



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL  
CON ENFOQUE INTEGRAL  
Modalidad Seguimiento**

**HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI  
2009-2010**

**CDVC-CACC- No 01  
Noviembre 2012**

**AUDITORIA HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI  
Modalidad Seguimiento**

Contralor Departamental	Adolfo Weybar Sinisterra Bonilla
-------------------------	----------------------------------

Director de Control Fiscal	Jorge Antonio Quiñones Cortes
----------------------------	-------------------------------

Subdirector del Cercofis Cali	Fernando Quintana Durán
-------------------------------	-------------------------

Representante Legal de la Entidad Auditada	Rodolfo Arguelles Alarcón
--	---------------------------

Equipo de Auditoría:

Coordinador	Fernando Quintana Duran
-------------	-------------------------

Líder de Auditoria	Katherine Bravo Caicedo
--------------------	-------------------------

## Tabla de Contenido del Informe

	Página
<b>1. HECHOS RELEVANTES</b>	<b>4</b>
<b>2. CARTA DE CONCLUSIONES</b>	<b>5</b>
<b>3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA</b>	<b>7</b>
<b>4. ANEXOS</b>	<b>12</b>

Anexo 1 Modelo de Beneficio de Control Fiscal

## 1. HECHOS RELEVANTES

Como aspecto positivo la Entidad Presenta el acatamiento al Plan de Mejoramiento suscrito con el ente de Control, por la eficiente realización de las acciones correctivas propuestas para la línea de gestión, financiera y legalidad generando un beneficio para la institución en sus procesos administrativos, mejorando con ello el logro de sus objetivos misionales.

No se implementó el sistema de información para el manejo de costos que le permitiera al Hospital conocer de forma clara, veraz y oportuna el valor de costo de cada actividad.

No se ha dado cumplimiento total a la ley general de archivo (Ley 594 de 2000) toda vez que el plan de mejoramiento tenía una fecha de vencimiento que era el 28 de febrero del 2012.

## 2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor  
**RODOLFO ARGUELLES ALARCÓN**  
Gerente Hospital Piloto  
Jamundí, Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral Modalidad Seguimiento al Plan de Mejoramiento del Hospital Piloto de Jamundí, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales, con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el área actividad o proceso examinado. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables.

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

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

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Subdirección Técnica Cercofis Cali.

## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

Del plan de mejoramiento establecido entre la Contraloría Departamental y la Entidad no cumplieron seis (6) acciones correctivas, esta se dio a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoria, permitiendo simultáneamente se ejerza el derecho a la contradicción para lo cual se deja evidenciado en Acta de Visita Fiscal-Anexo 2 del M2P5-07. Las respuestas de la administración fueron analizadas y el resultado se incorporó en el informe, lo que se encontró debidamente soportado.

## **PLAN DE MEJORAMIENTO**

La Entidad deberá continuar con el Plan de Mejoramiento, con el fin de solucionar las deficiencias presentadas durante el proceso auditor de seguimiento. Estas acciones serán revisadas posteriormente durante proceso de auditoría regular o seguimiento.

**ADOLFO WEYBAR SINISTERRA BONILLA**

Contralor Departamental del Valle del Cauca

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

Se tomó como referencia los informes de avance del Plan de Mejoramiento rendidos en la página WEB por los sujetos de control de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en donde se ha realizado un proceso de auditoría con enfoque integral, resultado del cual se formularon observaciones y debieron presentar acciones correctivas donde se compromete adelantar en la entidad, con el propósito de subsanar y corregir cada uno de los hallazgos administrativos negativos y observaciones formuladas en el respectivo informe de auditoría.

Se realiza la verificación del cumplimiento de las acciones y se estima cada hallazgo, teniendo en cuenta la calificación que el sujeto de control debió asignar a cada acción correctiva según sea la importancia del mismo, así:

- 1.- Corresponde a una importancia mínima
- 2.- Corresponde a una importancia media y
- 3.- A una importancia alta;

La importancia se refiere al grado en que el cumplimiento de la acción correctiva afecta positivamente el proceso y adicionalmente cumple con los fines del estado.

En desarrollo de la auditoría a las vigencias 2009, 2010 se estableció que de veinticuatro (24) hallazgos administrativos, cumplieron en su totalidad 18 acciones y no cumplieron en su totalidad 6, situación que lleva a la Entidad auditada a obtener una calificación de 88%, que de acuerdo a lo establecido por la Resolución Reglamentaria 100-28.02 13 de diciembre 18 de 2008 Artículo 50 que enuncia: El análisis y revisión de los planes de mejoramiento se realizará conforme a los procedimientos establecidos por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, entendiéndose cumplido cuando se logre el 85% de las acciones correctivas.

A continuación se describen las acciones correctivas de los 6 hallazgos que no cumplieron de forma completa, para que el sujeto de control tome las medidas pertinentes, las cuales serán objeto de revisión posterior durante el proceso de auditoría regular o de seguimiento:

Nº Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Acción Correctiva	Calificación del Plan
1	<p>Componente de Información: a. Las TRD no se están aplicando en su totalidad en la entidad, las carpetas de los archivos de gestión de las diferentes áreas de la entidad no poseen la demarcación con el código correspondiente a la dependencia. b. El archivo central no existe ni han depurado el inventario documental, el plazo venció el 31 de diciembre de 2009. Aunque el sitio donde se ubicara el archivo central de la entidad esta en construcción, en la actualidad no han iniciado la organización del mismo con el fin de tenerlo listo una vez se culmine su sede. c. La entidad no ha realizado la suficiente inducción al personal sobre las tablas de retención documental, no realizan capacitaciones intensivas sobre la Ley de archivo, en general con el fin de tener preparado a todo el personal sobre el manejo de archivos y su depuración. d. La aplicación de las tablas se limita a los oficios remitidos únicamente. e. Los sistemas de información, elemento importante de este componente presenta deficiencia por que el software del área financiera no están integrados en su totalidad y no brindan las condiciones de seguridad indispensables para su manejo.</p>	<p>a. Se realizara una nueva encuesta de producción documental con el fin de actualizar la generación de documentos de las diferentes áreas acordes al manual de funciones teniendo en cuenta que se ha reestructurado el organigrama, el manual de funciones de algunos cargos y algunos procesos se han sistematizado, de esta manera se eliminaran algunos códigos de TRD y se crearan otros en las diferentes áreas, se enviaron las reformas al comité de archivo y posteriormente se socializara y dará inducción para codificar las carpetas. b, c y d. Se impartirán las directrices y se dictaran capacitaciones para la organización y depuración de los archivos en las diferentes áreas como la aplicación de la ley de archivo y TRD en todos los tipos de documentos, se realizaran jornadas de capacitación en cada una de las áreas. e. La institución cuenta con un software integrado R-FAST 8 y se encuentran en funcionamiento los módulos de facturación, contabilidad, presupuesto, nomina, almacén, historias clínicas, activos fijos, jurídico, cartera se realiza interface de los módulos durante los primeros 5 días de cada mes y se realizaran los ajustes necesarios a los módulos de presupuesto y nomina.</p>	0
7	<p>No se ha implementado una metodología de costos unitarios que permita medir la rentabilidad de los servicios, los costos se manejan por centros de costos a través del software contable.</p>	<p>Implementar los costos en la institución</p>	0
8	<p>Historias laborales: No se archivan en orden cronológico, ni están foliadas, los formatos únicos de hoja de vida se encuentran sin firmar por el Jefe de personal o quien haga sus veces, las aclaraciones juramentadas de bienes y rentas no se actualizan anualmente. El archivo de gestión de las historias laborales no cuenta con la debida demarcación que garantice la fácil accesibilidad a los documentos, ni se aplican las tablas de retención documental en las historias y demás documentos del área de recursos humanos.</p>	<p>Organizar historias laborales de conformidad a la ley de archivo. Implementación de las tablas de retención documental en el área. Firmar los formatos únicos de hoja de vida. Solicitar anualmente actualización de la declaración juramentada de bienes y rentas a todos los funcionarios de la entidad.</p>	0



9	<p>ESTATUTO DEL HOSPITAL</p> <p>Mediante acuerdo No 006 de septiembre 17 de 2003 se aprobaron los estatutos del hospital, y a la fecha no han sido actualizados, se observa en el artículo 15 con respecto de las funciones de la junta Directiva no han cumplido: con el literal n) elaboración de terna para nombrar gerente, la norma ha cambiado, en la actualidad es por concurso, con el literal a) "expedir, adicionar y reformar el Estatuto de la empresa", con el literal j) "supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la empresa", con el literal k) "servir de voceros de la empresa ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de dirección del sistema de salud, apoyando la labor del gerente en este sentido"</p> <p>El párrafo del artículo 19 dice que La inasistencia injustificada a 3 reuniones consecutivas o 5 durante el año será causal de pérdida del carácter de miembro de la JD. Igual sucede con el artículo 39 esta desactualizado en relación con el régimen de carrera administrativa que dice la empresa adoptara lo dispuesto en la Ley 443 de 1998 pero ahora es la ley 909 de 2004.</p>	<p>Realizar los ajustes necesarios acordes a la normatividad vigente ley 1438 del 2011 y decreto 2993 de agosto 19 de 2011 en acompañamiento de la oficina jurídica de la alcaldía para su presentación y aprobación por junta directiva.</p>	0
10	<p>Actas de la Junta Directiva: No están firmadas por la totalidad de los asistentes, no se archivan el orden cronológico, faltan algunas actas en la carpeta de archivo y no aplican las tablas de retención documental, se observa la inadecuada marcación de las mismas en el archivo de gestión.</p>	<p>Garantizar que las actas de las nuevas reuniones en su totalidad estén firmadas por asistentes a la reuniones de la junta directiva , organizarlas en orden cronológico, aplicando las tablas de retención documental y marcarlas adecuadamente</p>	0
14	<p>ACUERDO No 010 DE 2010- JUNTA DIRECTIVA Mediante acuerdo 010 de abril 15 de 2010 se aprueba el plan de gestión 2010-2012 presentado por la nueva titular de la Gerencia .Este acuerdo 010 de 2010 tiene deficiencias procedimentales primero porque ya existía un plan de gestión (2008-2012), el cual solo requería ser ajustado de acuerdo a las propuestas de la nueva gerente y segundo no deroga el acuerdo anterior por el cuas se aprobaba el plan existente. La junta directiva en lugar de coadyuvar para el cumplimiento de la gestión institucional con este tipo de decisiones entorpece la planeación y ejecución de la misión de la entidad al dejar dos planes de gestión aprobados para un mismo periodo (2010-2012).</p>	<p>Llevar el tema a junta directiva para que se ratifique nuevamente el plan de desarrollo presentado por el actual gerente y se derogue el acuerdo 010 de 2010.</p>	0

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

## **CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO**

La entidad cumplió con un 88% de la calificación del Plan de Mejoramiento Anexo No.1 del M2P5-05, repercutiendo positivamente el cumplimiento del Plan para el logro de los objetivos misionales de la entidad.

### **Gestión**

Elaboración de las políticas de administración de riesgos mediante Acto administrativo Resolución No. 114 de septiembre 15 de 2011.

Elaboración del Plan de desarrollo Institucional y el Plan de inversiones.

Realizaron reuniones de Junta Directiva y conformación de junta según normatividad vigente.

Incluyeron dentro de los planes de capacitación los costos para esta actividad.

Modificaron las hojas de vida de los vehículos de propiedad de la entidad.

Ajustaron los cargos a las denominaciones y nomenclatura del decreto 785 de 2005.

### **Financiero**

Realizaron, reuniones mediante actas de conciliación, entre las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad efectuaron seguimiento e informaron para realizar los ajustes pertinentes, de tal manera que mejoraron la gestión financiera en la administración de la entidad al planear y actuar de manera coordinada y planificada en el manejo de las finanzas en la entidad.

Ajustaron los activos fijos de la institución al valor actual.

Instalaron una caja fuerte para salvaguardar los títulos valores.

Actualizaron el manual de funciones del área financiera.

### **Legalidad**

Actualizaron el manual de contratación e interventoría.

Realizaron capacitaciones a interventores.

Actualizaron los formatos de actas de interventoría tanto de prestación de servicios como de adquisición de bienes.

Implementaron lista de chequeos para verificar todos los requisitos documentales y de ley de la contratación de la institución.

## **SEGUIMIENTO A LA RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS**

Para el año 2009 la entidad Hospital Piloto de Jamundí rindió públicamente sus cuentas el 30 de julio, de 8: AM a 12:30PM, en la cual cito a la población al auditorio de la E.S.E., se invito a las organizaciones sociales, juntas comunales, veedurías, de la zona rural y urbana del Municipio. Para el año 2010, la entidad no realizo la rendición pública de cuentas. Una vez se efectuó esta rendición tiene un plazo de cinco días hábiles siguientes a la realización de la misma para dar cumplimiento al artículo 31 de la Resolución Reglamentaria No. 006 de julio 12 de 2011.

## **SEGUIMIENTO A PRONUNCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD**

La Secretaria de Salud Departamental certifico que el hospital cumple los requisitos establecidos en el manual de estándares que establece las condiciones de capacidad tecnológica y científica para prestar los servicios de baja complejidad y renovó la habilitación el 18 de mayo de 2011.

Posee registro para prestar algunos servicios de media complejidad tales como: Cirugía General, Cirugía Ginecológica, consulta especializada en las ramas de medicina interna, ginecobstetricia, oftalmología, ortodoncia, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y pediatría, así mismo el servicio de sala de reanimación.

La gestión en la prestación de los servicios de salud se enfocó a desarrollar acciones tendientes a mejorar los resultados de la atención en salud de los usuarios, el marco normativo ha cambiado en varias ocasiones, motivo por el cual el hospital realizó los ajustes requeridos para garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

La norma indica el compromiso sistemático de adoptar un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, en el cual el hospital a realizado actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, paralelo entre la calidad observada y la esperada y la adopción de medidas que corrijan las desviaciones detectadas, el hospital de manera permanente se retroalimenta de sus auditorías y de las quejas y reclamos de los usuarios, logrando establecer aspectos a tener en cuenta no solo en sus procesos y servicios sino también en la funcionabilidad de sus servidores, para el logro de los objetivos misionales.

#### 4. ANEXOS

#### CUADRO DE BENEFICIO DEL CONTROL FISCAL

FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS											
<b>Subdirector Técnico:</b>	Para el Cercofis de Cali										
<b>Sujeto de Control:</b>	Hospital Piloto de Jamundí										
<b>Fecha de Evaluación:</b>	Noviembre de 2012										
<b>BENEFICIOS:</b>											
<p><b>NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO:</b></p> <p>Se observó que la entidad cumplió parcialmente con los compromisos y/o acciones descritas en el Plan de Mejoramiento en un buen porcentaje de conformidad con el resultado del proceso auditor, de veinticuatro (24) acciones correctivas revisadas por el grupo auditor, se cumplieron dieciocho (18) en su totalidad y seis (6) no se cumplieron, lo que arrojó una calificación del 88%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboración de las políticas de administración de riesgos mediante Acto administrativo Resolución No. 114 de septiembre 15 de 2011.</li> <li>-Elaboración del Plan de desarrollo Institucional y el Plan de inversiones.</li> <li>-Realizaron reuniones de Junta Directiva y conformación de junta según normatividad vigente.</li> <li>-Incluyeron dentro de los planes de capacitación los costos para esta actividad.</li> <li>-Modificaron las hojas de vida de los vehículos de propiedad de la entidad.</li> <li>-Ajustaron los cargos a las denominaciones y nomenclatura del decreto 785 de 2005.</li> <li>-Realizaron, reuniones mediante actas de conciliación, entre las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad.</li> <li>Ajustaron los activos fijos de la institución al valor actual.</li> <li>-Instalaron una caja fuerte para salvaguardar los títulos valores.</li> <li>-Actualizaron el manual de funciones del área financiera.</li> <li>-Actualizaron el manual de contratación e interventoría.</li> <li>-Realizaron capacitaciones a interventores.</li> <li>-Actualizaron los formatos de actas de interventoría tanto de prestación de servicios como de adquisición de bienes.</li> <li>-Implementaron lista de chequeos para verificar todos los requisitos documentales y de ley de la contratación de la institución.</li> </ul> <p><b>ACCIÓN DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO:</b></p> <p>Las acciones de mejora se plantearon en el proceso auditor anterior, lo cual al momento de realizar la presente Auditoria fueron evaluadas, cumpliendo los compromisos.</p> <p><b>MOMENTOS DEL BENEFICIO:</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Antes</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Durante</td> <td style="width: 20%;">X</td> <td style="width: 20%;">Después</td> <td style="width: 20%;">X</td> </tr> </table> <p><b>MAGNITUD DEL CAMBIO:</b></p> <p>En la auditoría realizada a la vigencias 2009 y 2010, se evidenciaron varias observaciones, que fueron subsanadas, según se pudo constatar en la presente auditoría.</p>						Antes		Durante	X	Después	X
Antes		Durante	X	Después	X						

Conceptos	Valor estimado	TOTAL
<b>Recuperaciones:</b>		
<b>Subtotal Recuperaciones (1)</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$0</b>
<b>Ahorros:</b>		
<b>Subtotal Ahorros (2)</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$0</b>
<b>Totales (1) + (2)</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo)</b>		
Durante el Proceso Auditor se evidenciaron observaciones de tipo cualitativo en razón al mejoramiento de los procesos administrativos y acciones realizadas diligentemente por la entidad en atención al plan de mejoramiento suscrito con el ente de control.		
<b>SOPORTE(S)</b>		
Matriz de Calificación de Cumplimiento al Plan de Mejoramiento, Acta de Visita Fiscal.		
<b>OBSERVACIONES:</b>		
El beneficio fiscal en el presente proceso fue cualitativo como se evidencia en el texto del informe		
<b>RESPONSABLE</b>		
<b>Subdirector Técnico del Cercofis Cali</b>	Fernando Quintana Durán	
<b>Cargo</b>	Subdirector Técnico	
<b>Fecha del reporte</b>	Noviembre de 2012	
M2P5-05	VERSIÓN 1.0	