones, de los que canceló \$1.231.2 millones, dejando como Cuentas por Pagar \$80.5 millones, contraviniendo el artículo 38 del Decreto 568 de 1996.

Tanto en la vigencia 2007 como el 2008, en los gastos de inversión – proyectos, se ejecutaron gastos de funcionamientos, como son los correspondientes al pago de personal de cooperativas, situación que fue corregida 2009.



Cierre Fiscal	Millones
Ingresos Totales	20.853,4
(menos) pagos	13.941,1
(menos) Reservas de Caja	6.541,3
<b>Resultado Fiscal</b>	<b>371,0</b>

El hospital ejecutó sus gastos por debajo de sus ingresos, generando un resultado fiscal positivo de \$371 millones.

#### Confrontación de Saldos

Millones (\$)

Ingresos	20.853,4
- Pagos	13.941,1
Disponible	6.912,3

Al comparar este resultado con el estado del tesoro, se obtuvo:

Millones (\$)

Saldo en Tesorería	7.077,7
- Disponible	6.912,3
Resultado	165,4

Demuestra lo anterior que el hospital al cierre de la vigencia contaba en tesorería con los recursos del ejercicio fiscal, contando inclusive con un excedente de \$165.4 millones, los cuales pueden ser rezagos de vigencias anteriores que se deben identificar.

#### Recursos a Incorporar

Millones (\$)

Recursos en Tesorería	7.077,7
- Recursos de destinación específica	6.500,0
- Reservas de Caja	6.541,3
Déficit	-5.963,6

El hospital al cierre de la vigencia no contaba con los recursos suficientes para cubrir sus obligaciones, generando un déficit del periodo de \$5.963.6 millones. Las cuentas por pagar acumuladas son \$9.578 millones, las cuales se deben incorporar a la vigencia 2009 y cancelar con recursos de la misma. A diciembre 31 de 2008 quedaron unas cuentas por cobrar que asciende a \$3.202.3 millones, que

de recaudarlos no alcanzaría a cubrir el total del déficit, lo que hace necesario que la entidad tome medidas tendientes a gestionar más recursos para poder lograr una sostenibilidad financiera y equilibrio presupuestal.

No hay consistencia entre los datos reportados por presupuesto referente a las reservas de caja relegadas en las ejecuciones de gastos al cierre de las vigencias 2007 y 2008 con los actos administrativos de constitución de las mismas.

### Análisis de variables que afectan el financiamiento del Hospital

En el tema de financiamiento de Hospital se presentan serias debilidades en diferentes aspectos que sumados generan un impacto negativo, tales como el comportamiento de las glosas en la Facturación aunado a la cartera y su recuperación así como al comportamiento de la contratación con la Secretaria de Salud para atender la población pobre no asegurada y la falta de un sistema que determine la rentabilidad tanto social como económica de cada uno de los servicios que presta el hospital, a fin de obtener cifras reales y aspectos claros que permitan tomar decisiones en cuanto a la producción en cada una de las áreas que impacte en prestación del servicio.

A continuación se presenta el comportamiento de cada una de estas variables:

#### Facturación

El problema que se plantea en el Hospital en cuanto a las glosas inicia con el registro de la Historia Clínica, debido a que se presentan falencias en la aplicación de la resolución 1995 de 1999 y su registro se realiza manualmente, permitiendo errores de digitación que pueden generar diferencias en los valores facturados, que no permiten generar directamente desde el consultorio o desde cualquiera de las áreas medicas del Hospital, las ordenes de los diferentes servicios que se prestan, a fin de evitar reproceso administrativos. Los errores más comunes son:

- Datos incompletos en relación con la atención del paciente
- Registros con tachones y enmendaduras y/ espacios en blanco
- Descripción inentendible que expone al paciente a aplicar procedimientos equivocados
- Epicrisis sin firma o sin los datos necesarios para iniciar le proceso de cobro
- Registros de Historias clínicas sin documentos pertinentes para iniciar el proceso de cobro

- Reproceso de la información cuando la historia clínica no cuenta con datos completos, porque no se ingresan al momento de atención al paciente

De igual manera los controles así como el seguimiento que se realizan a las glosas no han resultado efectivos por cuanto se presentan porcentajes significativos en la facturación, así:

Vigencia 2007

Para esta vigencia, las primeras causas de objeciones de glosas, fueron en su orden:

No. de Orden	CAUSAS	VALOR OBJETADO		
		GLOSA ADMINISTRATIVA	GLOSA OPERATIVA	SIN ESPECIFICACION
1	Sin especificación			354.014.753
2	Cobro de Procedimiento no realizado	14.165.921		
3	Cuadro Clínico no corresponde a patología		5.769.745	
4	facturación sin soportes correspondientes	16.573.666		
5	tarifas superiores o inferiores a lo pactado	5.331.983		
6	suministros no indicados según diagnostico		1.023.500	
7	practica de un procedimiento sin justificación		1.834.320	
8	falta orden de autorización de servicios	5.885.266		
9	valor errado	325.205		
10	estancia prolongada o sin justificación clínica		2.961.240	
11	actividad o intervención no POS distinta a tutela	11.496.728		
12	Otras	17.758.501	14.716.078	
	<b>TOTAL</b>	<b>71.537.270</b>	<b>26.304.883</b>	<b>354.014.753</b>
	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>451.856.906</b>		

TOT FACTURADO 3.390.677.046	TOTAL GLOSAS	451.856.906 13%
	GLOSAS ADTVAS	71.537.270 2%
	GLOSAS OPERATIV	26.304.883 1%
	SIN ESPECIFICAC	354.014.753 10%

El impacto del valor de las glosas para esta vigencia fue del 13%, situación que afecta directamente el flujo de efectivo del Hospital y retrasan el proceso de las cuentas por cobrar.

Se demuestra que las glosas sin identificar son el valor más representativo del total, de igual manera las glosas administrativas se encuentran por encima de las operativas, lo que demuestra que las fallas en aplicación de los procedimientos afectan directamente el proceso.

De las objeciones que se presentan por empresa, se encuentra sin especificar el 96% del total de las glosas, lo que afecta establecer la representatividad de las entidades en el porcentaje total, por no tener claridad al respecto; sin embargo, según los datos que se tienen claros, la que ocupa el primer lugar es Calisalud con el 4%, seguida de Asmet Salud con el 0.3%.

#### Vigencia 2008

En el primer semestre de 2008, las primeras causas de objeciones de glosas, fueron en su orden:

No de Orden	CAUSAS	VALOR OBJETADO	
		GLOSA ADMINISTRATIVA	GLOSA OPERATIVA
1	Tarifas superiores o inferiores a lo pactado	15.660.787	
2	Facturación sin soportes correspondientes	35.378.615	
3	Atención programada sin respaldo contractual	28.027.500	
4	Cuadro clínico no corresponde a patología		7.184.050
5	Cobro procedimiento no realizado	18.438.304	
6	Valor del Copago errado o no descontado de la respectiva factura	9.898.480	
7	Ayuda diagnóstica no comentada en la historia clínica		3.437.745
8	Autorización vencida	10.970.910	
10	Atención inicial de urgencias		531.665
11	Facturación de servicios no prestados	1.820.960	
12	Otras	59.051.166	278.235
	TOTAL	179.246.722	11.431.695
	GRAN TOTAL	190.678.417	



TOTAL FACTURADO  1.404.286.362	TOTAL GLOSAS	190.678.417 14%
	GLOSAS ADTVAS	179.246.722 13%
	GLOSAS OPERATIVAS	11.431.695 1%

Al igual que en la vigencia anterior, las glosas administrativas siguen siendo las de mayor impacto con relación a las operativas. De igual forma Calisalud es la entidad que ocupa el más alto porcentaje en las objeciones a la facturación con el 60% del total, seguida de glosas sin identificar con el 24%.

Lo anterior quiere decir que la falta de actualización de los procesos y procedimientos del área financiera que incluye Facturación, acorde con la normatividad vigente, ha afectado seriamente el flujo de recursos de la entidad, aunado a la debilidad en los procesos de inducción y reinducción, que presenta el Hospital.

Además, el Comité de Glosas empezó a reunirse desde el mes de agosto de 2008, se presentan debilidades en la operación de los Comités de Compras y Contratación, así como una deficiente auditoria a las Historias Clínicas, teniendo en cuenta que su registro es manual.

#### Cartera

Con relación a la cartera se realiza el análisis de entidades diferentes a la Secretaria de Salud con las cuales contrató el Hospital:

Con relación a las ventas y al recaudo, el comportamiento fue el siguiente:

OTRAS (EPS-SOAT-PARTICULARES)					
Ventas 2007	Ventas 2008	% Incremento Ventas 2008 vs 2007	Recaudo 2007	Recaudo 2008	% Incremento Recaudo 2008 vs 2007
3.390.677.046	3.940.226.243	14%	2.183.632.026	3.130.761.788	30%

Los valores facturados corresponden a las ventas sin objetar, las cuales tuvieron un aumento del 14% de una vigencia a otra y el recaudo en 30%, que está



directamente relacionado con el aumento de las ventas, en el cual solo se incluyen los valores aceptados por las entidades contratantes.

Con relación a la proporción de la recuperación:

OTRAS (EPS-SOAT-PARTICULARES)					
2007			2008		
VENTAS	RECUPERACION	Proporción Recuperación Vs Ventas 2007	VENTAS	RECUPERACION	Proporción Recuperación Vs Ventas 2008
3.390.677.046	2.183.632.026	64%	3.940.226.243	3.130.761.788	79%

La proporción de la recuperación de una vigencia a otra tuvo un aumento, sin embargo, el porcentaje de recuperación en cada vigencia es bajo con relación a las ventas totales, si tenemos en cuenta que no están incluidos los valores objetados por las entidades.

Contratación con la Secretaria de Salud

El comportamiento de la Contratación con la Secretaria de Salud, para las vigencias 2007 y 2008 fue el siguiente:

FACTURACION			PAGOS		
2007	2008	VARIACION FACTURACION 2008-2007	2007	2008	VARIACION PAGOS 2008-2007
10.693.202.788	11.283.273.893	\$ 590.071.105	9.390.460.896	9.075.630.402	-\$ 314.830.494

Para el 2007 el valor contratado con la Secretaria de Salud ascendió a \$9.827 millones que al compararlo con la facturación, se encuentra por encima en \$866 millones; y con relación a los pagos reales efectuados, al Hospital no le ingresaron \$1.303 millones.

En la vigencia 2008 el valor contratado con la Secretaria de Salud ascendió a \$9.109 millones que al determinar la diferencia con la facturación, ésta se encuentra en \$2.174 millones por encima, y con relación a los pagos reales efectuados, al hospital no le ingresaron \$2.208 millones.

Estos valores que no le ingresan al Hospital, no pueden ser considerados como cuentas por cobrar. La Secretaria de Salud mediante oficio calendarado en enero de 2009 reconoce deudas por \$542,3 millones.

Lo anterior afecta directamente el flujo de efectivo del Hospital y su operación en relación con la prestación de los servicios.

### 3.3 LEGALIDAD

#### Cumplimiento del marco normativo de la contratación:

Se evaluó la contratación de prestación de servicios, obra y de servicios de salud de las vigencias 2007 y 2008, de lo cual se observó lo siguiente:

#### Vigencias 2007 y 2008

- Es común que en los contratos de prestación de servicios y en los de obra, no se aporta las constancias de afiliación y pago de la seguridad social integral, quebrantando con ello, el artículo 26 y 32 del Decreto 4588 de 2006, por expresa remisión que hace la Ley 797 de 2003.
- No se aportan las pólizas de responsabilidad civil profesional, ni sus actualizaciones por modificaciones a precios y tiempos, vulnerando la cláusula contractuales
- No se dio aplicación a la Ley 80 de 1993, en los contratos que por excepción se debe aplicar, de conformidad con el Artículo 25 del C.C.A:

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 195, define el derecho privado como el régimen para la contratación de las ESE, pero que de conformidad con el numeral 6 del artículo 98 del Decreto 1298 de junio 22 de 1994, podrán utilizar las cláusulas exorbitantes del Estatuto de Contratación- Ley 80 de 1993.

El 3 de agosto de 1993, se expidió el Decreto 1876, que nuevamente ratifica el régimen privado en la contratación de las ESE.

Mediante sentencia C-255 de 1995, la H. Corte Constitucional, declara inexecutable, el Decreto 1298 de junio 22 de 1994.

Pero, la Ley 80 de 1993, que es una norma de igual categoría que la Ley 100 de 1993, especifica para la contratación estatal, en su artículo 2º., determina quienes son los destinatarios de esta ley y expresa "...las demás personas

jurídicas en las que exista participación pública mayoritaria, CUALQUIERA QUE SEA LA DENOMINACION...”. Aquí quedan incluidas entre otras, las ESE. Mas adelante en el artículo 13, hace alusión expresa a las estipulaciones de los Decretos 1896 y 2166 y determina:

*“De la Normatividad Aplicable a los Contratos Estatales. Reglamentado parcialmente por los Decretos Nacionales 1896 y 2166 de 1994. Los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2 del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes, salvo en las materias particularmente reguladas en esta Ley.”*

Materias que están reguladas, en el Artículo 32, que define por excepción, cuales contratos se tienen que regir por el Estatuto de Contratación Estatal-Ley 80 de 1993 y enumera entre otros, los contratos de obra, los de consultoría, los de prestación de servicios, los de concesión, que son los que normalmente celebra el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo y en los que no ha aplicado el Estatuto, inmerso en la Ley 80 de 1993.

- Se observó que la supervisión y control, que generalmente son asignadas a los Jefes de División de la entidad y al Gerente, teniendo la obligatoriedad de: *verificar el cumplimiento de los términos estipulados tanto en la propuesta como en el contrato y expedir las constancias de cumplimiento de la prestación*, situaciones totalmente diferentes, siendo la segunda obligación, consecuencia de la primera, no se cumplen cabalmente; debido a que no se evidenciaron en la carpeta contractual, ni en los soportes para el pago, informes al respecto, donde se coteje lo ofrecido en la propuesta, versus lo ejecutado y coetáneamente, el control para que lo que se pague sea congruente con lo cotizado y ejecutado y el beneficio económico y social que tuvo la entidad.

Lo anterior impide la verificación que le corresponde a esta auditoría integral y dificulta el logro de las metas organizacionales que incluye el tener procesos formalizados y documentados, evaluados con indicadores validos que permitan observar el cumplimiento global de la organización o generar elementos para una retroalimentación que facilite a la institución de salud, cumplir con su misión, dentro de un ordenamiento jurídico claro, con base en los principios de celeridad, eficacia, universalidad, integralidad, economía de tiempo y recursos, tendiente a garantizar la calidad de la atención al destinatario final y el ejercicio del mismo control interno, elevado a rango Constitucional en el Artículo 269. Se transgrede entonces, principios Constitucionales dibujados en el Artículo 209, la Ley 87 de 1993 y los



estatutos que rigen la entidad, Acuerdo 11 de 1.997 Art. 16, Artículo 29 numerales 16 y 26.

- Se observa en las carpetas contractuales, un análisis económico y un certificado de conveniencia, con contenidos supremamente deficientes, que no ofrecen confianza, ni son válidos como herramienta para la toma de decisiones por parte del ordenador del gasto. Estos obedecen a un formato predeterminado, que no demuestran la necesidad de la entidad para efectuar las diferentes contrataciones, ni se hace un verdadero análisis sobre la calidad y características de los servicios recibidos y los ofertados.
- En la contratación de prestación de servicios, no se efectúan los respectivos estudios técnicos.
- No se aporta el pronunciamiento del Comité de Contratación, creado mediante Resolución No. 701 de diciembre 27 de 2002 y a quien le corresponde estudiar, sin excepción, la contratación y convenios a suscribir con las distintas entidades, personas naturales o jurídicas, transgrediendo con ello esta reglamentación interna.
- Los contratos superiores a 50 SMLMV, no se publican en el sistema de información para la vigilancia de la contratación estatal, transgrediéndose la Ley 598 de 200 y el Decreto 3512 de 2003.
- Por lo general, en los contratos que celebra la Entidad, no se realiza el Acta e Inicio, ni el Acta de finalización, ni la liquidación del contrato, lo cual evidencia la falta de procedimiento para la contratación de oferta, documentado y formalizado, que ayudaría a una mejor planeación, y a la observancia del artículo 209 superior y los principios que igualmente rigen la contratación pública.

#### Vigencia 2007:

- Se observa en la contratación de obra pública realizada en el año 2007, que el acta de inicio de la obra, se legaliza antes de la constitución de la póliza de garantía única.
- Contrato No. 037-2007 de prestación de servicios, de febrero 1º de 2007, celebrado con la Fundación para la investigación y el desarrollo social, por valor de \$46.000.000, con una duración: Cuatro (4) meses del 1º de febrero al 31 de mayo de 2007, con supervisión y control asignados al gerente de la entidad, se evidencian las falencias comunes ya enumeradas, pero además, al



verificarse el cumplimiento del objeto contractual, inserto en la cláusula primera del contrato y las obligaciones del contratista, contenidas en la cláusula segunda del contrato, se constató mediante comprobación personal en el sistema del HDMCR, realizada con Ing. Oscar Marino Parra del área de sistemas de la entidad y este equipo auditor, el incumplimiento al objetivo específico A) Levantar el mapa de soluciones de información y parcialmente el objetivo específico B) En lo referente a involucrar los procesos de gestión documental, gestión de indicadores, gestión de calidad y correspondencia interna y consecuentemente se faltó al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la cláusula segunda, en sus numerales 1); 3); 4); 5) y 7), situación que se traduce, amén de las responsabilidades disciplinarias que correspondan, en un posible detrimento fiscal por valor de \$39.500.000.

- En el contrato de compraventa No. 1116-2007, suscrita con GLOMEDICAL S.A., se evidenció violación a la cláusula segunda del contrato, por la supuesta falta de los siguientes elementos comprados y pagados: (1) pinza Ref.7671M, cuyo costo unitario sin IVA es de \$2.460.000; un (1) portaguja Ref. 7671M y el comprado según contrato y cotizado, es Ref. 7668VG, una (1) pinza ref.6370Z y la comprada y cotizada es ref. 6312AGN4; cable fibra óptica de 4.5mm y en comprado es de 4.8 mm; encontrándose un posible detrimento fiscal de más de \$2.460.000.
- Para reafirmar la necesidad de que las ESE apliquen los principios reglados para la contratación con dineros públicos (Ley 80 de 1993), es el CONTRATO No.0068-2007 DE PRESTACION DE SERVICIOS, SUSCRITO EL 19 DE ABRIL DE 2007 CON VIGENCIA A PARTIR DEL 2 DE MAYO DE 2007, suscrito con Gisalud Ltda.- Gestión Integral en Salud, por valor de \$270.000.000, con plazo para su ejecución de 7 meses, del 2 de mayo al 30 de Noviembre de 2007 y cuyo objeto era el dar continuidad al proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención a la gestante, mediante el acompañamiento y capacitación de funcionarios durante las etapas de implementación ejecución verificación y evaluación del modelo Sovogin que permitirá establecer un sistema de garantía de la calidad de la atención en la red pública de servicios de salud de los 41 municipios del Departamento del Valle, de conformidad con la propuesta presentada y avalada por el Subsecretario Técnico de la Gobernación del Valle del Cauca- Secretaria Departamental de Salud, la que forma parte integral del presente contrato y enumera una serie de obligaciones.

Este contrato se terminó de mutuo acuerdo, según consta en el Acta de acuerdo No. 001-2007, suscrita por las partes en Noviembre 13 de 2007,

argumentando que "...teniendo en cuenta los inconvenientes surgidos para la iniciación del contrato...", no se indican cuales inconvenientes, pero si se encontró dentro de la carpeta contractual un oficio calendado Julio 12 de 2007, obrante a folio 4 de la carpeta contractual, suscrito por el Secretario Departamental de Salud del Valle, Dr. Javier Hernán Parga Coca, mediante el cual expresa que "...SOVOGIN ha manifestado a esta secretaria no avalar el proyecto de GISALUD; por lo tanto, hasta que no se cumpla el aval científico a las acciones propuestas por esta entidad, este despacho no reconocerá como cumplido el convenio...", y en el párrafo final sugiere que "...se abra convocatoria publica por el Hospital; abierta a la participación de todos..."

Lo anterior, claramente evidencia la falta de planeación, la premura, la imprevisión, entre otros, para celebrar el contrato 068- 2007 y fundamentalmente, la necesidad de aplicar un proceso documentado para la contratación, que sea real y efectivo el funcionamiento del comité de contratación y nos fuerza a ratificar, que las observaciones que han sido comunes a la contratación realizada por la entidad, quebranta con su actuar, contenidos de rango constitucional como los fines del Estado contemplados contenidos en el artículo 2º., los principios de la función publica del artículo 209, las finalidades del estado condensados en el artículo 336 y como corolario, el artículo 4º. referido a la supremacía de la constitución, debiéndose tener en cuenta también, los contenidos del artículo 6º. , 92, sobre la responsabilidad de los funcionarios públicos en concordancia los artículos 50, 51, 55, 66 de la Ley 80 de 1993.

#### Vigencia 2008

- CONTRATO No. 041-2008 de concesión de servicio de uso publico en salud para el servicio de ambulancia, celebrado con MG, Medical Group Ltda., con plazo de 11 meses del 1º de febrero al 31 de diciembre de 2008, cuyo objeto era el otorgar al concesionario la explotación para el servicio publico de salud de una ambulancia, acatando todo lo relacionado con la prestación del servicio de traslado de pacientes a los diferente entes hospitalarios, bajo la vigilancia de la entidad concedente. Dice que su valor, no se determina suma de dinero, el valor de la concesión esta dado en los servicios que prestará la ambulancia los fines de semana, sin costo alguno para la institución, en el pago, por parte del concesionario del personal idóneo para el manejo de la ambulancia y en el cuidado del automotor y los demás contenidos en la propuesta.

Del análisis jurídico efectuado, se desprende, que no existe estudio técnico que sustente el certificado de conveniencia, ni existe una proyección financiera que soporte el análisis económico, a pesar de que en la consideración



introducida en el contrato en el punto B) “Los costos fijos que genera el funcionamiento de la ambulancia si lo hace directamente el hospital son muy onerosos de acuerdo al estudio realizado.” NO SE APORTO EL ESTUDIO. Adicionalmente, la entidad, durante el año 2008, ha pagado a MG Group, con cargo a este contrato, la suma de \$51.080.292.00, que el área de planeación y tesorería, justifican con un análisis del costo que en recurso humano significaría para la institución, pero sin valorar cuantos pacientes ha transportado y si arroja un buen balance social, satisfaciendo la necesidad sentida de la población pobre que es la que requiere el servicio del HDMCR.

No existe explicación lógica, para que el HDMCR compre una ambulancia por \$97.000.000 e inmediatamente la entregue a un particular en concesión, cuando el hospital ha pagado cuentas por el valor ya mencionado.

- En cuanto a la legalidad de actos administrativos Decreto numero 0157 de marzo 9 de 2000 “por medio del cual se hace un nombramiento” del Dr. Luis Fernando Rendón Campo y del Decreto No. 347 de abril 4 de 2008 “por el cual se efectúa un nombramiento en el Hospital Mario Correa Rengifo de Cali, Empresa Social del Estado” del Dr. Edwin Ramiro Peña Arenas, con fundamento en el Artículo 25 del CCA y en el análisis jurídico plasmado en el papel de trabajo, se puede concluir que, la Junta Directiva del HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO, al no haber adelantado el proceso de convocatoria publica para que el gobernador escogiera y designara gerente en propiedad, refiriendo a los 2 últimos gerentes interinos, reiteradamente, ha infringido normas legales e internas de obligatorio cumplimiento, expedidas para reglamentar el normal funcionamiento de las ESE, tales como: Las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007; Decretos Ley 344 de 2003, 1876 de 1994, 536 de 2004, 1892 de 1994 y el Acuerdo 011 de junio 6 de 1997; Que el Decreto 347 de Abril 4 de 2008, fue expedido con una falsa motivación y que presuntamente se incurrió en violación la Ley 734 de 2002, sin perjuicio de la acción penal, que por su acción u omisión se deban aplicar.
- La entidad, según relación de demandas suministrada por la oficina jurídica, afronta 31 demandas, de las cuales 8 son laborales; 6 de nulidad y restablecimiento del derecho; 13 de reparación directa; 1 de constitución en parte civil: 2 por cobro coactivo y 1 proceso ejecutivo, pero por falta de información, no se logró verificar que demandas se han ganado, cuales se han perdido, cuales fueron los motivos en ambos casos y si se han iniciado las correspondientes acciones de repetición.

Con relación a la Queja **CACCI 59463-QC-137-2008**, se evidenció lo siguiente:

Hechos:

1. La queja se contrae al oficio calendarado diciembre 11 de 2008, suscrito por el Dr. Edwin Ramiro Peña Arenas, en calidad de Gerente General del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, mediante la cual se entrega a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, el análisis de costo de medicamentos de atención de tutelas, expedido por el Dr. Harold Aldana Granobles, en su calidad de Interventor, aduciendo que se observan medicamentos que sus precios desbordan el del mercado.
2. Igualmente se aportan las resoluciones No. 053 y 073 de 2008, mediante las cuales el Dr. Luís Fernando Rendón Campo, ordenando a la Tesorera del HDMCR, efectuar pago a la empresa IM INTERCOMERCIAL MEDICA LTDA.
3. Expresa también, que dicha adquisición de medicamentos, no cumplió con el proceso de comité de compras, ni se elaboraron órdenes de compra y no hubo ingreso al almacén del hospital.

Análisis Jurídico

1. Se solicitó a la entidad, el contrato suscrito entre el HDMCR y la firma IM INTERCONTINENTAL MEDICA LTDA., no existiendo este contrato.
2. No se predeterminó un procedimiento expedito al interior del hospital, para adquirir los medicamentos.
3. El HDMCR no le efectuó ningún pago a IM INTERCONTINENTAL MEDICA LTDA.
4. Cursa en el Juzgado Primero Civil del Circuito de Cali, proceso ejecutivo radicado 2008-421, incoado en noviembre de 2008, por IM INTERCOMERCIAL MEDICA LTDA., contra el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, LIMITANDO EL EMBARGO A \$2.000.000.000.00.
5. En la demanda ejecutiva, obran 207 facturas cambiarias de compraventa, con sello y firma de recibo en el HDMCR.
6. Los recursos para comprar los precitados medicamentos correspondientes a acciones de tutela, provienen del contrato No. 0020 - 2008 de prestación de servicios de salud celebrado entre el Departamento del Valle del Cauca – Secretaria Departamental de Salud y el Hospital Mario Correa Rengifo E.S.E. DE CALI, por valor de \$8.509.461.333.
7. Se observa el oficio No. 50000/6/0629 de la Fiscalía General de la Nación, donde informa que remite a la oficina de asignaciones, adscrita a la

Dirección Seccional, Unidad de delitos contra la administración pública, para que inicie la respectiva investigación.

8. Se observa un "CUADRO DE DISTRIBUCION POR HOSPITAL 2008, emanado de la Gobernación del Valle del Cauca-Secretaria Departamental de Salud- Subsecretaria de Gestión de Recursos, suscrito por la Dra. MELBA L. VELASQUES VASQUEZ, en calidad de Subsecretaria de Gestión de Recursos, donde consta además del cuadro de la fuente de dichos recurso, el cuadro de distribución por programas, así:

TUTELAS:	\$800.000.000
NIVELACION SALARIAL:	500.000.000.

Dentro de las obligaciones contractuales, no existe ninguna referida a nivelación salarial.

#### Conclusión

El procedimiento repetitivo que se ha observado realiza la entidad en este mismo tipo de eventos, es que contrata con otras entidades, para dar cumplimiento a los contratos de demanda que celebra con la Secretaria Departamental de Salud y otras instituciones.

En este caso, no se observó ningún procedimiento expedito para la adquisición de los medicamentos tendientes a satisfacer sentencia de tutela, ni se efectuó ningún contrato con la firma IM INTERCOMERCIAL MEDIDA LTDA, ni obra documento alguno designando la supervisión de esta operación administrativa.

Con respecto a los procedimientos establecidos por la entidad para la entrega de los medicamentos de tutela se precisó que no se cuenta con un procedimiento documentado para la entrega de los medicamentos por concepto de tutelas.

Con respecto a si se realizó o no la cancelación de las facturas por concepto de compra de medicamento de tutelas, se estableció que los soportes de las cuentas adquiridas con la entidad INTERCOMERCIAL MEDICA LTDA, no se han cancelado quedando constituidas como cuentas por pagar y que se encuentran incluidas en el formato F26A de constitución de cuentas por pagar (reservas de caja)

Que la Entidad, si bien no tiene definido un procedimiento documentado para la entrega de los medicamentos, al verificar la totalidad de los soportes, se estableció que algunos no tenían incluido el fallo de la tutela, así:

No. De Factura	Valor	Beneficiario	Identificación	Observación
1276	88.961.920	Jordán Raúl palacios. Z	T.I 91103011324	No presenta fallo de tutela está incompleta
1622	309.150	Mariana Rivera Montañós	NUIP 1109920107	No presenta fallo de tutela
1613	140.606	Fernando Villada	2.419.635	No presenta fallo de tutela
1607	14.511.910	Frank Javier M. Gordillo	T.I 90100158743	No presenta fallo de tutela
1642	138.596	Fernando Villada	2.419.635	No presenta ningún soporte
1610	25.912.573	Lida Eufemia Ríos Borrero	31.282.465	No presenta fallo de tutela
1609	1.531.689	Alexandra Guzmán Arce	66.992.810	No presenta fallo de tutela
1272	27.264.589	Lida Eufemia Ríos Borrero	31.282.465	No presenta fallo de tutela
<b>TOTAL</b>	<b>158.771.033</b>			

No se evidenciaron las entradas al almacén por medicamentos de alto costo a la empresa INTERCOMERCIAL MEDICA LTDA, los medicamentos fueron recibidos a través de remisiones emitidas por el proveedor pero no se le dio ingreso al sistema de suministros SAS del Hospital, y no se dieron explicaciones sobre las razones para no ingresarlos.

Un funcionario de la empresa proveedora realizó la entrega de los medicamentos a los beneficiarios en las instalaciones del almacén del Hospital.

Existe un proceso ejecutivo donde hay cuentas del hospital embargadas y un proceso penal por posibles sobrecostos en la adquisición de medicamentos. Se constituye un hallazgo disciplinario por cuanto El Gerente del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, para la época de los hechos, Dr. Luís Fernando Rendón Campo, actuó con desviación de poder al no ceñirse a la ley y a la finalidad del interés público, eludiendo los procedimientos de selección objetiva, falta antijurídica porque afectó el deber funcional sin justificación alguna.

Se transgredieron los Artículos 2º. y 209 de la Constitución Política. Se infringió el artículo 3º. De la Ley 80 de 1993, Fines de la contratación estatal en concordancia con el artículo 23, los artículos 28 y 77.

Para determinar la existencia de presuntos sobrecostos de los medicamentos se procedió a realizar una muestra selectiva de algunos medicamentos de alto costo



y solicito cotización a las entidades IMPORTACIONES MEDICAS y COHOSVAL, evidenciando en la cotización de COHOSVAL que los precios de los medicamentos relacionados presentan un valor menor con referencia a los adquiridos con la entidad INTERCOMERCIAL MEDICA LTDA la cual asciende a \$188.179.183, que de igual manera se realizó el cruce de los precios con la entidad IMPORTACIONES MEDICAS y se pudo establecer que la diferencia existente es de \$53.336.513, lo que se detalla en el siguiente cuadro:

MEDICAMENTOS	1. INTERCOMERCIAL MEDICA		
	Cant	Valor Unitario	Valor Total
Nutren polvo x 400 Grs tarro	42	126.408,00	5.309.136,00
Synagis-polivizumab x 100 Mgrs ampollas	1	15.301.780,00	15.301.780,00
Acitretin-neotigason x 10Mgrs capsulas	60	961.200,00	57.672.000,00
Tobi-tobramicina x 60 Mgrs/MIl Caja x 56 ampollas	56	1.115.361,00	62.460.216,00
Pulmozyme-dornase alfa Solucion para inhalar 2,5 Mgrs/2,5 Mlts en ampollas Caja x 6	60	733.275,00	43.996.500,00
Tiras reactivas para glucosa optium on caja	3	360.000,00	1.080.000,00
Somatropina- genotropin x 12 Mgrs ampollas	14	1.451.173,00	20.316.422,00
Rilutek-riluxol tabs x 50 Mgrs caja x 56	1	7.875.677,00	7.875.677,00
Betaferon-interferon x 8.000.000 UI	15	1.580.578,00	23.708.670,00
<b>TOTAL</b>		<b>29.505.452,00</b>	<b>237.720.401,00</b>

MEDICAMENTOS	2. COHOSVAL			4. IMPORTACIONES MEDICAS		
	Cant	Valor Unitario	Diferencia x Total	Cant	Valor Unitario	Diferencia x Total
Nutren polvo x 400 Grs tarro	42	29.810,00	4.057.116,00	42	126.525,00	-4.914,00
Synagis-polivizumab x 100 Mgrs ampollas	1	4.830.000,00	10.471.780,00	1	15.368.600,00	-66.820,00
Acitretin-neotigason x 10Mgrs capsulas	60	8.073,00	57.187.620,00	60	32.209,00	55.739.460,00
Tobi-tobramicina x 60 Mgrs/MIl Caja x 56 ampollas	56	267.858,00	47.460.168,00	56	1.137.668,00	-1.249.192,00
Pulmozyme-dornase alfa Solución para inhalar 2,5 Mgrs/2,5 Mlts en ampollas Caja x 6	60	200.000,00	31.996.500,00	60	749.570,00	-977.700,00
Tiras reactivas para glucosa optium on caja	3	109.200,00	752.400,00	3	368.000,00	-24.000,00



MEDICAMENTOS	2. COHOSVAL			4. IMPORTACIONES MEDICAS		
	Cant	Valor Unitario	Diferencia x Total	Cant	Valor Unitario	Diferencia x Total
Somatropina- genotropin x 12 Mgrs ampollas	14	483.000,00	13.554.422,00	14	1.454.360,00	-44.618,00
Rilutek-riluxol tabs x 50 Mgrs caja x 56	1	1.792.000,00	6.083.677,00	1	7.859.600,00	16.077,00
Betaferon-interferon x 8.000.000 UI	15	472.878,00	16.615.500,00	15	1.584.030,00	-51.780,00
TOTAL		8.192.819,00	188.179.183,00		28.680.562,00	53.336.513,00

## REVISIÓN DE LA CUENTA

AREA EVALUADA	Vigencia 2007	Vigencia 2008
	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADTRATIVOS	REPRESENTATIVIDAD PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS MISIONALES Y ADTRATIVOS
<b>MISIONAL</b>	<b>39,3</b>	<b>42,1</b>
Gestión Institucional		
Información Operativa		
Planes o convenios de mejoramiento con los entes de Control		
Gestión Ambiental		
<b>ADMINISTRATIVA</b>	<b>29,9</b>	<b>21,8</b>
Administración Talento Humano		
Administración del recurso físico		
Evaluación de los tramites judiciales		
Ejecución Presupuestal (comprende la actividad contractual) y de la Tesorería		
Proceso Contable		
Oficina de Control Interno		
<b>TOTALES</b>	<b>69,2</b>	<b>63,9</b>

### Área Misional.

La calificación obtenida 39.3 para el 2007, de 60 puntos máximo, ubica a la entidad en el área misional con un puntaje del 65.5% en la vigencia auditada, siendo la gestión institucional la de mayor representatividad del componente misional.

La calificación obtenida de 42.1 para el 2008, de 60 puntos máximo, ubica a la administración en el área misional con un puntaje por encima del 50% en la vigencia auditada, siendo la gestión ambiental la más baja del componente

misional con un alcance del 45%. De igual manera se puede establecer que el componente que mayor resultado denoto en el Área Misional fue Gestión Institucional el cual obtuvo un alcance del 86% seguido de Información Operativa la cual tuvo un alcance del 52%.

#### Área Administrativa.

En el 2007, el área administrativa contempla un máximo de 40 puntos, el resultado obtenido fue 29.9 puntos, alcanzando un promedio de 74.7% para la vigencia en esta área.

Para el 2008 el resultado fue 21.8 puntos, alcanzando un promedio de 55% para la vigencia en esta área. Los componentes que afectan de manera significativa el resultado son la Administración del Recurso Físico con un alcance del 40%, y Ejecuciones Presupuestales y de Tesorería con un alcance de 43%, que dentro del Área Administrativa el componente que mayor resultado obtuvo fue la Evaluación de Trámites Judiciales con un alcance del 75%.

#### Conclusión:

Observando la calificación de 69.2 para el 2007 y de 63,9 para el 2008, se establece que la entidad no alcanza el puntaje mínimo de 70 puntos, lo que lleva a la Contraloría Departamental del Valle a emitir concepto DESFAVORABLE de la Rendición de la Cuentas para esas vigencias.

### 3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACION

En desarrollo de la auditoria y a fin de establecer la percepción del Cliente Interno, en cuanto al funcionamiento general del Hospital, se aplicó encuesta por ejes estratégicos, a cuarenta y ocho (48) funcionarios de planta, la cual, una vez tabulada y calificada en una escala de 1 a 5, arrojó el siguiente resultado:

<b>ANALISIS DE LA FUNCION DE LA ESE</b>	
<b>DIRECCIONAMIENTO GENERAL</b>	3,17 – 63%
<b>SALUD PUBLICA</b>	2,99 – 59,7%
<b>PRESTACION DE SERVICIOS</b>	3,51 – 70,3%

<b>FINANCIAMIENTO</b>
2,63 -52,6%

Se refleja una tendencia general de 3.07, que sin ser satisfactoria ni óptima, reflejan valores esperados si se consideran los resultados obtenidos a través del proceso auditor.

El eje de Direccionamiento General, alcanzó 3,17 puntos equivalente al 63% de percepción, reflejando que los funcionarios participaron del análisis estratégico realizado para diseñar el Plan de Desarrollo 2008-2011, de igual forma, conocen y aplican los instrumentos de medición.

La percepción en este eje no fue satisfactoria, con relación al papel que debe cumplir la Junta Directiva, así como la divulgación del Plan Estratégico, la estrategia que articule esfuerzos públicos, privados y comunitarios para incidir en la política institucional de salud de sus beneficiarios; la percepción tampoco fue satisfactoria en cuanto a que los funcionarios integrantes de los órganos directivos de la entidad, cuenten con un proceso que facilita su integración, el trabajo en equipo y su formación continua.

Salud Pública, obtuvo 2,99 puntos equivalente a 59,7%, denotando una buena percepción en cuanto al conocimiento de la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH); y una baja percepción relacionada con la planificación y coordinación de estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud. De igual manera la percepción fue baja con respecto al aseguramiento por parte del Hospital de la existencia y operación de mecanismos para el fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública y de la participación social en salud.

Prestación de Servicios, con 3,51 puntos y 70,3%, refleja una buena percepción en cuanto al conocimiento que se tiene sobre el proceso de oferta de los servicios de salud, así como del monitoreo que se realiza. La percepción no fue buena en relación a que no es suficiente la infraestructura que se tiene para atender la demanda de servicios.

Financiamiento, con 2,63 puntos y 52,6%, refleja que se conoce de la inexistencia de criterios que garanticen la consecución de los recursos que soporte la ejecución del Plan Estratégico del Hospital, y que éstos se maneje con eficiencia administrativa y contable.

Vigilamos  
el patrimonio  
Regional



CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA



Certificado No. SC-3002-1

#### 4. ANEXOS

- Anexo 1. Dictamen integral
- Anexo 2. Estados Contables
- Anexo 2. Cuadro de Hallazgos

## DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor  
EDWIN RAMIRO PEÑA ARENAS  
Gerente  
Hospital Mario Correa Rengifo

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 Mario Correa Rengifo.

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 y 2008 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

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

Los representantes legales del Hospital, rindieron las Cuentas Anuales consolidadas por las vigencias fiscales 2007 y 2008, dentro de los plazos previstos

en las resoluciones reglamentarias No.100.28 02-13 de fecha 05 de diciembre de 2007 y No. 100.28 02-13 de fecha 18 de diciembre de 2008.

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

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

#### DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas y la Opinión sobre los Estados Contables consolidados, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, **No Fenece** las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a 2007 y 2008.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2007 y 2008 es Desfavorable, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 0,75, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

<b>Consolidación de la calificación</b>	
<b>MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION</b>	
<b>2007-2008</b>	
<b>CONCEPTO</b>	<b>CALIFICACION</b>
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	1
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	0
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1
SALUD PUBLICA	1
PRESTACION DEL SERVICIO	1
FINANCIAMIENTO	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	0
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>
<b>6/8 = 0,75 &gt; Concepto Desfavorable</b>	

El concepto sobre la gestión de la entidad para los años 2007 y 2008 no presenta un mejoramiento con respecto al año 2006, en el cual se emitió un concepto favorable con observaciones.

#### RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron ochenta y uno (81) hallazgos administrativos, de los cuales siete (7) corresponden a presuntos hallazgos con alcance disciplinario y dos (2) con alcance fiscal (\$41.960.000), los cuales serán trasladados ante la autoridad competente.

#### PLAN DE MEJORAMIENTO

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

El Plan de Mejoramiento debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Sector Descentralizado, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-02 13 de diciembre 18 de 2008.

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA  
Contralor Departamental del Valle del Cauca

Santiago de Cali,

Doctor  
EDWIN RAMIRO PEÑA ARENAS  
Gerente  
"ESE" HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO  
La Ciudad

Asunto: Opinión Estados Contables

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

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimiento de auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y la Resolución 100-.28.22.005 donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con los 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. 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 en las vigencias de 2007 y 2008:

### **Grupo Deudores**

Verificado el cálculo de la provisión de la cartera, vigencias de 2007 y 2008, por \$120 millones respectivamente, se determinó que no se ajusta a lo dispuesto por la Contaduría General de la Nación, toda vez que el cálculo de la provisión debe corresponder a una evaluación técnica que permite determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor.

Realizado el análisis de 2008, entre Contabilidad y el Aplicativo de Cartera se estableció que los estados financieros están subvalorados en \$136 millones.

Comparada la circularización de Emsanar, Caprecom, Asmet Salud, Alcaldía de Cali, Coosalud, Calisalud, Selvasalud y Porvenir, con los estados financieros de 2007 y 2008, se observa una sobrevaloración de \$1.814 y \$1.487 millones respectivamente.

### **Grupo de Inventarios**

En la vigencia de 2007, los estados financieros están sobrevalorados en \$1.536 millones, originado de la diferencia con el Aplicativo.

### **Grupo de Propiedad Planta y Equipo**

Comparado el Aplicativo de Bienes Muebles con los Estados Financieros de 2007, se estableció una sobrevaloración de \$1.386 millones.

Los estados financieros en la cuenta de terrenos esta sobrevalorados en el 2007 y 2008, en \$1.542 millones, toda vez que este bien inmueble no esta titulado a nombre de la entidad.

En el 2008, se comparó los estados financieros y el Aplicativo de propiedad planta y equipo, notando sobrevaloración de \$3.072 millones.

En el parqueadero de la entidad, se encuentran tres (3) vehículos totalmente deteriorados: Una Ambulancia de placas ONH 396; y dos (2) Camperos de marca



Toyota de placas Nos ONF 348 Y ONF 284, sobrevalorando los estados financieros de 2007 y 2008, en \$16 millones.

Comparado el Aplicativo de propiedad, planta y equipos con los estados financieros, se determinó que la cuenta de vehículos esta sobrevalorada en el 2007 y 2008 en \$32 y 35 millones respectivamente.

El Aplicativo que registra las propiedades, plantas y equipos no reconoce la depreciación. En los estados financieros de 2007 y 2008, se registra la depreciación sobre saldos globales por \$1.821 y \$2.100 millones respectivamente. La Contaduría General de la Nación, señala que la depreciación se calcula para cada bien individual y de ello se llevará un registro permanente en kardex.

#### **Grupo de Otros Activos**

Se carece del documento soporte idóneo de los procesos internos de responsabilidad por \$12 y \$215 millones, causando sobrevaloración en los estados financieros de 2007 y 2008.

#### **Grupo de Cuentas por Pagar**

Los estados financieros de 2007 y 2008, están sobrevalorados en \$77 y \$300 millones respectivamente, originado por la inexistencia de conciliación por terceros en la cuenta de acreedores.

#### **Grupo de Obligaciones Laborales**

La cuenta Prima de Servicios esta sobrevalorada en el 2008 en \$255 millones, respectivamente, toda vez que se pagó en junio de 2008, \$167 millones.

#### **Grupo de Patrimonio Institucional**

La cuenta 3255 – Patrimonio Institucional Incorporado de 2007 y 2008, esta sobrevalorado en \$692 millones, toda vez que el terreno fue valorizado en \$1.542 millones.

#### **Grupo de Cuentas de Orden**

En el 2007 y 2008, se nota que los estados financieros están sobrevalorados en \$326 y \$523 millones respectivamente, originado de la diferencia entre las facturas glosadas en la venta de servicios de salud y los estados financieros.



La Contraloría Departamental, en la Resolución 100-28.02.22.005 de diciembre 14 de 2006, 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 “ESE” Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, evaluó el Sistema de Control Interno obteniendo en el 2007 y 2008, 3 y 3.78 puntos, ubicándose en el rango satisfactorio, que difiere con la evaluación realizada por el equipo auditor, el cual dio como resultado para las dos (2) vigencias, 2.60, con una interpretación Deficiente.

En nuestra opinión, los estados financieros no presentan razonablemente, en todo aspecto significativo, la situación financiera por los años terminados al 31 de diciembre de 2007 y 2008, los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo por los periodos que terminaron en estas fechas, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente Aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente

JORGE VINASCO GARCIA  
T.P 24352-T



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
<b>SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b>								
1	Incumplimiento de los hallazgos Nos. 1,2,3,7,8,9,11,12,13,14,15,17 al 24, 48,49,50,54 al 58, 60 al 73, 83 al 91, 97 al 104, 107, 111 al 114, 120, 123, 130, 132 al 135, 137 al 139 del anterior plan de mejoramiento.	La oficina de Control Interno trimestralmente rinde informe a la gerencia de los resultados al plan de mejoramiento de la institución, tomando como porcentaje máximo el 85% y continuar con el seguimiento.	El hallazgo queda en firme, a fin de realizar seguimiento.	X				
<b>DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL</b>								
2	El Plan de Desarrollo no fue difundido a la comunidad de una manera clara, con una estrategia comunicativa y un plan de trabajo con recursos humanos y logísticos suficientes y un sistema de seguimiento y monitoreo a las actividades de difusión.	La preparación y construcción del plan de desarrollo 2008 - 2011 se inicio en el mes de febrero de 2008, con un periodo de transición en el mes de abril por el cambio de representante legal, razón por la cual se genero un proceso de revisión de los objetivos del plan, para la construcción del mismo, habiéndose concluido en el mes de Julio.	La observación queda en firme pues no se presentaron evidencias al respecto, para lo cual a través del plan de mejoramiento se evaluará la continua difusión del Plan de Desarrollo y sus planes de acción con la comunidad.	X				
3	Al término de esa vigencia 2007, algunas de las actividades del plan de acción tendientes a cumplir con los objetivos para subsanar los problemas encontrados, no se habían ejecutado o se encontraban ejecutadas parcialmente; tales como que no se logró la meta de sensibilizar a todo el personal con la cultura de costos; el plan de mercadeo institucional avanzó en 75% con respecto a la definición de anuncios, publicidad,	Las actividades evidenciadas en el 2007 provienen de el plan de desarrollo 2005 – 2006, un plan sobredimensionado, sin financiación, y para ejecutar en un periodo corto de un año, motivo por el cual la culminación de las acciones van hasta el 2008.	Se verificará a través de Plan de Mejoramiento el trámite dado a cada una de las metas que no se ejecutaron y/o los cambios realizados en cada una de ellas.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	promoción y estrategias para la demanda inducida; la actividad de evaluar el clima organizacional e implementar planes de mejoramiento alcanzó un porcentaje de avance del 75%.							
4	De igual forma no se logró elaborar y aplicar el proceso de contratación conforme a los requerimientos legales y de certificación; no se aplicaron las encuestas de satisfacción al personal requerido (cliente interno), con el fin de mejorar el clima organizacional; no se obtuvo el resultado de la aplicación de las encuestas de cultura y clima organizacional y el avance del Proceso de atención alcanzó un 95%: se presentan porcentajes de avance bajos en cuanto a: cuantificar los tiempos de espera, 60% y verificar la puntualidad en el inicio de actividades con 70%.	Como se demostró con evidencias a los auditores de la Contraloría, en la empresa se inició en el año 2005 - 2006 la medición del clima organizacional, mediante procedimientos y herramientas técnicas con profesionales externos; con la competencia para ello, midiéndose las siguientes variables de clima: condiciones físicas del ambiente de trabajo, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, comunicación, reconocimiento en el trabajo y compromiso, percepción del comité de gerencia,	Se acepta la respuesta para el punto de clima organizacional, queda en firme la no aplicación del proceso de contratación y el avance en el proceso de atención.	X				
5	Para las vigencias 2008-2011 no se construyó el Plan Plurianual de Inversiones y su correspondiente Plan Operativo Anual de Inversiones, por lo tanto no existe coherencia entre las actividades a desarrollar de acuerdo al Plan Operativo del Hospital y la ejecución del Presupuesto del Hospital.	En la vigencia 2008 se construyó el plan bienal de inversiones requerimiento del ente territorial por un valor de 1,700 millones al iniciar la vigencia y fue ajustado en septiembre del 2008 cuando fueron aprobados los 6500 millones para el proceso de remodelación y reforzamiento estructural del Hospital	La respuesta no desvirtúa la observación, el hospital debe construir los planes de inversiones para la correcta ejecución de su Plan de desarrollo.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
6	Al término de la vigencia 2008, algunas de las actividades tendientes a subsanar las debilidades encontradas, que debieron ser ejecutadas y aplicadas no se han desarrollado. Estas son: no se encuentra estructurado el concepto y las funciones del área de mercadeo, como tampoco responsable del proceso; a diciembre de 2008 las actividades que llevaban a lograr el desarrollo del portafolio de servicios orientado por procesos misionales debían estar ejecutadas en 100%, pero solo se ha logrado revisar la oferta de servicios por procesos misionales y realizar los procedimientos de cada proceso, la actualización del portafolio de servicios ha avanzado en un 70%, su presentación en un 50%. De igual manera, no se han revaluado los convenios docente asistenciales y no se han definido las directrices y políticas institucionales de regulación de los convenios docente asistenciales y su seguimiento; no se ha avanzado en la re implementación del sistema de información de costos y estudios del plan de mercado, a fin de establecer criterios de negociación de la oferta de servicios basados en los costos y precios del mercado; no se cuenta con una herramienta sistematizada que permita medir la eficacia del clima organizacional, con base en una herramienta que permitiera identificar las necesidades del cliente interno de la institución.	Al finalizar la vigencia 2008, el plan estratégico en su plan de acción tiene una madurez de 4 meses, cuando su vigencia es a 4 años, no se puede pretender avanzar en el desarrollo de componentes tan importantes que reorientaran la función de prestar servicios en tan poco tiempo, los avances son lógicos y coherentes en su medición de eficacia y están todos articulados, el área de mercadeo y su responsable y las funciones nace cuando se aprueba la nueva estructura organizacional, en el hospital reposan los elementos de gestión que fueron solicitados por el proceso auditor, el portafolio fue orientado de clínicas a procesos.	Se acepta la respuesta únicamente para la actualización del portafolio de servicios, por cuanto no se presenta evidencia de su presentación. Tampoco se remitió la estructura y las funciones del área de mercadeo. Con respecto a las demás metas, la respuesta no se acepta, por cuanto en el plan de acción para ejecutar durante los primeros cuatro meses fueron claras y propuestas por los funcionarios de la entidad, las cuales debieron tener un grado de avance significativo. Por lo tanto se realizará la evaluación en Plan de Mejoramiento.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
7	A pesar de que el hospital cuenta con soportes de reuniones realizadas a través del Comité Técnico, se encontraron debilidades en cuanto al mantenimiento de un Direccionamiento Estratégico claro que ejerciera liderazgo en todos los niveles y propendiera por el trabajo en equipo, articulando las diferentes actividades y promoviendo el proceso permanente de mejoramiento continuo.	El direccionamiento estratégico de la organización se reorienta con el análisis de los 80 indicadores institucionales implementados y socializados desde el año 2006, dichos indicadores son analizados en los comités técnicos realizados cada mes, los resultados asistenciales se evalúan frente a la matriz de Boston y los administrativos incluyendo los financieros que nutren el ciclo PHVA de la Empresa.	El Direccionamiento de la entidad no solo depende de la aplicación y seguimiento de los indicadores, de igual forma el hecho de obtener una certificación no quiere decir que el Direccionamiento sea claro y que exista trabajo en equipo. Las evidencias en cuanto a desconocimiento de aplicación de procedimientos, del concepto de calidad y de sistema de control interno, por parte de algunos funcionarios, demuestra que existen debilidades para trabajar en equipo y que se debe propender por mejorar en este aspecto.	X				
8	los planes de acción cuentan con indicadores que expresan el cumplimiento de las metas, sin embargo, no se cuenta con otros indicadores institucionales de eficiencia, eficacia y efectividad,	El plan de acción del plan estratégico se evaluó a un periodo de 4 meses con una meta y un logro alcanzado generando una medición de eficacia	A través de plan de mejoramiento se verificará la aplicación de indicadores de acuerdo a	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	diseñados de acuerdo a las necesidades de evaluación que se requiera, en cada uno de los procesos.	en el periodo, que es el resultado de la eficiencia y efectividad, el plan de acción mide la eficacia de la acción, el hospital en todos sus procesos administra 80 indicadores generales y específicos incluyendo los de calidad que miden la gestión específica de cada proceso.	la acreditación que se esta iniciando en el Hospital					
9	Lo anterior asociado a la evaluación financiera, explica en gran medida, el hecho de que el Hospital presente las debilidades ya mencionadas, aunado al bajo rendimiento de la aplicación de las funciones y responsabilidades propias tanto de la Oficina de Control Interno, como de la Oficina de Planeación. La primera con relación a sus actividades propias de asesoría, y la segunda con respecto a que la planeación no ha sido asumida como una responsabilidad corporativa, en su ejecución y principalmente en su evaluación, debido a que ésta se ha enfocado a mostrar los datos de cumplimiento pero no se ha profundizado sobre las causas que han incidido para que las metas no se cumplan o se cumplan parcialmente, lo cual no ha hecho posible el redireccionamiento de estrategias y recursos cuando se encuentren desviaciones frente a las metas inicialmente planteadas	EL hallazgo con referencia al rol que debe asumir la oficina de planeación difiere del concepto técnico de la academia, planeación, "no ejecuta" mide las acciones, evalúa los procesos a través de sus indicadores específicos y generales y reorienta las acciones PHVA en busca de la efectividad, es la única de manera de evaluar. El Plan estratégico 2008 - 2009 su primera evaluación del plan de acción septiembre – diciembre, genero una calificación promedio de sus acciones del 72,2%, valor que reorientara las acciones del primer periodo 2009. Los indicadores y la evaluación fueron reportados a SIRCVALLE.	Queda en firme por cuanto el área de planeación del Hospital debe asumir sus responsabilidades de acuerdo a la normatividad vigente y máxime por la función constitucional y legal del Hospital. No se puede asumir una calificación al plan de acción como la función de de esta oficina. De igual manera la Oficina de Control Interno no ha ejercido sus funciones de acuerdo al a normatividad vigente	X				
10	La Junta Directiva no dio cumplimiento de las	El hallazgo es supremamente ambiguo	El hallazgo queda en firme	X	X			



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>funciones que por normatividad le competen, infringiendo normas nacionales e internas de obligatorio cumplimiento, expedidas para reglamentar el normal funcionamiento de las ESE, (Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007; Decretos Ley 344 de 2003, 1876 de 1994, 536 de 2004, 1892 de 1994 y el Acuerdo 011 de junio 6 de 1997) actuando con negligencia y omisión; situación que no les ha permitido avanzar en el conocimiento del Hospital a partir de su planeación, logros, limitantes, posibilidades de desarrollo y supervivencia a fin de tomar decisiones de manera acertada coadyuvando en la consecución de los objetivos propuestos en sus planes de desarrollo. Las principales actividades que no se evidenciaron están relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Discusión y aprobación tanto del Plan de - Desarrollo así como los Planes Operativos Anuales</li> <li>-Aprobación y discusión de los Manuales de Procesos y Procedimientos</li> <li>-Análisis de los Informes Financieros y los informes de ejecución Presupuestal presentados por el Gerente con emisión del concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.</li> <li>-Supervisión del cumplimiento de los planes y programas definidos para el Hospital</li> <li>-Diseño de la política, de conformidad con las</li> </ul>	<p>y violatorio al derecho de defensa pues en ninguna parte se establece con claridad y precisión que norma o función incumplió y con base en que situación concreta, ya que las funciones de la Junta son muchas y de diversa índole. En el hallazgo se realiza una apreciación totalmente subjetiva ya que no indican con claridad qué funciones fueron las que dejaron de cumplir o cumplió parcialmente.</p>	<p>y es de carácter disciplinario por cuanto no se aportaron las evidencias de las funciones realizadas.</p>					



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>disposiciones legales, para la suscripción de los Contratos de Integración Docente asistencial por el Gerente del Hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cierre del área de Urgencias los fines de semana, como tema importante que impacta la salud de la comunidad que se atiende, por ser zona de alto riesgo</li> <li>-Revisión, modificación y/o actualización de los Estatutos del Hospital</li> <li>-Modificación del Régimen Administración de Personal</li> <li>-Convocatoria para la elección del Gerente del Hospital durante dos periodos consecutivos.</li> </ul>							
11	<p>Se aprobó una nueva Organización interna, mediante el Acuerdo No.007<sup>a</sup> del 15 de Julio de 2008 y firmada el 17 de septiembre de 2008, la cual no guarda coherencia con su planta de personal y el Manual Especifico de Funciones,</p>	<p>Con referencia a este hallazgo la Contraloría compara el nuevo Organigrama de la Empresa con el Plan de Cargos y el Manual de Funciones ...</p>	<p>Se realizara seguimiento a través del plan de mejoramiento</p>	X				
12	<p>Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos de Ley y los consagrados en el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales del Hospital, tanto del personal de planta como del personal contratado por Cooperativas, se determinó que existe personal que desempeña cargos que no cumplen con los requisitos de estudio y experiencia allí descritos, situación que además de incumplir la norma afecta el normal</p>	<p>Es importante tener en cuenta ante todo que debería decirse con claridad y precisión qué cargos o contratistas (cooperados o asociados) no cumplen con el perfil puesto que como se encuentra plasmado el hallazgo es violatorio del legítimo derecho a la defensa. Recuérdese que tiene que haber una expresión objetiva y clara</p>	<p>La observación queda en firme, por cuanto si se están describiendo las hojas de vida que otorgan la evidencia del hallazgo. Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	desarrollo de las funciones de cada cargo.	para poder obtener una respuesta igual.	acciones tomadas					
	La Hoja de Vida del señor Raúl Mauricio Tróchez Morales Auxiliar del área de salud adscrito al Área de Facturación, no cuenta con la formación en sistemas (Cursos mínimo de 80 horas), como lo especifica en el artículo VI. Requisitos de Estudio y Experiencia.	En el caso del señor Raúl Mauricio Tróchez, en el momento en que se hizo la vinculación o nombramiento estaba cumpliendo con la norma existente al momento, con lo cual cumplía con el perfil y los requisitos requeridos;	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				
	No se evidenció en la Hoja de Vida del señor William Aníbal Camacho Moreno Auxiliar del área de salud adscrito al área de urgencias el diploma que lo acredite como Bachiller de conformidad con los requisitos del artículo VI. Requisitos de Estudio y Experiencia, literal VI a.	En lo referente al señor William Aníbal Camacho, para el cargo de Auxiliar de Enfermería, hoy Auxiliar Área Salud, en el requisito establecido en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales se establece que debe tener el diploma de Auxiliar de Enfermería y la Resolución de aprobación de la Secretaría de Salud correspondiente, requisitos con los cuales cumple el señor Camacho.	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				
	No se evidenció en la Hoja de Vida del Dr. Oscar Eduardo García Ledesma con el cargo de Profesional S.O.S asignado al área de urgencias la existencia de los diplomas de Bachiller y profesional en el área de la medicina.	En relación con el doctor Oscar Eduardo García, lo estipulado en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales es título de formación universitaria en Medicina, <b>requisito con el cual cumple</b> el doctor García. En cuanto al diploma como Bachiller, no se ve la necesidad	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		de exigirlo toda vez que está cumpliendo con el de profesional y en la Universidad para ingresar a los estudios superiores debió acreditar dicho diploma.						
	La Hoja de Vida de la Señora Adriana Patricia Bazán no cuenta con el título de Técnico en contabilidad y costos, el cual es requerido de conformidad con el artículo VI Requisitos de Estudio y Experiencia, para el desarrollo de sus funciones como Técnico Administrativo del área Financiera.	En la Hoja de vida de la funcionaria Adriana Patricia Bazán existe un certificado de CENTRA, donde se establece que es un Técnico en Estadísticas en Salud y en ese cargo fue nombrada...	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				
	La Hoja de Vida del señor Alvaro García Rodríguez no cuenta con la certificación de aprobación del cuarto año de educación, como tampoco la copia de su libreta militar la cual debe de ser de primera clase, es de aclarar que en el diligenciamiento de formato único de hoja de vida se manifiesta que su libreta militar es de segunda clase, según folio (000009), documentos requeridos según el artículo VI REQUISITOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA, EN SU LITERAL VI, que mediante la Resolución No. 054 de 1988 del 20 de septiembre de 1988, el señor Alvaro García R. se es nombrado en la institución como OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES, situación que no presenta coherencia, con el cargo que desempeña actualmente en la planta de cargos, toda vez que	En el caso del señor Álvaro García, se requiere tener en cuenta que en su momento se le suministró la información a la Contraloría sobre los requisitos para un trabajador oficial, el cual como Operario de Servicios Generales sólo requería tener quinto de primaria, requisito con el que cumplió en su momento y la <b>Administración no puede ni debe exigir requisitos adicionales</b> , ya que iría en flagrante violación con las normas. Funcionalmente se pasó como Celador y posteriormente por la contratación en tercería de la Celaduría del hospital, se ubicó al	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	revisada su hoja de vida no se evidenció acto administrativo por el cual se nombrara en dicho cargo, situación que no dejaría en claro la liquidación de vacaciones como se evidencia en la resolución No. 616 del 19 de Junio de 2001, (folio 000073) con el cargo de Celador y en la resolución No. 311 del 27 de Mayo de 2003, (folio 000098) con el cargo de Operario de Servicios Generales.	señor García en el área de Estadística, evitando así una desmejora a su cargo y ha recibido reforzamiento en los temas que requiere para el desempeño cabal de sus funciones.						
	Se evidenció en la hoja de vida de la señora Jenny Lorena Gómez Vallejo la no existencia del título de formación universitaria en medicina y especialización en auditoria medica, requisitos consagrados en el artículo VI Requisitos de Estudios y Experiencia, para el desarrollo del cargo como Auditor Medico dentro del Manual Especifico de Funciones y Competencias Laboral, acreditando su formación profesional como Contador Público y seminarios como Auditoria y Gestión en las Entidades Financieras. Denotando de esta manera falencia frente al Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales.	En lo atinente a la Hoja de vida de la señora Jenny Lorena Gámez Vallejo, se debe tener en cuenta que se venía desempeñando en la Institución como Profesional Auditora de Cuentas (administrativa) y reposa en su Hoja de vida el diploma como Contadora Pública y formación en auditoria y gestión en las entidades financieras. Es pertinente aclarar que suponemos que se trate de esta persona ya que en el hospital no existe ninguna persona que se llame Jenny Lorena Gómez Vallejo.	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				
	La hoja de vida del Dr. Fernando Martínez Gaviria, no contiene la acreditación del título profesional en el área de Economía, Administración de Empresas o Ingeniería Industrial, para el desarrollo del cargo de Profesional Universitario en el área de Servicio	En la Cooperativa del asociado reposan todos los documentos que lo acreditan como competente para desempeñar el cargo, en la Oficina del Talento Humano reposan Copias de	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	al Cliente, como tampoco el certificado de antecedentes disciplinarios, declaración juramentada de bienes, formato único de hoja de vida, carnet de afiliación al sistema de seguridad social (salud, pensión y riesgos).	los documentos requisitos para laboral en la Institución.						
	En la hoja de vida de la señora María Fernanda Narváez Alegría, no se evidenció la acreditación de cursos en sistemas, los cuales se requieren con fundamento en los en el artículo VI Requisitos de Estudios y Experiencias, del Manual Especifico de Funciones y Competencias.	La prestadora del servicio tiene los conocimientos en sistemas que se requieren para desempeñar su cargo como cajera, y se evidencia competencia por el jefe del área.	Queda en firme y se realiza seguimiento a través de plan de mejoramiento de las acciones tomadas	X				
13	El Hospital no cuenta con una política clara para el desarrollo del Talento Humano, que involucre el entrenamiento y capacitación (inducción y reinducción) al personal tanto administrativo como asistencial, así como un plan de incentivos, situación que afecta el cumplimiento de las funciones asignadas a cada uno de los cargos, y no propende por el mejoramiento del Clima Organizacional.	Existe un Manual de Procesos y Procedimientos, herramienta de obligatorio cumplimiento para las auditorias del proceso de Calidad y Certificación donde existe el Plan de Formación, que se obtiene como resultado de las evaluaciones periódicas en lo técnico, Calidad, Salud Ocupacional y Habilidades demostradas.	Cuando se habla de una política clara, no solamente se hace alusión a tener un procedimiento documentado, sino a realizar las actividades que de él se deriven, Se realizará seguimiento de su cumplimiento	X				
14	Lo anterior se fundamenta, además, en que a través del Plan de Acción, se pretendía disponer de una estrategia para el fortalecimiento del clima organizacional de la ESE. A diciembre de 2008, se evidenció que las actividades tendientes a obtener el resultado y que estaban programadas para esa fecha, no alcanzan el 10% de ejecución, tales	En lo que tiene que ver con la aplicación de una herramienta que permita identificar las necesidades sentidas de los funcionarios y prestadores de servicios de la Empresa, diferimos de lo manifestado en este hallazgo ya que dicha	No se aportaron las evidencias del cumplimiento de estas actividades, por lo tanto queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	como: aplicar una herramienta que permita identificar las necesidades (recreación, arte, deporte, salud, familia, vivienda, educación) del cliente interno del Hospital, elaborar un Proyecto de bienestar social acorde con las necesidades identificadas e implementar la herramienta de evaluación y seguimiento que permita identificar la eficacia del proyecto.	herramienta sí se aplicó y fue entregada a 369 prestadores de servicios de la institución,...						
15	No se identificó la percepción de los funcionarios sobre el clima organizacional de la entidad, no se complementó con los responsables del programa de bienestar, incentivos y salud ocupacional, las alternativas de de mejoramiento del clima organizacional, de acuerdo a los resultados de percepción obtenidos. Esta actividad está directamente relacionada con la oferta de bienestar social, actividad que tampoco fue desarrollada a la fecha.	El programa de Bienestar Social en la Institución se viene desarrollando a través del Comité de Bienestar Social, lo cual se demuestra con las Actas que existen. Igual sucede con el Programa de Salud Ocupacional. También se le está dando desarrollo al programa de Bienestar Social y el Plan de incentivos se viene desarrollando por medio del Comité de Bienestar Social, como aparece en las Actas de dicho comité.	Queda en firme para seguimiento a través del plan de mejoramiento. No se aportaron las evidencias	X				
16	El Hospital no cuenta con un estudio técnico que le permita identificar de manera clara y real el costo beneficio de la contratación con las Cooperativas, que tenga en cuenta los requisitos y perfiles de los cargos, la ubicación, reubicación y promoción del personal; de acuerdo a la rentabilidad económica de cada uno de los servicios que presta. Lo anterior fundamentando en que para el 2008 el	La modalidad de contratar por cooperativas hace parte del modelo estándar de contratación de las ESES, como el instrumento más viable para satisfacer las necesidades de RH Médico y operativo, sin violar la igualdad de derechos se cuenta con los siguientes componentes que se	La observación queda en firme por cuanto las afirmaciones no se basan en un estudio objetivo al respecto de esta contratación. Por lo tanto se realizará seguimiento a través del Plan de	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	porcentaje que los gastos de personal representaban el 40,5% de los gastos de funcionamiento del Hospital, y el porcentaje que ocupa que el factor prestacional del personal asistencial de planta que ascendía al 90.49% en el 2007 y 91.51% en el 2008, con una diferencia mínima comparada con el factor prestacional del personal asistencial contratista que contaba con un promedio de 81%.	ajustan a proceso operativo de las ESES. -Disminución de los costos de mano de obra, el factor prestacional del personal nombrado es del 65% el cooperado 45%. -Al tener personal cooperado, facilita que cuando los ingresos se disminuyan producto de la aplicación de la norma ley 1122 contratación con vinculados, subsidiado, SOAT...	Mejoramiento					
17	El hospital no cuenta con un Sistema Integrado de información que le permita agilizar los procesos propios de cada una de las áreas, con controles que mejoren la calidad de la información. Se cuenta con aplicativos aislados, a los cuales no se les realiza un seguimiento permanente, a fin de mejorarlos continuamente de acuerdo a las necesidades de cada uno de los usuarios.	No se objetó esta observación	Se realiza seguimiento a través del Plan de Mejoramiento					



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
18	En desarrollo del proceso auditor no se evidenció una cultura clara del autocontrol y se encontraron deficiencias en el mantenimiento del Sistema de Calidad, debido principalmente a la falta de trabajo en equipo, como factor determinante de la Cultura de Calidad, por cuanto su construcción necesita del compromiso y el ejemplo claro de la alta dirección que garantice el éxito de su implementación y el cumplimiento de objetivos y metas previamente definidos. Lo que implica que una política de la alta dirección sea controlar y monitorear la calidad de la gestión en salud para el usuario.	El Hospital lleva trabajando en el Sistema de Calidad desde el 2004 lo que ha implicado un desarrollar actividades que faciliten el cambio cultural en una entidad pública con todas las connotaciones sociales, culturales, económicas y encuadrada en un marco político de difícil contexto y sin embargo al día de hoy contamos con un avance del 86.55% de eficacia de indicadores que dan respuesta a lograr los estándares mínimos de calidad en cuanto a: 1. Fortalecimiento de competencias de empleados y cooperados: revisión y reforzamiento de la inducción general y específica, evaluación de competencias anuales, reforzamiento de las debilidades demostradas con talleres...	El fundamento de la respuesta no aclara la observación presentada y es claro para el equipo auditor las debilidades presentadas en este aspecto que serán evaluadas a través del plan de mejoramiento	X				
19	Los procesos y procedimientos se encuentran desactualizados. En el área asistencial, los procedimientos no han sido objeto de revisión y actualización y en el área operativa, además de no haber sido objeto de revisión, otros no se han desarrollado tales como: contratación de oferta, contratación de servicios de salud, así como los procedimientos del área financiera. Presentándose	Que se ha trabajado: 1.Lo acordado en política de calidad es que la actualización de los manuales de procesos y procedimientos se realiza cada 3 años o en cualquier momento según cambio de normas cada. Se encuentra ya en revisión de los diseñados en el año 2005...	Queda en firme para evaluar a través de plan de mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	además, que algunos de los funcionarios no estén apropiados de los procedimientos que aplican en cada uno de sus procesos, situación que afecta el normal desarrollo de los mismos y la gestión del Hospital.							
20	La oficina de Control Interno continua presentando deficiencias en su estructura administrativa, pues en el 2008, contaba con dos (2) funcionarios contratados, (1) profesional universitario y una (1) secretaria, incumpliendo con lo preceptuado en la Ley 80 de 1993, en cuanto al equipo multidisciplinario con el cual deben contar estas Oficinas. De igual manera, la operatividad del Sistema de Calidad se encuentra bajo la responsabilidad de dos (2) funcionarias, adscritas en la nueva estructura a la Unidad de Planeación, situación que afecta también el mantenimiento del Sistema.	La actual administración separo las dos actividades de control de calidad y gestión. En calidad con el apoyo de una funcionaria de medio tiempo se viene llevando acabo las políticas de calidad para enfrentar la auditoria de ICONTEC y lograr la recertificación de la entidad .En la oficina de control interno la entidad para el 2009 y comenzar a hacer planes de auditorias y seguimientos sobre la implementación del MECI la administración reforzó esta gestión con un funcionario de tiempo completo. No es la planta ideal para ejercer una buena labor pero en la medida que la institución mejore económicamente los resultados serán más ambiciosos y una mayor cobertura en sus programas.	Queda en firme para evaluar a través de plan de mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
21	Las evaluaciones realizadas a la planeación de la entidad, por parte de la Oficina de Control Interno, no fueron evidenciadas, así como las evaluaciones a la definición de los niveles de autoridad y responsabilidad y que todas las acciones desarrolladas por la entidad se enmarcaran dentro de este contexto; evaluación de los procesos misionales y de apoyo, adoptados y utilizados por el Hospital, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y resultados comunes e inherentes a la misión institucional.	En cuanto a la revisión de la planeación para el año 2007 encontramos que los seguimientos fueron realizados según los informes de marzo 28 de 2007 C.INT 298-2007 y C.INT 340 de octubre 23 de 2007 emitidos por la firma encargada de Control Interno, ASECON E.U. Debe recordarse que no hay normatividad que determine que el seguimiento debe hacerse con una determinada periodicidad.	El hecho de recibir la certificación no garantiza que las actividades que están documentadas se lleven a cabo, precisamente para ello se está implementando la Acreditación de los Hospitales, para que no solo sea el papel el que contengas las actividades a desarrollar sino que éstas se ejecuten de una manera eficiente	X				
22	De igual manera, no se evidenció la asesoría y acompañamiento a las dependencias del Hospital, principalmente en las áreas que prestan el servicio a los usuarios; con respecto a la definición y establecimiento de mecanismos de control en los procesos y procedimientos, para garantizar la adecuada protección de los recursos, la eficacia y eficiencia en las actividades, la oportunidad y confiabilidad de la información y sus registros y el cumplimiento de las funciones y objetivos institucionales.	La oficina de Control Interno no cuenta como se dijo anteriormente con suficiente personal, para llevar a cabo todos los programas de seguimiento y verificaciones, pero al caso concreto de atención al usuario y debido a los continuos cambios y rotación de personal que causaron traumatismos en el proceso recibieron el apoyo y acompañamiento continuo de Control Interno, calidad y planeación...	Se realizará seguimiento a través del Plan de Mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
23	<p>En cuanto al Modelo Estándar de Control Interno:</p> <p>Se evidenció que la Entidad no cuenta con un plan de incentivos documentado, no se cuenta con un plan de inducción y reinducción, productos que hacen parte para la conformación del elemento Desarrollo del Talento Humano.</p> <p>El acto Administrativo de la Conformación del Equipo MECI, no fue evidenciado, producto que se requiere para la conformación del elemento Estilo de Dirección.</p> <p>Se identificaron los Riesgos por Procesos, que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad y se cuenta con un Plan de Acción al respecto, pero frente a su análisis, no se evidenció: La probabilidad de ocurrencia, análisis de impacto y evaluación de los riesgos frente al proceso, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Análisis del Riesgo.</p> <p>Controles para prevenir la ocurrencia de los riesgos, como tampoco la evaluación de los controles para los riesgos, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Valoración del Riesgo.</p> <p>En cuanto a las Políticas de Administración de Riesgos, éstas no pueden ser tomadas como el Plan de Acción con que se cuenta, debido a que en éste no se fijan los lineamientos sobre la</p>	<p>El Hospital si viene dando cumplimiento a Ley 594 desde el año 2005 donde se viene estructurando todo el proceso, desde la capacitación a los clientes internos como su socialización, igualmente se comenzó ha mejorar todo lo dispuesto en la norma desde el inventario documental hasta su valoración. Igualmente se establecieron las tablas de retención como se pueden observar en la herramienta automatizada que el hospital adquirió denominada Gestión Documental, la que contiene todo lo referente a la Ley 594 y el Decreto 060 sobre ventanilla única que si esta implementada y establecida al ingreso de la Institución,</p> <p>Donde hay un funcionario recibiendo la correspondencia que ingresa al Empresa. Anexo documentos donde se evidencia lo concerniente a la implementación de la Ley 594 de 2000 e igualmente existe un manual de gestión documenta que adopto la institución en el año 2006 como guía de manejo de todo el proceso de</p>	<p>Se verificarán las acciones adelantadas en cuento a este Modelo a través del Plan de mejoramiento</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>calificación de los riesgos, como tampoco la forma la administrarlos y la protección de los recursos. Se evidenció que los procesos no tienen construida la política de operación salvo los procesos de Contratación de Demanda y Hospitalización y Cirugía, motivo por el cual tampoco existe la divulgación de las mismas, productos que hacen parte para la conformación del elemento de Políticas de Operación.</p> <p>La Entidad no le dio cumplimiento a la Ley 594 de 2000 en la implementación y funcionamiento de las tablas de retención documental, productos que se requieren para la conformación del elemento de Información Secundaria.</p> <p>De igual manera, no se evidenció la implementación y funcionamiento de la ventanilla única para la información interna, la Entidad a la fecha no tiene en funcionamiento las tablas de retención documental.</p> <p>No se cuenta con un manejo organizado y/o sistematizado de los recursos físicos, humanos financieros y tecnológicos.</p> <p>Componente de Comunicación Pública No se evidencia en proceso de comunicación pública la existencia las políticas de comunicación institucional definida, entre los responsables de los procesos, los ciudadanos y grupos interesados, productos que hacen parte para la conformación de</p>	<p>Gestión Documental. En proceso de reforma se encuentran las tablas de retención documental ya que en el 2do. Semestre de 2008, se modifico la estructura organizacional de la empresa por lo tanto hay que modificar la codificación de los centros de costos en las tablas de retención, para que hay congruencia con la estructura organizacional actual.</p> <p>ANEXAR MANUAL DEL USUARIO SOFTWARE GD</p>						



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>los elemento de Comunicación Organizacional y Comunicación Informativa.</p> <p>No se evidencian las herramientas ni las actividades de sensibilización dirigidas a los funcionarios para el manejo de la autoevaluación del control, y la autoevaluación de la gestión productos que se requieren para la conformación del los elementos de Autoevaluación del Control y Autoevaluación de la Gestión.</p> <p>En la vigencia 2007 se presentó un plan de mejoramiento resultado de la auditoria interna de calidad y su correspondiente seguimiento. No se evidenció Plan de Mejoramiento a la auditoría de gestión porque ésta no fue realizada.</p>							
	<b>SALUD PUBLICA</b>							
24	<p>Las actividades de Promoción y Prevención están adscritas al Área de Ambulatorios, las cuales se realizan con personal contratado, con una (1) auxiliar de enfermería y dos (2) psicólogas, situación que no esta de acuerdo a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública, que refiere que si la institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud, ó Si la institución ofrece solamente la</p>	<p>La misión del Hospital es la de prestar servicios de II Nivel, nuestra fortaleza es el proceso Quirúrgico y Hospitalización los servicios de promoción y prevención se prestan como servicios conexos ha Medicina Interna y Gineco-Obstetricia para garantizar la integralidad, Son Servicios que están bajo la responsabilidad del Nivel I</p>	<p>Independiente de las fortalezas del hospital, éste cuenta con el servicio de P y P que debe cumplir con la normatividad al respecto en cuanto a personal así como conocer claramente la población a atender y contar con una política clara en este aspecto. A través de plan de</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia. Para la realización de las anteriores actividades se deberá contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines.		mejoramiento se verificaran las acciones adelantadas					
25	De igual manera, el hospital no conoce claramente la población a atender y el comportamiento de las enfermedades de dicha población. Además, no cuenta una Política clara con base en estrategias definidas y un plan de acción para la realización de las diferentes actividades de la promoción de la salud y la calidad de vida, donde se identifiquen: Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en la población a su cargo; Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud; Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable; Promoción de la salud mental con énfasis en el	El 98% de los usuarios que consultan al Hospital provienen del Municipio de Santiago de Cali; de ellos el 62% tiene como sitio de residencia las comunas 18, 20 y el corregimiento de la Buitrera (zona de Ladera), el 11.2% de la comuna 13, 14 y 15 (zona del distrito de Agua Blanca), el 7.6% proviene de las comunas 10, 11 y 16 y finalmente el 19% de los usuarios provienen de las otras comunas de la ciudad. Fuente Base de Datos R=fast HMCR. Teniendo en cuenta como área de influencia aquella zona de la ciudad de donde provienen entre el 70% y 80% de sus usuarios, en el año 2008 se evidencio un aumento en la zona de	Independiente de las fortalezas del hospital, éste cuenta con el servicio de Py P que debe cumplir con la normatividad al respecto en cuanto a personal así como conocer claramente la población a atender y contar con una política clara en este aspecto. A través de plan de mejoramiento se verificaran las acciones adelantadas	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>ámbito intrafamiliar;                      Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud;                      Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.                      Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;                      Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;                      Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.                      Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias                      Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios</p>	<p>influencia, pues solo el 38% de los usuarios proviene de la comuna 18, mientras el 14.6% proviene del corregimiento de la Buitrera...</p>						
26	<p>Esta institución no se ha inscrito como generador de residuos peligroso ante la autoridad ambiental, incumpliendo con el decreto 4741 del 2005, como tampoco ha presentado la declaratoria ambiental ante el DAGMA.</p>	<p>Mediante oficio fechado 9 de febrero de 2009 y enviado al Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente se realizó la solicitud pertinente, sin obtener respuesta hasta la fecha.</p>	<p>Se envió el oficio pero hasta la fecha no se ha dado respuesta por lo tanto el hallazgo queda en firme.</p>	X				
27	<p>No se observó el permiso de vertimientos por</p>	<p>Se envió oficio el 24 de noviembre de</p>	<p>La respuesta confirma la</p>	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	parte del Hospital Mario Correa Rengifo, ni el permiso ambiental de la empresa Emas para la incineración de los residuos hospitalarios, incumpléndose con la Res. 1164 de 2002.	2008, solicitando toda la papelería correspondiente a EMAS, sin obtener respuesta....	observación ya que se envió el oficio pero no se tiene respuesta por lo tanto el hallazgo queda en firme.					
28	En lo referente a la contratación con la empresa encargada del transporte de los residuos peligrosos, no se es claro el porque a la fecha este hospital sigue contratando con Emsirva, quien a su vez subcontrata con la empresa Emas por cuanto la primera no tiene permiso de la autoridad para el manejo de este tipo de residuos	No existe en el Valle del Cauca una empresa integral para la recolección, tratamiento y disposición final de todo tipo de residuos; por tanto la empresa recolectora en la institución subcontrata con otras empresas.	La respuesta no desvirtúa la observación	X				
29	Referente a la implementación de lo prescrito en el PGIRH se evidencio que en algunas de las áreas se utilizan recipientes que no se encuentran en buen estado, la separación en la fuente es regular y no se marcan las bolsas por área generadora, lo que dificulta la caracterización de dichos residuos.	Es pertinente aclarar que cuando se realizó el recorrido con el Ing. Sanitario de la Contraloría, lo manifestado por él fue "que era una de las pocas instituciones que estaba dando un adecuado manejo a los residuos"...	La respuesta confirma la observación ya que nos dice que a la fecha no se han comprado recipientes.	X				
30	En el Plan de Acción y Ejecución Presupuestal de Gastos de la institución no se enmarcan actividades de ingerencia ambiental, los gastos ejecutados afectan el rubro mantenimiento hospitalario.	El hospital ejecuta gastos del componente ambiental, muchos enmarcados dentro del requerimiento del Mapa de Riesgos...	La respuesta no desvirtúa la observación por lo tanto queda en firme.	X				
31	No se evidencia (socialización del PGIRH), al componente externo, es decir la población que llega para atención médica hospitalaria.	Atemperándonos en lo establecido en el manual de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y	La respuesta me confirma la observación, por lo tanto el hallazgo queda en	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		similares suscrito por el ministerio de protección social, refiere la capacitación, inducción y reinducción para el componente interno, es decir cliente interno, mas no en el componente externo, se podría manejar en el plan de mejoramiento a través distribución de boletines informativos a la población que llega para atención medica hospitalaria.	firmes.					
	<b>PRESTACION DE SERVICIOS</b>							
32	<p>Las encuestas de satisfacción del mes de diciembre de 2008, dieron los siguientes resultados sobre los cuales debe trabajar el Hospital, haciendo énfasis en</p> <p>Se alcanzó un consolidado de 91% para el mes de diciembre, teniendo como resultado que en todos los servicios la variable más afectada fue la de Comunicación:</p> <p>En Ambulatorios, el 19,3% de las personas encuestadas opinan que el medico no les ofreció recomendaciones después de la consulta; el 29,6% opinan que las auxiliares no les explicaron las formulas y el 17,4% opinan que la atención es demorada.</p> <p>En Hospitalización, el 22% de las personas encuestadas no recibió explicaciones claras sobre su salud y el 32,5 no recibió recomendaciones para</p>	<p>En urgencias se han hecho comunicados, socializaciones para mejorar la oportunidad en la atención y la comunicación, en ayudas diagnosticas se diseño un folleto sobre instrucciones para la toma de exámenes, en servicios ambulatorios se han hecho comunicados, charlas educativas y sistema de citas por bloques. En ayudas diagnosticas se elabora un comunicado que se entrega a los usuarios de manera personalizada sobre instrucciones previas en la toma de exámenes; Servicios Ambulatorios se han dictado charlas educativas y se han modificado agendas por medio de citas</p>	<p>Queda en firme para verificar a través del plan de mejoramiento</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>realizar su tratamiento y el 32% opina que la formula no fue clara y/o no se la explicaron. En Ayudas Diagnosticas, el 56% de los encuestados informa que no recibió previas instrucciones para la toma del examen. En Urgencias el 34,8% opina que la atención es demorada, el 19,6% opina que no recibe explicación clara y detallada sobre su estado de salud por parte del medico y el 45% dice no haber recibido recomendaciones para la casa; y el 37% opina que la letra de las formulas no es clara como tampoco recibieron explicación de la misma. En Cirugía, el 21,4% de los usuarios opina que la espera en la sala de admisión es demorada.</p>	<p>por bloques; en Hospitalización y Cirugía las enfermeras escriben en la historia clínica el tipo de información que se le da al usuario, dichas notas tienen seguimiento, se socializan los resultados se envían recordatorios, memos personalizados y actas de compromiso y en Cirugía se asigno una persona con el objetivo de dar clara información a los usuarios, dicha información queda consignada en el libro de registros.</p>						
33	<p>Es importante resaltar que aunque se ha mejorado la prestación de los servicios de acuerdo a los resultados presentados, se continúan presentando deficiencias de un año a otro en la Atención a los Usuarios así como en la Oportunidad de las citas, ya que a la mayoría de ellos les gustaría solicitar su cita telefónicamente para agilizar el proceso y no tener que hacer largas filas en las instalaciones del Hospital, así mismo, la Oportunidad en horas de las citas se encuentra en 1,1 hora desde la hora que le dan la cita al paciente hasta el momento en que es atendido, cuando el estándar es de 20 minutos; la Oportunidad en días se encuentra en 25 días, desde el momento en que el usuario pide</p>	<p>Se debe de tener en cuenta en el ítem de oportunidad de citas que estamos sujetos a contratos, un presupuesto de ingresos y de caja, incluyendo los recursos de la secretaria que ha tenido una disminución de 6000 millones del 2007 al 2009, el recurso humano contratado es el necesario para atender la contratación, lo que no permite sobreagendar. Se incremento una campaña de pico y placa de citas, para disminuir las filas, también se implemento una tarjeta para recordar citas. Se debe de tener en cuenta que</p>	<p>Queda en firme para verificar a través del plan de mejoramiento</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	la cita hasta el día en que se la otorgan, y el estándar es de 15 días. De igual manera es importante dar a conocer de una manera más eficiente la Oficina de Atención al usuario, los deberes y derechos tanto del paciente como del acompañante y propender por aplicar la encuesta objetivamente para lograr resultados reales y tomar correctivos a través de planes de mejoramiento para cada uno de los procesos.	Atención al Usuario no es una oficina, si no un proceso compuesto por los siguientes servicios: Recepción, Orientación, Central de citas, Quejas y Reclamos, Satisfacción al Usuario y Trabajo Social.						
34	El porcentaje de usuarios que presentaron quejas en las dos vigencias, representan un porcentaje bajo del total de usuarios atendidos, debido principalmente a que no se conoce por parte de ellos la Oficina de Atención al Usuario, así como los medios para interponer quejas y/o reclamos. Con en relación con el porcentaje de usuarios atendidos que registraron queja y/o reclamo y respecto al análisis de las causas, ocupa el primer lugar la demora en la atención, en segundo lugar la inadecuada atención, seguida de inadecuada información y por ultimo inconformidad con el servicio	Desde el mes de noviembre del año 2008, se remodelo la oficina de Atención al Usuario, con el fin de quedar más visible. Se cuenta con una Asociación de Usuarios la cual tiene como función la difusión permanente del proceso de quejas y reclamos, encargándose de distribuir y recolectar las quejas de los diferentes buzones, con base a esto se realiza seguimiento y se toman acciones correctivas pertinentes, dirigiéndolas a Quejas y Reclamos. Respecto a las causas la demora en la atención es la mas alta	Queda en firme para verificar a través del plan de mejoramiento	X				
35	En el plan estratégico del 2008-2011 del gerente actual no se evidencia plan de inversión sobre la infraestructura del Hospital Mario Correa Rengifo. Por otra parte no se evidencian estudios o plan de mantenimiento a la infraestructura física del	El año 2008 cuenta con 6500 millones de recursos del estado para reforzamiento estructural, el plan estratégico no contempla recursos, porque requiere del RE para garantizar	Es de anotar que en lo referente al tema de infraestructura y en particular, al cumplimiento de la ley 400 de 1997	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	hospital por consiguiente La entidad no cuenta con estrategias de planeación de los procesos de mantenimiento y mejoramiento de las instalaciones del HMCR.	la calidad de las obras, en su presupuesto de ingresos no proyecto recursos de inversión por que el hospital es deficitario desde hace 10 años, Existe un plan de mantenimiento preventivo de rutina para la infraestructura física.	“Normas sobre construcción sismorresistente, la entidad no ha avanzado lo suficiente para mitigar esta vulnerabilidad sísmica pese a que los estudios que determinaron su vulnerabilidad. El hallazgo queda en firme.					
36	El hospital deberá adelantar la modificación de los planos arquitectónicos para incluir las reformas aprobadas por el Ministerio de la Protección Social.	En la actualidad se tienen los planos arquitectónicos con las reformas aprobadas por el Ministerio de la Protección Social a fecha de agosto del 2.008, a medida que se presenten reformas se irán actualizando	El hallazgo queda en firme, con el fin de realizar seguimiento a lo observado.	X				
37	El Ministerio de la Protección Social ha girado al HMCR el monto correspondiente para las obras de reforzamiento estructural, evidenciado a través de la resolución N° 603050 de 14 de agosto de 2008 y está consignado en las cuentas de Infi valle N° 100-119-2411 por una valor de \$ 5.110.368.923 m/cte. y Banco de Bogotá N° 484-90912-2 por un valor de \$1.523.406.256 m/cte. para un total de \$6.633.775.179 m/cte. A la fecha no se han ejecutado obras con el fin de realizar el reforzamiento estructural, para lo cual se evidencia	El Hospital adelanta el proceso de ejecución de la obra bajo los términos de la norma y entre ellas se requirió la implementación de un manual de contratación y la presentación del proyecto para construcción de 30 camas UCI con los recursos de RE, para no invertir solamente en hormigón, al finalizar la vigencia 2008 el proyecto fue aprobado para su ejecución bajo los criterios legales	El hallazgo queda en firme, con el fin de realizar seguimiento a lo observado.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	una deficiente gestión para ejecutar el recurso ya asignado.							
38	Se evidenció que la interventoría (seguimiento y control a la ejecución de las obras) es deficiente, en las carpetas de los contratos no tienen la totalidad de documentos necesarios, no realizan planos detallados o esquemas de ubicación sobre el área a intervenir, ni estudio de especificaciones técnicas, registros de actividades y/o cantidades de obra, presupuesto de obra oficial, acta de liquidación de la obra con balance e informes de interventoría y/o supervisión. La información está fragmentada entre los departamentos de jurídica, gerencia y mantenimiento. Lo anterior incide directamente sobre el recibo final de la obra, dado que no se cuenta con el balance comparativo entre lo que se realizó en la etapa de diseños previos y lo que finalmente se constituyó como obra física. Art. 4 Num. 1 y 4	La Entidad no objetó la observación.	Debido a que la entidad no objetó la observación, el hallazgo queda en firme.	X	X			
39	La entidad no adquiere la licencia de construcción expedida por las curadurías para realizar cualquier contrato de obra, incumpliendo con el Art. 9 de la Resolución 4445 de 1996	La Entidad no objetó la observación.	Debido a que la entidad no objetó la observación, el hallazgo queda en firme.	X	X			
	<b>FINANCIAMIENTO</b>							
	Estados Contables							
40	Grupo Deudores. La cuenta 1409 Servicios de Salud, pasó entre 2007 a 2008 de \$2.328 a \$4.064	En la conciliación que se anexa se puede observar que el hospital	Se mantiene la observación porque es	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	millones, respectivamente aumentándose en 75%, por ello es necesario que la entidad adelante gestiones de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez.	reconoce y tiene identificados cada uno de los rubros que hacen parte del proceso de recuperación de cartera como son los señalados.	necesario que la entidad adelante gestiones de cobro más ágil, eficaz, y oportuno, con el fin de obtener liquidez..					
41	Grupo Deudores. Verificado el cálculo de la provisión de la cartera, vigencias de 2007 y 2008, por \$120 millones respectivamente, se determinó que no se ajusta a lo dispuesto por la Contaduría General de la Nación, toda vez que el cálculo de la provisión debe corresponder a una evaluación técnica que permite determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor.	De acuerdo a lo establecido en el punto anterior el hospital realiza o aplica sistema de provisión individual de cartera Art. 145 ET- Art. 74 decreto 187 de 1975 como deducción por concepto de provisión individual para deuda de dudosa o difícil cobro fijese como cuota razonable hasta 33% anual exigible con mas de un año de antigüedad siempre y cuando justifique su dudoso o difícil cobro Existe una diferencia que corresponde a pagos de vigencias de difícil identificación. Se anexa procedimiento correspondiente	Se mantiene la observación por que la entidad expresa dos (2) situaciones: que no son coherentes. 1). En el 2007 aplicó el método general del 5%, según oficio sin numero del 3 de marzo de 2009 y 2). Derecho de la contradicción expresan que aplica la provisión individual del 33%.	X				
42	Grupo Deudores. Realizado el análisis de 2008, entre Contabilidad y el Aplicativo de Cartera se estableció que los estados financieros están subvalorados en \$136 millones.	En el momento que el proceso auditor solicito la información de cartera no se habían ejecutado los procesos de mantenimiento a la base de datos del sistema motivo por el cual se generaron datos erróneos, información que fue suministrada al auditor encargado de la revisión, se anexa nuevamente conciliación cartera	Se mantiene la observación toda vez que el proceso de conciliación realizando por la entidad, no ha concluido.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		contabilidad						
43	Grupo Deudores. Comparada la circularización de Emsanar, Caprecom, Asmet Salud, Alcaldía de Cali, Coosalud, Calisalud, Selvasalud y Porvenir, con los estados financieros de 2007 y 2008, se observa una sobrevaloración de \$1.814 y \$1.487 millones respectivamente.	Entre los procesos de sostenimiento contable y financiero de la empresa se tiene como procedimiento realizar las conciliaciones con los clientes y cuando corresponde a pagos pendientes por descontar, o glosas pendientes por subsanar se procede a bajar los pagos y conciliar las glosas es decir se hacen los ajustes respectivos, cuando el cliente desconoce la deuda se deben cumplir los lineamientos establecidos para la depuración de los estados financieros..	Se mantiene la observación porque la entidad se encuentra en el proceso de realizar conciliaciones con los clientes para depurar los saldos respectivos.	X				
44	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. Comparado el Aplicativo de Bienes Muebles con los Estados Financieros de 2007, se estableció una sobrevaloración de \$1.386 millones.	Se hizo el levantamiento de los activos fijos, esta pendiente contratar la firma especializada en valorización de los activos fijos, con el fin de iniciar el saneamiento contable de la entidad de acuerdo a la Ley 716 de 2001 y Ley 901 de 2004.	Se mantiene la observación porque hasta pendiente de contratar la firma especializada en valorización de activos	X				
45	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. Los estados financieros en la cuenta de terrenos esta sobrevalorados en el 2007 y 2008, en \$1.542 millones, toda vez que este bien inmueble no esta titulado a nombre de la entidad.	En las oficinas de instrumentos públicos se encuentra registrado la titulación de las mejoras y la compra venta que hizo el ministerio de salud a la liga antituberculosa del valle.	Esta pendiente la titulación del terreno a nombre del hospital	X				
46	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. En el 2008,	Se realizo el proceso de	Los ajusten a este grupo	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	se comparó los estados financieros y el Aplicativo de propiedad planta y equipo, notando sobrevaloración de \$3.072 millones.	levantamiento, identificación e investigación de cada uno de los activos y su respectiva depreciación aportando la constancia de su existencia lo cual dio origen a los ajustes que se vienen realizando	se encuentra en la etapa de ejecución y no han finalizado.					
47	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. En el parqueadero de la entidad, se encuentran tres (3) vehículos totalmente deteriorados: Una Ambulancia de placas ONH 396; y dos (2) Camperos de marca Toyota de placas Nos ONF 348 Y ONF 284, sobrevalorando los estados financieros de 2007 y 2008, en \$16 millones.	Con el informe del estado de los vehículos se hará el proceso legal para la baja de estos, al igual sanearan los estados financieros.	Esta pendiente de realizar la baja legal de estos activos	X				
48	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. Comparado el Aplicativo de propiedad, planta y equipos con los estados financieros, se determinó que la cuenta de vehículos esta sobrevalorada en el 2007 y 2008 en \$32 y \$35 millones respectivamente.	El aplicativo a diciembre 31 de 2008 no contaba con toda la información del inventario físico. Los ajustes requeridos se harán en el plan de mejoramiento	El ajuste se realiza en el Plan de Mejoramiento	X				
49	Grupo de Propiedad Planta y Equipo. El Aplicativo que registra las propiedades, plantas y equipos no reconoce la depreciación. En los estados financieros de 2007 y 2008, se registra la depreciación sobre saldos globales por \$1.821 y \$2.100 millones respectivamente.	Esta diferencia se debe a que se registraron en esta cuenta los valores correspondientes a las glosas aceptadas por la entidad de acuerdo a la resolución 035 del 27 de diciembre del 2000...	Se mantiene la observación porque es necesario ajustar esta cuenta, toda vez que la contaduría señala que las glosas se deben registrar en cuentas de orden.	X				
50	Grupo de Otros Activos. Se carece del documento soporte idóneo de los procesos internos de	Esta diferencia se debe a que se registraron en esta cuenta los valores	Se mantiene la observación porque es	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	responsabilidad por \$12 y \$215 millones, causando sobrevaloración en los estados financieros de 2007 y 2008.	correspondientes a las glosas aceptadas por la entidad de acuerdo a la resolución 035 del 27 de diciembre del 2000...	necesario ajustar esta cuenta, toda vez que la contaduría señala que las glosas se deben registrar en cuentas de orden.					
51	Grupo de Cuentas por Pagar. EMCALI embarga la cuenta No. 042-00012-5 del banco de Occidente por \$111 millones, el 20 de Octubre de 2008. La entidad, no ha suscrito un plan de Pago para normalizar la cartera con Emcali.	Se esta realizando el ajuste de acuerdo a la exoneración de interés de EMCALI.	Se esta realizando el respectivo ajuste por parte de la entidad.	X				
52	Grupo de Cuentas por Pagar. Los estados financieros de 2007 y 2008, están sobrevalorados en \$77 y \$300 millones respectivamente, originado por la inexistencia de conciliación por terceros en la cuenta de acreedores.	Esta diferencia se presento por no existir un sistema integrado contable y cada dependencia registra la información en un aplicativo diferente que no hace interfase con el programa contable; dicha información es recibida en financiero donde finalmente arroja los saldos contables...	Se esta implementando por la entidad un sistema contable que integre todas las Áreas.	X				
53	Grupo de Obligaciones Laborales. La cuenta Prima de Servicios esta sobrevalorada en el 2008 en \$255 millones, toda vez que se pagó en junio 21 de 2008 \$167 millones.	En relación con la prima de servicios, en la Institución se viene pagando, teniendo como soporte el Acuerdo No.3 de febrero 13 /79 y el Acuerdo No.34 de 1982 de la Junta Seccional de Salud del Valle, en donde se fija pagar una prima anual de servicios, equivalente a un mes de sueldo...	Se mantiene la observación porque la provisión debe corresponder a una vigencia y no a dos (2), esta sobrando una.	X				
54	Grupo de Patrimonio Institucional. La cuenta 3255	en el balance comparativo del 2008 no	Se mantiene la	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	– Patrimonio Institucional Incorporado de 2007 y 2008, esta sobrevalorado en \$692 millones, toda vez que el terreno fue valorizado en \$1.542 millones.	se evidencia variación	observación porque el terreno esta registrado por más valor.					
55	Grupo de Cuentas de Orden. En el 2007 y 2008, se nota que los estados financieros están sobrevalorados en \$326 y \$523 millones respectivamente, originado de la diferencia entre las facturas glosadas en la venta de servicios de salud y los estados financieros.	La entidad no objeto esta observación	Falta realizar el ajuste correspondiente.	X				
	<b>Presupuesto</b>							
56	Cierre Fiscal 2007. Analizado el Cierre fiscal de esta vigencia, se determinó que el hospital no contaba con los recursos suficientes para cubrir sus obligaciones, generando un déficit de \$3.295.2 millones, los que debe incorporar en la vigencia 2008 y cancelar con recursos de la misma. Al cierre de la vigencia la entidad tenía unas cuentas por cobrar por \$2.438.4 millones, que de recaudarlos serían insuficientes para cubrirlo.	En el presupuesto de 2008 se incluyeron 1300 millones de pesos el cual cubre el 40% del total de las cuentas por pagar, el otro 60% estaba sujeto a adiciones presupuestales las cuales no se hicieron efectivas.	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				
57	Para el 2007 y 2008 observó que la Junta Directiva aprueba varios Acuerdos de modificaciones al presupuesto en la misma fecha.	La Junta Directiva para mayor planeación, organización, dirección y evaluación y teniendo en cuenta que las modificaciones son adiciones presupuestales por diferentes conceptos mencionado ente solicita para mayor claridad un acuerdo por cada concepto dado, los cuales son	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		aprobados el mismo día.						
58	Se evidenció que el hospital al cierre de la vigencia 2007 presentó un déficit de \$3.661.1 millones y sólo incorporó al presupuesto 2008 \$1.311.7 millones, de los que canceló \$1.231.2 millones, dejando como Cuentas por Pagar \$80.5 millones, contraviniendo el artículo 38 del Decreto 568 de 1996.	En la cierre de la vigencia fiscal del 2007 se presento unas cuentas por pagar por \$3.661.1 millones dado que se incluyeron el total del las cuentas por pagar, y solo se incorporo al presupuesto de 2008 \$1.311.7 millones por que para la vigencia fiscal 2008 fue muy limitado el presupuesto y se esperaba recaudar recuperación del situado fiscal de los fondos y posteriormente incorporarlo al déficit para cumplir con las obligaciones contraídas por la Institución.	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				
59	Demuestra lo anterior que el hospital al cierre de la vigencia 2008, contaba en tesorería con los recursos del ejercicio fiscal, contando inclusive con un excedente de \$165.4 millones, los cuales pueden ser rezagos de vigencias anteriores que se deben identificar.	Este valor corresponde a partida conciliatoria entre tesorería-presupuesto y cartera por identificar en la vigencia. Registradas en tesorería, pendientes por registrar en presupuesto y en contabilidad por desconocimiento del cliente que realizó la consignación. Investigación que se está llevando a cabo a través del área de Cartera.	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento. Se retira como hallazgo disciplinario	X				
60	El hospital al cierre de la vigencia 2008, no contaba con los recursos suficientes para cubrir sus obligaciones, generando un déficit del periodo de	En el presente mes nos ingresara un préstamo con Findeter por cinco mil millones de pesos, mas las cuentas	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	\$5.963.6 millones. Las cuentas por pagar acumuladas son \$9.578 millones, las cuales se deben incorporar a la vigencia 2009 y cancelar con recursos de la misma. A diciembre 31 de 2008 quedaron unas cuentas por cobrar que asciende a \$3.202.3 millones, que de recaudarlos no alcanzaría a cubrir el total del déficit, lo que hace necesario que la entidad tome medidas tendientes a gestionar más recursos para poder lograr una sostenibilidad financiera y equilibrio presupuestal.	que nos adeuda el Seguro Social, con estos ingresos alcanzamos a cubrir el déficit al 2008.  En el presupuesto de 2009 se incluyeron 3000 millones de pesos el cual cubre el 32% del total de las cuentas por pagar, el otro 68% restante se ira adicionando de acuerdo al resultado de la gestión gerencia.						
61	No hay consistencia entre los datos reportados por presupuesto referente a las reservas de caja relegadas en las ejecuciones de gastos al cierre de las vigencias 2007 y 2008 con los actos administrativos de constitución de las mismas.	Esta diferencia se debe a que las reservas de caja se efectúan con las ordenes de pago físicas de tesorería, incluyendo las de vigencias anteriores, en presupuesto solo se evidencia las cuentas por pagar de la vigencia actual.	Queda en firme para evaluación a través del Plan de Mejoramiento	X				
62	El Hospital no cuenta con un sistema que determine la rentabilidad tanto social como económica de cada uno de los servicios que presta, a fin de obtener cifras reales y aspectos claros que permitan tomar decisiones en cuanto a la producción en cada una de las áreas que impacte en prestación del servicio.	El hospital si cuenta desde 1972 con la contabilización de sus actividades por cada uno de los servicio que presta donde se comparan con la facturación de cada periodo y esto nos indica su proceso de rentabilidad económica, donde se determina mediante el grafico de pareto cuales servicios son rentables y cuales no.	A través del plan de mejoramiento se verificará las acciones tomadas	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		Igualmente estadísticamente se tienen los datos de producción por cada servicio						
63	<p>El problema que se plantea en el Hospital en cuanto a las glosas inicia con el registro de la Historia Clínica, debido a que se presentan falencias en la aplicación de la resolución 1995 de 1999 y su registro se realiza manualmente, permitiendo errores de digitación que pueden generar diferencias en los valores facturados, que no permiten generar directamente desde el consultorio o desde cualquiera de las áreas medicas del Hospital, las ordenes de los diferentes servicios que se prestan, a fin de evitar reproceso administrativos. Los errores más comunes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Datos incompletos en relación con la atención del paciente</li> <li>-Registros con tachones y enmendaduras y/ espacios en blanco</li> <li>-Descripción inentendible que expone al paciente a aplicar procedimientos equivocados</li> <li>-Epicrisis sin firma o sin los datos necesarios para iniciar le proceso de cobro</li> <li>-Registros de Historias clínicas sin documentos pertinentes para iniciar el proceso de cobro</li> <li>-Reproceso de la información cuando la historia clínica no cuenta con datos completos, porque no se ingresan al momento de atención al paciente</li> </ul>	<p>El auditor medico de cuentas, hace seguimiento a las glosas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Recepciona las glosas</li> <li>2- Revisa y responde las objeciones hechas a la facturación presentada por nuestra institución a las diferentes EPS, con las cuales tenemos convenio de prestación de servicios.</li> <li>3- Envía las respuestas a las objeciones hechas por las diferentes EPS.</li> <li>4- Si no se ha llegado a un acuerdo se realiza el proceso de conciliación con la EPS correspondiente.</li> <li>5- Se ha implementado un glosario con las causales de glosa, con el fin de retroalimentar al personal administrativo y asistencial, de cuales son las causas que originan las glosas y en esta forma disminuir la incidencia</li> </ol>	<p>Queda en firme para realizar seguimiento debido a que el hospital no ha sido eficiente en el manejo y aplicación de estos procedimientos que revisten de una gran importancia para el funcionamiento del hospital.</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	De igual manera los controles así como el seguimiento que se realizan a las glosas no han resultado efectivos	de las mismas en el futuro. 6- Se han realizado charlas con los grupos administrativo y asistencial, con el fin de socializar las causas identificadas en el glosario...						
64	Al igual que en la vigencia anterior, las glosas administrativas siguen siendo las de mayor impacto con relación a las operativas. De igual forma Calisalud es la entidad que ocupa el más alto porcentaje en las objeciones a la facturación con el 60% del total, seguida de glosas sin identificar con el 24%. Lo anterior quiere decir que la falta de actualización de los procesos y procedimientos del área financiera que incluye Facturación, acorde con la normatividad vigente, ha afectado seriamente el flujo de recursos de la entidad, aunado a la debilidad en los procesos de inducción y reinducción, que presenta el Hospital. Además, el Comité de Glosas empezó a reunirse desde el mes de agosto de 2008, se presentan debilidades en la operación de los Comités de Compras y Contratación, así como una eficiente auditoria a las Historias Clínicas, teniendo en cuenta que su registro es manual.	Teniendo en cuenta, el mayor impacto de la glosa administrativa y que la EPS con el mayor peso porcentual de la misma es Calí salud, se citan y realizan diferentes reuniones con el grupo Staff de la EPS, con el propósito de buscar acuerdos que nos permitan minimizar la generación de las glosas administrativas, como resultado de estas reuniones, se implementó la Auditoria concurrente por parte de la EPS, lo que permite detectar, y solucionar antes de remitir la facturas a la EPS, las posibles causas de glosas y esto a facilitado que el montote la glosa administrativa y asistencial se disminuya. Estas reuniones de los grupos staff, no solo permitió que se adoptaran medidas para disminuir el monto de las glosas si no que sirvió para mejorar y fortalecer las relaciones entre nuestras instituciones...	Queda en firme para realizar seguimiento debido a que el hospital no ha sido eficiente en el manejo y aplicación de estos procedimientos que revisten de una gran importancia para el funcionamiento del hospital.	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<b>LEGALIDAD</b>							
	<b>Vigencias 2007 Y 2008</b>							
65	Es común que en los contratos de prestación de servicios y en los de obra, no se aporta las constancias de afiliación y pago de la seguridad social integral, quebrantando con ello, el artículo 26 y 32 del Decreto 4588 de 2006, por expresa remisión que hace la Ley 797 de 2003.	Estos hallazgos no tienen <b>evidencias objetivas</b> , pues no se hace referencia a qué contratos adolecen de soportes de afiliación a la seguridad social, pólizas de responsabilidad civil profesional, por lo tanto no existe peso jurídico que permita establecer un hallazgo...	No se acepta la respuesta por cuanto en la muestra de contratos auditada se evidenció la falta de estos documentos. El Hospital debe cumplir con los Principios Constitucionales y de Contratación	X				
66	No se aportan las pólizas de responsabilidad civil profesional, ni sus actualizaciones por modificaciones a precios y tiempos, vulnerando la cláusula contractual	Estos hallazgos no tienen <b>evidencias objetivas</b> , pues no se hace referencia a qué contratos adolecen de soportes de afiliación a la seguridad social, pólizas de responsabilidad civil profesional, por lo tanto no existe peso jurídico que permita establecer un hallazgo...	No se acepta la respuesta por cuanto en la muestra de contratos auditada se evidenció la falta de estos documentos. El Hospital debe cumplir con los Principios Constitucionales y de Contratación	X				
67	No se dio aplicación a la Ley 80 de 1993, en los contratos que por excepción se debe aplicar, de conformidad con el Artículo 25 del C.C.A: La Ley 100 de 1993, en su Artículo 195, define el derecho privado como el régimen para la contratación de las ESE, pero que de conformidad con el numeral 6 del artículo 98 del Decreto 1298	Estos hallazgos no tienen <b>evidencias objetivas</b> , pues no se hace referencia a qué contratos adolecen de soportes de afiliación a la seguridad social, pólizas de responsabilidad civil profesional, por lo tanto no existe peso jurídico que permita establecer un	A través de seguimiento en el Plan de Mejoramiento se verificará si la entidad está dando cumplimiento a los Principios Constitucionales que rigen	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>de junio 22 de 1994, podrán utilizar las cláusulas exorbitantes del Estatuto de Contratación- Ley 80 de 1993.</p> <p>El 3 de agosto de 1993, se expidió el Decreto 1876, que nuevamente ratifica el régimen privado en la contratación de las ESE.</p> <p>Mediante sentencia C-255 de 1995, la H. Corte Constitucional, declara inexecutable, el Decreto 1298 de junio 22 de 1994.</p> <p>Pero, la Ley 80 de 1993, que es una norma de igual categoría que la Ley 100 de 1993, especifica para la contratación estatal, en su artículo 2º., determina quienes son los destinatarios de esta ley y expresa "...las demás personas jurídicas en las que exista participación publica mayoritaria, CUALQUIERA QUE SEA LA DENOMINACION..." .</p> <p>Aquí quedan incluidas entre otras, las ESE. Mas adelante en el artículo 13, hace alusión expresa a las estipulaciones de los Decretos 1896 y 2166 y determina:</p> <p><i>"De la Normatividad Aplicable a los Contratos Estatales. Reglamentado parcialmente por los Decretos Nacionales 1896 y 2166 de 1994. Los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2 del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes, salvo en las materias particularmente reguladas en esta Ley."</i></p>	hallazgo...	la contratación pública, por medio del Estatuto de Contratación que haya adoptado.					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	Materias que están reguladas, en el Artículo 32, que define por excepción, cuales contratos se tienen que regir por el Estatuto de Contratación Estatal- Ley 80 de 1993 y enumera entre otros, <u>los contratos de obra, los de consultoría, los de prestación de servicios, los de concesión</u> , que son los que normalmente celebra el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo y en los que no ha aplicado el Estatuto, inmerso en la Ley 80 de 1993.							
68	Se observó que la supervisión y control, que generalmente son asignadas a los Jefes de División de la entidad y al mismo gerente, teniendo la obligatoriedad de: <i>verificar el cumplimiento de los términos estipulados tanto en la propuesta como en el contrato y expedir las constancias de cumplimiento de la prestación</i> , situaciones totalmente diferentes, siendo la segunda obligación, consecuencia de la primera, no se cumplen cabalmente; debido a que no se evidenciaron en la carpeta contractual, ni en los soportes para el pago, informes al respecto, donde se coteje lo ofrecido en la propuesta, versus lo ejecutado y coetáneamente, el control para que lo que se pague sea congruente con lo cotizado y ejecutado y el beneficio económico y social que tuvo la entidad. Lo anterior impide la verificación que le	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de informes pero no se dice en cuáles contratos.	A través de seguimiento en el Plan de Mejoramiento se verificará si la entidad está dando cumplimiento a los Principios Constitucionales que rigen la contratación pública, por medio del Estatuto de Contratación que haya adoptado.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	corresponde a esta auditoria integral y dificulta el logro de las metas organizacionales que incluye el tener procesos formalizados y documentados, evaluados con indicadores validos que permitan observar el cumplimiento global de la organización o generar elementos para una retroalimentación que facilite a la institución de salud, cumplir con su misión, dentro de un ordenamiento jurídico claro, con base en los principios de celeridad, eficacia, universalidad, integralidad, economía de tiempo y recursos, tendiente a garantizar la calidad de la atención al destinatario final y el ejercicio del mismo control interno, elevado a rango Constitucional en el Artículo 269. Se transgrede entonces, principios Constitucionales dibujados en el Artículo 209, la Ley 87 de 1993 y los estatutos que rigen la entidad, Acuerdo 11 de 1.997 Art. 16, Artículo29 numerales 16 y 26.							
69	Se observa en las carpetas contractuales, un análisis económico y un certificado de conveniencia, con contenidos supremamente deficientes, que no ofrecen confianza, ni son validos como herramienta para la toma de decisiones por parte del ordenador del gasto. Estos obedecen a un formato predeterminado, que no demuestran la necesidad de la entidad para efectuar las diferentes contrataciones, ni se hace un verdadero análisis sobre la calidad y	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de informes pero no se dice en cuáles contratos. Sin embargo debe recordarse que un auditor no puede realizar juicios calificatorios cuando define que tienen “contenido supremamente deficientes”.	La respuesta no se acepta, porque el análisis de conveniencia no puede obedecer a un formato que se repite en cada contratación, sin evaluar la necesidad y el beneficio para la entidad.	X				



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	características de los servicios recibidos y los ofertados.							
70	En la contratación de prestación de servicios, no se efectúan los respectivos estudios técnicos.	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de informes pero no se dice en cuáles contratos.	Se entiende que el Hospital debe aportar en los contratos los respectivos estudios técnicos, cuando éstos así lo ameriten, lo cual fue evidenciado en la muestra analizada. Por lo tanto queda en firme.	X				
71	No se aporta el pronunciamiento del Comité de Contratación, creado mediante Resolución No. 701 de diciembre 27 de 2002 y a quien le corresponde estudiar, sin excepción, la contratación y convenios a suscribir con las distintas entidades, personas natural o jurídica, transgrediendo con ello esta reglamentación interna.	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de informes pero no se dice en cuáles contratos.	Queda en firme, por cuanto el Comité de Contratación debe emitir su concepto en cada contrato que celebre el Hospital	X				
72	Los contratos superiores a 50 SMLMV, no se publican en el sistema de información para la vigilancia de la contratación estatal, transgrediéndose la Ley 598 de 200 y el Decreto 3512 de 2003.	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de informes pero no se dice en cuáles contratos. Sin embargo, se le presentó copia a la comisión del reporte al SICE, además se publica en cartelera a la cual tiene acceso permanente el público en general. ..	A través de Plan de Mejoramiento se evaluará el cumplimiento al respecto,	X				
73	Por lo general, en los contratos que celebra la Entidad, no se realiza el Acta e Inicio, ni el Acta de	Este hallazgo no tiene <b>evidencia objetiva</b> pues se habla carencia de	No se acepta la respuesta, pues de la muestra	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	finalización, ni la liquidación del contrato, lo cual evidencia la falta de procedimiento para la contratación de oferta, documentado y formalizado, que ayudaría a una mejor planeación, y a la observancia del artículo 209 superior y los principios que igualmente rigen la contratación pública.	informes pero no se dice en cuáles contratos. Recuérdese que en derecho privado no existe norma que obligue a realizar acta de inicio, de seguimiento y finalización, sólo la hay para los contratos de obra y en ellos si existen las actas...	auditada se evidenció que en los contratos se pactaba para su ejecución a partir del acta de inicio y la aprobación de las pólizas					
	<b>Vigencia 2007</b>							
74	Se observa en la contratación de obra pública realizada en el año 2007, que el acta de inicio de la obra, se legaliza antes de la constitución de la póliza de garantía única.		Sigue en firme pues la entidad no dio respuesta	X				
75	Contrato No. 037-2007 de prestación de servicios, de febrero 1º. de 2007, celebrado con la Fundación para la investigación y el desarrollo social, por valor de \$46.000.000, con una duración: Cuatro (4) meses del 1º. De febrero al 31 de mayo de 2007, con supervisión y control asignados al gerente de la entidad, se evidencian las falencias comunes ya enumeradas, pero además, al verificarse el cumplimiento del objeto contractual, inserto en la cláusula primera del contrato y las obligaciones del contratista, contenidas en la cláusula segunda del contrato, se constató mediante comprobación personal en el sistema del HDMCR, realizada con Ing. Oscar Marino Parra del área de sistemas de la entidad y este equipo auditor, el incumplimiento al objetivo específico A) Levantar el mapa de	Como se demostró al contestar este hallazgo existen certificaciones expedidas por el señor Oscar Parra, encargado de la Oficina de Sistemas, Estadista y Gestión Documental, donde dan fe de que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual, por ello se realizó el pago correspondiente.- Las copias de las certificaciones y el funcionamiento del software contratado fueron aportadas a la comisión auditora.  Cuando los funcionarios de la contraloría indagaron sobre este evento preguntaron si en el área de	No se aportaron las evidencias, y además durante el proceso auditor se constató la inexistencia de los mencionados productos para la operación en el sistema, los cuales fueron contratados y pagados.	X	X	X		\$39.500.000



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	soluciones de información y parcialmente el objetivo específico B) En lo referente a involucrar los procesos de gestión documental, gestión de indicadores, gestión de calidad y correspondencia interna y consecuentemente se faltó al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la cláusula segunda, en sus numerales 1); 3); 4); 5) y 7), situación que se traduce, amén de las responsabilidades disciplinarias que correspondan, en un posible detrimento fiscal por valor de \$39.500.000.	sistemas estaban los documentos que estipulaba el contrato se contesto que no por que no estaban y además el área de sistemas no conocía las condiciones del contrato...						
76	En el contrato de compraventa No. 1116-2007, suscrita con GLOMEDICAL S.A., se evidenció violación a la cláusula segunda del contrato, por la supuesta falta de los siguientes elementos comprados y pagados: (1) pinza Ref.7671M, cuyo costo unitario sin IVA es de \$2.460.000; un (1) portaguja Ref. 7671M y el comprado según contrato y cotizado, es Ref. 7668VG, una (1) pinza ref.6370Z y la comprada y cotizada es ref. 6312AGN4; cable fibra óptica de 4.5mm y en comprado es de 4.8 mm; encontrándose un posible detrimento fiscal de mas de \$2.460.000,	No se dio respuesta	No se dio respuesta Evidencia falta de planeación y de aplicación de principios constitucionales, ratificados en la ley específica de contratación como el de transparencia, eficiencia, eficacia, economía celeridad, imparcialidad, publicidad, responsabilidad, selección objetiva, igualdad	X	X	X		\$2.460.000
77	Para reafirmar la necesidad de que las ESE apliquen los principios reglados para la contratación con dineros públicos (Ley 80 de 1993), es el CONTRATO No.0068-2007 DE	No se dio respuesta	La entidad no dio respuesta a la observación, sin embargo, se retira del	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>PRESTACION DE SERVICIOS, SUSCRITO EN 19 DE ABRIL DE 2007 CON VIGENCIA A PARTIR DEL 2 DE MAYO DE 2007, suscrito con Gisalud Ltda.- Gestión Integral en Salud, por valor de \$270.000.000, con plazo para su ejecución de 7 meses, del 2 de mayo al 30 de Noviembre de 2007 y cuyo objeto era el dar continuidad al proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención a la gestante, mediante el acompañamiento y capacitación de funcionarios durante las etapas de implementación ejecución verificación y evaluación del modelo Sovogin que permitirá establecer un sistema de garantía de la calidad de la atención en la red publica de servicios de salud de los 41 municipios del Departamento del Valle, de conformidad con la propuesta presentada y avalada por el Subsecretario Técnico de la Gobernación del Valle del Cauca- Secretaria Departamental de Salud, la que forma parte integral del presente contrato y enumera una serie de obligaciones.</p> <p>Este contrato se terminó de mutuo acuerdo, según consta en el Acta de acuerdo No. 001-2007, suscrita por las partes en Noviembre 13 de 2007, argumentando que "...teniendo en cuenta los inconvenientes surgidos para la iniciación del contrato...", no se indican cuales inconvenientes, pero si se encontró dentro de la carpeta contractual</p>		<p>informe como hallazgo disciplinario debido a que en la mesa de trabajo se concluyó que los hechos fueron subsanados por cuanto el contrato se terminó de mutuo acuerdo. En plan de Mejoramiento se evaluará la aplicación de los principios constitucionales como la celeridad, economía, etc, soportes de la contratación estatal.</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>un oficio calendarado Julio 12 de 2007, obrante a folio 4 de la carpeta contractual, suscrito por el Secretario Departamental de Salud del Valle, Dr. Javier Hernán Parga Coca, mediante el cual expresa que <u>"...SOVOGIN ha manifestado a esta secretaria no avalar el proyecto de GISALUD; por lo tanto, hasta que no se cumpla el aval científico a las acciones propuestas por esta entidad, este despacho no reconocerá como cumplido el convenio..."</u>, y en el párrafo final sugiere que <u>"...se abra convocatoria publica por el Hospital; abierta a la participación de todos..."</u></p> <p>Lo anterior, claramente evidencia la falta de planeación, la premura, la imprevisión, entre otros, para celebrar el contrato 068- 2007 y fundamentalmente, la necesidad de aplicar un proceso documentado para la contratación, que sea real y efectivo el funcionamiento del comité de contratación y nos fuerza a ratificar, que las observaciones que han sido comunes a la contratación realizada por la entidad, quebranta con su actuar, contenidos de rango constitucional como los fines del Estado contemplados contenidos en el artículo 2º., los principios de la función publica del artículo 209, las finalidades del estado condensados en el artículo 336 y como corolario, el artículo 4º. referido a la supremacía de la constitución, debiéndose tener en cuenta</p>							



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	también, los contenidos del artículo 6°. , 92, sobre la responsabilidad de los funcionarios públicos en concordancia los artículos 50, 51, 55, 66 de la Ley 80 de 1993.							
	<b>Vigencia 2008</b>							
78	<p>CONTRATO No. 041-2008 de concesión de servicio de uso publico en salud para el servicio de ambulancia, celebrado con MG, Medical Group Ltda., con plazo de 11 meses del 1° de febrero al 31 de diciembre de 2008, cuyo objeto era el otorgar al concesionario la explotación para el servicio publico de salud de una ambulancia, acatando todo lo relacionado con la prestación del servicio de traslado de pacientes a los diferente entes hospitalarios, bajo la vigilancia de la entidad concedente. Dice que su valor, no se determina suma de dinero, el valor de la concesión esta dado en los servicios que prestará la ambulancia los fines de semana, sin costo alguno para la institución, en el pago, por parte del concesionario del personal idóneo para el manejo de la ambulancia y en el cuidado del automotor y los demás contenidos en la propuesta.</p> <p>Del análisis jurídico efectuado, se desprende, que no existe estudio técnico que sustente el certificado de conveniencia, ni existe una proyección financiera que soporte el análisis económico, a pesar de que en la consideración introducida en el</p>	Se anexa Oficio HDMCR-GG-OP-0056 DEL 17 DE MARZO DE 2009 Radico al proceso auditor.	No se acepta la respuesta, pues requiere una evaluación financiera mas profunda y de evaluar también la eficiencia, eficacia, oportunidad, entre otros de la prestación del servicio, en virtud de los principios constitucionales y de contratación estatal.	X	X			



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	<p>contrato en el punto B) “Los costos fijos que genera el funcionamiento de la ambulancia si lo hace directamente el hospital son muy onerosos de acuerdo al estudio realizado.” NO SE APORTO EL ESTUDIO. Adicionalmente, la entidad, durante el año 2008, ha pagado a MG Group, con cargo a este contrato, la suma de \$51.080.292.00, que el área de planeación y tesorería, justifican con un análisis del costo que en recurso humano significaría para la institución, pero sin valorar cuantos pacientes ha transportado y si arroja un buen balance social, satisfaciendo la necesidad sentida de la población pobre que es la que requiere el servicio del HDMCR.</p> <p>No existe explicación lógica, para que el HDMCR compre una ambulancia por \$97.000.000 e inmediatamente la entregue a un particular en concesión, cuando el hospital ha pagado cuentas por el valor ya mencionado.</p>							
79	<p>En cuanto a la legalidad de actos administrativos Decreto numero 0157 de marzo 9 de 2000 “por medio del cual se hace un nombramiento” del Dr. Luís Fernando Rendón Campo y del Decreto No. 347 de abril 4 de 2008 “por el cual se efectúa un nombramiento en el Hospital Mario Correa Rengifo de Cali, Empresa Social del Estado” del Dr. Edwin Ramiro Peña Arenas, con fundamento en el Artículo 25 del CCA y en el análisis jurídico</p>	<p>Este hallazgo no podría ser para el Hospital ya que no es éste el ente encargado de realizar el nombramiento y posesión de los gerentes, como dice el hallazgo es del Estado y no podría el hospital negarse a recibir a quien ha sido designado gerente.</p>	<p>Queda en firme para la JUNTA DIRECTIVA del HDMCR y para quien expidió el acto administrativo de nombramiento del Dr Edwin Ramiro</p>	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	plasmado en el papel de trabajo, puedo concluir que, la Junta Directiva del HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO, al no haber adelantado el proceso de convocatoria publica para que el gobernador escogiera y designara gerente en propiedad, refiriendo a los 2 últimos gerentes interinos, reiteradamente, ha infringido normas legales e internas de obligatorio cumplimiento, expedidas para reglamentar el normal funcionamiento de las ESE, tales como: Las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007; Decretos Ley 344 de 2003, 1876 de 1994, 536 de 2004, 1892 de 1994 y el Acuerdo 011 de junio 6 de 1997; Que el Decreto 347 de Abril 4 de 2008, fue expedido con una falsa motivación y que presuntamente se incurrió en violación la Ley 734 de 2002, sin perjuicio de la acción penal, que por su acción u omisión se deban aplicar.							
80	La entidad, según relación de demandas suministrada por la oficina jurídica, afronta 31 demandas, de las cuales 8 son laborales; 6 de nulidad y restablecimiento del derecho; 13 de reparación directa; 1 de constitución en parte civil: 2 por cobro coactivo y 1 proceso ejecutivo, pero por falta de información, no se logró verificar que demandas de han ganado, cuales se han perdido, cuales fueron los motivos en ambos casos y si se han iniciado las correspondientes acciones de	Cuando la comisión solicito la relación de demandas claramente manifestó que debían ser las vigentes, por esta razón no se relacionaron los procesos terminados que han hecho tránsito a cosa juzgada.	No se acepta la respuesta pues se requiere evaluar en congruencia con lo respondido en el hallazgo No. 28 que en lo pertinente expresa "Se logró dejarla sin embargos vigentes a sabiendas que cuando asumí el cargo la entidad tenía más de 10 procesos ejecutivos por los	X				



**CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS**

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
	repetición		cuales estaba embargada”.					
81	<p>QUEJA CACCI 59463-137-2008</p> <p>No se evidenció ningún procedimiento expedito para la adquisición de los medicamentos tendientes a satisfacer sentencia de tutela, ni se efectuó ningún contrato con la firma IM INTERCOMERCIAL MEDIDA LTDA, ni obra documento alguno designando la supervisión de esta operación administrativa.</p> <p>Estos hechos se enmarcan en la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario Artículos 34, 48 numeral 24 y demás normas concordante y afines.</p>	<p>La Gobernación del Valle del Cauca – Secretaría de Salud departamental celebró con el HMCR un contrato multipropósito dentro del cual debería atenderse toda la dispensación de medicamentos solicitados por tutela y para ello fijaban una cuantía determinada. Por las circunstancias especiales que rodearon la entrega de los medicamentos ya que la Gobernación a finales de diciembre del 2007 y en vista de la cantidad de descatos que cursaban en los juzgados por incumplimiento a fallos de tutela, solicita al HMCR atender la entrega INMEDIATA de todos los medicamentos que tuvieran fallo favorable al accionante por acción de tutela. El HMCR en ese momento por el cierre de la vigencia fiscal y las normas vigentes no podía celebrar un contrato ya que no es posible comprometer vigencias futuras, por este motivo, se realizó un proceso de cotización y selección de proveedor que pudiera atender la necesidad en FORMA INMEDIATA pero sujeta a pago según la liquidez de la institución y el presupuesto aprobado por la junta directiva y el ente territorial. El único proveedor que se sometió a las condiciones impuestas por la Gobernación del Valle – Secretaría de Salud fue la firma INTERCOMERCIAL</p>	<p>Con respecto a este punto, se retira del informe el hallazgo fiscal por cuanto los recursos no han sido girados, sin embargo existe un proceso ejecutivo donde hay cuentas del hospital embargadas y un proceso penal por posibles sobrecostos en la adquisición de medicamentos. El hallazgo disciplinario queda en firme por cuanto El Gerente del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, para la época de los hechos, Dr. Luís Fernando Rendón Campo, actuó con desviación de poder al no ceñirse a la ley y a la finalidad del interés publico, eludiendo los procedimientos de selección objetiva, falta</p>	X	X			



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
		<p>MÉDICA quienes cumplieron con la entrega de los medicamentos en forma oportuna. Se evitó de esta manera que al Gobernador del momento se le dictara medida de aseguramiento por incumplimiento a fallos de tutela. Teniendo en cuenta que la <b>vida es un derecho fundamental protegido por la constitución nacional y que no es posible desligarlo de la salud, no podía posponerse o postergarse su inmediata ejecución puesto que todos los pacientes que contaban con fallo favorable tenían en riesgo su vida dada su condición clínica por diagnósticos de salud de alta externabilidad</b>, prevaleciendo este derecho sobre cualquier formalidad exigida en materia general para la celebración de contratos.</p>	<p>antijurídica porque afectó el deber funcional sin justificación alguna.</p> <p>Se transgredieron los Artículos 2º. y 209 de la Constitución Política. Se infringió el artículo 3º. De la Ley 80 de 1993, Fines de la contratación estatal en concordancia con el artículo 23, los artículos 28 y 77.</p> <p>La anterior conducta se enmarca en la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario Artículos 34, 48 numeral 24 y demás normas concordante y afines. De igual forma sera objeto de seguimiento a través de plan de mejoramiento y la entidad deberá reportar a la Contraloría el estado de los procesos que cursen en su contra por</p>					



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS								
No	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				VALOR DAÑO PATRIMONIAL
				A	D	F	P	
			estos hechos. Se modifica el hallazgo.					
	TOTAL HALLAZGOS			81	7	2		\$41.960.000