



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

**HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE PUERTO MERIZALDE
BUENAVENTURA – VALLE**

2005- 2006-2007-2008

**CDVC-CACC-No. 01
Febrero de 2009**

AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL
HOSPITAL SAN AGUSTIN E.S.E BUENAVENTURA

Contralor Departamental del Valle del Cauca	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralora Auxiliar para Infraestructura Física	Viviana Castillo Ruiz
Contralora Auxiliar para Recursos Naturales	Carmen Elena López Alonso
Contralor Auxiliar para Cercofis Cali	Álvaro Jimenez Garcia
Representante Legal entidad auditada	Juan Gabriel Sandoval Zuñiga
Equipo de Auditores:	
Líder de Auditoria	Amparo Collazos Polo
Integrantes del equipo Auditor	Fernando Duque Monsalve
	Martha Lucia Franco Vega
	Álvaro Castillo Jiménez
	Guillermo Quiñónez Pesquen



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
INTRODUCCION	
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	5
2 METODOLOGIA	7
2.1 ALCANCE DE LA AUDITORIA	8
2.2 ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	8
2.3 QUEJAS	8
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	9
3.1 GESTION	9
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	9
• Planeación	9
• Actuación de las Juntas Directivas	11
• Análisis de la Estructura Organizacional	12
• Análisis de los Sistemas de Información	14
• Evaluación del Sistema de Control Interno	15
3.1.2 SALUD PÚBLICA	16
• Promoción y Prevención	16
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	18
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	20
• Satisfacción del Usuario	20
• Avances del cumplimiento de la Sentencia 760 de 2008	21
• Infraestructura	22
3.2 FINANCIAMIENTO	24
• Estados Contables	24
• Presupuesto	27
• Análisis de variables que afectan el financiamiento	28
3.3 LEGALIDAD	30
• Cumplimiento del marco normativo de la contratación	30
3.4 REVISION DE LA CUENTA	32
3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN	33
4 ANEXOS	34
Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado	35
Anexo 2. Estados Contables	41
Anexo 3. Cuadro Resumen de Hallazgos	42

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 San Agustín de Puerto Merizalde- Buenaventura, utilizando como herramientas las normas legales, el análisis y el conocimiento, con el fin de dar un concepto integral sobre la gestión de la administración del hospital en las vigencias 2005, 2006, 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 éste 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.

El presente informe se inicia describiendo los Hechos Relevantes del Contexto que enmarcan el proceso auditor. Acto seguido se describe la metodología utilizada para entrar a la narración de los principales resultados obtenidos durante la auditoria. Finalmente, y de manera sintetizada, como anexo se presenta el Dictamen Integral que califica la gestión de la entidad, determina el fenecimiento de las cuentas revisadas así como la consolidación de los presuntos hallazgos.

1. HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO

El financiamiento de los servicios de salud es un problema estructural en Colombia, lo cual la Corte Constitucional lo 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”.

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 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 monitoreo a las ARS con las que se contrata la atención a los afiliados y a las deficiencias de la ESE.¹

El Hospital San Agustín, ubicado en el Corregimiento de Puerto Merizalde-Buenaventura, con acceso únicamente por vía marítima a través del Océano Pacífico con un tiempo promedio de 3 horas de recorrido en lancha rápida, su centro de referencia más cercano es el Hospital Departamental de Buenaventura.

¹ Propuesta para organizar el sector salud en Colombia: régimen subsidiado

M.T. Montes & A. Espinosa

Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

Por su ubicación el Corregimiento cuenta con un potencial de doce mil personas, carece de servicios públicos básicos de energía, agua potable, alcantarillado y telefonía.



El hospital tiene como zona de influencia las cuencas del Río Naya, Yurumanguí, y parte baja de la cuenca del río Micay (Cauca) Se ubica en el centro poblacional más importante y concentrado del municipio de Buenaventura sobre el pacífico hacia el sur.

La posibilidad de movilización para todo tipo de actividades como, transporte de pacientes, desplazamiento de personal de salud, consulta de pacientes al hospital, asistencia a controles y programas de salud, determinación de horarios y en general todo movimiento que se desee realizar depende del nivel de los ríos, sumado a los altos costos de la gasolina y demás combustibles para el medio de transporte.

2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar si la administración del Hospital San Agustín de Puerto Merizalde- Buenaventura ha contado con un Direccionamiento claro y visible que le permita tener operaciones administrativas y asistenciales eficientes y efectivas a fin de cumplir con su Misión a través de la prestación de los servicios.

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

La auditoria incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables consolidados y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno 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 Cercofis Cali.

Por la situación de orden publico y dificultades de acceso al Hospital San Agustín de Puerto Merizalde, el trabajo debió realizarse desde una oficina ubicada en el Municipio de Buenaventura, lo que ocasionó al equipo multidisciplinario conformado por cinco (5) profesionales en las áreas de administración de empresas, derecho, ingeniería civil, ingeniería ambiental y contaduría, limitaciones al alcance en todos los ejes temáticos. El equipo auditor utilizó al máximo la información suministrada, realizó entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo, donde se involucró al Gerente, Subgerente y Contador de la ESE.

Durante el proceso auditor no se recibió quejas de la comunidad o entidades interesadas.

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 quince (15) 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 2005 y el 31 de diciembre de 2008.

2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Por ser la primera auditoria por parte de este órgano de Control, la Entidad a la fecha no cuenta con planes de mejoramiento pendientes.

Se adelanta un proceso sancionatorio por no presentar plan de mejoramiento referente a la visita sobre Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Sismo resistencia realizada en el 2008.

2.3 QUEJAS

Durante el proceso auditor, se oficio a la Contraloría Auxiliar para Participación Ciudadana y Comunicaciones, a la Secretaria de Salud Municipal de Buenaventura y Departamental del Valle, pero no se recibió queja alguna de estas entidades ni de la comunidad.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

3.1 GESTION

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GERENCIAL Y CONTROL

La entidad ha desarrollado análisis estratégico del sector que incluye el análisis del entorno, riesgos en salud de la población y perfil epidemiológico, pero presenta deficiencias en los análisis del marco legal y normativo de la planeación de la entidad.

Los objetivos se han fundamentado en la consulta al perfil epidemiológico de la región, según las estadísticas de morbilidad, causas de enfermedad y muerte en la región, buscando el bienestar de la comunidad que continuamente esta rodeada de circunstancias adversas que impiden un desarrollo adecuado, viviendo un presente con precariedades y futuro incierto teniendo en cuenta las grandes falencias con que se procrean, desarrollan y educan los niños.

- **Planeación**

No fue elaborado el Plan de Desarrollo y/o Estratégico, Institucional, ni el plan de acción para las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008.

El 14 de mayo de 2008 el Gerente envía al Alcalde Distrital y Secretario de Salud Municipal de Buenaventura, en calidad de presidente y miembro de la Junta Directiva del Hospital respectivamente, el Plan de Gestión Institucional para el próximo cuatrienio con el fin de que sea analizado y aprobado en Junta, sin que a la fecha, se haya hecho pronunciamiento al respecto sobre el mismo, reflejando poca atención de la administración municipal por los asuntos de la ESE.

Adicionalmente no se refleja en el Plan de Desarrollo y Plan de Salud Municipal para el periodo 2008-2011, los programas y proyectos que se articulen con la ESE para garantizar la prestación de servicios de salud en cumplimiento de la política publica de salud municipal.

Igual situación se presenta con la Secretaria Departamental de Salud, quien en cumplimiento de su función rectora para el sistema de salud debe trazar las estrategias, políticas y controles necesarios para la adecuada prestación del servicio a la comunidad. Así mismo, requiere de una adecuada planeacion de manera que los

planes de salud municipal y departamental conlleven a programas específicos y concretos a los pobladores de ese sector marginado y desprotegido de la zona del litoral pacifico del departamento, con ajustes en los planes de desarrollo municipal, departamental y nacional de salud.

La Secretaria de Salud Municipal de Buenaventura realiza la contratación de prestación de servicios de salud, con una base de datos global, en la cual no determina el número de pobladores beneficiarios del corregimiento de Puerto Merizalde.

Una situación que ha incidido negativamente en toda la región son las amenazas, con hechos de desplazamiento masivos, problemas psicoafectivos, ruptura del tejido social y cambios en la salud mental de los pobladores que viven en continua zozobra e incertidumbre.

No se dio cumplimiento a la adopción e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, incinerándose estos en los alrededores del hospital, lo cual puede conllevar a una problemática ambiental mayor.

Plan de Inversiones

Para el 2005-2006 se proyecto por \$154 millones, donde el Departamento aporta \$56 millones y el hospital con recursos propios \$98 millones. De este plan solo se cumplió la realización del estudio de vulnerabilidad sísmica por \$13 millones contratado directamente por la Secretaria de Salud Departamental con la Universidad del Valle. En el 2007-2008 se proyecto el Reforzamiento estructural por \$261 millones pero no se ejecutó porque el Ministerio de Protección Social incumplió con el giro de los recursos.

La entidad realizó algunos proyectos en la vigencia 2006-2007, entre ellos se destaca el Hogar de Paso, adecuando una área del hospital que sirviera de hospedaje a las mujeres embarazadas que viven en las zonas alejadas de Puerto Merizalde, siendo de gran beneficio para las mujeres nativas de la región del sur del Pacifico.

A comienzos de 2005 se realizo la adecuación de Urgencias con recursos de la nación a través de la oficina de emergencias y desastres.

Se logro en el 2007 obtener recursos para la compra de una ambulancia fluvial con la colaboración de la Secretaria de Salud Departamental y el Ministerio de Protección Social.

Plan de mantenimiento hospitalario

La entidad no cumplió con el 5% como mínimo para mantenimiento hospitalario estipulado en el Decreto 1769 de 1994 al destinar el 4,06 % y 3,18% respectivamente de su presupuesto para ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario durante las vigencias 2005, 2006 y 2008, en concordancia con la Resolución 001439 de 2002 que dispone que la IPS dentro de la dotación de equipos biomédicos, se debe garantizar las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico mediante un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.

Miles de pesos

VIGENCIAS	PRESUPUESTO INGRESOS CORRIENTES	PRESUPUESTO EJECUTADO INGRESOS CORRIENTES	VALOR PROYECTADO	VALOR EJECUTADO	% PROYECTADO	% EJECUTADO
2005	\$1.060.237	\$ 883.804	\$ 24'194	\$ 24.194	2.28%	2.73%
2006	\$1.011.426	\$ 868.998	\$ 37'470	\$ 37'470	3.70%	4.31%
2007	\$ 975.528	\$ 601.511	\$ 38'299	\$ 38'299	3.92%	6.36%
2008	\$ 989.592	\$ 719.651	\$ 18'104	\$ 14'840	1.82%-	2.06%

A las ambulancias fluviales de la entidad no se le lleva la hoja de ruta que contengan la información del mantenimiento realizado, los repuestos cambiados y demás información respectiva de los mismos, la cual debe reposar en la bitácora de cada vehículo.

• **Actuación de las Juntas Directivas**

La junta directiva durante las vigencias auditadas no cumplió con una de sus funciones primordiales como aprobar el presupuesto anual de la entidad para los periodos 2005, 2006 y 2007, solo en diciembre de 2007 se reunió para aprobar el presupuesto de la vigencia 2008.

- No cumplió con la función primordial de aprobar el plan de desarrollo institucional o plan estratégico para el hospital en cumplimiento de la Ley 152 de 1994 que le permite a la ESE orientar las actividades principales a desarrollar en el periodo, omitiendo en su gestión una herramienta fundamental de planeación, ni exigió al gerente su entrega para estudio y posterior aprobación, pues el hecho de la no presentación no exime a la junta del deber de exigirlo.
- Los estatutos del hospital no han sido revisados y ajustados de conformidad al artículo 28 de la Ley 1122 de enero 9 de 2007, la última modificación fue mediante acuerdo No.03 de abril 5 de 1998, incumpliendo la junta directiva del hospital con el artículo 11 del Decreto 1876 de Agosto 3 de 1994.

- La junta directiva del hospital no ha cumplido con el artículo 15 de los estatutos en el literal a) en relación a la reforma de los mismos; ni el literal b) relacionado con la discusión y aprobación de los planes de desarrollo ni las demás contempladas en este artículo de los estatutos de la entidad.

En la actualidad la junta no está conformada en su totalidad, es inoperante y a pesar de haberla convocado el Gerente 2 veces para aprobar el presupuesto de la vigencia 2009, no fue posible.

En los estatutos vigentes en el artículo 14 dice que la Junta Directiva además del alcalde quien la preside o su delegado, debe estar el secretario de salud municipal o su delegado directo o en su defecto un delegado de la administración municipal designado por el alcalde. Con lo anterior se evidencia que no hay representante del Departamento en la misma por razón de su transformación en ESE, sin que el departamento se haya pronunciado con respecto a esta disyuntiva (si es hospital del departamento o del municipio)

• **Análisis de la Estructura Organizacional**

El hospital San Agustín fue creado mediante Decreto No.060 de enero 23 de 1943, emanado de la Gobernación del Departamento del Valle, como un hospital del orden departamental, pero se observa que el Concejo Municipal mediante Acuerdo No.05 de Marzo 29 de 1995 transforma el hospital en una Empresa Social del Estado como una entidad pública del orden municipal.

Se observó que el hospital aún no ha implementado las Tablas de Retención Documental y el archivo de gestión no se lleva conforme a los lineamientos de la Ley de Archivo.

Planta de cargos

La planta de cargos se ha mantenido estable con 36 empleados, de los cuales hay activos 29. Por directriz de la Secretaría Departamental de Salud del Valle, se proyecta el incremento del salario en un 4.5% por debajo del IPC, teniendo que ser ajustado posteriormente creando inconvenientes de manejo presupuestal y laboral.

El 85% del personal desempeña actividades asistenciales y el 15% realiza apoyo administrativo.

PLANTA DE CARGOS

AÑO	EMPLEADOS PUBLICOS	TRABAJADORES OFICIALES	TOTAL PLANTA	VACANTES
2005	25	11	36	9
2006	25	11	36	7
2007	25	11	36	7
2008	25	11	36	7

Hay un adecuado manejo de la austeridad en el gasto con relación a los salarios, ha mantenido la planta de personal estable y el incremento ha sido mínimo debido a la situación financiera del hospital.

Realizo ajuste a las denominaciones de cargos y códigos de acuerdo al Decreto 785 de 2005, pero no se evidencia el acta de posesión para aquellos cargos en los cuales se realizaron cambios.

Personal por Contrato de Prestación de Servicios

La administración aplica estrictamente el principio de economía en la vinculación de personal por contrato de prestación de servicios. Durante las vigencias auditadas no existe vinculación de personal por cooperativa.

Bienes

Hay deficiencias en relación con la seguridad de los bienes por falta de la póliza que ampare contra todo riesgo el edificio, dado que esta zona es de alto riesgo por factores climáticos y de orden publico, pero la razón fundamental de la no adquisición es la falta de recursos económicos porque es muy costosa y estos hospitales no están en capacidad de renovarla cada año. Aunque han estado solicitando al Ministerio de Protección Social que los apoye para adquirirla.

Talento Humano

Presenta debilidades en la política de talento humano en cuanto a incentivos y capacitación. Aunque cuenta con planes de capacitación y bienestar social durante las vigencias 2007 y 2008 por razones de índole económico, el cumplimiento de estos fue bajo.

No cancelan a los funcionarios la bonificación por recreación y al personal directivo los gastos de representación.

En la actualidad no se ha realizado el proceso de elección del gerente del hospital en cumplimiento del Decreto 800 de marzo 14 de 2008 del DAFP y el actual fue nombrado hace 10 años.

Culminando el proceso auditor a febrero 20 de 2009 se tuvo conocimiento que el Alcalde Distrital de Buenaventura, había nombrado como Gerente al Exsecretario de Salud Distrital el 4 de Febrero de 2009, sin comunicarle la insubsistencia, así mismo que el nuevo gerente se había posesionado el 10 de Febrero, sin que este se hubiera presentado al Hospital a ejercer sus funciones y comunicarle a los funcionarios de su nombramiento e iniciar sus labores de empalme.

Historias Laborales

En la muestra seleccionada se observa que contienen el formato único de hoja de vida de la función pública, pero carecen de la firma tanto del funcionario como del jefe de personal o quien haga sus veces, no están foliadas en el orden que se producen y no contiene declaración de bienes y rentas actualizada.

Manuales

El manual de funciones actualizado mediante Resolución No.54 de 2005, no se ha divulgado a los empleados.

El manual de procesos y procedimientos se esta elaborando simultáneamente con la implementación del MECI y el Sistema de Gestión de Calidad.

La entidad no cuenta con manual de contratación, pero se atempera a la reglamentación legal vigente establecida en la Ley 80 de 1993 y Ley 100 de 1993 en su artículo 195 numeral 3.

• Análisis de los Sistemas de Información

La entidad no tiene definidos procesos como rendición pública de cuenta, para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión en la prestación de servicios de salud.

El hospital no cuenta con una oficina para el sistema de atención al usuario SIAU, tampoco realiza los registros de las personas atendidas y no hay archivo de quejas y reclamos, realizados por los usuarios, es decir, no lleva estadísticas de las mismas, ni registran las respuestas dadas a la comunidad y a los usuarios

- **Evaluación del Sistema de Control Interno**

En la estructura orgánica del hospital existe la dependencia asesora como “oficina de control interno”, pero el cargo se encuentra vacante.

Desde enero 2006 vinculan mediante contrato de prestación de servicios el encargado para asesorar y mantener todos los componentes necesarios para el funcionamiento del Sistema de Control Interno, responder por los informes propios del sistema y realizar visitas para verificar las acciones y controles de los procesos y procedimientos de los diferentes servicios habilitados vigentes y apoyar el diseño del plan para la habilitación de los servicios.

No elaboran plan anual de auditoria, ni plan de acción de la oficina y no han realizado auditorias internas.

La evaluación de los componentes del Sistema de Control Interno, muestra un avance de 72.6%, equivalente a un nivel de riesgo medio, lo cual no es coherente ni en la presente ni en las anteriores vigencias, con la situación real del sistema.

Finalmente para el 2008, el hospital no ha creado la oficina de atención al usuario para facilitar la información de los servicios que ofrece la entidad pero si ha instalado el buzón de sugerencias.

Los funcionarios no aplican indicadores para la evaluación de la gestión y no se han establecido controles a todos los procesos del área administrativa.

Los diferentes procesos institucionales no cuentan con planes ni programas de monitoreo.

Presentan debilidades en la organización de procesos técnicos, científicos y administrativos porque los estándares de procesos y procedimientos a seguir no están definidos.

Evaluación del avance de la Implementación del MECI.

La entidad no ha culminado la etapa de planeación, no ha realizado el proceso final de diagnostico con el fin de dar cumplimiento a todos los puntos que exige las Circulares 03 y 05 de Septiembre 27 de 2005 y diciembre 22 de 2006, no obstante requiere intensificar el proceso total de implementación teniendo en cuenta que el plazo vence en junio de 2009, por ser Buenaventura un municipio de tercera categoría.

- No se cuenta con el compromiso de la alta dirección para fortalecer el ejercicio del control interno, ni se dan las orientaciones sobre el diseño y utilización de instrumentos y mecanismos que faciliten el ejercicio de autocontrol durante las vigencias auditadas.
- No rindieron el Informe ejecutivo anual de evaluación al avance de implementación del MECI vigencia 2006 a más tardar a febrero de 2007 como lo establece la Circular 05 de 2006, el cual es de carácter obligatorio. Ni cumplieron con la rendición del reporte de información sobre el avance en la implementación del modelo estándar de control interno, para la vigencia 2007 como lo estipula la Circular 1000-014-07 de septiembre 7 de 2007 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el primer reporte debió hacerse en octubre de 2007, correspondiente al tercer trimestre de 2007 y así sucesivamente hasta su implementación total.
- Durante las vigencias auditadas, no se evidencia evaluación por parte de Control Interno y el área de facturación al proceso de glosas, para identificar las causas de éstas y los correctivos necesarios o puntos de control orientados a minimizar las inconsistencias en la facturación, inobservando lo estipulado en el numeral 5.3.3 de la Circular 035 de 2000.

3.1.2 SALUD PÚBLICA

- **Promoción y Prevención**

En la ejecución de las actividades de Promoción y Prevención inciden los altos costos de transporte fluvial por los combustibles, el estado de las mareas y la situación de orden público que ocasiona riesgos para los grupos de trabajo, las distancias acuáticas, terrestres y la dispersión influyen en el cumplimiento de los mismos.

La entidad cuenta con 14 camas de hospitalización, 2 consultorios de consulta externa, 1 consultorio en el servicio de urgencias, 1 mesa de parto y una unidad de odontología, tiene capacidad instalada para ofrecer los servicios de consulta externa, programas de promoción y prevención, atención al niño, vacunación, programas de atención en salud sexual y reproductiva, programas de atención al adulto, así mismo posee 2 ambulancias fluviales como se observa en las siguientes imágenes:

PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO



PROGRAMA DE PREVENCION



AMBULANCIAS FLUVIALES DEL HOSPITAL



En cuanto a la promoción de salud existen formatos que sustentan las actividades realizadas según los parámetros del objeto del contrato, la información suministrada por la entidad corresponde a lo auditado, existe un 100% de cumplimiento en las actividades educativas.

En cuanto a planificación familiar existe programa establecido con todos sus registros bien organizados, hay disponibilidad y se brinda de forma gratuita los métodos anticonceptivos, el cumplimiento del programa de planificación familiar es de un 62% según las metas establecidas.

Aseguramiento

Consultada la base de datos de la población asegurada en el municipio de Buenaventura se observa que no esta discriminada por corregimientos para conocer con exactitud la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado para el corregimiento de Puerto Merizalde.

La mayoría de la población no tiene aseguramiento y se encuentran muchos casos en los cuales están carnetizados pero están asignados para su atención a la ESE municipal ubicada en el sector urbano de Buenaventura Luís Ablanque.

A esta población se suma los habitantes de López de Micay que pertenecen al Depto del Cauca pero utilizan los servicios del hospital, muchos de estos a pesar de ser del Cauca tienen carnet de Buenaventura.

Hay problemas con la base de datos y las EPS-S, a esto se le agrega que existe en la zona personas sin identificar porque carecen de documento.

CRUE

La ESE, por su situación geográfica, no hace parte del sistema de referencia y contrarreferencia a través del CRUE y además carece de equipos apropiados para la comunicación.

El Hospital López de Micay (Cauca) de primer nivel, le remiten pacientes al hospital San Agustín de primer nivel para que este a su vez remita al Hospital Departamental de Buenaventura de segundo nivel, teniendo en cuenta que lo debe remitir utilizando la ruta vía marítima López de Micay a Guapi, y estos por avión a Popayán o Cali.

Este sistema esta afectando tanto al Hospital de San Agustín como al Hospital Departamental de Buenaventura y al mismo tiempo al Hospital Universitario del Valle, congestionando de pacientes a los hospitales del Valle.

- **Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios**

Adopción e Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares –PGIRH

Durante este proceso auditor, no fue posible realizar las visitas técnicas, sin embargo se tuvo en cuenta la Información y registros fotográficos suministrados por el gerente de la entidad.

Diseño y Formulación del PGIRH

El Hospital no tiene PGIRH, este posee un Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios –MGIRH que a febrero 11 de 2009 no se ha adoptado ni implementado, no se ha remitido a la autoridad ambiental para lo de su competencia, este carece de diagnostico situacional ambiental y sanitario, ruta hospitalaria, grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, programa de capacitación, código de colores, plan de contingencia.

La institución no cuenta con el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.

No se evidencio un plan de acción ni ficha MGA en los cuales se referenciara la necesidad de realizar dicho plan, ni los costos del mismo.

Implementación del PGIRH

Se evidencio a través de los registros fotográficos que los recipientes de la institución no cumplen con el código de colores establecido en el MPGIRH o Resolución 1164 de 2002, y los residuos generados tanto comunes como peligrosos son enterrados en la parte trasera del hospital por cuanto no se ha llegado a un acuerdo con la empresa RH para el manejo de los residuos generados en la institución.

Teniendo en cuenta que no hay caracterizaciones de los residuos hospitalarios en este hospital, no se pudo determinar la cantidad de estos generada mensualmente al interior del mismo, no obstante, de acuerdo a la población atendida, se puede estimar una producción mensual de más de 120 kg/m lo que ubicaría al hospital como mediano generador conforme a lo estipulado en el Decreto 4741 de 2005.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta institución incumplió con la Resolución No.1362 de 2007, por cuanto no se inscribió como generador de residuos peligrosos ante la autoridad ambiental.



**Sitio de disposición final de los Residuos Sólidos generados en la institución
(parte trasera del hospital)**



Recipientes sin rotulados, sin tapas, con tapas dañadas, colores de las bolsas diferentes a los recipientes

Componente Social

No se ha realizado ningún tipo de capacitaciones sobre el manejo de residuos hospitalarios tanto interna como externamente, adicional a esto, no existe ningún programa de capacitación anual ni recursos destinados para tal fin.

Impacto

La gestión del hospital en cuanto a la implementación del PGIRH fue deficiente, por cuanto este no se ha implementado, adicional a esto, se evidencia mínimo acompañamiento por parte de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud, lo anterior teniendo en cuenta que el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios puede conllevar a enfermedades como Hepatitis, Rubeola, Paratuberculosis, tuberculosis, CMV, Sida, Mutaciones, Trastornos, Cáncer, Lesiones, Infertilidad, Leucemia e Irritación de Mucosas; y la incorrecta separación en la fuente, vertimientos de líquidos, transporte y disposición final de los residuos generados en los hospitales, causan impacto negativo en el medio ambiente, en este caso afectando el recurso suelo, las aguas subterráneas a través de los lixiviados.

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- **Satisfacción del Usuario**

Esta evaluación no se pudo llevar a cabo debido a las dificultades geográficas de la región, sin embargo, se tiene conocimiento de la aceptación que existe entre los raizales sin chocar con lo cultural para combinar el saber popular con los avances científicos y técnicos para mejorar la calidad de vida de los habitantes de estos ríos.

Por su ubicación acoge a un número considerable de residentes de la zona, no solo del Valle del Cauca, sino del Departamento del Cauca, ya que los separa el río Naya y la cercanía con este hospital lo convierten en el punto ideal de atención.

Eficacia Hospitalaria

En desarrollo de sus objetivos, la entidad ha prestado servicios de salud con calidad, oportunidad, eficacia y compromiso social contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida y reducción de la morbilidad y mortalidad, cubriendo servicios de promoción y prevención, odontología, consulta general, partos, hospitalización, laboratorio y terapias respiratorias.

Por ser de primer nivel, no atiende partos por cesárea, en algunas oportunidades se presentan emergencias de nacimientos de bebés que son atendidas por parteras, antes de llegar al hospital, situación que ha permitido capacitar a algunas parteras de la zona para que puedan brindar mejor atención en caso de emergencia pero al mismo tiempo concientizar a las maternas de la importancia de tener el parto en el hospital.

La tendencia general en la producción es descendente, hubo una disminución en la prestación de los servicios durante el 2008 comparada con los años anteriores, mientras que en el 2005 la producción llegó a 14.692 actividades de vacunación, en el 2008 se realizaron 860, situación desfavorable porque esta disminución incrementa los riesgos, impactando negativamente en la salud de sus pobladores.

Lo anterior debido a la directriz de la Secretaría Municipal de Salud, que indica que las vacunas no se pueden transportar en neveras de icopor y con el agravante e inconveniente de transporte fluvial para llegar hasta las zonas remotas.

La disminución de la producción de 2006 con relación al 2005 se debió a los problemas de orden público en la zona que impidieron las salidas normales que se realizaban a las diferentes veredas.

Se observa con preocupación el incremento del servicio de terapia respiratoria al pasar de 80 en el 2007 a 331 en el 2008, lo que pone en alerta a la entidad para definir y atacar las causas que la originan.

- **Avances del cumplimiento de la sentencia 760 de 2008**

Se observó que la entidad dentro de prestación de servicios de salud ha venido cumpliendo la exigencia de la Sentencia 760 de 2008, toda vez que esta exige la

prestación de servicio de salud a la comunidad de manera oportuna, eficiente y veraz, de acuerdo a los lineamientos trazados por esta providencia.

Este cumplimiento se da en la medida de sus capacidades y cuando la población ha solicitado el servicio teniendo en cuenta las dificultades geográficas que se presentan para el acceso a la institución.

• Infraestructura

El presente informe se registra sobre la evaluación efectuada a la documentación física y magnética que la Entidad Auditada presentó de las instalaciones del Hospital considerándose una limitación al alcance para conceptuar sobre el estado real de la infraestructura Hospitalaria.

El Hospital San Agustín ejecutó inversión en mantenimiento a la infraestructura en cada vigencia como se indica en la siguiente tabla:

Vigencia	Presupuesto Ejecutado	Inversión en mantenimiento	(%)
2005	883.804.000	24.194.000	2.73
2006	868.998.000	37.470.000	4.31
2007	601.511.000	38.299.000	6.36
2008	719.651.000	14.840.000	2.06

Se evidencia que la entidad realiza una buena gestión para la inversión en mantenimiento a la infraestructura en la vigencia 2006 y 2007, mientras que en las vigencias 2005 y 2008 hubo poca inversión.

La ejecución y mantenimiento de las instalaciones del Hospital, de acuerdo a lo observado en los registros fotográficos aportados en general, evidencian unas instalaciones que se encuentran en buenas condiciones lo cual permite que los usuarios tengan un ambiente agradable al utilizar los servicios médicos del Hospital; lo anterior debido a que permanentemente se le hace mantenimiento a las edificaciones a través de la contratación de supernumerarios.

En cuanto a la contratación y/o convenios realizados en el Hospital solo se reporta un contrato ejecutado con recursos del Departamento, contrato que apunta a mejorar las condiciones físicas de la entidad con el fin de ampliar y mejorar el servicio, no se puede emitir una opinión que apunte a comparar con los planes, programas y proyectos del sector ya que estos no existen en la entidad.

Por otra parte 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 hospital; lo cual apunta a que la necesidad de realizar obras de adecuación y mantenimiento al hospital surgen de manera imprevista a la cual se les da solución a través de la contratación de supernumerarios, factor que limita la verificación puntual de las obras que se adelantan en la entidad.

Del contrato ejecutado 001-2006 y de acuerdo a documentación aportada, la entidad cumplió con las normas estipuladas en lo referente a la parte técnica.

En lo referente al cumplimiento Ley 400 de 1997 y sus decretos reglamentarios por medio del cual se adoptan normas sobre construcciones Sismo-Resistentes se puede informar que el Hospital cuenta con los estudios de vulnerabilidad sísmica realizados en la vigencia 2005 a través de un convenio interadministrativo entre a Secretaría de Salud del Departamento y la Universidad del Valle, acatando los términos establecido en el artículo 35 de la Ley 1151 de Julio 24 de 2007.

El estudio cumple con los requerimientos exigidos por la norma, debido a que contiene el diagnostico del estado actual de la estructura, evaluación y propuesta del reforzamiento, sustentación y explicación (memorias de calculo); para lo anterior, se realizaron las siguientes actividades: levantamientos arquitectónicos, recopilación de información del estado la estructura y análisis del comportamiento ante un sismo, elaboración de los estudios de suelos y geotécnicos, elaboración de planos de la propuesta de diseño estructural con su respectivo presupuesto y estudio de los elementos no estructurales.

Como resultado de lo anterior y tal como se pudo verificar documentalmente, se concluye que la estructura actual **NO CUMPLE** con las especificaciones técnicas de la norma NSR-98 en cuanto a ductilidad, rigidez y resistencia, para lo cual es necesario el reforzamiento de la estructura de la edificación.

Teniendo en cuenta lo establecido en el articulo 35 de la Ley 1151 de Julio 24 de 2007, el plazo para el reforzamiento estructural vence el en el año 2013.

A la fecha no se han apropiado recursos para darle cumplimiento al estudio y hasta la fecha solo ha sido plasmado en el plan bienal 2007 – 2009 la necesidad para reforzamiento estructural por un valor de \$260.800.000.

Transcurridos cuatro (4) años de tener elaborados los estudios, hasta la fecha no se han ejecutado obras para el reforzamiento estructural, por consiguiente los estudios y diseños elaborados no han sido revisados por parte del organismo competente

(entidades encargadas de expedir licencia de construcción como curadurías, secretarías de planeación o quien haga sus veces); en el momento que se realice el inicio las obras de reforzamiento, previamente se deberá hacer una actualización del presupuesto.

Con lo anterior, se establece que no se ha comenzado la intervención de la estructura de la edificación para su actualización, tal como lo establece el art. 54 de la Ley 400 de 1997.

3.2 FINANCIAMIENTO

El hospital no cuenta con un sistema de contabilidad integrado, cuenta desde Cali con un contrato por prestación de servicios, la cual incorpora datos de las transacciones, los hechos y las operaciones financieras de la entidad en un programa contable llamado Elisa; este programa no tiene interfase con las áreas de presupuesto, tesorería y facturación. Por falta de estos sistemas de información, la entidad realiza procedimientos manualmente, los cuales representa un alto riesgo en el manejo y reporte de la información.

- **Estados Contables**

Activos

El Hospital San Agustín de Puerto Merizalde no ha realizado el proceso de saneamiento contable a sus activos y pasivos como lo establece la ley 716 de 2002 y demás decretos reglamentarios, no se ha realizado un inventario físico a todos los bienes que posee la entidad.

Efectivo

No existe un programa anual de caja PAC o un sistema de flujo de caja, donde definan el monto máximo mensual disponible para efectuar los pagos.

La entidad no puede consignar los dineros recaudados a través de la caja general en su totalidad al día siguiente debido a la situación geográfica en que se encuentra el hospital, por esta situación presenta saldos altos en caja. Además no se están legalizando oportunamente los pagos que se hacen con los recaudos de caja, esta situación genera un alto riesgo en el manejo financiero de la entidad.

Las órdenes de pago hacen de comprobante de egreso, además no se enumeran consecutivamente, no registran el número de cheque y algunas carecen de la firma

del beneficiario del pago.

Las nominas carecen de los soportes respectivos, solo adjuntan la planilla de la nomina para su contabilización

Se evidenció durante las vigencias auditadas que la entidad efectúa las consignaciones y que mensualmente ha realizado las conciliaciones bancarias las cuales cuentan con los debidos soportes.

Propiedad Planta y Equipo

La entidad no ha realizado los avalúos técnicos a la propiedad planta y equipo, los valores registrados son históricos, no se ha establecido la conciliación entre el valor real que arroje un inventario físico contra el valor registrado en libros.

Las depreciaciones de la propiedad planta y equipo de las vigencias 2006-2007 se realizaron en la vigencia 2008, esperando que se efectuara el inventario de activos fijos para hacer una depreciación individual, a la fecha no se ha realizado este inventario y se siguen depreciando globalmente.

Deudores a diciembre 31 de cada vigencia

No fue posible verificación el libro auxiliar de deudores, debido a que el libro manual que lleva la entidad no lo entregaron durante el proceso de auditoria, y en el programa contable esta desactivado.

La entidad no cumple con la circular externa 035 de diciembre 27 de 2000 emanada de la Contaduría General de la Nación en el manejo contable de las Glosas. Contabiliza las glosas en cuentas de difícil cobro aprovisionando el 100% del valor, sin acto administrativo y sin evidenciar la gestión de cobro.

INFORME DE LAS GLOSAS POR DEUDOR DECRETO 2193 (Reporte al Ministerio de Salud)

ENTIDAD	2005	2006	2007	2008	TOTAL
REGIMEN CONTRIBUTIVO					
COOMEVA	638.493				638.493
OTRAS EPS(COSMITET)		3.081.026			3.081.026
REGIMEN SUBSIDIADO					
CAPRECOM	31.773.507	112.982.645		41.049.214	185.805.366
TOTAL	32.412.000	116.063.671	0	41.049.214	189.524.885

La entidad no cuenta con un funcionario o comité para analizar y hacer el trámite de las glosas.

La entidad manifiesta que para 2007 no le presentaron glosas, pero al solicitar a las ARS el estado de la deuda con el hospital, se obtuvo respuesta de CAPRECOM y COOSALUD a diciembre 31 de 2008 que nos muestra el siguiente informe:

ENTIDAD	2005	2006	2007	2008	TOTAL
CAPRECON	13.707.257	58.014.286	33.858.245	64.134.887	169.714.675
COOSALUD			711.284		711.284

La información presentada por el hospital con respecto de las glosas no es confiable, el Hospital presenta una diferencia a favor con respecto a lo reportado por CAPRECOM de \$16 millones.

La causa más frecuente de glosas para las cuatro vigencias se presentó por no estar carnetizados los usuarios.

La omisión en la respuesta a las glosas presentadas, además de causar las sanciones previstas legalmente evidencia una deficiencia administrativa que puede ocasionar detrimento del equilibrio económico y de la gestión de la Institución.

Inventarios

No se pudo realizar un inventario físico por las dificultades de acceso dada la situación geográfica del hospital.

El hospital no ha realizado un inventario físico de suministros por consiguiente no se ha realizado la conciliación entre el valor real del inventario físico y el valor registrado en libros.

Según lo reportado, el hospital maneja un stock de medicamentos muy bajo.

Pasivos

Obligaciones Laborales

CUENTAS	CONCEPTO	2.005	2.006	2.007	2.008
250501	NOMINA POR PAGAR	51.972.087	32.513.395	48.315.208	61.898.299
250502	CESANTIAS	4.165.000		0	0
250505	PRIMA DE VACACIONES	4.009.015		12.031.397.50	6.556.932.50
250506	PRIMA DE SERVICIOS	4.516.111		11.252.000	0
250507	PRIMA DE NAVIDAD	1.670.134		6.027.000	30.957.257
250508	INDENIZACION			3.847.299.50	0
250590	OTROS SALARIOS Y PRESTACIONES		10.719.347	8.481.438	1.051.225
TOTAL	OBLIGACIONES LABORALES	66.332.347	43.232.742	74.075.646	93.906.781

La entidad presenta como mayor obligación laboral el concepto de nomina por pagar durante en las cuatro vigencias, los pasivos laborales por cesantías, pensiones,

seguridad en salud, ARP, son consignados directamente a cada fondo por el Ministerio de Protección de acuerdo a la Ley 715/2001 Art. 58, la aplicación de este artículo garantiza el pago de los aportes patronales de los empleados del sector salud.

La entidad no ha realizado la conciliación con los diferentes fondos para establecer el saldo real de estas cuentas.

Cuentas por Pagar

El libro auxiliar de cuentas por pagar esta desactivado en el modulo de Contabilidad General, por esta razón no se pudo auditar por beneficiario junto con el libro manual que se lleva en la entidad.

En el mes de diciembre de 2008 en la relación de cuentas por pagar se evidencia un valor de \$8.540.000 por concepto de viáticos y gastos de viaje a nombre del Subgerente, este valor corresponde a los viáticos de meses anteriores de la vigencia 2008 y fueron legalizados en diciembre del mismo año, evidenciando que no se esta cumpliendo con una de las normas contables de causación del gasto y por lo tanto no se esta contabilizando en la fecha que se registra.

La entidad presenta serias deficiencias al momento de pagar aportes parafiscales, ya que existen saldos por cancelar desde la vigencia 2005. A diciembre de 2008 presenta un saldo por pagar de \$63 millones sin tener en cuenta los intereses de mora, los cuales son intereses compuestos a la tasa de usura vigente, estos intereses no se han liquidado ni contabilizado.

El hospital no esta afiliado a una Caja de Compensación Familiar.

- **Presupuesto**

El área de presupuesto no maneja la información de manera integrada entre contabilidad, tesorería y facturación, generando inconsistencias en la información reportada a las entidades de control, igualmente no se hacen conciliaciones de los saldos, situación que genera incertidumbre en los informes presentados.

La entidad proyecta su presupuesto con base en los techos presupuéstales que entrega la Secretaria Departamental de Salud.

Se desagrega de acuerdo a la Población del Régimen Subsidiado, Régimen contributivo, al Sistema General de participaciones y cuota de recuperación copagos del régimen contributivo y pagos de consultas de particulares.

Para las vigencias 2005-2006-2007 el presupuesto de ingresos y gastos se aprobó mediante Resolución, ya que la junta directiva del hospital estaba inactiva, no cumplió con sus funciones. Para la vigencia 2008 el presupuesto de ingresos y gastos se aprobó mediante acuerdo.

Los actos administrativos de las adiciones y reducciones de los ingresos en las vigencias 2005, 2006 y 2007 no se revisaron debido a que la entidad solo envió al equipo auditor los borradores a lápiz de los actos administrativos.

Ingresos y Gastos

RESULTADO FISCAL (en miles)				
CONCEPTO	2005	2006	2007	2008
Ejecución activa de Ingresos	1.247.633	1.355.131	1.094.883	1.018.065
Pagos	1.215.341	1.216.570	1.215.044	997.842
Cuentas por Pagar	205.893	132.100	288.795	265.355
Ejecución activa de Gastos	1.421.234	1.348.670	1.503.839	1.263.197
Resultado fiscal	-173.601	6.461	-408.956	-245.132
Cuenta por Cobrar	127.155	134.099	291.410	202.455
Resultado del Ejercicio	-46.446	140.560	-177.546	-42.677

La entidad ha generado durante las vigencias auditadas resultados negativos lo que indica que ha ejecutado sus gastos por encima de sus ingresos y que las cuentas por cobrar del último trimestre no le alcanzan a cubrir este déficit. Solo para el 2006 presentó un superávit de \$6.5 millones.

No se evidencia acto administrativo donde la entidad reconozca, decrete e incorpore en la vigencia inmediatamente siguiente el déficit o superávit fiscal causado durante los periodos auditados.

• Análisis de variables que afectan el financiamiento del Hospital

El incumplimiento en el pago oportuno por concepto de prestación de servicios contratados entre las E.P.S. y la E.S.E. Hospital San Agustín, obedece a la demora en el pago del ente territorial municipal hacia la E.P.S., lo cual hace que el flujo de caja no sea continuo. Se pudo evidenciar que el municipio ha pagado algunos contratos al finalizar su etapa de ejecución, para la vigencia 2005 hubo contratos que

se pagaron inclusive dos o tres meses después de haberlos terminado, la misma situación se presentó en los demás años auditados.

La gestión realizada por la entidad frente a las glosas conforme al Decreto 4747 de 2007 es desfavorable, en su mayoría la causa es por no carnetizados y porque no se cumple el porcentaje de contratación, la población está muy dispersa y de 3000 usuarios de CAPRECOM solo se les realizó actividades de promoción y prevención a 1700 en el 2008.

No se evidencia la aplicación del párrafo 1 artículo 6° del Decreto 4747 de 2007 donde las entidades que no actualicen la información en línea o no reporten novedades, se entenderá que continua vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido. La entidad a diciembre 31 de 2008 presenta glosas por \$213 millones.

Políticas de gestión para la recuperación de cartera

La entidad no da cumplimiento a la Ley 1066 de 2006 sobre el manejo y administración de la cartera. No posee un manual de procedimientos que asegure la eficiencia del cobro de la cartera, no ha establecido metas de recaudo.

La cuenta Plan Subsidiado de ARS presenta un saldo de \$270 millones este valor se debe según el hospital, a que el municipio no les ha cancelado a la ARS y ellas a su vez no le cancela al hospital. La entidad no tiene mecanismos efectivos para garantizar el pago oportuno de las ARS.

Comportamiento de la cartera vigencias auditadas

DETALLE	2005	2006	2007	2008
TOTAL DEUDORES	195.614.404	206.306.371	399.617.496	269.940.984

La entidad ha contabilizado el valor de las glosas en cuentas de difícil cobro aprovisionando el 100% de este valor, sin acto administrativo y sin evidenciar la gestión de cobro. Según la circular 035 de 2000, emanada de la Contaduría General de la Nación en el manejo contable de las Glosas deben registrarse en cuentas de orden.

COMPORTAMIENTO DE LA CARTERA POR EDADES

VIGENCIAS	DE 31 A 60 DÍAS	DE 61 A 90 DÍAS	DE 91 A 180 DÍAS	DE 181 A 360	MAS DE 361 DÍAS	TOTAL
2.005	112.950.970	49.083.428	8.412.054	25.167.952	0	195.614.404
2.006	158.426.531	40.169.512	7.710.328	0	0	206.306.371

2.007	332.075.135	30.434.326	53.452.964	32.360.917	12.317.613	460.640.955
2.008	115.730.337	88.044.778	43.727.045	22.438.824	0	269.940.984

Se observa como el mayor valor de la cartera se encuentra en el rango de 31 a 60 días, mostrando un comportamiento normal teniendo en cuenta que no tienen una política o manual de recuperación de cartera.

Los costos de remisiones de pacientes desde el Hospital San Agustín al Departamental de Buenaventura por vía fluvial, le significa un costo promedio de \$800 mil, situación diferente al transporte terrestre contratado que asumen otros hospitales que no tienen esta particularidad.

3.3 LEGALIDAD

Aun cuando no cuenta con plan estratégico y plan de acción la entidad realiza actividades de salud pública, asistencial, prevención y promoción, plan de atención básica, atención primaria en salud y expidió y ejecuto el presupuesto en cada vigencia.

- **Cumplimiento del Marco Normativo de la Contratación**

Para la vigencia 2008, la Gobernación en el convenio suscrito realiza acciones de recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia en salud pública en su jurisdicción, se evidencia la entrega de \$10.000.000 para compra de equipos de sistemas.

En las vigencias auditadas fueron examinados cinco convenios por \$673.683.931.

En los convenios suscritos con la Alcaldía de Buenaventura, los objetos de estos corresponden a servicios de salud del primer nivel, atención primaria en salud y promoción y prevención, se destaca que el concepto de promoción y prevención no se perfecciono individualmente, así mismo los objetos fueron conceptualizados para la prestación de salud a nivel general dentro de la prestación de salud que le corresponde al Hospital.

No se estableció la existencia de mecanismos de difusión de la normatividad o registro de estas en dicha entidad.

En el contrato de obra civil 001 de 2006 Adecuación de hogar de paso fase I, falta análisis de conveniencia como justificación de la necesidad del servicio, bitácora de obra, el interventor de este contrato fue el gerente de la entidad que es de profesión odontólogo, persona no idónea para realizar esta labor.

En cuanto a la promoción y prevención de la salud, ejecutado con el 4.01% del régimen subsidiado en el 2007, se detectó que el sistema de información sobre la vacunación fue deficiente, el acceso de los usuarios para llegar al Hospital fue difícil, el porcentaje de cumplimiento por las situaciones antes planteadas solo alcanzo el 45%.

Durante los periodos auditados, las EPS del régimen subsidiado vienen cumpliendo con el porcentaje de contratación de los recursos con el Hospital, siendo del 50% de acuerdo al porcentaje de la UPC en los contratos.

No se evidenció durante las vigencias 2005 y 2006 informes de Auditoria al Hospital San Agustín ESE por parte de la Secretaria de Salud Municipal, para el 2007 se realizo una auditoria en el mes de noviembre y para la vigencia 2008 está pendiente por realizarse, evidenciando la falta de control administrativo por el ente de salud municipal.

En los contratos suscritos y ejecutados entre el Municipio de Buenaventura y las E.P.S. del régimen subsidiado, la secretaria de salud municipal no entrego datos estadísticos del Hospital San Agustín, ya que trabaja la información referente a toda la población de Buenaventura en una sola base de datos.

Fuente de Financiación: FOSYGA, SGP, Municipio y Departamento EPS – S: EMSSANAR, COOSALUD, CAPRECOM, SALUDVIDA, A.I.C. y SELVA SALUD			
PERIODO	MONTO \$	AFILIADOS	CARNETIZADOS
01-04-05 al 30-09-05	\$7.907.940.738	63.922	ND
01-11-05 al 31.03-06	\$1.577.520.813	21.583	ND
01-04-06 al 30-09-06	\$9.484.341.429	95.178	91.495
01-10-06 al 31-03-07	\$11.436.558.322	116.198	ND
01-04-07 al 30-09-07	\$12.427.667.610	115.758	ND
01-08-08 al 31-12-08	\$1.435.961.460	8.887	5.395
01-07-07 al 31-12-07	\$8.296.678.844	143.284	129.829
01-12-07 al 31-03-08	\$23.852.417.804	152.056	139.064
01-04-08 al 31.12.08	\$26.548.883.294	152.100	138.859

Se notan diferencias en algunos periodos contratados en la relación del total de afiliados, comparativamente con el total de carnetizados, como se puede apreciar en la información hecha de la contratación entre el Municipio y las E.P.S. Del régimen subsidiado de los años de 2005 hasta 2008.

En los cinco convenios por \$ 1.133 millones suscrito entre el Municipio y la ESE sobre la prestación de servicio a los vinculados, se observa un adecuado manejo en la facturación y los plazos de ejecución oscilo entre seis y doce meses.

Los beneficios de los convenios fueron para prestar consulta externa, odontología preventiva y curativa, hospitalización y observación, urgencias las 24 horas, actividades de promoción y prevención, ayudas diagnosticas en laboratorio clínico básico, imagenología y entregar medicamentos de primer nivel a la población de Puerto Merizalde.

3.4 REVISIÓN DE LA CUENTA

Para la vigencia 2005 revisada la cuenta para la validación con el programa RECCDVALLE se emitió pronunciamiento Desfavorable sobre la forma de rendición, por consiguiente se emite concepto de **No Fenecimiento** para esta vigencia.

Se realizó la evaluación de la cuenta de acuerdo al manual de revisión y teniendo presente el pronunciamiento que se había emitido en la revisión de forma para las vigencias 2006 y 2007, confrontando lo rendido con lo encontrado en los soportes documentales.

En el 2006, la revisión de la cuenta arrojo un resultado de 81.6 puntos el cual ubicó a la entidad en concepto Favorable, dentro del proceso auditor se establece que esta calificación se modifica, debido a que la entidad presenta debilidades en las áreas misional y administrativa bajando a 72.6 puntos que son coherentes con el resultado del informe y que permite emitir concepto de **Fenecimiento** de la cuenta.

Para el 2007, la revisión de la cuenta arrojo un resultado de 62.7 puntos el cual ubicó a la entidad en concepto Desfavorable, dentro del proceso auditor se establece que esta calificación se ajusta, debido a que la entidad presenta debilidades en las áreas misional y administrativa bajando a 59.7 puntos que son coherentes con el resultado del informe y que permite emitir concepto de **No Fenecimiento** de la cuenta.

Durante la auditoria en el 2008, la comisión revisa y califica la cuenta arrojando un resultado de 67.5 puntos que le permiten emitir concepto de **No Fenecimiento**, teniendo en cuenta las debilidades que presenta en las áreas misional y administrativa de la entidad.

Han tenido dificultades para la comunicación que no les permite una rendición oportuna y adecuada, así como realizar consultas por Internet porque solo disponen

de 2 horas diarias cuando la planta eléctrica del Corregimiento Puerto Merizalde funciona en condiciones normales.

3.5 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN

En el cumplimiento de la función de las ESE, se evaluó la situación actual del servicio de la entidad como parte del sistema de salud en el Valle, para ello se entregaron 15 encuestas con cuatro ejes a evaluar: Direccionamiento General y Control (16) preguntas, Salud Pública (5 preguntas), Prestación de Servicios (2 preguntas) y Financiamiento (6 preguntas), obteniendo la siguiente calificación:

	DIRECCIONAMIENTO	SALUD PUBLICA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	FINANCIAMIENTO
	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA
MEDIA/AREA	1.76	1.77	2,98	1.86
MEDIA GENERAL	1.91			

Analizado el resultado se pudo concluir que el hospital en el eje de Direccionamiento dio una calificación de 1.76 puntos, significando debilidad en la estructura organizacional frente al cumplimiento de la visión, misión y políticas institucionales; representa deficiencia en el plan estratégico, plan operativo ya que no cuenta con un sistema de planificación adecuado para su funcionamiento.

La prestación del servicio dio una calificación de 2.98 puntos, como máxima puntuación frente a los demás ejes temáticos, donde nos representa mejoras frente a la calidad de atención prestada a los usuarios que adquieren el servicio de salud arrojando grado de satisfacción del mismo.

En los ejes salud pública y financiera se obtiene como calificación 1.77 y 1.86 puntos respectivamente, siendo coherente con la situación observada y presentada en el informe.



4. ANEXOS

Anexo 1. Dictamen Integral Consolidado

Anexo 2. Estados Contables

Anexo 3. Cuadro de Hallazgos

DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor
JUAN GABRIEL SANDOVAL ZUÑIGA
Gerente
Hospital San Agustín de Puerto Merizalde
Buenaventura – Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria con Enfoque Integral modalidad Regular al Hospital San Agustín de Puerto Merizalde Buenaventura – Valle.

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad 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 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendido entre 1 de enero y diciembre 31 de 2005, 2006, 2007 y 2008; dichos estados contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoria 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 por la entidad y analizada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca. La responsabilidad de la Contraloría Departamental consiste en producir un informe integral que contenga el pronunciamiento sobre el fenecimiento de la cuenta, 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.

El Representante Legal del Hospital San Agustín de Puerto Merizalde de Buenaventura, rindió la cuenta anual consolidada de las vigencias fiscales de 2005, 2006 y 2007, dentro de los plazos previstos en las Resoluciones 1124 del diciembre 10 de 2004, 100.28.02 22 de diciembre 14 de 2006 y 100.28.02 13 de

diciembre 5 de 2007, expedidas por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

En el trabajo de auditoria se presentaron las siguientes limitaciones que afectaron el alcance de la misma:

- En el programa contable se encuentra desactivado el libro auxiliar de cuentas por pagar y cuentas por cobrar, igualmente no se entregó al equipo auditor el libro auxiliar de estas cuentas que se lleva manual en el hospital.
- Ausencia de la contadora,
- No entrega de la documentación relacionada con la ejecución presupuestal, los actos administrativos de las adiciones y reducciones vigencias 2005, 2006 y 2007.
- No se verificó en el terreno los inventarios de elementos de consumo y devolutivos, ni la propiedad planta y equipo, como tampoco la infraestructura física ni la forma como se manejan los residuos hospitalarios.

En la evaluación de los contratos se presentaron limitaciones con la entrega de documentos relacionados con la información legal y contractual.

Los presuntos hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoria, pero la respuesta o derecho de contradicción se ha dejado para cuando se entregue el informe preliminar teniendo en cuenta las circunstancias de la entrega de la información que debió ser en forma parcial debido a la distancia y manejo de los originales que reposan en Puerto Merizalde.

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** la cuenta de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a los años 2005, 2007 y 2008. Para la vigencia 2006 se **Fenece** porque el concepto sobre la gestión arrojó un resultado favorable durante el año 2006.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

Concepto sobre la Gestión y los Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas,

para las vigencias 2005, 2007 y 2008 es desfavorable, como consecuencia de los hechos contenidos en el presente informe y debido a la calificación de 0.83 puntos para las vigencias 2005, 2007 y 2008; para la vigencia 2006 la gestión es favorable con observaciones debido a la calificación de 1.00, como consecuencia resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION	CALIFICACION 2005	CALIFICACION 2006	CALIFICACION 2007	CALIFICACION 2008
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	0	1	1	1
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1	1	1	1
SALUD PUBLICA	1	1	0	0
PRESTACION DEL SERVICIO	1	1	1	1
FINANCIAMIENTO	1	1	1	1
OPINION ESTADOS CONTABLES	1	1	1	1
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL –TECNICA)	1	1	1	1
TOTAL	0.83	1.00	0.83	0.83

El concepto sobre la gestión de la entidad para los años 2005, 2007 y 2008 es desfavorable lo cual muestra una constante en el resultado de la entidad, a excepción de la vigencia 2006 cuyo concepto es favorable con observaciones.

RELACION DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoria, se establecieron trece (13) hallazgos administrativos, de los cuales cero (0) corresponden a presuntos hallazgos con alcance fiscal en cuantía de \$0; tres (3) tienen alcance disciplinario y cero (0) con incidencia penal, los cuales serán trasladados ante la autoridad competente.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe elaborar el plan de mejoramiento con acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento, debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para Cercofis Cali, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución Reglamentaria No. 100-28.02 13 de diciembre 18 de 2008.

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.

CARLOS HERNÁN RODRÍGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca

Santiago de Cali,

Doctor
JUAN GABRIEL SANDOVAL ZUÑIGA
Gerente
Hospital San Agustín de Puerto Merizalde
Buenaventura

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 al Hospital San Agustín de Puerto Merizalde, a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de las vigencias 2005, 2006, 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 a normas, políticas y procedimientos de Auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle y la Resolución 100-28.22.005- donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con las de general aceptación, por lo tanto requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar la opinión y los conceptos expresados en el informe. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la Gestión de la entidad; las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno Contable.

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

La entidad no ha realizado saneamiento contable en las vigencias auditadas en los siguientes puntos:

No ha realizado los avalúos técnicos a la propiedad planta y equipo, los valores registrados son históricos, no se ha establecido la conciliación entre el valor real que arroje un inventario físico contra el valor registrado en libros.

No se ha realizado un inventarió físico de suministros por consiguiente no se ha realizado la conciliación entre el valor real del inventario físico y el valor registrado en libros.

No existen procedimientos y procesos a la hora de realizar la conciliación de contabilidad y tesorería contra presupuesto.

El hospital San Agustín, no cuenta con un reglamento interno de recuperación de cartera (Ley 1066 de 2006 y Decreto 4473 del 15 de diciembre de 2006).

El hospital San Agustín no tiene un sistema de control interno contable definido que permita identificar todos los riesgos a los que se encuentra sometida la institución, no cuenta con manuales de procesos y procedimientos que neutralice los riesgos, ni con un mapa riesgos.

La entidad no cumple con la ley 594 de 2000 o Ley general de Archivo, toda vez que se evidencio en los documentos del área financiera, desorganización en el archivo sin orden de selección por temas lo que dificulta el acceso rápido a la información.

La entidad no dispone de un inventario físico de sus propiedades, planta y equipo debidamente valorizado y conciliado con contabilidad.

La entidad durante las vigencias auditadas contabilizo las glosas en cuentas de difícil cobro sin acto administrativo y sin evidenciar la gestión de cobro, aprovisionando el 100% del valor glosado.

En cuanto a la documentación que soportan los pagos, las órdenes de pago no están llenando los requisitos exigidos en el diligenciamiento del documento.

En nuestra opinión, los estados contables razonables con salvedades, en todo aspecto significativo, la situación financiera del Hospital San Agustín de Puerto Merizalde por los años terminados a diciembre 31 de 2205, 2006, 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 Aceptados por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente,

MARTHA LUCIA FRANCO VEGA
Tarjeta Profesional No. 51036-T

CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS
Hospital San Agustín 2005 - 2008

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	GESTION							
	DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL							
1	<p><i>Ausencia de autocontrol</i></p> <p>No se cuenta con el compromiso de la alta dirección para fortalecer el ejercicio del control interno, ni se dan las orientaciones sobre el diseño y utilización de instrumentos y mecanismos que faciliten el ejercicio de autocontrol durante las vigencias auditadas.</p> <p><i>No rendición informes ejecutivos</i></p> <p>No rindieron el Informe ejecutivo anual de evaluación al avance de implementación del MECI vigencia 2006 a más tardar a febrero de 2007 como lo establece la Circular 05 de 2006, el cual es de carácter obligatorio. Ni cumplieron con la rendición del reporte de información sobre el avance en la implementación del modelo estándar de control interno, para la vigencia 2007 como lo estipula la Circular 1000-014-07 de septiembre 7 de 2007 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el primer reporte debió hacerse en octubre de 2007, correspondiente al tercer trimestre de 2007 y así sucesivamente hasta su implementación total.</p> <p><i>No evaluación a facturación</i></p> <p>Durante las vigencias auditadas, no se evidencia evaluación por parte de Control Interno y el área de facturación al proceso de glosas, para identificar las causas de éstas y los correctivos necesarios o puntos de control orientados a minimizar las inconsistencias en la facturación, inobservando lo</p>	<p>En el Hospital San Agustín por problemas de restricción presupuestal no se creó el cargo de jefe de control interno, esta es la razón por la cual no había un funcionario encargado de asesor sobre este particular.</p> <p>El incumplimiento en la presentación de los informes a la DAFP obedeció fundamentalmente a la falta de un funcionario encargado del seguimiento, control y evaluación del avance del MECI. Como se explicó anteriormente el hospital no cuenta con el presupuesto necesario para contratar este profesional.</p> <p>Se realizaron varios análisis a la facturación de la entidad como constan en los informes del subgerente administrativo, por razones que se explican anteriormente no se contaba con un jefe de control interno para hacer esta auditoria, no obstante los análisis los hacia el subgerente administrativo.</p>	<p>Los argumentos expuestos son validos porque si bien es cierto hay dificultades económicas, es primordial que el sistema de control interno opere en la entidad eficientemente.</p> <p>Se mantiene la observación.</p>	X				

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	estipulado en el numeral 5.3.3 de la Circular 035 de 2000.							
2	<i>Plan desarrollo institucional</i> La entidad no formuló su plan de desarrollo institucional y/o estratégico en la vigencia conforme a las normas aplicables, ni cuenta con planes de acción anuales.	La administración cumplió a cabalidad con los objetivos y metas trazadas en el mismo. Se hace notar que la gerencia ejecuto un Plan de acción durante las vigencias auditadas a cabalidad, como constan en los informes presentados a la Contraloría, aunque no están en medio físico.	El plan de desarrollo institucional se debe elaborar ya que es una herramienta fundamental para el sistema de planeación en una entidad. Se mantiene la observación.	X				
3	<i>Archivo</i> En lo pertinente a la gestión documental se observa que el hospital aún no ha implementado las tablas de retención documental y el archivo de gestión no se lleva conforme a los lineamientos de la Ley de Archivo	Por problemas financieros no se pudo adecuar el lugar para la implementación de la ventanilla única y adecuarnos a los lineamientos de la ley de archivo.	Las tablas de retención documental cumplen una función importante al permitir la organización de los archivos a través del ciclo vital del documento, se mantiene la observación.	X				
4	<i>Incumplimiento de Junta directiva</i> La junta directiva del hospital no ha cumplido con el artículo 15 de los estatutos en el literal a) en relación a la reforma de los mismos; ni el literal b) relacionado con la discusión y aprobación de los planes de desarrollo ni las demás contempladas en este artículo de los estatutos de la entidad. <i>Estatutos</i> Los estatutos del hospital no han sido revisados y ajustados de conformidad al artículo 28 de la Ley 1122 de enero 9 de 2007, la última modificación fue mediante acuerdo No.03 de abril 5 de 1998, incumpliendo la junta directiva del hospital con el artículo 11 del Decreto 1876 de Agosto 3 de 1994. <i>Junta Directiva no aprobó ni exigió plan de desarrollo</i> No cumplió con la función primordial de aprobar el plan de desarrollo institucional o plan estratégico	La administración está en el proceso de diseño y elaboración de dichos estatutos para su posterior aprobación por la Junta Directiva. Se harán las mejoras respectivas, el plan de desarrollo institucional se radica en el tiempo que marca la norma, en el despacho del alcalde municipal y Secretario de Salud Municipal; esto ante los inconvenientes de poder reunir a la junta directiva.	La administración acepta la observación y ha iniciado el proceso de actualización de los estatutos. La junta directiva no realizó las gestiones necesarias para reunirse y cumplir sus funciones primordiales, aunque tenía problemas para reunirse en el sitio de ubicación del hospital lo podía realizar en la alcaldía del municipio u otro sitio que considerara conveniente por razones de seguridad.	X	X			

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	para el hospital en cumplimiento de la Ley 152 de 1994 que le permite a la ESE orientar las actividades principales a desarrollar en el periodo, omitiendo en su gestión una herramienta fundamental de planeación, ni exigió al gerente su entrega para estudio y posterior aprobación, pues el hecho de la no presentación no exime a la junta del deber de exigirlo.							
	SALUD PUBLICA							
5	El Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios a fecha 11 de febrero de 2009 no ha sido adoptado ni implementado, no se ha remitido a la autoridad para lo de su competencia, este carece de diagnostico situacional ambiental y sanitario, ruta hospitalaria, Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, programa de capacitación, código de colores, plan de contingencia, los recipientes no cumplen con el código de colores establecido en el MPGIRH o Resolución 1164 de 2002 y los residuos generados, tanto comunes como peligrosos son enterrados en la parte trasera del hospital por cuanto no se ha llegado a un acuerdo con la empresa RH para el manejo de los residuos generados en la institución, denotándose falta de compromiso y gestión por parte de la alta directiva en el manejo de estos residuos por cuanto se puede presentar un alto riesgo de contaminación ambiental afectando el recurso suelo, aire, las aguas subterráneas a través de los lixiviados, y de salud publica en la población de Puerto Merizalde, adicional a esto no han presentado informes semestrales a las autoridades de control sanitario y ambiental	El plan esta en proceso de ajuste, no obstante los residuos hospitalarios son recolectados oportunamente y son enterrados como se menciona en este hallazgo, no obstante se siguen haciendo los acercamientos con la empresa RH para ver la forma de cómo se pueden hacer llegar estos residuos en forma segura hasta Buenaventura ya que la ruta hospitalaria que ellos tienen no cubre zonas rurales fluviales, hecho este que dificulta el deposito final de estos residuos según la norma no por ello la gerencia renunciara a la posible inclusión de una ruta hospitalaria hasta nuestra institución.	La respuesta de la entidad confirma el hallazgo, el cual queda en firme.	X	X			
6	Este hospital no está inscripto como generador RESPEL ante la CVC, incumpliendo lo enmarcado en el articulo 28 del decreto 4741 de 2005. Durante este proceso auditor se presento una limitación al alcance para la realización de la visita técnica, por motivos de orden público.	Se procederá a hacer la inscripción inmediatamente	La respuesta de la entidad confirma el hallazgo, el cual queda en firme.	X	X			

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	FINANCIAMIENTO							
7	<p><i>Incumplimiento de pago de EPS-S</i></p> <p>El incumplimiento en el pago oportuno por el concepto de la prestación de los servicios contratados entre las EPS. Y la ESE. obedece a la demora en el pago del ente territorial municipal hacia las EPS., lo cual hace que el flujo de caja no sea continuo porque falla desde la fuente hasta el prestador final. Se pudo evidenciar que el municipio ha pagado algunos contratos al finalizar estos su etapa de ejecución, para la vigencia del 2005 hubo contratos que se pagaron inclusive dos o tres meses después de haberlos terminado, la misma situación se presento en los demás años auditados.</p>	Se hará énfasis en las nuevas normas que regulan la materia a efecto de mejorar las relaciones comerciales con las empresas promotoras de salud contributivas y subsidiadas tal como lo establece el Decreto 4747 de 2007 y gestionando con el ente territorial municipal para que los recursos sean girados a tiempo a las EPS.	Acceptan la observación y exponen acciones de mejora.	X				
	LEGALIDAD							
8	<p><i>Manual de contratación</i></p> <p>La entidad no cuenta con manual de contratación, las entidades de salud jurídicamente contratan por el derecho privado, de acuerdo a lo establecido por la Ley 100 de 1.993 artículo 195 numeral 3, al evaluar jurídicamente, se observa la connotación publica de las E.S.E., establece esta situación, que se debe regular la contratación, al ser en todo caso un ente que presta un servicio fundamental como es la salud, que siendo pública y al mismo tiempo social tiene también una regulación estatal, esto precisamente hace que las entidades de salud deben organizar la contratación administrativamente mediante un estatuto contractual interno.</p>	La entidad se pondrá en la función para la elaboración de un manual de contratación y estar a tono con la normatividad.	La entidad acepta la observación y propone mejorar elaborando un manual de contratación, la observación queda en firme.	X				
9	<p><i>Deficiencias en elaboración de convenios con municipio.</i></p> <p>En cuanto se refiere a los convenios suscritos con la alcaldía de Buenaventura se evalúo que los objetos de estos convenios corresponden a</p>	Se harán mejoras al respecto pero cabe anotar que la elaboración, revisión y el visto bueno de la parte jurídica es a cargo del ente territorial municipal.	La entidad acepta la observación y mejorara al respecto, por lo tanto la observación queda en firme.	X				

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	servicios de salud del primer nivel, atención primaria en salud, promoción y prevención, se destaca que en conceptos como el de promoción y prevención, no perfeccionaron convenios individualmente para este nivel de atención, así mismo los objetos fueron conceptualizados para la prestación de salud a nivel general dentro de la prestación de salud que le corresponde al Hospital.							
10	<i>No difusión de normatividad</i> No se estableció la existencia de mecanismos de difusión de la normatividad o registros de estas en dicha entidad.	Se tomarán medidas importantes para garantizar la socialización oportuna de las normas aplicables al sector salud fundamentalmente.	La entidad acepta la observación y tomara medidas para mejorar, la observación queda en firme.	X				
11	<i>Falta de anexos en carpetas contractuales</i> En la evaluación de las carpetas contractuales se verifico la falta de anexos, tales como: análisis de conveniencia y justificación de la necesidad del servicio, informes de supervisión del contrato, pagos hechos a los contratistas, actas de liquidación de los contratos.	Con la elaboración de nuestro manual de contratación se ara alusión al diligenciamiento de este tipo de documentos y de esta manera se tomaran los correctivos del caso.	Aceptan la observación, dicen que tomaran correctivos para mejorar, la observación queda en firme.	X				
12	<i>Deficiente Programa de vacunación.</i> En cuanto a la promoción y prevención de la salud, ejecutado con el 4.01% del régimen subsidiado en el 2007, se detecto que el sistema de información sobre la vacunación fue deficiente, el acceso de los usuarios para llegar al Hospital fue difícil, el porcentaje de cumplimiento por las situaciones antes planteadas solo alcanzo el 45%.	El bajo porcentaje de vacunación esta relacionado directamente con la dificultad de acceso, dispersión de la población, problemas de orden público, la falta de energía para garantizar la cadena de frío, el flujo normal de caja que garantice la compra de combustible para los desplazamientos para lograr niveles óptimos de cobertura.	Aceptan la información, queda en plan de mejoramiento, la observación queda en firme.	X				
13	<i>Ausencia informes de interventoria Secretaria Salud Municipal.</i> En cuanto los informes de Interventoria que debe realizar la secretaria de salud municipal al Hospital San Agustín ESE, se evidencio que para los años 2.005 y 2.006, no se presentaron estos, para el año 2.007 se realizo una auditoria en el mes de	Se pondrá en conocimiento de la Secretaria de Salud municipal de esta observación a fin de que programen visitas de interventoria oportunamente.	La observación es aceptada, propone la entidad colaborar en el mejoramiento, la observación queda en firme.	X				

	OBSERVACION AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSION AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DAÑO PATRIMONIAL
	noviembre, para la vigencia 2.008 está pendiente, ya que establecen unos plazos para realizarlas.							
	TOTAL HALLAZGOS Y PRESUNTO VALOR DAÑO PATRIMONIAL			13	3	0	0	\$0

Vigilamos
el patrimonio
Regional



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**



Certificado No. SC-3002-1