

130 -19.11

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

**HOSPITAL BENJAMÍN BARNEY GASCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
DEL MUNICIPIO DE FLORIDA**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Cartago, Diciembre de 2014**



Edificio de la Gobernación: Pisos 5 y 6 - Conmutador: 8822488 Fax: 8831099 Web:  
[www.contraloriavalledelcauca.gov.co](http://www.contraloriavalledelcauca.gov.co)





**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

## **HOJA DE PRESENTACIÓN**

Contralor Departamental del Valle

Adolfo Weybar Sinisterra Bonilla

Director Operativo de Control Fiscal

Jorge Antonio Quiñones Cortes

Responsable de la Entidad

Lina Marcela Vásquez Vargas

Representante Legal entidad auditada

Jorge Hernando Vélez Feijoo.

Equipo de auditoría:

Uriel Montoya García



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

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Página</b>
<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>8</b>
<b>4. ANEXOS</b>	<b>11</b>
4.1 Cuadro de hallazgos	11
4.2 Acciones Correctivas No Cumplidas De Plan De Mejoramiento	12

## **1. HECHOS RELEVANTES**

La E.S.E. Hospital Benjamín Barney Gasca de Florida, Valle está certificada en calidad a través del ICONTEC, por la prestación de los servicios en salud en el nivel asistencial básico y prestación de servicios para el nivel medio en rehabilitación, es decir, ayudas diagnósticas, terapéuticas y ginecobstetricia.

A la fecha la entidad está en proceso de acreditación, conforme al requisito establecido de la habilitación existente, auditoría de mejora de calidad (PAMEC) y el sistema de información para la calidad. El término para la acreditación está determinado para cuatro (4) años, es decir hasta la vigencia de 2014

En los últimos años la gestión del Hospital se ha visto afectada por los numerosos problemas de índole gerencial, en la vigencia 2012 pasaron tres personas como gerentes, con resultados negativos en su gestión.

## 2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor

**JORGE HERNANDO VELEZ FEIJO**

Gerente

Hospital Benjamin Barney Gasca E.S.E.

Florida - Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral modalidad Especial al **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E. del Municipio de Florida Valle del Cauca**, 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 Cartago.

## **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

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

Se examinó el Plan de Mejoramiento suscrito por el Hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. del Municipio de Florida Valle del Cauca, como resultado de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, modalidad Regular correspondiente a las vigencias 2011 y 2012, evaluando cada una de las Acciones Correctivas y determinando la calificación en su cumplimiento.

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

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

## **CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO**

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, producto de la auditoría adelantada, conceptúa que la entidad No cumplió con el Plan de Mejoramiento suscrito como consecuencia de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, modalidad Regular correspondiente a las vigencias 2011 y 2012, incumpliendo con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia o equidad), alcanzando una calificación de cumplimiento de 46%, resultante de la alimentación de la hoja electrónica Anexo 4 M2P5-20 de nuestro Sistema Integrado de Gestión, de acuerdo a la Resolución Reglamentaria No. 006 de 2011.

## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

En desarrollo de la presente auditoría se evidenció que la entidad no cumplió con las acciones correctivas de los hallazgos No. 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13 y 16, por lo tanto se generó proceso sancionatorio.



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

## **PLAN DE MEJORAMIENTO**

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

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

**ADOLFO WEYBAR SINISTERRA BONILLA**


Contralor Departamental Del Valle Del Cauca

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

El Plan de Mejoramiento evaluado con 18 acciones correctivas, se derivó de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, modalidad Regular correspondiente a las vigencias 2011 y 2012, realizada en la vigencia 2013.

La evaluación se realizó conforme al Anexo 04 M2P5-20 “Matriz de Calificación de Cumplimiento Plan de Mejoramiento”.

<div>  <div> <b>ANEXO 4</b>  <b>MATRIZ CALIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>  <b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b> </div> </div>							
TRD dependencia de origen -19.11							
ENTIDAD:				FECHA:	CODIGO:		
Nº Hallazgo	Acción de Mejora	Calificación de la Acción (A)	Importancia de Cumplimiento (B)	Valor Esperado (C)	Valor Ponderado (BxC)	Calificación Ponderada (Ax B)	Observaciones
1					0	0	
2					0	0	
3					0	0	
4					0	0	
5					0	0	
6					0	0	
Totales		0			0	0	
Calificación de las Acciones de Mejoramiento		0%					

De acuerdo a la Matriz anterior, en desarrollo de la presente auditoría se estableció que de dieciocho (18) acciones correctivas se cumplieron en su totalidad nueve (9) y nueve (9) no se cumplieron. Al verificar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas por el sujeto de control y consolidada en la matriz de calificación ésta arrojó un resultado de 46%, que de acuerdo a lo establecido por la Resoluciones Reglamentarias No. 006 de 2011 **Artículo 49. REVISIÓN.** *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. En caso de incumplimiento de dichas acciones correctivas se deberá dar inicio al proceso administrativo sancionatorio contemplado en la Resolución Reglamentaria vigente y de conformidad con el capítulo V de la Ley 42 de enero 26 de 1993.*

Por lo tanto, después de aplicar la metodología correspondiente y de obtener en la Matriz Calificación de Cumplimiento del Plan de Mejoramiento una calificación de 46% la entidad **no cumple** con el Plan de Mejoramiento.





**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

ANEXO 4							
MATRIZ CALIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO							
130 - 19.11							
ENTIDAD:		HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA		FECHA:		oct-14	CODIGO:
Nº Hallazgo	Acción de Mejora	Calificación de la Acción (A)	Importancia de Cumplimiento (B)	Valor Esperado (C)	Valor Ponderado (BxC)	Calificación Ponderada (AxB)	Observaciones
1	Elaborar a partir de los objetivos institucionales, los respectivos proyectos según la metodología general ajustada. Gestionar ante las autoridades los permisos, licencias y demás requisitos para ejecutar los proyectos de inversión previstos en los planes de acción. Construir según lo normado en la Ley 152 de 1994, todos los elementos estructurales del plan financiero, a saber: POAI, plan plurianual, plan financiero, plan de desarrollo y presupuesto con el nivel de detalle requerido para seguimiento y control de los proyectos de inversión	0	2	2	4	0	
2	Evidenciar mediante soportes legales, que el ejercicio de la persona citada como integrante de la Junta Directiva se dio bajo los parámetros normativos; tales como: Actas de Junta Directiva, Acta de Posesión y garantía en lo sucesivo que todo nombramiento de integrantes de la junta se dé por medio de actas de posesión, las cuales se deben custodiar en debida forma.	0	2	2	4	0	
3	Actualizar los estatutos de la organización, con base a la normatividad vigente, y someterlo a la aprobación de la Junta Directiva.	0	3	2	6	0	
4	Organizar plan de trabajo o cronograma para la elección de la Comisión de Personal del Hospital dando cumplimiento a los términos definidos por la ley. (Incluir en el plan de trabajo).	2	2	2	4	4	
5	Si bien el artículo 64 del código de procedimiento administrativo y contencioso administrativo se refiere a los estándares y protocolos del uso de los medios electrónicos en los actos administrativos, que nada tiene que ver con el hallazgo; también es cierto que lo anulado no fueron actos administrativos sino el consecutivo que se guardaba; por consiguiente la acción consiste en planificar en debida forma las acciones que ameritan pronunciamiento administrativo y establecer procedimientos de control al consecutivo de los mismos	2	1	2	2	2	
6	Establecer un proceso administrativo en consonancia con lo establecido por la Ley 951 de 2005, donde se garantice la realización de empalme de los puestos de trabajo, durante un periodo razonable y con el acopio de los documentos soportes necesarios; así como la entrega física del puesto.	0	2	2	4	0	
7	Aplicar el procedimiento establecido por la organización para la incorporación del personal que ingresa por nomina y/o contratación, aplicando las pruebas de selección definidas. Fortalecer los métodos de evaluación para los colaboradores de la organización, según la modalidad de vinculación	0	2	2	4	0	
8	Fortalecer el programa de Re inducción de la organización, con énfasis al Sistema Gestión de Calidad (Habilitación, Mec, Pamec y Acreditación).	2	1	2	2	2	
9	Diseñar desde el área de mantenimiento el mecanismo de protección de las válvulas de la red de oxígeno y los tableros de energía de la organización.	2	2	2	4	4	
10	Realizar un levantamiento de todos los activos fijos de la organización y actualización de los inventarios en el software de activos fijos.	0	2	2	4	0	
11	Hacer seguimiento y control por parte del supervisor y/o interventor del mencionado contrato, en donde se garantice que el aplicativo informático se encuentra plenamente funcionando según las especificaciones técnicas ofrecidas según propuesta presentada por el proveedor contratista.	0	3	2	6	0	
12	Implementar un procedimiento para la recepción, trámite y gestión de glosas, diseñar un formato dinámico para dar respuesta a las glosas, objeciones y devoluciones, operativizar el comité de glosas. Incluir en el Plan de Capacitación y/o reintroducción temas relacionados con la facturación a las personas involucradas	2	2	2	4	4	
13	Socializar y sensibilizar a la subgerencia administrativa y al auxiliar de almacén a fin que se le de aplicación al manual gestión y control de compras en lo referente a la revisión, verificación de los pedidos, ingreso al sistema y el acta y/o recibido del bien al almacén.	0	2	2	4	0	
14	Socializar y sensibilizar a los coordinadores de las Unidades Orgánicas Funcionales y colaboradores que han sido designados como interventores de los contratos de prestación de servicios, en el cumplimiento de sus funciones como interventor.	2	3	2	6	6	
15	Garantizar en cumplimiento de la normativa vigente, el proceso de selección y nombramiento del jefe de la oficina de control interno, para las entidades públicas.	2	2	2	4	4	
16	Ajustar y/o actualizar el Manual de Contratación de la organización el cual este conforme a la normatividad vigente (contratación).	0	3	2	6	0	
17	Adelantar consultas ante las diferentes entidades del estado (Comisión nacional del servicio civil, Ministerio del trabajo, Ministerio de Salud, ESAP) a fin de buscar e implementar el mecanismo más adecuado para la vinculación de los colaboradores de la organización.	2	3	2	6	6	
18		2	2	2	4	4	
Totales		18			78	36	
Calificación de las Acciones de Mejoramiento		50%					
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento (Según la Importancia)		46%		NO CUMPLIO			
Brecha entre la Calificación y el Cumplimiento del Plan		4%					

Por lo anterior, se consideraron cumplidas en su totalidad las acciones correctivas números 4-5-8-9-12-14-15-17-18, las cuales suman 9 de un total de 18 acciones propuestas y no se cumplieron con las acciones correctivas de los hallazgos No. 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13 y 16.

Por lo anterior se concluye que la entidad debe replantear las acciones correctivas no cumplidas y presentar nuevamente plan de mejoramiento y de igual manera se le sugiere a la entidad realizar los seguimientos, controles respectivos para el logro de los resultados, mejora de sus procesos y cumplimiento de objetivos institucionales.

#### 4. ANEXOS

4.1 CUADRO DE HALLAZGOS AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL A SEGUIMIENTO DE PLAN DE MEJORAMIENTO									
No.	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSIÓN AUDITORÍA	TIPO DE HALLAZGO					
				A	S	D	P	F	DAÑO PATRIMONIAL
1	Se evidencia que al evaluar el Plan de Mejoramiento del Hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E del Municipio de Florida, donde se estableció que de dieciocho (18) acciones correctivas se cumplieron en su totalidad nueve (9) y nueve (9) no se cumplieron. Al verificar el cumplimiento de las acciones correctivas implementadas por el sujeto de control y consolidada en la matriz de calificación ésta arrojó un resultado de 46%, No cumplimiento, de acuerdo a lo establecido por la Resoluciones Reglamentarias No. 006 de 2011 <b>Artículo 49. REVISIÓN.</b>	Se efectuó acta de visita fiscal entre el 22 y 24 de octubre donde la jefe de control interno Dra. Bibiana Morales fue la funcionaria que firmo y avaló el acta, donde quedo consignado la irregularidad.	Se realizó evaluación en la fuente, efectuando la calificación respectiva, generando un incumplimiento, por lo tanto se debe dar inicio a un proceso sancionatorio		X				
	Totales			0	1	0	0	0	

**4.2 ACCIONES CORRECTIVAS NO CUMPLIDAS DE PLAN DE MEJORAMIENTO**

No del hallazgo.	HALLAZGOS	NUEVAS ACCIONES CORRECTIVAS
1	<p>Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, la entidad no presenta proyectos ni considera apropiación de recursos focalizado a cada uno de los objetivos.</p> <p>Los diferentes objetivos de infraestructura a pesar de estar considerados en los planes de acción para los años 2011 y 2012 no se ejecutaron, fue incumplido en su totalidad, debido según la administración a la no aprobación por parte de la secretaria departamental de salud del proyecto de ampliación de urgencias y del puesto de salud de chococito.</p> <p>No presentan plan plurianual de inversiones ni una proyección de ingresos para el cumplimiento de los objetivos trazados; no presentaron los planes operativos anuales, por tanto no es posible hacer seguimiento al plan estratégico o de gestión.</p>	<p>Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Elaborar a partir de los objetivos institucionales, los respectivos proyectos según la metodología general ajustada. Gestionar ante las autoridades los permisos, licencias y demás requisitos para ejecutar los proyectos de inversión previstos en los planes de acción.</p> <p>Construir según lo normado en la Ley 152 de 1994, todos los elementos estructurales del plan financiero, a saber: POAI, plan plurianual, plan financiero, plan de desarrollo y presupuesto con el nivel de detalle requerido para seguimiento y control de los proyectos de inversión.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.</p>
2	<p>Al solicitar el acta de posesión del Señor Bernardo Tascon como representante de los usuarios actuante en la junta directiva de la entidad no encontraron en el Hospital el acta de posesión, al solicitar que certificaran su no existencia, la administración no respondió, sin embargo como el representante debe posesionarse en la secretaria de Salud Municipal se acudió a esa dependencia donde certificaron la no existencia del acta de posesión, la omisión anterior nos ilustra que el señor Tascon Actuó en la junta directiva sin soporte legal alguno</p>	<p>Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Evidenciar mediante soportes legales, que el ejercicio de la persona citada como integrante de la Junta Directiva se dio bajo los parámetros normativos; tales como: Actas de Junta Directiva, Acta de Posesión y garantizar en lo sucesivo que todo nombramiento de integrantes de la junta se dé por medio de actas de posesión, las cuales se deben custodiar en debida forma.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.</p>
3	<p>Reiteradamente la junta vio incumplir su plan de inversiones y no realizo seguimiento a la gestión administrativa ni verifico el cumplimiento de los diferentes objetivos trazados por la gerencia, no existe evidencia de acciones tendientes a que se cumplieran los planes trazados.</p> <p>Durante los dos periodos evaluados la junta directiva no ha sido factor de desarrollo y avance de la institución al punto de permitir su funcionamiento regido por unos estatutos fijados por el acuerdo 07 de septiembre 24 de 2001 que en este momento son obsoletos.</p>	<p>Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Actualizar los estatutos de la organización, con base a la normatividad vigente, y someterlo a la aprobación de la junta Directiva.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.</p>

<b>4.2 ACCIONES CORRECTIVAS NO CUMPLIDAS DE PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
<b>No del hallazgo.</b>	<b>HALLAZGOS</b>	<b>NUEVAS ACCIONES CORRECTIVAS</b>
<b>6</b>	Los gerentes no realizaron el empalme requerido acompañado de actas de entrega y recibo como lo ordena la ley 951 de 2005 en sus artículos 5, 7, 9 y 10, ocasionando con ello traumatismo administrativo y pérdida de parte de la memoria institucional	Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Establecer un proceso administrativo en consonancia con lo establecido por la Ley 951 de 2005, donde se garantice la realización de empalme de los puestos de trabajo, durante un período razonable y con el acopio de los documentos soportes necesarios; así como la entrega física del puesto.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.
<b>7</b>	Se proyecta y ejecuta plan de capacitación, inducción y reintroducción en la entidad pero no se tiene establecido un mecanismo idóneo de selección del personal que ingresa como nomina adicional, no tienen establecidas pruebas de selección ni las contratan con ninguna entidad. La entidad presenta debilidades en torno a la evaluación de su personal pues no cumplen con el perfil para hacerles una real evaluación de su desempeño	Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Aplicar el procedimiento establecido por la organización para la incorporación del personal que ingresa por nomina y/o contratación, aplicando las pruebas de selección definidas. Fortalecer los métodos de evaluación para los colaboradores de la organización, según la modalidad de vinculación.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.
<b>10</b>	Se observaron una gran cantidad de equipos de oficina, equipos médicos y mobiliario en general, que no está debidamente rotulado (marcado) y los que sí lo están presentan unos rótulos deteriorados y fáciles de arrancar del bien, lo que hace insegura la identificación del inventario	Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Realizar un levantamiento de todos los activos fijos de la organización y actualización de los inventarios en el software de activos fijos.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.
<b>11</b>	En el proceso financiero del Hospital Benjamín Barney Gasca de Florida, Valle, operan con dos software (CHARRY Y AWA SOLUTION JAVA). El charry es un programa que cuenta con los módulos para presupuesto, contabilidad, tesorería y nómina, el cual está migrando. El software AWA SOLUTION JAVA, programa que fue comprado mediante contrato No. 20-09-08-020-2010, por un valor de \$60.000.000 a la empresa ALLIANCE TECHNOLOGY GROUP LTDA, el cual no se ha migrando en su totalidad en los módulos antes mencionados, y todos los reportes solicitados para la auditoría de las vigencias 2011 y 2012, fueron suministrados del programa charry; evidenciándose con esto que no pusieron en marcha el programa AWA SOLUTION JAVA, ....	Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Hacer seguimiento y control por parte del supervisor y/o interventor del mencionado contrato, en donde se garantice que el aplicativo informático se encuentra plenamente funcionando según las especificaciones técnicas ofrecidas según propuesta presentada por el proveedor contratista.", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.

**4.2 ACCIONES CORRECTIVAS NO CUMPLIDAS DE PLAN DE MEJORAMIENTO**

No del hallazgo.	HALLAZGOS	NUEVAS ACCIONES CORRECTIVAS
13	<p>No existen las actas de ingreso de los equipos al almacén, según factura, plan de necesidades y plan de compras; lo referido a falta de la ausencia de aplicación de las funciones de la interventoría o supervisión de los siguientes contratos: Contrato No. 20.09.08.022-2011 del 3 de enero del 2011 por valor de \$35.000.000, suscrito con Biosystem S.A., cuyo objeto era el suministro de material de laboratorio; el No. 20.09.08.001-2011 del 3 de enero del 2011 por valor de \$35.000.000, suscrito con Biosystem S.A., cuyo objeto era el suministro de material de laboratorio; el No. 20.09.08.001-2011 del 3 de enero del 2011, por valor de \$ 60.000.000, suscrito con Allers S.A., cuyo objeto era el suministro de medicamentos, material odontológico y material médico quirúrgico; el No. 20.09.08.036-2011 del 23 de noviembre del 2011, por valor de \$ 5.800.000, suscrito con Allers S.A. cuyo objeto era el suministro de una micro centrífuga para seis puestos y el No. 20.09.08.012-2011 del 01 de febrero del 2011, por valor de \$ 30.000.000, suscrito con Importaciones Dental Universitario, cuyo objeto era el suministro de material de odontología.</p> <p>Por la contratación y ejecución de los contratos anteriormente citados, la deficiencia generaría posibles riesgos en el manejo de materiales y/o mercancías que ingresa a la institución.</p>	<p>Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Socializar y sensibilizar a la subgerencia administrativa y al auxiliar de almacén a fin que se le de aplicación al manual gestión y control de compras en lo referente a la revisión, verificación de los pedidos, ingreso al sistema y el acta y/o recibido del bien al almacén. ", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.</p>
16	<p>La Empresa Social del Estado Hospital Benjamín Barney Gasca de Florida, no cuenta con un Manual de Contratación actualizado conforme a las disposiciones vigentes, sumado a que el texto del Manual existente carece de las consideraciones de control interno, fiscal y publicación de los contratos. Lo anterior trae como consecuencia inobservancia de aplicación de las funciones del control interno e interventoría, generándose por ello posibles riesgos de pérdida de organización del archivo o información de los documentos que conforman las carpetas en determinadas actuaciones administrativas.</p>	<p>Con relación a la evaluación realizada al Plan de Mejoramiento se evidenció que la Acción correctiva propuesta "Ajustar y/o actualizar el Manual de Contratación de la organización el cual este conforme a la normatividad vigente (contratación).", no fue cumplida por tal motivo se debe presentar nueva acción correctiva en el Plan de Mejoramiento que se deriva de la presente Auditoría.</p>



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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