

**Vigilamos**  
el patrimonio  
**Regional**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL  
DE PALMIRA VALLE**

**VIGENCIAS 2008 y 2009**

**CDVC-CACP No 5  
JUNIO 15 DE 2010**



## AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL

### HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PALMIRA

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar para Cercofis Palmira	Álvaro Jiménez García
Representante Legal de la Entidad	Harold Obdulio Rodríguez Villalobos
Equipo de Auditoria	
Líder	Ruth Felisa Casanova Bejarano
Profesionales	María Victoria Gil Lucio
	Carlos Arturo García Trujillo
	José Albero Duero
	Jaime Vergara Castrillon
	Lorenzo Escobar Osorio



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
	4
<b>1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO</b>	<b>5</b>
<b>2 METODOLOGÍA</b>	<b>7</b>
<b>2.1 ALCANCE DE LA AUDITORIA</b>	<b>7</b>
<b>2.2 ANTECEDENTES – SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	<b>8</b>
<b>2.3 QUEJAS</b>	<b>8</b>
<b>3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA</b>	<b>9</b>
<b>3.1 GESTIÓN</b>	<b>9</b>
<b>3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL</b>	<b>9</b>
3.1.1.1 Planeación	9
3.1.1.2 Actuación de la Junta Directiva	9
3.1.1.3 Talento Humano	11
3.1.1.4 Análisis de la Estructura Organizacional	11
3.1.1.5 Análisis de los Sistemas de Información	11
3.1.1.6 Evaluación del Sistema de Control Interno	12
<b>3.1.2 SALUD PUBLICA</b>	<b>13</b>
3.1.2.1 Cumplimiento de su actividad misional	13
3.1.2.2. Plan Integral de Residuos Sólidos	17
3.1.2.3 Prestación de Servicios	17
3.1.2.4 Infraestructura Física	29
<b>3.2 FINANCIAMIENTO</b>	<b>30</b>
3.2.1 Estados Contables	34
3.2.2 Presupuesto	35
<input type="checkbox"/> Control Interno Contable	35
<input type="checkbox"/> Cierre Fiscal de la Vigencia	36
<b>3.3 LEGALIDAD</b>	<b>38</b>
3.3.1 Cumplimiento del marco normativo de la Contratación	35
3.3.2 Planeación de la Contratación	38
3.3.3 Etapas de la Contratación	39
3.3.4 Impacto de la Contratación	42
<b>3.4 QUEJAS</b>	<b>42</b>
<b>3.5 REVISION DE LA CUENTA</b>	<b>42</b>
<b>3.6 RENDICIÓN PUBLICA DE CUENTA</b>	<b>44</b>
<b>4 ANEXOS</b>	<b>45</b>
1. Dictamen Integral Consolidado	45
2. Cuadro Resumen de Hallazgos	45
3. Estados Contables	45



## INTRODUCCIÓN

Este Informe contiene los resultados obtenidos en el desarrollo de la Auditoría con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca a la ESE Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Palmira Valle, 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 2008 y 2009, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoría se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las ESE-S, calidad, cobertura de los servicios 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 auditoría. Finalmente, y de manera sintetizada, como anexo se presenta el Dictamen Integral Preliminar 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 Hospital San Vicente de Paúl de Palmira, prestador de servicios de salud Nivel II con área de influencia el municipio de Palmira, como ente público, está sujeto a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud vigente; el propósito es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. A dos años de haber realizado auditoria, persisten los mismos obstáculos para el cumplimiento y desarrollo de sus propósitos misionales, estos siguen representados en una serie de dificultades, que siendo comunes para la mayoría del conjunto de los prestadores de servicios de salud del país configuran y caracterizan hoy un contexto en el que se desarrolla la actividad diaria de estas instituciones.

Continúan los inconvenientes estructurales que históricamente de tiempo atrás han enfrentado los centros asistenciales hoy Empresas Sociales del Estado E.S.E.S., y a ello se suman una serie de problemas generados por el orden que rige la Seguridad Social en Colombia.

En el primer grupo de problemas y entre los más reconocidos están:

- Debilidades en la gestión, representadas por dificultades para el direccionamiento y planificación estratégica, la gerencia de políticas del recurso humano, de calidad de la gestión y la implementación de tecnología biomédica. El papel de las juntas directivas en el direccionamiento y evaluación es todavía precario. Debilidades que terminan condicionando la capacidad de respuesta institucional.
- Incipiente desarrollo de un sistema integral de información que alimente la toma de decisiones, que ordene los procesos administrativos y que permita la evaluación y retroalimentación periódica de los avances y dificultades.
- Los prestadores no cuentan con un sistema de rendición de cuentas cuyo eje fundamental gire alrededor de la presentación de los resultados en salud logrados. La evaluación se limita al reporte de la gestión de recursos financieros y enumeración de actividades cumplidas.
- Baja articulación de la política pública entre Departamentos y Municipios afecta la integración de la red de servicios de salud, genera duplicidad, ineficiencia e inequidad.

En el segundo grupo de problemas, es decir aquellos que aparecen con la implementación del nuevo Sistema de Seguridad Social, están:

- La conocida fragmentación y atomización en la prestación de servicios, generada por una oferta desarticulada y sin direccionamiento que limita la accesibilidad e integralidad de la atención.
- Una gran debilidad en la función rectora de la salud, que a nivel regional y local se traduce en baja capacidad para el control y regulación, bajo poder de convocatoria



para motivar los actores y resolver conflictos. Las deficiencias en el direccionamiento del sistema provocan desequilibrios entre la oferta de servicios de salud y la demanda. Otra de las consecuencias inmediatas de esta debilidad es el desequilibrio y continuo conflicto entre dos actores vitales del sistema los aseguradores y los prestadores.

- Los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud tienen grandes limitaciones, se prestan a inequidades, se basan fundamentalmente en el precio, son ejercicios generalmente intuitivos y no responden a criterios de calidad y costo efectividad. El sistema de aseguramiento todavía presenta graves deficiencias, desde la identificación de los beneficiarios hasta el acceso de los mismos a los servicios
- Finalmente la capacidad de control y regulación, que en cualquier sociedad democrática, podría tener el ejercicio de una ciudadanía activa y propositiva, quedó desdibujada en el sector de la salud con un muy pobre desarrollo y aplicación de los mecanismos e instrumentos de ley para la participación y veeduría ciudadana de la salud.

Un contexto complejo, agravado por una gran incertidumbre financiera. La situación fiscal de las instituciones de Salud del Departamento del Valle es preocupante. El pasivo prestacional de los hospitales pone en riesgo su sostenibilidad y viabilidad, al no establecerse claramente su magnitud y las posibles alternativas para su financiación. El financiamiento de los servicios de salud es un problema estructural en Colombia, situación que la Corte Constitucional contempla en la Sentencia No.760 de 2008: “El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS, depende entonces del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades para garantizar la prestación del servicio. En la medida en que la capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar los servicios que se requieren no incluidos en el POS, obstaculiza el acceso a dichos servicios”.



## 2. METODOLOGÍA

El propósito fundamental de la auditoría fue determinar si la administración del Hospital San Vicente de Paúl de Palmira Valle 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 auditoría gubernamentales colombianas (NAGC)<sup>1</sup> compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS)<sup>2</sup> y con políticas y procedimientos de auditoría 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 auditoría 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 Palmira.

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por seis (6) profesionales en las áreas de contaduría, administración de empresas, derecho, medio ambiente e ingeniero electricista a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró a la comunidad.

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

### 2.1. ALCANCE DE LA AUDITORIA

El Dictamen Integral Consolidado derivado de los resultados de la presente auditoría, corresponde y se limita al análisis de la gestión realizada por la entidad en el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2009.

---

<sup>1</sup> NAGC: Normas de Auditoría Gubernamentales Colombianas

<sup>2</sup> NIAS: Normas Internacionales de Auditoría



## 2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental producto de la auditoría a las vigencias 2005, 2006 y 2007 fue cumplido en un 88%.

## 2.3. QUEJA

Se recibió queja durante el proceso auditor en julio 02 de 2010, remitida por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana CACCI 7616 de Julio 01 de 2010, por la existencia de un presunto impedimento del Contralor Auxiliar para Cercofis Palmira, para auditar las vigencias 2008 y 2009 de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl Palmira.



### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

#### 3.1. GESTIÓN

Se evaluaron las diferentes áreas de la Empresa Social del Estado, con el fin de determinar la forma en que elaboró su planeación y ejecutó el cumplimiento de sus objetivos, examinando si los recursos disponibles involucrados en las diferentes actividades fueron asignados, distribuidos y utilizados de manera eficiente, económica, eficaz con oportunidad y calidad.

##### 3.1.1. DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

###### 3.1.1.1. PLANEACIÓN

Para las vigencias auditadas la entidad cuenta con un plan de desarrollo institucional articulado con las políticas de salud establecidas en el plan de desarrollo del municipio armonizado con las del Departamento del Valle.

La planeación no ha sido asumida como una responsabilidad institucional, en su ejecución y principalmente en su evaluación, debido a que ésta se ha enfocado a mostrar los datos de cumplimiento pero no se ha profundizado sobre las causas que han incidido en el incumplimiento o cumplimiento parcial, lo cual no ha hecho posible el direccionamiento de estrategias y recursos cuando se encuentren desviaciones frente a las metas inicialmente planteadas, verificándose que el Plan Estratégico y los planes de acción no fueron modificados ni actualizados que apunten al mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes en el corto, mediano y largo plazo a través de un acuerdo social (todos los actores de sistema de salud) que involucre a la administración y a la comunidad para realizar un verdadero seguimiento y evaluación en forma eficiente y eficaz y darle respuesta a las necesidades de la población.

Se evidenció que el hospital no cuenta con efectivos planes de Mercadeo y Costos del mercadeo, ya que, los estudios de justificación para la contratación se realizan de manera informal, evidenciándose debilidades en la estructura operacional y/o asistencial porque carecen de criterios claros, estrategias o propuestas de negociación.

##### 3.1.1. 2. ACTUACIÓN DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS

Durante las vigencias auditadas la institución no contó un plan de desarrollo como tal, 2008-2011 proyectado para el periodo del cuatrienio del gerente, que termina en marzo de 2012, como un proceso integrado, sistematizado y participativo con la junta directiva, toda vez que los programas que lo componen no articularon y garantizaron la sostenibilidad económica y social del ente hospitalario, además la junta directiva no contribuyó en la formulación y definición de políticas y directrices de evaluación del plan estratégico formulado.



Los estatutos del hospital no han sido reformados y actualizados de acuerdo con las normas vigentes que impactan el funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Actualmente la junta directiva está conformada por seis (6) miembros conservando su condición tripartita, (Igual número de integrantes por cada uno de los estamentos) así: Primero, uno que representa el estamento Político, conformado por el Alcalde de Palmira o Jefe de la administración, y el administrativo, que lo conforma el Secretario de salud Municipal. Segundo, un estamento científico de la salud conformado por un representante de los profesionales del área de la salud de la E.S.E., representado por un médico. Y el ultimo, el estamento de la comunidad, conformado Un representante de la alianza o asociación de usuarios de la Empresa Social del Estado, quien representanta los gremios de producción en cabeza de un abogado titulado.

Se verificó que los miembros de la junta directiva reúnen el perfil profesional para tal fin, y no se encuentran incursos en el Régimen de Inhabilidades e incompatibilidades.

Se constató que la junta directiva en reunión ordinaria realizada el 21 de junio de 2010, presentó propuesta para la reforma de los estatutos del hospital, la cual pasará de 6 a 9 miembros permitiéndole al Departamento del Valle del Cauca, participación y representación en la misma, la cual fue aprobada.

Por ende, se previene de acuerdo a la reforma que cuando el número de miembros de la junta directiva sobrepase de seis, en los estatutos de la E.S.E., deberá especificarse el mecanismo de elección del tercer representante por cada estamento ya que debe cumplir con la condición de tripartita, existiendo equilibrio entre los tres estamentos.

Igualmente, los miembros de la junta directiva, tienen la calidad de servidores públicos, porque ejercen funciones públicas transitoriamente y serán responsables solidarios en el caso de las actuaciones y omisiones administrativas de la junta.

En las Actas de Junta se observó falta debate sobre la Política Publica de Salud Municipal, revisión y toma de decisiones de acuerdo a las recomendaciones realizadas por las auditorías internas por la oficina de Control Interno, no existen planes de mejoramiento que evidencien las acciones preventivas y correctivas en procura del mejoramiento institucional del ente hospitalario, como veedores y actores de de vigilancia publica desde el enfoque de todo el municipio, aunque existe un análisis estimado de el numero de potencial de personas atender de acuerdo crecimiento de la población en la afiliación al régimen subsidiado de acuerdo a la oferta y su capacidad resolutive.

No se legalizan algunas decisiones tomadas en junta por medio de acto administrativo respectivo o Acuerdos de Junta.



Se precisa que la Junta Directiva y el gerente deben mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización. Ya que ambas autoridades por mandato legal están encargadas de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Se observó que la junta directiva se reunió ordinariamente cada dos (2) meses y cuando extraordinariamente lo solicitud del presidente de la junta y el gerente de la Empresa Social del Estado de acuerdo con el decreto 1876 de 1994.

### 3.1.1.3 TALENTO HUMANO

El manual específico de funciones y requisitos del hospital fue aprobado mediante Acuerdo 076 de marzo 23 de 2001 presenta una planta de cargos de 186 funcionarios, los perfiles estipulados en el mismo no está acorde con las funciones que se realizan en la actualidad.

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

El Hospital no cuenta con un estudio técnico que le permita identificar de manera clara y real el costo beneficio de la contratación con las Cooperativas, de igual forma carece de un estudio de necesidades de personal, lo cual no da transparencia en la forma de vinculación del mismo.

Se evidencio falta de controles en el cumplimiento de funciones y tareas tanto del personal de planta como el de cooperativas lo cual impacta en la atención del cliente caso concreto la ventanilla única.

### 3.1.1.4. ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional es vertical, su modelo no responde a la distribución de las tareas y a sus niveles de autoridad, no está articulada con su mapa de procesos.

La estructura carece de oficina de planeación lo que no permite tener un compromiso con la institución de parte de la persona que realiza esta función coherente con la realidad porque la planeación es una de las mayores debilidades del hospital.

### 3.1.1.5. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

El hospital cuenta con pagina Web, como sistemas de información presenta un programa llamado “Dinámica Empresarial” por medio del cual se articula cartera, facturación, tesorería, se observó que esta negociación no afectó el presupuesto en sus ingresos, ya que en las vigencias auditadas operó en forma manual.



Se verificó que el hardware del servidor central que tiene el hospital es alquilado, y la empresa contratista presta todos los servicios de mantenimiento, generando un beneficio reflejado, en un servicio más ágil para los usuarios de facturación y urgencias.

### 3.1.1.6. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se realizó revisión documental de los avances de la implementación del sistema de control interno (subsistemas de gestión, estratégico, de control y evaluación, manuales de procesos, auditorías internas, planes de mejoramiento, pronunciamientos de control interno, informe de control interno, entre otros), encuesta con 75 de 98 funcionarios de los diferentes niveles de la entidad, considerándose así, una muestra del 76,5%, la cual arrojó una calificación de 2,94 y un criterio Deficiente.

Se verificó que en términos de implementación del Sistema la entidad alcanzó una calificación del 59%. Pero, esta calificación comparada con la obtenida por el DAFP del (88,6%), se evidenció que presentó una diferencia significativa la cual no se ajustó a la realidad observada en el proceso auditor, comprobándose que el Departamento de la Función Pública califica a través de encuestas y no de cotejos reales. De igual forma se constató en la aplicación de la encuesta poco conocimiento e interiorización de los procesos, de la administración de riesgo y de la planeación estratégica para el mejoramiento de la entidad.

Se evidenció que realizaron auditorías internas de calidad, administrativas y operativas en las vigencias auditadas a partir de septiembre de 2008, en algunas áreas, las cuales adolecen de un seguimiento apropiado que permita conocer los avances logrados.

Igualmente, la oficina de control interno en sus recomendaciones evidenció deficiencias en los procesos misionales pero no se suscribieron los respectivos planes de mejoramiento en algunas áreas como sucedió en las oficinas de talento humano y contratación.

Se verificó que los informes ejecutivos de control interno contienen los resultados de las auditorías internas realizadas, sin la rigurosidad metodológica para tal fin pero con observaciones importantes que se dan a conocer a la alta dirección, observándose poca resolutivez y aplicación por los altos directivos, ya que las inconsistencias persisten.

No se evidenció controles y seguimientos al cumplimiento de los procesos desarrollados para la entidad en las vigencias auditadas, pero en la actualidad se ha mejorado y se cuenta con planeación en términos de auditorías internas de calidad.

No se ha articulado la estructura organizacional con los procesos desarrollados evidenciándose que es obsoleta y desactualizada, generando dificultades para determinar responsabilidades y funcionabilidad inadecuada.



Las actas o documentos soportes de las actuaciones del comité coordinador de control interno y del comité evaluador no evidencian las acciones de coordinación de la implementación y el seguimiento en términos de logros y porcentajes de avance, no aparecen aprobadas, ni presentan cambios y mejoras realizadas, simplemente son enunciativos la cual no evidencian acciones claras y específicas de cumplimiento de las metas trazadas.

El subsistema de control y evaluación es el más deficiente, presentó un resultado del 2,71% de implementación, por la inadecuada falta de controles efectivos en los diferentes procesos del ente hospitalario.

No se han determinado mecanismos de evaluación y verificación para medir la gestión de la entidad, ni mecanismos que faciliten el control ciudadano a la gestión.

Se verificó la inadecuada implementación y aplicación de la ley 594 de 2000, Ley de archivo y sus decretos reglamentarios, evidenciándose un avance precario; aunque se han levantado las tablas de retención documental las cuales están en proceso de aprobación, además, se cuenta con manual para el manejo de archivo, y se han realizado capacitaciones, no se evidenció mejoramiento por la poca interiorización de los funcionarios, por el poco compromiso de la alta dirección y la escasa asignación de recursos. Igualmente, el control, archivo, cuidado, conservación y adecuación del lugar de las historias clínicas no cumple con los requisitos exigidos por la ley.

No existen medios efectivos de difusión y comunicación desde el grupo directivo que evidencien la aplicación y el cumplimiento de los procesos de control interno a los diferentes niveles por lo tanto, los funcionarios no se apoderan del autocontrol y seguimiento de acuerdo a las exigencias de sus funciones.

En estos términos el sistema de control interno es inadecuado, la cual no coadyuva al logro de los objetivos misionales ubicando a la entidad en alto riesgo en el manejo administrativo, operativo y financiero.

### 3.1.2. SALUD PÚBLICA

#### 3.1.2.1 Cumplimiento de su Actividad Misional

##### *Promoción y Prevención*

Los servicios de baja complejidad que se prestan actualmente son en su mayoría intramurales excepto las actividades de visita domiciliaria a través de auxiliares de enfermería de Promoción y Prevención que realizan, igualmente la inducción a la demanda exclusivamente para las EPS Caprecom y Emssanar que son los únicos contratos de nivel I que poseen en la actualidad, buscando cumplir las metas de cobertura concertadas con las EPS articulada con las del Ministerio.



La prestación de servicios de mediana complejidad como razón de ser del Hospital ha aumentado notablemente la oferta de servicios en el área de Consulta Externa respecto a lo encontrado en el 2007 y ese aumento en la parte ambulatoria indica la gestión de la administración actual, que genera impacto en la salud de los habitantes de la región, ya que solucionan sus problemas de acceso a los servicios y se les da respuesta a sus necesidades, igualmente se mejora la calidad del servicio y se evitan complicaciones por los retardos en acceder a los especialistas.

Se evidenció que pesar que la Prestación del Servicio está habilitada para el Nivel II, prestó servicios de complejidad del Nivel I observándose que en el área de Consulta externa, se adecuaron los consultorios para la implementación de los programas de P & P, la cual se impulsó demanda inducida, se capacitó al personal asistencial en las normas de la Resolución 412 de 2000, se realizaron visitas domiciliarias a embarazadas y a madres con niños de bajo peso al nacer, se fortaleció el programa de control prenatal, se asistió a las jornadas y brigadas realizadas por la Secretaría de Protección en Salud del municipio, además se realizaron jornadas de esterilización femenina de la Población Palmirana.

Igualmente se fortaleció el cumplimiento de los reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, la notificación de eventos centinelas y enfermedades de notificación obligatoria, mejorando notoriamente la cobertura de los programas de P & P., observándose que las acciones que se ejecutaron por Promoción y Prevención por medio de la institución se aprovecharon para mejorar la atención de salud de la población del ente hospitalario, además, ejercer la competencia y asumir responsabilidades que forman parte de la estrategia para el fortalecimiento de la gestión institucional en procura de mejorar la calidad de vida de sus usuarios, teniendo en cuenta que la E.S.E., atiende niveles I, II y III.

En las actividades de Promoción y prevención no se realizó seguimiento a reacciones pos vacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de los métodos de planificación familiar, etc.

TABLA ACTIVIDADES ENFERMERÍA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL PALMIRA

ACTIVIDAD	# Actividades 2008
Capacitación Personal Asistencial P & P	16 talleres
Curso Parto Sico profiláctico	19 cursos
6 asistencias Gobierno en mi Barrio	3.634 actividades
15 brigadas en Barrios y/o Corregimientos	3.609 actividades
Pomeroy PPVNA	49

Fuente: Coordinación Enfermería HSVP.

El cuadro anterior evidenció que la Empresa Social del Estado ejecutó actividades de nivel I en la vigencia de 2008 no cumpliendo con la integración vertical que tiene el sistema, porque ejecutó acciones que no le corresponden, ya que su estructura y deber ser es ejecutar los programas de complejidad de Nivel II que es la que le corresponde,



constándose que en la vigencia de 2009 la Entidad no se ejecutó programas de Promoción y Prevención, denotándose correspondencia en el Nivel II.

De otra parte, y de acuerdo a complejidad se constató que en Ortopedia y Traumatología, la administración actual se enfocó en mejorar la calidad en la prestación del servicio ya que se verificó que hasta el 2008 el médico que atendía las urgencias era llamado los fines de semana para atender la consulta externa. Para el 2009, se contrató un medico para urgencias y otro para consulta externa lo que repercutió en la calidad de atención en urgencias y por ende las complicaciones de la atención y prestación de servicios de la salud de los usuarios, evidenciándose en las estadísticas de remisiones que enviaba Traumatología al Nivel III, en el 2007 que eran de 394, en el 2008 de 434 y en el 2009 fueron solo de 139.

Se estableció que en la Sala de Pediatría en la vigencia 2007 solo existía Pediatra de día y en las noches se suplía con un Medico general, se evidenció que para mejorar esta prestación se contrató por prestación de servicios un Médico Pediatra las 24 horas del día y se logró verificar que a abril de 2010, la sala de pediatra continua con este servicio.

Se pudo verificar que el hospital para la atención de población afiliada al régimen contributivo, es bajo por no poseer ni la capacidad en infraestructura física ni las condiciones de hotelería adecuadas, lo que reflejan que no sean atractivos para las diferentes aseguradoras, pero pese a esto se han aumentado la atención a los usuarios de la Nueva EPS como se comprueba con la facturación de servicios en el 2009 y en la vigencia 2010 con SALUDCOOP.

#### *Sistema obligatorio de Garantía de Calidad.*

Se observó que la entidad en el 2008 fue escogida por el Ministerio de Protección Social para ser incluidos como uno de los cincuenta (50) Hospitales del País y noveno (9) del Valle del Cauca en el programa de Sistema de Dosificación de Medicamentos Dosis Unitaria y en el 2009 bajo la asesoría de COHAN Cooperativa de Hospitales de Antioquia, se realizaron capacitaciones al personal de farmacia y asistencias en el manejo de la adecuada distribución.

Así, se elaboraron los procedimientos de servicio de farmacia, para Selección, Recepción, Almacenamiento y Distribución y se conformó el comité de Farmacia y Terapéutico por resolución. Igualmente se inicio el programa de farmacovigilancia. Esta actividad ha sido soportada en el segundo semestre de 2009 por COHOSVAL.

En la vigencia 2008 el Ministerio de Protección Social escogió 100 Hospitales de Colombia para apoyarlos en el Proyecto de Acreditación de IPS con acompañamiento del CGH, evidenciándose en el mes julio de 2009 el ente hospitalario logró que se incluyera en el acompañamiento de los 105 hospitales del País la cual alcanzó a ingresar en el Proyecto del Ministerio de la Protección Social de Acompañamiento para la Preparación para la Acreditación con acompañamiento del Centro de Gestión



Hospitalaria que inicio en el 2008.

Se suscribieron los planes de mejoramiento para esta vigencia, el ente hospitalario planteó el Plan de Auditorías para Mejoramiento de la Calidad “ PAMEC” y se hizo énfasis en los procesos considerados prioritarios como la prestación de servicios en Urgencias y Atención en Cirugía, inicialmente se fortaleció impulsando a estos dos procesos ya que estos fueron los que más impactaron en la atención de los usuarios, verificándose que hay que fortalecer los otros procesos, como procedimientos de medición de la satisfacción del usuario, atención de quejas, reclamos y sugerencias, y asignación de citas para consulta con medico general y especialistas.

Se evidenció la implementación de los comités de obligatorio cumplimiento, los cuales los realiza la Subgerencia Científica en forma regular, de Historia Clínica; de Infecciones, de Profilaxis y Política Antibiótica; de Docente – Asistencial; de Transfusión Sanguínea; de Vigilancia Epidemiológica; de Vigilancia para la Influenza AH1N1.

### 3.1.2.2 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

Se evidenció el cumplimiento e implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRHS.

Se verificó que a través de la oficina de Salud Ocupacional, se coordina los programas de capacitaciones y monitoreo de las áreas asistenciales sobre la vigilancia y el cumplimiento de la disposición final de los residuos sólidos hospitalarios.

Se verificó en las diferentes áreas que el personal de planta, jefes de enfermería, médicos, contratación y provisionalidad, aun no se han apropiado de la cultura de contribuir con el sistema de recolección de residuos, a pesar de haber sido beneficiados de las capacitaciones evidenciándose que aun no han asumido la actitud consciente frente al Plan.

Para el transporte y disposición final de los residuos sólidos del hospital contrató con la empresa de Prestación de Servicios Públicos E.S.P “RH”., verificándose en los informes consolidados la clasificación de residuos hospitalarios peligrosos y no peligrosos con la fuentes de generación y clases de residuos, consignando el tipo, cantidad peso, unidades que entrega el prestador del servicio especial de aseo para la disposición final, y el formato de los residuos reactivos correspondientes a los desechos de rayos X, (líquidos fijadores, reveladores usados y placas dañadas), para el tratamiento y/o disposición final y someterlos a desactivación y posterior disposición en el relleno sanitario la cual fueron reportados mensualmente a las autoridades ambientales competentes.

Se logró evidenciar en la sala de urgencias que no aparecen los tarros plásticos pequeños no convencionales de acuerdo a la normatividad exigida para su debido almacenamiento, Además, cajas de cartón en un cuarto donde aparecen los tarritos de



inyecciones expuestos generando un riesgo no solamente biológico sino para la salud de los pacientes de urgencias.

En el recorrido de verificación de rutas de recolección de residuos comunes, infecciosos y reciclables se constató que en la mayoría los recipientes están incompletos sin tapas, destapados tarros pequeños de plástico en todas las salas. Además, en las mesas de los enfermos permanecen estos residuos, por no existir los recipientes ese es el sitio de disposición final.

En el área del depósito central de los residuos peligrosos se evidenció que aunque el Hospital cuenta con una planta física para los controles de almacenamiento, monitoreo y supervisión, no existe ninguna seguridad ya que en el sitio donde está ubicada concurre un parqueadero de chatarra y muchos elementos peligrosos que afectan el medio ambiente como roedores insectos, y recipientes de aguas detenidas generadoras de dengue hemorrágico, y otras enfermedades, el carro recolector del transporte externo se estaciona fuera del Hospital, lo cual no es permitido por la manipulación de los residuos, el encargado del transporte interno de los residuos no portaba la ropa adecuada ni las protecciones de seguridad industrial, también en esta zona se encuentra el restaurante donde se preparan los alimentos para los enfermos.

### 3.1.2.3 Prestación de Servicios

El Hospital San Vicente de Paúl atiende la población residente en el Municipio de Palmira y los cinco (5) municipios del área de influencia que es la región Sur Oriente del Valle del Cauca que son: Pradera, Florida, El Cerrito, Ginebra y Candelaria que entre todos poseen 550.000 habitantes.

El ente hospitalario es una institución de mediana complejidad, que presta sus atenciones de primer, segundo y tercer nivel de atención, tratando de dar respuesta a la problemática de salud de su comunidad, además es la cabecera de la red de prestación de servicios para esta zona del Departamento, siendo de nivel II.

Los servicios que presta están habilitados por la Secretaria Departamental de Salud, mediante certificación del 14 de Noviembre de 2006, la cual se refrendo a nivel de la pagina web en este año 2010 y se recibió visita de la Secretaria de Salud Departamental, la cual revisó los servicios y está pendiente de terminarse la visita, para la expedición del concepto de los servicios que habilitaran de acuerdo a lo reportado por la entidad y a las exigencias en lo dispuesto en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006.

La entidad ofrece las especialidades de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Pediatría presenciales las 24 Horas del día, los servicios de Ortopedia y Traumatología 12 horas día los siete (7) días de la semana y Medicina Interna en el día y se verificó que en las noches se cuenta con el servicio de Telemedicina contratado con la



Fundación Cardiovascular de Colombia, el cual fue obligatorio desde la vigencia de 2009 para todos pacientes que ameriten valoración por el Internista y no esté presencialmente se realice a través de este medio el cual se encuentra legalmente autorizado evidenciándose que por falta de gestión del hospital la utilización es mínima el cual no ha generado el impacto esperado por la falta de implementación del mismo.

Se cuenta con 68 camas habilitadas en los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia y 40 camillas en el servicio de Urgencias, dispone de 4 quirófanos habilitados para suplir las demandas de Cirugías de Urgencias: uno para procedimientos las 24 horas, dos para cirugía programada o electiva y otro exclusivo para los procedimientos de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Además, servicio de Rayos X por urgencias de baja y mediana complejidad las 24 horas del día y ambulatorio de lunes a viernes 7 a.m. a 4p.m. e intensificador de imagen para cirugías de Ortopedia y Mamografías que se ejecuta a través de un contratista externo al hospital.

También laboratorio Clínico en urgencias las 24 horas del día y ambulatorio de lunes a viernes de 7 a.m. a 3 p.m., realizando los diferentes exámenes de baja y mediana complejidad en las siguientes áreas: Química sanguínea, Hematología, Microbiología, Cito química y Centro Transfusional.

Presenta áreas de atención definidas, para la atención ambulatoria y programada de pacientes como el área de Consulta Externa con 29 consultorios médicos, odontológicos y de enfermería igualmente salas para la atención de servicios de rehabilitación tanto física como respiratoria y de lenguaje.

**TABLA ACTIVIDADES CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**

ACTIVIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009	Variación%
Medico General	14.012	13.977	0
Oftalmología	1.507	2.129	41
Otorrinolaringología	2.267	2.342	3
Dermatología	1.961	2.164	10
Urgencias	38.091	43.874	15
Cirugía General	2.372	3.808	61
Ginecología	5.870	6.901	18
Medicina Interna	2.664	2.883	8
Anestesiología	2.243	2.047	-9
Traumatología	5.515	5.735	4
Cirugía Maxilofacial	221	148	-33
Odontología	5.806	4.174	-28
Total Especialista	29.320	32.565	11
Total Consulta Externa	63.717	68.283	7
Interconsulta	6.862	8.107	18
Total Urgencias	44.953	51.989	16

FUENTE: ESTADISTICA HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



Como lo demuestra la tabla, el hospital presentó un aumento de oportunidad en la atención ambulatoria a la población del área de influencia sobre los 550.000 vallecaucanos que viven en Palmira, Pradera, El Cerrito, Ginebra, Florida y Candelaria, reflejándose positivamente en la producción de servicios, aumentado la facturación en un 23% promedio reflejado en el mejoramiento de los ingresos del hospital por la venta de los mismos.

Tabla Actividades Hospitalización Hospital San Vicente de Paúl Palmira

ACTIVIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009
Numero Camas	68	68
Numero Egresos	6.778	7.224
Días cama disponible	24.888	24.820
Días cama ocupada	18.998	20.900
Giro Cama	8,31	8.85
% Ocupacional	76,33%	84,21%
Promedio Días Estancia	3,10	3,24

Fuente: Estadística HSVP

Del cuadro anterior podemos concluir un aumento en los indicadores de gestión hospitalaria porque se presentó un mayor número de egresos, un mayor número de días cama ocupada, lo que generó mayor porcentaje de ocupación y giro cama. De otra parte, se observó un aumento del promedio de estancia generado por falta de una efectiva auditoria médica.

ACTIVIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009
Remisiones Salas	630	557
Remisiones Urgencias	1.838	2.053
Remisiones Con. Ext.	0	0
Remisiones Trauma	434	139
Total Remisiones	2.902	2.749

Fuente: Estadística HSVP

La ilustración evidenció que las remisiones de urgencias aumentaron y se explica por la severidad de la patología que está llegando en el 2009 al abrirse la atención a la Nueva EPS que son pacientes adultos mayores con patología complicada, que también contribuya al aumento de la mortalidad, Igualmente se observó disminución en la remisión de trauma y se debe a que en el 2009 el traumatólogo se contrato de tiempo exclusivo para la urgencia 12 horas día ya que antes se realizaba la urgencia y la consulta externa en el mismo horario.

De acuerdo al represamiento existente por cirugías programadas y no realizadas se suscribió el contrato No. 038 el 2 de diciembre de 2009 entre el ente hospitalario y la Unión Temporal "Salud Integral" cuyo objeto fue la realización de 1.300 cirugías represadas por \$1.500 millones de los cuales se le pagaron al contratista \$1.125.000.000 según los comprobantes de egreso 11262 de fecha de pago 21/12/09 , 11307 de fecha de pago 24/12/09, 11626 de fecha de pago de 09/03/2010 cada uno por \$375.000.000, se constató que la unión temporal facturó los servicios de sala de cirugía



por un valor de \$120.889.440., que deberán descontarse en el momento de la liquidación del contrato.

#### *Sistema de referencia y contrareferencia*

Se evidenció que el Hospital a través del soporte y acompañamiento dado por la Secretaria de Salud Departamental ha implementado el Comité de Referencia y Contra Referencia el cual se reúne cada mes con las seis (6) ESE del área de influencia verificándose que ha logrado mejorar los procesos de envío de pacientes la cual analiza la pertinencia y se retroalimenta a los Hospitales de Nivel I a través de informes presentados por el ente hospitalario, actividad que no ha logrado que haga el hospital Departamental del Valle HUV hacia el Hospital San Vicente de Paul Palmira para conocer las causas reales de remisiones innecesarias y mejorar la articulación de la Red evidenciándose debilidades a través de las EPS privadas en el soporte a las ESE en suministrar los códigos de referencia a un nivel superior lo que genera insatisfacción del usuario con el ente hospitalario, siendo que es problema de su institución aseguradora y se necesita mayor intervención de IVC de los entes territoriales para mejorar este proceso. Se evidenció que el Hospital ha denunciado estas inconsistencias a la Superintendencia de Salud, por lo tanto no se observa apoyo para el fortalecimiento de la Red Pública por parte de la Secretaria de Salud Departamental.

#### *Urgencias*

Se verificó en la vigencia 2.008 que se inicio la implementación del servicio de “Triage” método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de pacientes estableciendo las prioridades de atención y definición del sitio de atención. Si en el ente hospitalario nivel II o en la IPS básica Municipal de Nivel I, constatándose que para mejorar se dotó de (1) un consultorio para la atención de este servicio con equipos médicos, Computador, Red del Hospital San Vicente y Base de datos de las EPSs para su direccionamiento, evidenciándose el mejoramiento en su operativización, pudiéndose verificar que en promedio se atiende un paciente en 23 minutos en la Sala de Urgencias.

Se observó en el segundo semestre de la vigencia de 2009, el ente hospitalario atendía los usuarios que llegaban con urgencia clasificada “Triage” 3 o 4 la cual no debería atenderse en el hospital por ser de nivel II, estas inconsistencias se presentaron porque el Municipio no había contratado con el hospital de nivel I evidenciándose que la institución para evitar problemas de atención y quejas por parte del paciente atendió con la consecuente pérdida para el Hospital por no estar fortalecida la Red Pública Municipal y posteriormente poder cobrarle al municipio. Pero en la vigencia 2010 se verificó que concertaron con el Hospital Raúl Orejuela Bueno de complejidad baja y la Secretaria de Salud Municipal el que dispuso un (1) medico para atender los pacientes que consultaban por urgencias y no eran objeto de atención por el hospital San Vicente de Paul, pudiéndose evidenciar que dicha solución fue bien recibida por la comunidad hospitalaria mejorando la satisfacción del usuario y las necesidades de la salud del hospital.



### *Satisfacción del usuario y encuestas*

Se evidencio que la entidad en la vigencia del 2008 dispuso de nueve (9) buzones de sugerencias en los diferentes servicios y continuo con las encuestas de satisfacción realizándolas en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización observándose que adicionalmente se reúnen una (1) vez por mes dejando constancia a través de actas, del análisis de las quejas y sugerencias dejadas en los buzones, se verifico que las reuniones participa el veedor en salud con este centro hospitalario y que lo denuncia casi de manera semanal, además, se realizan seguimientos a los compromisos efectuados para la solución raizal de las quejas.

Para conocer la opinión de los usuarios del servicio sobre la atención que les brinda la entidad hospitalaria se realizó encuesta a 30 usuarios que esperaban ser atendidos en consulta externa, odontología, control prenatal, facturación y farmacia, la cual arrojo un resultado del 89% que están satisfechos, se destacan la calidad de profesionales de consulta externa, hospitalización y urgencias, no obstante esta opinión, tienen algunas inconformidades, entre ellas:

#### *En Citas Consulta Externa*

No se estiman algunos cupos especiales de consulta externa para usuarios que viven en las veredas lejanas y requieren del servicio en el casco urbano.

Con respecto a la limpieza e higiene de las instalaciones del centro hospitalario el 50% de los encuestados (15 personas) responden que les parecen buenas las condiciones de aseo.

Con relación a la atención brindada en el área de facturación el 70%(de 30 usuarios) consideran es buena ya que es rápida y oportuna.

Se le preguntó a los encuestados sobre la comodidad e iluminación de las instalaciones hospitalarias; de 30 usuarios 10 manifestaron que en las áreas donde estuvieron les parecieron incómodas que representa el 33%.

Se indagó a los encuestados si la atención recibida en el hospital contribuyó a mejorar su estado de salud, el 80 % ó sea 24 usuarios manifestaron que de alguna manera observan mejoría en su salud. El 20 % manifestaron algún grado de inconformidad en la recuperación de la salud.

Se evidenció que en el año 2010 que para mejorar la consulta externa se empezó a socializar con los médicos especialistas que la duración de atención promedio por paciente es de 20 minutos en Consulta Externa y se encuentran en el proceso de concientización, ya que culturalmente siempre se venían citando todos los pacientes a la misma hora, se logró evidenciar que se contrató en el mes de mayo de la presente anualidad la implementación y aplicación de la Historia Clínica Electrónica, actividad y en el mes de junio se inicio el acompañamiento de la firma del Software, al cual estará



por siete (7) meses en Hospitalización y Consulta Externa, con lo cual el paciente se citara a su hora de atención presentándose un mejora en la calidad constatándose la realización de redes de datos, los equipos se encuentran autorizados por Leasing de Occidente el cual se observó reflejado en el mejoramiento de los Estados Financieros en la actual vigencia.

#### 3.1.2.4. INFRAESTRUCTURA FISICA

La infraestructura del Hospital exige un continuo crecimiento con respecto a la comunidad y como ente de prestación de servicios de salud; está clasificada por su construcción, con una complejidad en atención de nivel II constituyéndose un centro médico a nivel público de importancia en el municipio de Palmira.

La edificación que ocupa actualmente el hospital, es una estructura de entre dos y cinco niveles con semisótano y cubierta, dependiendo de las diferentes etapas constructivas. Esta edificación, está construida con estructura portante en concreto reforzado y divisiones, particiones y enchapes en ladrillo limpio no confinado pero trabado sobre una cimentación puntual, sin llegar a cumplir con los requerimientos mínimos estipulados en la Norma NSR-98 para este tipo de elementos estructurales. La edificación del hospital está determinada en un área aproximada de 6.364 m<sup>2</sup>, con estructuras claramente identificables por bloques, con composiciones diferentes; también existen algunas estructuras compartiendo muros que no tienen dilataciones con vigas en dos direcciones y muros perimetrales.

Se evidenció en la inspección física a las instalaciones del hospital, el incumplimiento al plan de mantenimiento referente a los sistemas hidrosanitarios y componentes eléctricos de los servicios hospitalarios como: redes hidrosanitarias con sus tuberías codos y sistemas de drenaje, redes eléctricas con aterrizamientos, armarios y barrajes de la subestación capacitada para 400 KVA, debido a la obsolescencia de las mismas y el incremento de las cargas adicionales que exigen tanto el equipo tecnológico, como las futuras ampliaciones, adecuaciones y remodelaciones de la infraestructura física del hospital, constituyéndose en un riesgo no previsto, pues actualmente se atienden algunas contingencias.

Se evidencia de acuerdo a los escasos documentos de la gestión contractual remitidos a la comisión auditora: falta de planeación en infraestructura física, particularización de objetivos prioritarios, implementación de estudios para construcción, identificación de proyectos de remodelación, adecuación y metas para la ampliación de la planta física del hospital, por carecer de proyecciones que debieron ser incluidas en el plan estratégico, planes de desarrollo y planes de acción para los años 2008 y 2009.

*Control técnico a la obra pública y consultoría en obra pública.*

Revisado el formato de rendición F7 a SIRCVALLE de las vigencias auditadas no se evidenció reporte de información de contratos relacionados con la infraestructura física;



sin embargo en la relación remitida al grupo auditor, aparecen obras ejecutadas a través de órdenes de servicios en desarrollo del plan de mantenimiento del hospital, además, no existen criterios técnicos y procedimentales ya que no se realizó el respectivo seguimiento y control de lo ejecutado.

Se evidenció que en el presupuesto no se apropiaron recursos para ejecutar obras en las vigencias auditadas, no se verificó una debida planificación y tampoco especificidad técnica de acuerdo con un programa de mantenimiento preventivo, previsorio y correctivo, ajustado a las fichas técnicas.

Se concluye que revisadas las ejecuciones relacionadas en el libro de gastos por rubro solo obedecen a actos administrativos que no especifican ni detallan las actuaciones de mantenimiento, evidenciando información solo con el respaldo contable del gasto, situación que no permite verificar el desarrollo y transparencia de la gestión contractual.

Como consecuencia del comportamiento contractual en las vigencias auditadas, se realizó un comparativo para verificar las actuaciones, evidenciado en el siguiente cuadro:

**CONSOLIDACION DE LA INFORMACION CONTRACTUAL POR CLASE DE CONTRATO DE ACUERDO AL FORMATO F-7**

DESCRIPCION		2008	2009	GRAN TOTAL DE LAS 2 VIGENCIAS
Clase Contrato (tipo de servicios: Administrativos, operativos o asistenciales)	Datos	Total	Total	
1. PREST. SERVICIOS	# de Contratos	34	33	67
	Suma del Valor	\$3.491.642.056	\$5.146.819.185	\$8.638.461.241
2. SUMINISTROS	# de Contratos	1	1	2
	Suma del Valor	\$300.000.000	\$300.000.000	\$600.000.000
3. MANTENIMIENTO Y/O REPARACION	# de Contratos	0	0	0
	Suma del Valor	0	0	0
4. OBRA PUBLICA Y/O CONSULTORIA EN OBRA	# de Contratos	1	0	1
	Suma del Valor	\$33.000.000	0	\$33.000.000
8. ASESORIA HONORARIOS	# de Contratos	0	0	0
	Suma del Valor	0	0	0
10. COMPRA VENTA	# de Contratos	0	3	3
	Suma del Valor	0	\$344.687.541	\$344.687.541
12. OTROS (COMODATO)	# de Contratos	0	0	0
	Suma del Valor	0	0	0
14. OBRA CIVIL	# de Contratos	0	0	0
	Suma del Valor	0	0	0
<b>TOTAL VALOR CONTRATOS DE LAS 2 VIGENCIAS</b>	<b># de Contratos</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>73</b>
	<b>Suma del Valor</b>	<b>\$3.824.642.056</b>	<b>\$5.791.506.726</b>	<b>\$9.616.148.782</b>

**Fuente:** formato de rendición de la contratación F7 y relación de contratación de la vigencia 2008 y 2009 de la base de datos formatos F-7 del HSVP y análisis de la misma.



Del análisis de cuadro se pudo establecer que en los contratos de Prestación de Servicios y compraventa, se ejecutó la mayor inversión, seguidamente la de suministros.

En el formato F-7, se observó claramente que los parámetros de identificación de las clases de contratos y la codificación de estos, no se tuvieron en cuenta para la rendición, ya que el análisis para establecer la tipología de los objetos contractuales, así como la descripción del objeto contractual, fueron muy generalizadas y no presentó el objeto del contrato claro y específico.

Se evidenció que no hubo rendición oportuna a la Contraloría sobre los contratos u órdenes de trabajo correspondientes a la infraestructura física, ejecutados de acuerdo al plan de mantenimiento del hospital, presentándose incumplimiento en la Resolución Reglamentaria No.100.28.02.13 emanada por la Contraloría Departamental.

A continuación se relacionan los contratos de obra pública, adquisición de materiales par obra, mantenimiento y reparación que no fueron incluidos en el Formato F-7

Contrato concepto	Contratista	Descripción concepto	Tipo de Contrato	Valor	Fecha de suscripción
10920	Eiber Mina Escudero	Construcción de techo area de urgencias	Mantenim.	\$3.822.000	14/08/2009
11282	Eiber Mina Escudero	Construcción de losa y traslados de juegos del área de pediatría	Mantenim.	\$4.550.364	22/12/2009
9058	Edilberto vanegas Zapata	Cancelación de bienes y servicios de mantenimiento	Mantenim.	\$4.952.300	/2009
11301	Jose Arnulfo Maya Cuastumal	Cancelación de servicios de mantenimiento	Mantenim.	\$2.912.000	/2009
11150	Davis Eliecer Bolaños	Cancelación de servicios de mantenimiento	Mantenim.	\$2.420.600	/2009
11217	Ferretería torrepac	Materiales para mantenimiento de instalaciones físicas	Mantenim.	\$7.942.661	09/12/09
Comp. Entrada 3664	Narvaez Rincon Ever E.	Materiales para instalaciones eléctricas	Mantenim.	\$2.128.992	23/04/2008
Comp. Entrada 3747	Narvaez Rincon Ever E.	Materiales para instalaciones sanitarias y pintura, mantenimiento	Mantenim.	\$6.347.881	31/05/2008
Comp. Entrada 3838	Narvaez Rincon Ever E.	Materiales para instalaciones eléctricas, mantenimiento de instalaciones	Mantenim.	\$1.875.982	30/07/2008
Comp. Entrada 4471	Ferretería torrepac.	Materiales para instalaciones eléctricas, mantenimiento	Mantenim.	\$3.480.530	11/08/2009
Comp. Entrada 4472	Ferretería torrepac.	Materiales para mantenimiento locativo	Mantenim.	\$1.492.343	11/08/2009

Fuente: Listados 2008 y 2009 suministrado por la administración al grupo auditor.



Analizadas las órdenes de trabajo del rubro “Mantenimiento de instalaciones físicas” en el formato de “informe de ejecución presupuestal de gastos” de las vigencias 2008 y 2009 rendido a la Contraloría Departamental, este presenta coherencia con la relación de contratos ejecutados que remitió el área administrativa a la comisión auditora.

Sin embargo se puede observar, que estas órdenes de servicio o trabajo suscritos, no entregan la cantidad real de contratación proyectada, evidenciándose una inadecuada y mediática planeación no se encuentra en la proporción tenida en cuenta inicialmente como se puede ver en algunos rubros que se demuestran en la presente grafica:

EJECUCION DE ERESOS 2008			
CODIGO CONTABLE	DENOMINACION DEL NUMERAL RENTISTICO	PRESUPUESTADO INICIAL	COMPROMISOS TOTAL EJECUTAD.
2020200101 01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE SISTEMAS	42.950.000	68.737.221
2020200102 01	MANTENIMIENTO EQUIPOS MEDICOS	160.509.004	41.612.294
2020200103 01	MANTENIMIENTO VEHICULOS	42.580.000	27.136.684
2020200104 01	MANTENIMIENTO INSTALACIONES FISICAS	278.237.107	53.102.298
2020200105 01	MANTENIMIENTO MAQUINARIA Y EQUIPO	219.350.000	13.975.500
2020200106 01	MANTENIMIENTO MBLES ENS. Y EQUIPO OFICINA	61.480.000	3.577.600
EJECUCION DE EGRESOS 2009			
CODIGO CONTABLE	DENOMINACION DEL NUMERAL RENTISTICO	PRESUPUESTADO INICIAL	COMPROMISOS TOTAL EJECUTAD.
2020200101 01	MANTENIMIENTO EQUIPO DE SISTEMAS	63.950.000	63.343.500
2020200102 01	MANTENIMIENTO EQUIPOS MEDICOS	204.409.004	22.918.393
2020200103 01	MANTENIMIENTO VEHICULOS	71.740.000	25.462.088
2020200104 01	MANTENIMIENTO INSTALACIONES FISICAS	211.710.436	43.842.453
2020200105 01	MANTENIMIENTO MAQUINARIA Y EQUIPO	251.450.000	492.632
2020200106 01	MANTENIMIENTO MBLES ENS. Y EQUIPO OFICINA	91.480.000	4.226.947

Evaluada la documentación contractual representada en tres contratos por \$73.500.000, la cual dos de ellos se clasificaron como de Prestación de Servicios, siendo de Consultoría, pero no aparecieron relacionados ni rendidos en el Formato F-7 de infraestructura física, los otros contratos no rendidos se verificaron en la relación remitida por el área administrativa, los cuales eran de mantenimiento, pero se ejecutaron bajo la modalidad de ordenes de Servicios.

Se observó en el Contrato 032 de 2008, cuyo objeto contractual fue para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria para mejorar la prestación de los servicios que se ejecutó en un 15%, se observó que este contrato se encuentra suspendido hace aproximadamente un año aparece suspendido.

Se verificó en el contrato 033 de 2009, cuyo objeto contractual fue para el reforzamiento estructural mediante la realización de la metodología general ajustada para el desarrollo



del proyecto de inversión; sin embargo de este contrato fue pagado el anticipo pero no se ejecutó, evidenciando la falta de actas de suspensión, liquidación bilateral o acto administrativo que se pronuncie al respecto del resultado de la erogación del anticipo, visto así, estos contratos no responden a necesidades prioritarias de: adecuación de áreas, consultoría para el diseño de otras áreas de asistencia logística y funcionamiento, planes de contingencia para la intervención de áreas a mejorar con construcciones temporales, habilitación de otras frente a la normatividad hospitalaria, repotenciación de la infraestructura eléctrica para la carga instalada de los equipos biomédicos que se adquieran, construcción de nuevas áreas y preparación de las áreas no intervenidas para el cumplimiento de la norma de sismo resistencia, evidenciándose técnicamente incumplimiento con las obligaciones pactada en los contratos, como pagos de anticipos, parciales y liquidación del contrato, no se evidencian los actos administrativos de suspensión, prórroga u otro si o extensión de las obras.

La proyección en infraestructura física en las vigencias 2008 y 2009, no se encuentra contemplada en documentos de planeación pues no se evidencia plan estratégico ni plan de acción, por lo tanto carece de toda herramienta de planeación, por lo que las actuales contrataciones no ofrecen seguridad en la gestión administrativa ni técnica y han sido realizadas sin la preparación del respaldo financiero, situación que se evidencia en la mayoría de las ordenes de trabajo o contratos relacionados con el mantenimiento hospitalario, los cuales tienen certificados de disponibilidad y registros presupuestales, pero no hay erogaciones motivadas por concepto de anticipos bien gestados, pagos parciales o liquidaciones hasta la fecha; contratos que se han perfeccionado con toda la documentación, legalización de pólizas y acta de iniciación pero no han sido desarrollados en su totalidad como es el caso de los estudios para el análisis de la infraestructura y el de la realización de la ficha MGA.

Se evidenció que no existe articulación entre la infraestructura del hospital con el desarrollo de cada área, ni tampoco existe inclusión en un plan de acción, observándose que existe inequidad en la implementación de obras e intervenciones para la construcción, remodelación y adecuación de la planta física del hospital, por cuanto no están priorizadas para el apoyo de la cobertura en servicios y el cumplimiento de la normas hospitalarias ya que no existe coherencia con el cumplimiento de lo proyectado y lo ejecutado.

- Vulnerabilidad sísmica y reforzamiento estructural.

El ente hospitalario realizó los estudios de Vulnerabilidad Sísmica, por medio de un convenio interadministrativo suscrito con la Secretaría de Salud y la Universidad del Valle, evidenciándose el cumplimiento de la Ley 400/97. Estudios presentados extemporáneamente en diciembre de 2006 con relación a los términos establecidos en el parágrafo 2º. del Artículo 54 de la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001. En cuanto a la intervención de la infraestructura, pero no se han vencido los términos de ley por lo tanto se debe acoger a la norma de sismo- resistencia NSR-10 revaluando la



aplicación de la NSR-98 cuando se apropie en el presupuesto; permitiéndosele un plazo máximo de cumplimiento hasta el año 2013 de acuerdo a la ley 1151 de 2007.

De acuerdo al estudio evaluado la edificación no cumple con los parámetros integrales de resistencia rigidez y ductilidad planteadas en la NSR-98 para ser revaluada con la NSR-10, para esta zona de alto riesgo según el mapa de riesgo sísmico en Colombia y el esquema de los principales sistemas de fallas en la región según la NSR-98.

En el estudio de la vulnerabilidad sísmica efectuado por la Universidad del Valle, no presenta un análisis de costos en cumplimiento de la ejecución.

- *Cumplimiento de la norma hospitalaria para infraestructura*

Para el 2008, en el presupuesto de mantenimiento hospitalario se debieron ejecutar \$804.518.484, del valor total del presupuesto de \$16.090.369.687, pero la suma del mantenimiento se cuantificó en \$208.141.597 correspondiente al 1.3% del 5% normativo sobre el presupuesto inicial de la vigencia.

Para la vigencia de 2009, en el presupuesto de mantenimiento hospitalario se debió ejecutar \$860.775.049, del presupuesto total de \$17.215.500.985, pero la suma del mantenimiento se cuantificó en \$314.971.335 correspondiente al 1.8% del 5% normativo sobre el presupuesto inicial de la vigencia verificándose que el ente hospitalario no alcanza el porcentaje de reserva del presupuesto total de acuerdo al decreto 1769 de 1994 que reglamento el artículo 189 de la ley 100 de 1993 que era destinar el 5% del presupuesto total para mantenimiento hospitalario.

El hospital San Vicente de Paúl de Palmira para las vigencias auditadas realizó el plan bienal de acuerdo la Resolución 5123 de 2006 por la cual se reglamentaron los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud, que incluyó la proyección de inversiones en infraestructura física para todos los niveles de complejidad y dotación en equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud evidenciados así:

PLAN BIENAL 2008 – 2009			
DOTACION Y EQUIPOS		INFRAESTRUCTURA	
Equipos médicos	\$ 772.300.000	Iluminación de emergencia	\$ 25.000.000
Equipos de sistemas	\$ 13.300.000	Rampas de Evacuación	\$ 40.000.000
Herramientas	\$ 7.950.000	Rediseño y montaje red y equipos sistemas	\$1.500.000.000
Instrumental	\$ 40.535.000	Refuerzo estructural	\$1.800.000.000
Maquinaria	\$ 446.000.000	Señalización planta física	\$ 5.000.000
Muebles	\$ 111.220.000	Terminación Planta Física	\$1.000.000.000
Software	\$ 27.800.000		
<b>TOTAL</b>	<b>\$1.419.105.000</b>	<b>TOTAL</b>	<b>\$4.370.000.000</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTADO PLAN BIENAL</b>		<b>\$5.789.105.000</b>	



EJECUCION DE EGRESOS 2008 Y 2009	
DOTACION Y EQUIPOS	INFRAESTRUCTURA
<b>2008</b>	
<b>\$1.856.246.500</b>	<b>\$53.102.298</b>
<b>2009</b>	
<b>\$2.156.463.887</b>	<b>\$87.887.170</b>
<b>\$4.012.710.387</b>	<b>\$140.989.468</b>
<b>TOTAL EJECUCION DE EGRESOS \$4.153.699.855</b>	
Fuente: plan de inversiones plan bienal vigencia 2008 – 2009, Formato de ejecución de egresos rendido a la Contraloría.	

El cuadro evidencia que en concordancia al presupuesto del Departamento y los compromisos adquiridos con el plan bienal en “Dotación y equipos, y la Infraestructura, se asimila también en la ejecución de egresos, el comparativo nos indica que no se ha dado un cumplimiento adecuado al plan bienal verificándose un desfase de cantidades, por lo que la planeación está desenfocada con respecto a la información suministrada.

De acuerdo a la aplicación de los preceptos dictados en los artículos 36 y 37 de la resolución 4445 de 1996, se evidenció un riesgo con el tanque de almacenamiento de gases medicinales inflamables, pues se debe evacuar la zona de vehículos parqueados alrededor, según indicaciones de seguridad de Agafano quien fue la que lo instaló.

Se verificó que los baños sanitarios distribuidos de hospitalización de las áreas medicina interna, ginecobstetricia y quirúrgicas carecen de pasamanos en acero inoxidable para uso de pacientes discapacitados o personas de la tercera edad, tanto en la ducha como el sanitario, conforme a la normatividad vigente.

No se evidenciaron instalaciones o cuartos adecuados técnicamente con la normatividad para la disposición de los residuos biológicos y desechos normales, por lo que se está corriendo con un riesgo de contaminación para la población hospitalaria.

No se evidenció una adecuada área habilitada para la morgue que constituye el cumplimiento de las normas, por lo que las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización y/o urgencias, deberán contar como mínimo con un espacio físico adecuado o acondicionado para depósito de cadáveres.

Se observó que en los cuartos de hospitalización y pasillos, que las paredes en ladrillo limpio ofrecen un riesgo contaminante por falta de repello o estuco, debido a los hongos que están apareciendo por la humedad; además en pediatría se encuentran divisiones en aglomerado que están deteriorándose; por otra parte se evidencia un problema de humedad en cielo falsos, y paredes en las áreas de hospitalización de ginecobstetricia, cirugía, partos, consultorio odontológico y fisioterapia, lo cual ofrece un panorama de deterioro y falta de asepsia.

Los ascensores están deteriorados y se mantienen con el personal del hospital, por lo tanto no existe responsabilidad en caso de accidentes ocasionados por deterioros mayores.



En los laboratorios de hematología y microbiología se evidenció la falta de señalización y los mesones no deben ser en madera, sino en acero inoxidable o cerámica de acuerdo a la norma.

## 3.2. FINANCIAMIENTO

### 3.2.1 ESTADOS CONTABLES

#### ACTIVOS

##### *Deudores*

Al realizar un análisis actualizado del comportamiento de la cartera en forma clasificada por edades se refleja un incremento del 203% en su saldo total a diciembre 31 de 2009 con respecto al saldo a diciembre 31 de 2008. El mayor impacto se presentó en las cuentas por cobrar entre 61 y 90 días, que tienen un aumento del 1.014%; seguido, las cuentas por cobrar hasta 60 días, se incrementaron en un 499%. Este incremento obedece a que las cuentas del hospital fueron embargadas en junio de 2009, proceso que ordenó que los pagos, incluidos los de las EPS subsidiadas y contributivas se realizaran al Banco Agrario. Internamente, en contabilidad no se efectuaron los registros de tal forma que afectaran las cuentas por cobrar correspondientes por considerar que los dineros no ingresaron al hospital sino a dicho banco.

En el 2010 se está reclasificando esta cartera a la cuenta de depósitos judiciales descargando la cuenta deudores y disminuyendo las cuentas por pagar al proveedor demandante.

Otra razón del incremento en la cartera de 2009 con respecto al 2008 tiene relación con los problemas técnicos presentados con la capacidad del servidor de Facturación que repercutió en los procesos de facturación y por ende en la radicación de las cuentas en las empresas y finalmente el convenio de cooperación para el saneamiento de pasivos, presentó mora en la transferencia de los recursos provenientes del Departamento y el Municipio.

A pesar que actualmente se están reclasificando y subsanando las imprecisiones de años anteriores que afectaron evidentemente los saldos de la cartera este trabajo todavía no se ha culminado.

Del total del saldo de cartera a diciembre 31 de 2008 y a diciembre 31 de 2009 el 54% y el 17% respectivamente, corresponden a cartera vencida con más de 180 días, evidenciando que persiste el nivel de cartera así clasificada pero que el porcentaje causa un impacto negativo por ser calculado con respecto al total de cartera que ha crecido en total un 203% de un año a otro.

El siguiente diagrama muestra que durante la vigencia de 2008, la provisión de cartera calculada fue inferior a los porcentajes empleados en los métodos de provisión



individual y provisión general lo que establece una provisión insuficiente para el saldo de cartera de dicho año que ascendió a \$1.144.511.000 y cuya provisión apenas representa el 16%. Para el año 2009 fue subsanada esta situación.

**CLASIFICACIÓN CARTERA POR EDADES (\$miles)**

dic-08	0-60	61-90	91-180	Mayor 180	Totales	cxc dic 31/09
Reg. Contributivo	73.715	22.382	66.605	53.122	215.824	215.824
Reg. Subsidiado	845.810	21.224	56.246	75.540	998.820	998.820
Soat	278.408	34.521	145.013	379.125	837.067	837.067
Otras IPS	27.258	1.073	2.759	0	31.090	31.090
ARP	0	0	0	0	0	0
Otros deudores	209.382	9.377	32.793	1.644.161	1.895.713	1.895.713
<b>Total cartera</b>	<b>1.434.573</b>	<b>88.577</b>	<b>303.416</b>	<b>2.151.948</b>	<b>3.978.514</b>	<b>3.978.514</b>
Menos Provisión deudores					82.013	
<b>Total deudores a dic 31 2009</b>					<b>3.896.501</b>	

Los trámites de radicación de cartera carecen de la rapidez necesaria para agilizar la rotación de las cuentas por cobrar y esto impacta en su flujo de caja y en la liquidez que requiere la entidad para su funcionamiento.

Del total de cartera con corte a diciembre 31 de 2008 y 2009 que se reflejó en los Balances Generales no toda se encuentra radicada en las empresas. Es así como en la actualidad hay cuentas pendientes de radicar de 2008 y 2009. El porcentaje de cuentas sin radicar con corte a diciembre 31 de 2008 fue del 8% y con corte a diciembre 31 de 2009 fue del 6%.

**Glosas**

El hospital contrata en el régimen contributivo con el S.O.S., Comfenalco, Coomeva, Sanitas, Salud Colombia, Comfandi, Clínica Las Americas, Nueva EPS, Salud Total, Salud Vida y Salucoop, Batallón Codazzi, Cafesalud, Colmedica, Compensar, Cosमित Ltd., Cruz Blanca y Susalud. En el régimen subsidiado contrata con Asmetsalud, Emssanar, Cafesalud, Calisalud, Caprecom, Coosalud, Condor y Selvasalud.

Los porcentajes de glosas de la facturación durante los años 2008 y 2009 presentan el siguiente comportamiento:

Año	FACTURADO	GLOSAS	%GLOSADO	GLOSAS ACEPTADAS	GLOSA SUSTENTADA	PENDIENTE POR TRAMITAR	RECUPERADO
2008	2.429.610.840	485.922.168	20%	93.809.536	315.335.818	76.776.814	315.335.818
2009	2.311.159.895	462.231.979	20%	124.231.124	193.733.488	144.267.367	193.733.488

Para los años auditados, el hospital presenta un porcentaje alto de glosas en sus facturas, es decir, un **20%** con respecto a lo facturado; de las cuales fueron aceptadas un 19% y 27% para 2008 y 2009 respectivamente. Los porcentajes de glosas sustentadas son de 65% y 31% respectivamente que equivalen a la cartera recuperada



respecto de lo glosado. El porcentaje restante corresponde a glosas pendientes por tramitar, o sea 16% y 42% para 2008 y 2009 en ese orden.

Los motivos más frecuentes de glosas responden a errores cometidos por los responsables de facturación de los puntos de atención, es decir, urgencias, consulta externa y hospitalización, dichos errores se basaron en la falta de autorización de servicios; soportes inadecuados de la facturación; facturas que no cumplen con las normas en su realización; servicios cargados en forma inadecuada; falta de soportes de medicamentos; medicamentos no soportados en la historia clínica; facturas cargadas a una empresa y radicadas a otras y servicios no pos cargados a empresas subsidiadas, entre otras causas. Lo que requiere de una adecuada y suficiente capacitación y entrenamiento al personal encargado de estas funciones y la implementación de unos controles efectivos que minimicen el riesgo de errores en el proceso. Para el caso en el procedimiento de anulación de facturas se requiere de la supervisión o autorización de un funcionario delegado del nivel directivo que se desplace al punto de atención en los eventos de anulación para minimizar los tiempos de espera en la corrección de la factura.

No se ha creado un Comité de glosas que permita el análisis de los motivos más frecuentes de ocurrencia y brinde una solución a estos eventos, haciendo un pertinente seguimiento. Actualmente el auditor médico es el único responsable de sustentar, defender y hacer seguimiento a las glosas.

Se observó escasa comunicación entre la Auditoría médica y el área de facturación. Los funcionarios de esta área no tienen conocimiento de los motivos de las glosas lo que ocasiona que se incurra reiteradamente en errores en este procedimiento.

El hospital no realizó un seguimiento con el fin de verificar si los recursos glosados y aceptados son reintegrados por parte de las EPS al sistema de salud.

#### *Propiedad, Planta y Equipo*

El modulo de Activos Fijos no se ha habilitado de tal manera que opere en forma integral para alimentar el sistema de información financiera de la entidad.

En la vigencia 2007 el hospital desistió de una acción de pertenencia y de la prescripción adquisitiva de dominio que posee sobre el predio donde se construyó la Universidad Santiago de Cali Sede Palmira, que hacen parte de los bienes inmuebles del hospital, y no se agotó un procedimiento favorable para la entidad y por el contrario la actuación del hospital como la parte demandante perjudicó sus intereses porque desistió de la acción judicial sin intervención de la Procuraduría General de la Nación constatándose que aun no se ha legalizado el terreno en donde funciona el hospital y no se evidencian las escrituras del mismo el valor que se refleja en los Balances es \$1.393.028.000.



En la vigencia 2009 se contrató la prestación de servicios de un Profesional del derecho para que reanudara el proceso judicial en defensas del interés del ente hospitalario para lograr la legalización de estos terrenos.

El último avalúo practicado a los activos fijos se efectuó en el 2003 y no ha sido sometido a una posterior actualización cada tres años como lo indica la Contaduría General de Nación.

Esta situación afecta el cálculo de provisiones, depreciación, amortización, valorización y agotamiento; por lo tanto para las vigencias examinadas el saldo de esta cuenta es incierto.

#### *Inventarios*

Los inventarios se contabilizan al costo. El método de valoración utilizado es el Promedio.

El almacén maneja la papelería impresa que se utiliza en el hospital, el resto de papelería y los elementos de aseo que integran las subcuentas de materias primas y materiales para la prestación de servicios.

El suministro de un local donde funciona la farmacia y almacenamiento de medicamentos y materiales medico quirúrgicos fueron contratados con la Cooperativa de Hospitales del Valle "COHOSVAL" mediante las figuras de comodato y Outsourcing desde agosto de 2009.

Los materiales de osteosíntesis son manejados directamente en las salas de cirugía y conforme a las necesidades de los pacientes, posteriormente las facturas y órdenes de compras son pasadas al funcionario encargado del almacén para proceder a dar ingreso y salida del almacén. Sin embargo, como este proceso se tramita sin ingresar físicamente los materiales al almacén por la premura en el tiempo, tratándose de pacientes de cirugía, estos registros que se realizan con base en documentos, presentan inconsistencias que generan diferencias en su inventario.

En el almacén se reciben algunos equipos de oficina pequeños y son registrados en forma manual para efecto de darles ingreso y posterior salida porque pertenecen a planta y equipo. El registro se realiza manualmente, debido a que el modulo de Activos Fijos no se encuentra habilitado para realizarlo automáticamente por medio del software.

#### **PASIVOS**

A diciembre 31 de 2009, la entidad no tiene deuda pública.

Durante el 2008 la entidad no efectuó el cálculo y el registro contable de la provisión para contingencias por las demandas y litigios que se interponen en contra, solo se



registró en cuentas de orden. En el 2009 la provisión se realizó por \$134.000.000, que constituye el riesgo de desfavorabilidad en los procesos adelantados.

El valor estimado de dichas demandas ascendió para los años 2008 y 2009 a \$3.602.349 y 3.518.113 respectivamente.

Se realizó un convenio para saneamiento de pasivos suscrito el 04 de mayo de 2009 entre el Municipio de Palmira, el Departamento del Valle del Cauca y el hospital San Vicente de Paul de Palmira, en el cual se acordó la transferencia de recursos por valor de \$6.273.470.172, con el fin de sanear los pasivos del hospital a 31 de diciembre de 2008. Dichos recursos presentaron mora en su transferencia debido a que igualmente los informes exigidos al Representante Legal del Hospital por parte del grupo interventor, sobre la ejecución de las primeras transferencias fueron retrasados en su entrega.

A Junio 30 de 2010, los pasivos pertenecientes al convenio que no se han cancelado ascienden a \$1.287.699.295. Al mirar la gestión y el cumplimiento del objeto del convenio se observa un desempeño satisfactorio del mismo al depurar un 80% de los pasivos existentes con corte a 31 de diciembre de 2008.

No obstante, a Junio 30 de 2010 los pasivos totales ascienden a \$8.231.940.640, de los cuales se adeudan los \$1.287.699.295 de la vigencia 2008, \$2.079.920.451 generados en el 2009 y \$4.864.320.894 generados del 2010. La cuenta que muestra mayor representación es Avances y Anticipos, que corresponde a un contrato por prestación de servicios a la población vinculada suscrita con el Departamento del Valle y que refleja un giro de dicha entidad al hospital pero que como no se ha radicado la cuenta por parte del hospital figura como anticipo. Se debe tener en cuenta que una vez radicada esta cuenta se debita ese pasivo y se descarga de la cuenta por cobrar. Otra cuenta que influye en el incremento de estos pasivos es la provisión de las prestaciones sociales.

Se advierte sobre la necesidad de alcanzar un efectivo saneamiento de sus pasivos y de ejercer un control más adecuado de los mismos, al igual que una recuperación efectiva de la cartera de la entidad, acompañada de un fortalecimiento en sus procesos, con el propósito de prevenir altos riesgos de insolvencia económica o financiera.

#### ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA Y SOCIAL (miles)

Se analizaron los estados de resultados de las tres vigencias examinadas así:

En miles

CUENTA	VIGENCIA 2007	VIGENCIA 2008	VARIACION	VIGENCIA 2009	VARIACION
Ingresos Operacionales	12.804.043	15.246.368	19%	16.274.782	7%
Costo de Ventas	11.620.335	10.798.407	-7%	12.902.901	19%
Gastos Operacionales	3.783.574	4.182.787	11%	5.796.135	39%



Otros Ingresos	4.727.939	701.888	-85%	8.885.226	1166%
Otros Gastos	1.075.298	1.384.037	29%	1.207.629	-13%
Excte. / Pda. Del Ejercicio	1.052.775	416.975	-60%	5.253.343	1160%

Se observó que el hospital en la vigencia del 2008 presentó una pérdida del ejercicio de \$416.975 que corresponde a una disminución del 60% con respecto al 2007 que arroja una utilidad por \$1.052.775 y para el 2009 la utilidad fue de \$5.253.343, que corresponde a un incremento del 1.160% con respecto al 2008, debido a que en el 2009 se recibieron transferencias por \$5.857.470 provenientes del convenio de saneamiento de pasivos que se suscribió entre el Departamento, el Municipio y el Hospital.

Para las vigencias auditadas, no se contó con la implementación de un sistema de costos que permita distribuir los mismos de acuerdo a los servicios de salud que presta el hospital.

### 3.2.2. PRESUPUESTO

La entidad no aportó soportes de las conciliaciones realizadas entre las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad. Se constató que los registros presupuestales no consultan los recursos disponibles en el "PAC", instrumento de Planificación Financiera, por fuentes por cuanto el "PAC", no se proyectó con las operaciones efectivas de caja, por el contrario, ni siquiera se proyecta, indicando con ello una inadecuada planeación financiera, mecanismos de control inapropiado y técnicas indebidas de proyección del Plan Anual de Caja. Igualmente no se aplican las modificaciones del presupuesto al PAC, estas no figuran en los actos administrativos de modificaciones al presupuesto.

Se verificó que los porcentajes utilizados para proyectar el crecimiento de recursos y aplicación de los mismos, no guardan coherencia con la tendencia histórica de las rentas, indicando con ello que el porcentaje utilizado en el cálculo no obedece a un análisis técnico y estadístico apropiado.

### CONTROL INTERNO CONTABLE

El software que procesa la información financiera del Hospital, es decir Dinámica Gerencial, opera en red con Contabilidad en sus procesos de cartera, facturación, tesorería, presupuesto, nómina e inventario. Sin embargo no se realiza interface entre presupuesto y facturación, cartera y tesorería, recurriendo a conciliaciones periódicas para alimentar la información. El módulo de activos fijos no se encuentra habilitado por lo tanto opera en forma manual.

Se están actualizando los procesos y procedimientos del área puesto que las funciones y algunos de los procedimientos de la misma se han modificado, como la radicación de las cuentas por cobrar en las empresas que ahora es función de facturación y no de cartera.



Las políticas documentadas de manejo de cartera se empezaron a implementar en el 2009 pero en el 2010 se están actualizando porque fueron modificadas. Esta fijación de políticas es importante porque direcciona y propende por una mejor gestión en el recaudo de los recursos propios.

No se evidencian Planes de mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno del hospital como producto de auditorías internas.

Los Estados Financieros de la entidad no se encuentran publicados en un lugar visible y de acceso a la comunidad.

No se tiene implementado un sistema de costos que distribuya efectivamente los valores incurridos por todo concepto a los servicios de salud.

Por las diferentes razones expresadas en el contenido del informe la cartera presenta incertidumbre en sus cifras. A la fecha se está depurando dicha cuenta.

No se ha legalizado el terreno donde se encuentra ubicado el hospital, sin embargo se refleja en los activos del Balance General por valor de \$1.393.028.000.

Estas deficiencias indican falta de controles adecuados que influyen en el resultado financiero de la empresa.

## CIERRE FISCAL DE LA VIGENCIA

Vigencia 2008

*Resultado Fiscal:*

EJECUCION ACTIVA DE INGRESOS			EJECUCION ACTIVA DE GASTOS				RESULTADO FISCAL	65% de CUENTAS POR COBRAR ULTIMO TRIMESTRE	RESULTADO EJERCICIO
Recaudo en Efectivo	Ejecución en Papeles y Otros	Total Ingresos	Pagos	Cuentas por Pagar	Pagos sin Flujo de Efectivo	Total Gastos			
15.758.800.233	331.569.454	16.090.369.687	15.740.331.428	2.373.928.246		18.114.259.674	-2.023.889.987	2.587.092.227	563.202.240

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un Resultado Fiscal negativo de \$2.023.889.987, el cual se alcanzó a cubrir con el 65% de las cuentas por cobrar registradas en el último trimestre de la vigencia 2008.

*Confrontación Saldos de Tesorería:*

EJECUCION DE INGRESOS (Recaudo en efectivo + Recursos del Balance) - PAGOS	ESTADO DEL TESORO	DIFERENCIA
350.038.259	288.635.423	-61.402.836



La entidad generó un disponible de \$350.038.259 que se compara con los recursos que se presentan en el Estado del Tesoro, determinándose que en tesorería no se encuentran los recursos del ejercicio fiscal de la vigencia, generándose un posible faltante de tesorería por \$61.402.836.

*Recursos a incorporar presupuesto siguiente vigencia:*

ESTADO DEL TESORO	RESERVAS DE APROPIACION	RECURSOS DE TERCEROS	CUENTAS POR PAGAR	RECURSOS A INCORPORAR PRESUPUESTO SIGUIENTE VIGENCIA
288.635.423	0	0	2.373.928.246	-2.085.292.823

Al restar al total de los recursos existentes en tesorería, las reservas de apropiación, los Recursos de Terceros y las Cuentas por Pagar, se determinó que la entidad no cuenta con recursos suficientes para cubrir los compromisos u obligaciones contraídas generando un déficit de \$2.085.292.823, que debe incorporarse en la vigencia 2009 como cuentas por pagar y cancelar con los recursos de la vigencia en mención.

- *Resultado Fiscal*

*Vigencia 2009*

EJECUCION ACTIVA DE INGRESOS			EJECUCION ACTIVA DE GASTOS					RESULTADO FISCAL	60% de CUENTAS POR COBRAR ULTIMO TRIMESTRE	RESULTADO EJERCICIO
Recaudo en Efectivo	Ejecución en Papeles y Otros	Total Ingresos	Pagos	Cuentas por Pagar	Reservas de Apropiación	Pagos sin flujo de Efectivo	Total Gastos			
16.039.302.955	1.176.198.030	17.215.500.985	15.947.019.498	3.200.322.271	0	1.199.368.258	20.346.710.027	-3.131.209.042	3.078.147.011	-53.062.031

La entidad ejecutó sus gastos por encima de sus ingresos, generando un resultado Fiscal Negativo de \$3.131.209.042, que presentó unas cuentas por cobrar de \$3.078.147.011, correspondiente al 60% del último trimestre de 2009 que no les alcanzó para respaldar el resultado fiscal de la vigencia, generando al final un resultado fiscal negativo de \$53.062.031.

- *Confrontación Saldos de Tesorería:*

EJECUCION DE INGRESOS (Recaudo en efectivo + Disponibilidad Inicial) - PAGOS	ESTADO DEL TESORO	DESCUENTOS PARA TERCEROS (Retefuente - Reteiva - Otros)	DIFERENCIA
92.283.457	134.262.220	0	41.978.763

La entidad generó un saldo de \$92.283.457 que al compararse con los recursos en tesorería se pudo determinar que en la tesorería se encuentra la totalidad los recursos del ejercicio fiscal de la vigencia y cuenta con un excedente de \$41.978.763, que



corresponden a las inversiones en COHOSVAL Y COOMEVA que fueron reportadas en el estado del tesoro como Inversiones Temporales.

- *Recursos a incorporar presupuesto siguiente vigencia:*

ESTADO DEL TESORO	RESERVAS DE APROPIACION	CUENTAS POR PAGAR	DESCUENTOS PARA TERCEROS (Retefuente Reteiva - Otros)	SALDO CONSOLIDADO A INCORPORAR PRESUPUESTO SIGUIENTE VIGENCIA	RECURSOS A INCORPORAR	DEFICIT A INCORPORAR
134.262.220	0	3.200.322.271	0	-3.066.060.051		3.066.060.051

Al restar al total de los recursos existentes en tesorería, las reservas de apropiación, (no constituidas) las cuentas por pagar y los Recursos de Terceros, presentados en los formatos de Sircvalle, se determinó que la entidad no cuenta con recursos suficientes para cubrir los compromisos u obligaciones contraídas, generando un déficit global de tesorería de \$3.066.060.051, que en atención al artículo 13 del Decreto 115 de enero 15 de 1996, debió incorporarse en la vigencia 2010 y que se detalla a continuación que se discrimina como a continuación se indica:

- *Respaldo de las Cuentas por Pagar y las Reservas Presupuestales por Fuentes de Financiación:*

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PALMIRA

Descripcion	PROPIOS	FONDOS ESPECIALES	S.G.P.	REGALIAS	OTRAS D.E.	TERCEROS	TOTAL
Cuentas por Pagar F26A	3.200.322.271	0	0	0	0	0	3.200.322.271
Reservas Presupuestales F26							0
Fondos Estado del Tesoro F26F	134.262.220						134.262.220
	-3.066.060.051	0	0	0	0	0	-3.066.060.051

Al Evaluarse las Reservas Presupuestales (no constituidas) y cuentas por Pagar por fuente de financiación contra cada una de las fuentes desagregadas en el estado del Tesoro se determinó la existencia de déficit fiscal sin fuente de financiación en Recursos Propios por \$3.066.060.051; que debe incorporarse en su totalidad y cancelarse en el presupuesto de gastos de la vigencia, afectando la ejecución de los diferentes programas proyectados y la gestión de la administración.

Para la vigencia 2009 se verificó que la entidad incorporó el déficit fiscal mencionado anteriormente en el presupuesto de gastos de 2010, mediante acto administrativo.

### 3.3. LEGALIDAD

#### 3.3.1. CUMPLIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO DE LA CONTRATACION

Se analizó el cumplimiento del marco normativo que lo rige, verificado en los procesos implementados en desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la calidad, en el manejo de las actividades medioambientales y de infraestructura física y demás actuaciones. Se pudo observar que conocen y aplican las regulaciones de orden



nacional que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la prestación del servicio.

### 3.3.2. PLANEACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Se evaluaron selectivamente, modalidades de contratación en prestación de servicios de Salud, y de apoyo a la gestión, suministro y obra pública, para determinar el cumplimiento de la aplicación de la normatividad legal vigente, y de la establecida por la misma entidad hospitalaria, en materia de contratación estatal para la suscripción de dichos contratos en sus diferentes etapas; se tuvieron en cuenta los estudios y análisis de conveniencia.

Los criterios de selección de la muestra se realizaron sobre la totalidad de los contratos ejecutados que fueron aproximadamente de \$31.000 en las dos vigencias, se tomó un 25% de la muestra lo cual representó \$8000 millones.

Aunque los contratos de Prestación de Servicios de Salud se rijan por el derecho privado autorizados por la Ley 100 de 1993 y Ley 10 de 1990 deben tener especial observancia en la contratación de los principios que reglamentan las actuaciones administrativas contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política este deber es predicable para la totalidad de las entidades administrativas y /o personas públicas de tal suerte que la actividad contractual deberá desempeñarse con apego a los principios de igualdad, moralidad, economía, imparcialidad, por la obligación constitucional que recae sobre ellas como entidad pública, pues no se establecieron distintos en razón de las actividades, a la naturaleza jurídica de las personas públicas o al origen de los recursos que administra.

De igual forma, la ley 489 de 1998 en su artículo 3º establece los principios de la función administrativa contemplados en el Código contencioso Administrativo y en la ley 80 de 1993, adicionando los de eficiencia, buena fe y participación.

Se precisa que la función administrativa se desarrolla conforme a los principios constitucionales en particular los de atinentes a la buena fe, igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia, estos principios se aplicaran igualmente, en la prestación de servicios públicos, en cuanto fueren compatibles con su naturaleza y régimen

La Entidad no ha adoptado un manual de contratación e interventoría interno, con fundamento en la Constitución Política en su artículo 209, en la ley 100 de 1993, ley 1990, la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, decreto 2474 de 2008 y demás normas concordantes con los procedimientos respectivos de que trata el Estatuto de Contratación Estatal vigente.



### 3.3.3. ETAPAS DE LA CONTRATACION

#### *Etapa Precontractual*

En la etapa precontractual se observó falta de planificación para la ejecución de los programas y contratos de salud, ya que no existen instrumentos para la formulación, evaluación y seguimiento de manera que permita la medición de la gestión y los resultados obtenidos de acuerdo al cumplimiento de la contratación, los objetos contratados no obedecen a los principios de la Planificación, que este debidamente inscrito en el banco de proyectos y corresponda a un sector programa y proyecto específico, con el cual se busque el cumplimiento de una meta establecida de acuerdo al estatuto de contratación que les aplica, o a las disposiciones presupuestales y a la normatividad aplicable de acuerdo a cualquiera de sus formas y modalidades plasmadas en el Decreto No.1876 de 1994 artículo 24 (Plan de Desarrollo Institucional) y la Ley 1122 de 2007 en concordancia con los artículos 339 y 340 de la Constitución Política que mantenga coherencia con el Plan de Desarrollo del Departamento del Valle.

#### *Etapa Contractual*

La mayoría de los informes de Interventoría y supervisión, se circunscriben a informar el cumplimiento y ejecución del contrato, pero no amplían y profundizan sobre la calidad técnica, administrativa del trabajo ejecutado y sus resultados.

Téngase en cuenta que el interventor, como encargado de vigilar la buena marcha del contrato debe exigir al contratista la información que estime necesaria; efectuara a nombre de ente hospitalario las revisiones periódicas indispensables para verificar que los servicios prestados o los bienes suministrados cumplan con las condiciones de calidad ofrecidas por los contratistas; podrá dar órdenes que se consignaran necesariamente por escrito.

Por su parte, para el artículo 53 de la ley 80 de 1993 señala que los consultores, interventores y Asesores externos responderán civil y penalmente, tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de consultoría, Interventoría o Asesoría, como por los hechos u omisiones que le fueran imputables y que causaren daño o perjuicio a la entidad.

La contratación de los convenios del Departamento en las vigencias auditadas fue suscrita por la modalidad de Capitación y la Secretaria de Salud Departamental en el 2008 para la prestación de servicios de salud se verificó que se ejerció la Interventoría del contrato a través de la Universidad del valle realizadas cada mes evidenciándose el cumplimiento del objeto contractual y se constató la entrega de informes previamente acordados siempre con el visto bueno que autorizaban los pagos, es de anotar que a pesar de ser esta modalidad especial los pagos no se realizaron por anticipado sino por mes vencido. En el año 2.009 la interventoría la realizó directamente la Secretaria de Salud Departamental a través de visitas y siempre se autorizó el desembolso previo al



cumplimiento de entrega de los informes.

### *Etapa Post contractual*

En la mayoría de la contratación ejecutada la culminación del contrato se efectúa por medio de un acta de terminación la cual se debe suscribir un acto administrativo de liquidación la que certifica de común acuerdo a paz y salvo a las partes, que es la que pone fin al proceso para evitar posteriormente reclamaciones contractuales por parte del contratista.

En la etapa pos contractual no se evidenció en las carpetas contractuales actos administrativos de liquidación de los contratos y convenios interadministrativos ya que este es el que declara a paz y salvo las partes contractuales.

Se previene de las acciones preventivas en la contratación estatal de carácter privado y público para la Empresa Social del Estado, mediante lo siguientes:

Se previene que los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión, de suministro de Aseo, de vigilancia, de obra Pública, de Consultaría, de Mantenimiento, de Prestación de Servicios Generales, de Concesión, de Arrendamiento y Alquiler deberán regirse por la ley 80 de 1993 y demás normas vigentes que en materia de contratación han sido reformadas, no es de carácter discrecional la escogencia contractual que rige al derecho privado, es de obligatorio cumplimiento y por acto administrativo establecer el procedimiento de selección de mínima, menor y mayor cuantía, además, fijar las cuantías para establecer los montos a contratar que permitan evidenciar el rango presupuestal conforme a los valores expresados en salarios mínimos legales vigentes para determinar las formalidades y modalidad exigibles al contrato. Además, criterios y objetivos de escogencia del contratista, convocatorias de acuerdo a las exigencias de ley 1150 de 2007 artículo 2, del deber de selección objetiva en concordancia con el artículo 209 de la Constitución Política.

Se evidenció que no existe un manual de interventoría para realizar el seguimiento y control de la ejecución de los contratos ni realizan efectivas interventorías a los contratos y convenios ejecutados, los informes de estas se circunscriben a certificar simplemente el cumplimiento y ejecución del mismo, sin realizar un análisis técnico-económico y social que soporte la ejecución porcentual del presupuesto y pagos realizados de la respectiva contratación, así como los resultados obtenidos durante la ejecución.

El interventor es un encargado de verificar que las obras y la prestación de los servicios ejecutadas, cumplan con las condiciones de calidad, ofrecidas por los contratistas y adopte oportunamente las medidas necesarias para mantener durante su desarrollo y etapa de ejecución el cumplimiento del objeto contractual y de las obligaciones de las partes las condiciones técnicas, económicas, financieras y sociales que fueron previstas en el.



### *Contratación por la modalidad de Outsourcing*

El ente hospitalario ha realizado ciertas contrataciones por medio de la figura comercial de **Outsourcing** es importante aclarar que es diferente de las relaciones, de negocios y contratación ya que en esta el contratista es propietario del proceso y lo controla.

Se advierte que el ente hospitalario para ejecutar esta clase de negociaciones debe tener especial cuidado y dejar claro porque la Empresa Social de Estado “ESE” utiliza esta figura es decir, debe demostrar una funcionabilidad mayor a la que tenía la entidad, costos inferiores en la mayoría de casos, que arrojen resultados de eficiencia y eficacia en el mejoramiento de la prestación de servicios.

#### 3.3.4. IMPACTO DE LA CONTRATACIÓN

Toda vez que para la contratación evaluada, no se logró evidenciar articulación con los planes de acción y ni el plan estratégico es difícil identificar para algunos casos, el impacto positivo de la contratación suscrita.

En el caso de contratación de Prestación de Servicios de Salud se logró evidenciar un efectivo beneficio en la especialidad de Pediatría, la cual en las vigencias anteriores era deficiente solo había un médico general para prestar este servicio, ya en la vigencia 2009 se contrataron dos médicos pediatras para atender las 24 horas del día evidenciando la mejora en la prestación del servicio con oportunidad y buena atención la cual redundo en beneficio de los niños, impactando positivamente la población infantil la cual contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida la población Palmirana y al desarrollo de la empresa.

#### 3.4. QUEJA

Para atender la queja allegada al proceso auditor el día 02 de julio de 2010, remitida por la Contraloría Auxiliar para Comunicaciones y Participación Ciudadana con CACCI 7616 de Julio 01 de 2010, por la existencia de un presunto impedimento del Contralor Auxiliar para Cercofis Palmira, para auditar las vigencias 2008 y 2009 en la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul Palmira, la Contraloría Departamental procedió a reemplazar de inmediato al Coordinador titular del Cercofis Palmira por el Contralor Auxiliar para Cercofis Cali, hasta concluir todo el proceso de esta auditoria.

De esta manera se atiende el requerimiento del quejoso y se dará traslado de lo actuado a la Contraloría Auxiliar para Participación Ciudadana.

#### 3.5. REVISIÓN DE LA CUENTA

En el ejercicio de ejecución de la Auditoria se evaluó la cuenta rendida en la vigencia 2009 de acuerdo al Manual de Revisión, dentro del análisis es confrontada para establecer si la Entidad atendió las observaciones que contenía el informe de la vigencia anterior:



En el área misional la rendición no tiene coherencia ni consistencia en la información de los aspectos misionales, reflejando deficiencias en la planeación, la adecuada aplicación de recursos y acatamiento de las normas.

De acuerdo al Análisis Gestión Institucional, Plan de inversiones versus Plan de Desarrollo para la vigencia 2009 la entidad no reportó información en el formato F-8 de la inversión realizada ni se rindió el plan de desarrollo institucional.

En cuanto al análisis de la información Operativa y rendición de otros informes la entidad no ha sido reportada para sanción y su cumplimiento de rendición de los informes mensuales, trimestral, semestral y anual ha sido satisfactoria.

De acuerdo al Análisis y Cumplimiento de Planes o Convenios de Mejoramiento Suscritos con el Ente de Control la entidad dió cumplimiento al plan de mejoramiento en los términos propuestos, presentando mejoras en algunos procesos administrativos.

La entidad no rindió planes de manejo ambiental que den cumplimiento en los temas de tratamiento de residuos sólidos, manejo de aguas residuales, estudio de servicios y adecuación de infraestructura, hecho corroborado en el proceso auditor

En el área administrativa la entidad presenta debilidades en los componentes del área administrativa generando con ello inconvenientes en el funcionamiento en las diferentes áreas, no se ha articulado el modulo de presupuesto con facturación en cuanto a los ingresos, no se ha definido y socializado con claridad la política de capacitación, no se cumplen con controles apropiados para medir las metas trazadas y evaluar las posibles desviaciones o diferencias de los objetivos de la entidad.

En la vigencia de 2009 la entidad contó con 202 empleados los cuales tienen un costo de \$3.657 millones, el nivel de profesionalización es del 39,6% a lo cual se debe prestar mayor atención.

No se rindió en el F20 el talento humano contratado por prestación de servicios; el cual aparece relacionado en el F7 con un costo de \$5.751 millones, este valor comparado con el de la planta de personal presenta una diferencia de \$2.094 millones indicando con ello una posible sobredimensión de la planta de personal sin que se haya realizado el estudio de necesidades para tal efecto.

La entidad se encuentra incurso de 21 procesos judiciales, 13 de ellos en contra se con pretensiones por \$1.682 millones y ocho a favor por 2.122 millones, se evidenció que realizaron las respectivas apropiaciones para cubrir las erogaciones causadas.

En la vigencia auditada se reportan 2 contratos por prestación de servicios que realmente tienen como objeto o se clasificaron como de obra, tal es el caso del contrato 033 de 2009 cuyo objeto fue para realizar el estudio de la ficha MGA para la realización de proyectos, por valor de \$12.500.000 y el contrato No 039 de 2009 para suministro e instalación de iluminación por \$28'000.000, constatándose una inadecuada rendición de



obra Pública. De igual forma se pudo evidenciar en el proceso auditor que no se cumple con la aplicación de los montos proyectados para infraestructura, siendo estos del orden del 3,5%, demasiado escaso para atender la demanda de salud de manera ajustada como se pudo evidenciar en la línea de infraestructura física.

La entidad presentó indicadores operativos y estratégicos para los diferentes procesos pero carece de indicadores de apoyo que le permitan integrar mejor la evaluación de sus procesos misionales.

La información reportada refleja aplicación de los lineamientos normativos o procedimentales establecidos para la actividad calificada.

Da dado lo anterior, y el resultado de la calificación de 58,8 se puede establecer que la entidad no obtuvo el puntaje requerido por la Contraloría Departamental por lo cual se emite concepto desfavorable de la Rendición de la Cuenta 2009.

La entidad deberá ajustar un plan de mejoramiento donde adelante acciones y metas que le permitan solucionar las debilidades encontradas en el presente informe donde la puntuación no alcanzo los valores de referencia. Las acciones deben estar encaminadas a una adecuada rendición de la cuenta en la vigencia inmediatamente siguiente a la revisada.

### 3.6. RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS

La entidad realizó rendición pública de cuentas en las dos (2) vigencias por medio medios comunicación, convocatoria en forma escrita y a través de prensa de acuerdo a evidencias fotográficas y videos y fue presentada en el Auditorio del Hospital evidenciándose que la información rendida a la comunidad fue coherente con lo verificado en el ejercicio auditor en la línea de gestión, aunque no se ha implementado adecuadamente el proceso de participación ciudadana en los temas de gestión.



#### **4. ANEXOS**

- Anexo 1. Estados Contables.
- Anexo 2. Dictamen Integral.
- Anexo 3. Formato de Resumen de Hallazgos.



## DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor  
HAROL OBDULIO RODRÍGUEZ VILLALOBOS  
Gerente  
Hospital San Vicente de Paúl  
Palmira Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral modalidad Regular a la Empresa Social del Estado ESE Hospital San Vicente de Paúl de Palmira.

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre de los años 2008 y 2009 y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para los períodos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los mismos años; dichos Estados Contables consolidados fueron examinados y comparados con los del año anterior, los cuales fueron auditados por la Contraloría Departamental del Valle. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables. Así mismo, evaluó el Sistema de Control Interno y el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.

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

El representante legal del Hospital San Vicente de Paúl, rindió la cuenta anual consolidada por la vigencia fiscal de 2009, dentro del plazo previsto en la resolución orgánica No. 100.2802-13 de fecha 18 de diciembre de 2008.

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



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

## DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas y la Opinión sobre los Estados Contables consolidados, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, Fenece las cuentas de la entidad por las vigencias fiscales correspondientes a las vigencias 2008 y 2009.

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

### Concepto sobre Gestión y Resultados.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las áreas, procesos o actividades auditadas, para las vigencias 2008 y 2009 fue Favorable con observaciones, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 1.05 y 1.13 resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

### Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE LA GESTIÓN			
CONCEPTO		CALIFICACIÓN	
		2008	2009
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO		0.8	1.0
GESTIÓN ADMINISTRATIVA		1.0	1.3
CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN DE DESARROLLO		1.0	1.0
GESTIÓN FINANCIERA (PRESUPUESTAL)		1.0	1.0
GESTIÓN CONTRACTUAL (LEGAL)		1.0	1.0
OPINIÓN ESTADOS CONTABLES		1.5	1.5
<b>TOTAL</b>		<b>6.3</b>	<b>6.8</b>
<b>2008</b>	<b>6.3/6 = 1.05</b>	<b>= Concepto Favorable con observaciones</b>	
<b>2009</b>	<b>6.8/6 = 1.13</b>	<b>= Concepto Favorable con observaciones</b>	

El concepto sobre la gestión de la entidad para el 2008 y 2009, presenta variación, con relación al año anterior, en el cual se emitió concepto Desfavorable.

### Concepto sobre los Estados Contable.

La opinión de los estados contables es razonable con salvedades de conformidad con lo expuesto en el anexo 2.

Teniendo en cuenta lo expresado en el informe de auditoría la opinión de los Estados Contables del Hospital San Vicente de Paul de Palmira a diciembre 31 de 2008 y 2009 es razonable con salvedades.



## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 27 hallazgos administrativos, los cuales serán incluidos en un Plan de Mejoramiento.

## **PLAN DE MEJORAMIENTO**

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

El Plan de Mejoramiento debe ser entregado a la Contraloría Auxiliar para el Cercofis Palmira, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-0213 de diciembre 18 de 2008.

**CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA**  
Contralor Departamental del Valle del Cauca



Palmira,

Doctor  
HAROLD OBDULIO RODRÍGUEZ VILLALOBOS  
Gerente  
Empresa Social del Estado ESE  
Hospital San Vicente de Paúl  
Palmira Valle

Asunto: Opinión estados contables vigencias fiscales 2008 y 2009.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría a los Estados Financieros del Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Palmira - Valle, a través del examen al Balance General al 31 de diciembre de los años 2008 y 2009 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 2008 y 2009, 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 Contable.

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 Auditoría prescritos por la Contraloría Departamental del Valle y la Resolución 100-28.22.005 de diciembre 14 de 2006, 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.

El software que procesa la información financiera del Hospital, es decir Dinámica Gerencial, opera en red con Contabilidad en sus procesos de cartera, facturación, tesorería, presupuesto, nómina e inventario. Sin embargo no se realiza interface entre presupuesto y facturación, cartera y tesorería, recurriendo a conciliaciones periódicas para alimentar la información. El módulo de activos fijos no se encuentra habilitado por lo tanto opera en forma manual.



A pesar que actualmente se están reclasificando y subsanando las imprecisiones de años anteriores que afectaron evidentemente los saldos de la cartera, como no registrar los pagos efectuados por EPS por estar embargadas las cuentas del hospital; problemas con la capacidad del servidor de facturación; lentitud en la radicación de las cuentas por cobrar, este trabajo todavía no se ha culminado y dichos saldos presentan incertidumbre en sus cifras para las vigencias examinadas.

No se ha legalizado el terreno en donde funciona el hospital, no se evidencian las escrituras del mismo. El valor que se refleja en los Balances es \$1.393.028.000.

El último avalúo practicado a los activos fijos se efectuó en el 2003 y no ha sido sometido a una posterior actualización cada tres años como lo indica la Contaduría General de Nación.

Para las vigencias auditadas, es decir, 2008 y 2009, no se cuenta con la implementación de un sistema de costos que permita distribuir los mismos de acuerdo a los servicios de salud que presta el hospital.

Las notas explicativas de los estados financieros no incluyen las notas de carácter general ni específico, tampoco muestra las fortalezas y debilidades.

En nuestra opinión, los estados contables son razonables con salvedades, en todo aspecto significativo, la situación financiera del Hospital San Vicente de Paul de Palmira a diciembre 31 de las vigencias fiscales 2008 y 2009, los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo por los periodos que terminaron en esta fecha, de conformidad con las normas de Contabilidad Generalmente Aceptados por la Contaduría General de la Nación.

Atentamente,

MARÍA VICTORIA GIL LUCIO  
Contador Público  
Tarjeta Profesional No. 128755-T



FORMATO RESUMEN DE HALLAZGOS

AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PALMIRA Vigencia 2008 y 2009								
No.	OBSERVACIONES	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	\$ DANO PATRIMONIAL
1	Se evidenció que la entidad no cuenta con un sistema de control interno implementado en los términos establecidos en las normas para tal fin. Su avance apenas llega al 59% mostrando deficiencias en los tres subsistemas, siendo el más relevante el componente de auto evaluación, evidenciándose que no se cuenta con controles eficientes, eficaces y funcionales en cada proceso, presentándose incumpliendo en algunas áreas en los planes de mejoramiento, el comité integral no operativiza, no evalúa ni toma decisiones frente a la implementación del sistema, no se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento para evaluar los logros de las acciones correctivas, aun no se ha implementado la ley de archivo, la comunicación es deficiente, hay desconocimiento y falta de interiorización del sistema, de los procesos de la planeación y de la administración de riesgos, no se atiende por parte de la alta dirección las observaciones realizadas por la oficina de control interno.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción y acepta el hallazgo de carácter administrativo y se hará Plan de Mejoramiento.	La entidad suscribirá Plan de Mejoramiento	X				
2	La entidad presentó un plan de desarrollo institucional pero este no contiene los programas, proyectos, contratos, plan financiero que permita realizar seguimiento y cumplimiento de las políticas articulado con el Plan de salud del municipio.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción la cual no se acepta esta observación por que la entidad cuenta con El Plan Estratégico elaborado previo análisis del entorno y con la participación de los .....(en la respuesta aparece el anexo un 1 C.D. como medio probatorio.)	Analizada la respuesta de la entidad presentada en el ejercicio del derecho de contradicción y aclaración el día 05 de agosto de 2010 por medio de oficio No.GG-179-2010 con radicación en el CACCI No.303 se acepta la respuesta, pero se deberá suscribir un plan de mejora con respecto al seguimiento del Plan Estratégico.	X				
3	La estructura organizacional de la empresa no está acorde con el manual específico de funciones y dentro de la misma no tiene oficina de planeación.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción acepto la observación la cual suscribirá Plan de Mejoramiento.	La entidad aceptó la observación plasmada en el hallazgo de carácter administrativo queda en firme.	X				



4	Los estatutos del hospital no han sido reformados y actualizados de acuerdo con las normas vigentes por lo tanto impactan en forma negativa el funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos institucionales.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción Se acepta y se hará Plan de Mejoramiento.	El hallazgo de carácter administrativo queda en firme, la cual suscribirá Plan de Mejoramiento.	X				
5	Se evidenció que el Hospital no cuenta con efectivos y reales planes de mercadeo y costos ni con un estudio técnico que le permita identificar de manera clara y real el costo beneficio de la contratación con las Cooperativas. Igualmente, estudio de necesidades y justificación de personal a contratar, ya que estos, se realizan de manera informal, evidenciándose debilidades en la estructura operacional y/o asistencial porque carecen de criterios claros, estrategias o propuestas de negociación.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción no se acepta la observación.....	Los argumentos presentados por la entidad no desvirtúan el sentido de la observación ya que es encaminada al estudio y justificación que debe realizarse al contratar con las cooperativas por lo tanto, queda en firme el hallazgo de carácter administrativo.	X				
6	En la vigencia 2008 la entidad suscribió contratos de promoción y prevención, que no están dentro de las actividades a realizar por el nivel dos al que pertenece en la red el hospital.  Se evidenció que se suscribieron los planes de mejoramiento para esta vigencia con la Secretaría de Salud Departamental que planteó el Plan de Auditorías para Mejoramiento de la Calidad " PAMEC" y se hizo énfasis en los procesos considerados prioritarios como la prestación de servicios en Urgencias y Atención en Cirugía, inicialmente se fortaleció impulsando a estos dos procesos ya que estos fueron los que más impactaron en la atención de los usuarios, verificándose que hay que fortalecer los otros procesos, como procedimientos de medición de la satisfacción del usuario, atención de quejas, reclamos y sugerencias, y asignación de citas para consulta con medico general y especialistas.	La entidad diò respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción, aceptó la observación.	La observación fue aceptada por la entidad, y suscribirá un plan de mejoramiento.	X				
7	Se evidenció falta de controles en lo que se refiere al cumplimiento de horarios de trabajo, funciones y tareas tanto del personal de planta como el de cooperativas lo cual impacta en la atención del cliente caso concreto el de la ventanilla única.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción aceptó y se realizara Plan de Mejoramiento.	La observación fue aceptada por la entidad, cual la suscribirá plan de mejoramiento.	X				
8	Del total de cartera con corte a diciembre 31 de 2008 y 2009 que se refleja en los Balances Generales no se encuentra toda radicada en las empresas. Es así como en la actualidad hay cuentas pendientes de radicar de 2008 y 2009 por el 8% y 6% respectivamente.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción acepto la observación y suscribirá Plan de mejoramiento.	La entidad aceptó la observación y suscribirá Plan de mejoramiento.	X				
9	A pesar que actualmente se están reclasificando y subsanando las imprecisiones de años anteriores que afectaron evidentemente los saldos	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de	Analizada la respuesta de la entidad, se elimina la	X				



	de la cartera (No registrar los pagos efectuados por EPS por estar embargadas las cuentas del hospital, problemas con la capacidad del servidor de facturación, lentitud en la radicación de las cuentas por cobrar), este trabajo todavía no se ha culminado.	2010 ejerciendo el derecho no aceptó la observación y consideramos que no es cierto que haya incertidumbre en los valores de la cartera que esta reflejada en los estados financieros del HSVP, como medio probatorio y para desvirtuar la observación se anexaron en 28 folios.	afirmación de que los saldos presentan incertidumbre en sus cifras para las vigencias examinadas. Se deja en firme parcialmente la observación ya que es verdad que no se ha concluido el saneamiento de la cuenta de cartera.					
10	No se ha creado un Comité de glosas que permita el análisis de los motivos más frecuentes de ocurrencia y brinde una solución a estos eventos, haciendo un pertinente seguimiento. Actualmente el auditor médico es el único responsable de sustentar, defender y hacer seguimiento a las glosas. Los motivos más frecuentes de glosas responden a errores cometidos por los responsables de facturación de los puntos de atención, lo que requiere de una adecuada y suficiente capacitación y entrenamiento al personal encargado de estas funciones y la implementación de unos controles efectivos que minimicen el riesgo de errores en el proceso. Para el caso en el procedimiento de anulación de facturas se requiere de la supervisión o autorización de un funcionario delegado del nivel directivo que se desplace al punto de atención en los eventos de anulación para minimizar los tiempos de espera en la corrección de la factura.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción y aceptó la observación.	La entidad aceptó la observación y quedo en firme el hallazgo de carácter administrativo.	X				
11	No se ha legalizado el terreno en donde funciona el hospital, no se evidencian las escrituras del mismo. El valor que se refleja en los Balances es \$1.393.028.000.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción aceptó la observación con la salvedad que el HSVP ya inicio el litigio para la prescripción adquisitiva del dominio a través del contrato No. 038, el cual anexo donde se evidencia la gestión de la administración actual para legalizar la titularización como medio probatorio se anexan cinco (5) folios.	La entidad aceptó la observación con salvedad la cual suscribirá Plan de Mejoramiento.	x				
12	El último avalúo practicado a los activos fijos se efectuó en el 2003 y no ha sido sometido a una posterior actualización cada tres años como lo indica la Contaduría General de Nación.	La entidad en la respuesta del ejercicio de contradicción aceptó el hallazgo ya que efectivamente no se han actualizados los avalúos de los activos, se está en	Como la entidad aceptó la observación quedó en firme el hallazgo de carácter administrativo.	x				



		proceso de contratar la firma encargada de realizar el avalúo.					
13	Para las vigencias auditadas, no se cuenta con la implementación de un sistema de costos que permita distribuir los mismos de acuerdo a los servicios de salud que presta el hospital.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción aceptó la observación.	Como la entidad aceptó la observación quedó en firme el hallazgo de carácter administrativo	X			
14	Se verificó que los porcentajes utilizados para proyectar el crecimiento de recursos y aplicación de los mismos, no guardan coherencia con la tendencia histórica de las rentas, indicando con ello que el porcentaje utilizado en el cálculo no obedece a un análisis técnico y estadístico apropiado.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción no aceptó la observación porque se tiene evidencia claramente en las memorias de elaboración del presupuesto elaborado para las vigencias de los años 2009 y 2010 donde se puede evidenciar que si tenemos análisis técnico y como ejemplo esta que en el año 2009.....Como medio probatorio se anexaron CDs con las memorias del presupuesto.	La respuesta no desvirtúa la observación, en razón a que las memorias que se mencionan corresponden a sendas relaciones de necesidades presentadas por las diferentes áreas de la entidad y s preciso aclarar que aplicar porcentajes históricos no equivale a realizar estudios serios de las tendencias económicas locales, nacionales y a los	X			
15	La entidad no aportó soportes de las conciliaciones realizadas entre las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad. Se constató que los registros presupuestales no consultan los recursos disponibles en el "PAC", instrumento de Planificación Financiera, por fuentes por cuanto el "PAC", no se proyectó con las operaciones efectivas de caja, por el contrario, ni siquiera se proyecta, indicando con ello una inadecuada planeación financiera, mecanismos de control inapropiado y técnicas indebidas de proyección del Plan Anual de Caja. Igualmente no se aplican las modificaciones del presupuesto al PAC, estas no figuran en los actos administrativos de modificaciones al presupuesto.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción no aceptó el hallazgo. Durante el proceso se dio respuesta a este hallazgo en oficio fecha de julio 7 de 2010 donde se anexaron los soportes que constatan las conciliaciones.....como medios probatorios anexamos 111 folios.		X			
16	Se verificó que no se maneja un Plan Mensualizado de Caja "PAC", evidenciándose que no existe un plan financiero, atemperándose a los principios de la Unidad de Caja, Además, no se han establecido mecanismos de control apropiados para un adecuado seguimiento y evaluación del presupuesto.	No La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción se acepta este hallazgo. Durante el proceso se dio respuesta a este hallazgo en oficio fecha de julio 7 de 2010 donde se anexaron los soportes	La conciliación de las tres áreas en mención debe estar documentada en un formato propio para dicho procedimiento, de acuerdo al sistema de calidad que la entidad sostiene tener implementado. No se refiere	X			



		que constatan las conciliaciones. Anexamos ciento once (111) folios que soportan las conciliaciones realizadas por las áreas de presupuesto, tesorería y contabilidad para la vigencia 2008 y 2009.	a las conciliaciones bancarias o algo parecido, se refiere al procedimiento de determinar las diferencias o inconsistencias presentadas en las tres áreas que deben ser ajustadas o corregidas de acuerdo a las normas para tal fin. Con base en lo anterior se ratifica la observación.					
17	Se verificó en la zona de curaciones jeringas depositadas en el piso existiendo el recipiente para su almacenamiento una vez estén usadas generándose un alto riesgo de contaminación y contagio.	La entidad por medio de oficio No.GG-152 de del 28 de junio de 2010 aceptó esta observación Se acepta con el fin de fortalecer el tema de manejo de residuos hospitalarios y similares.....	El hallazgo de carácter administrativo queda en firme y la entidad suscribirá Plan de Mejoramiento	X				
18	Se evidenció una inadecuada planeación en infraestructura física, particularización de objetivos prioritarios, implementación de estudios para construcción, identificación de proyectos de remodelación, adecuación y metas para la ampliación de la planta física del hospital. Igualmente en la ejecución de los programas y contratos de salud y en toda la contratación ya que no evidenciaron instrumentos para la formulación, evaluación y seguimiento de manera que hubiera permitido la medición de la gestión y los resultados obtenidos de acuerdo al cumplimiento de la contratación.	La entidad por medio de oficio No.GG-152 de del 28 de junio de 2010 en su respuesta aceptó la observación.....e acepta la observación.	Quedando en firme la observación. La entidad suscribirá Plan de Mejoramiento n	X				
19	Se observó que en los contratos u órdenes de trabajo no existen criterios técnicos procedimentales ni un efectivo seguimiento y control de lo ejecutado, no existe presupuesto de obra debidamente planificado y tampoco especificidad técnica en relación con un programa de mantenimiento preventivo, previvo y correctivo, de acuerdo con las fichas técnicas.	La entidad en su respuesta manifestó que no se suscribieron Durante contratos de obra, solo se realizaron actividades mediáticas como respuestas reactivas a problemas puntuales para solucionar necesidades urgentes de reparación las cuales se ejecutaron a satisfacción.	La respuesta no satisface la observación, trátese de mantenimiento y la correspondiente relación de ejecución plasmada en una orden de trabajo o servicio, se denomina contrato, máximo cuando se trata de adecuaciones locativas, reparaciones y cambios de elementos en la infraestructura, por lo cual no existe una hoja de vida de cada reparación que permita establecer un criterio técnico. Se conserva el hallazgo.	X				



20	No se evidenció claridad en los escogencia para identificar la modalidad de contrato y la codificación para la rendición de estos, presentándose inadecuada unidad y análisis para establecer la tipología de los mismos; así mismo la descripción del objeto contractual fue generalizada, observándose subjetividad para identificar el propósito de algunos contratos con respecto a las características de su ejecución al no tener el objeto claro y específico, lo que presenta inconsistencias en el proceso de revisión documental.	No se acepta ya que esta actividad no se dio en la parte de infraestructura física en las vigencias auditadas.	La respuesta no satisface las observaciones debido a que en la rendición de la contratación en el F-7 clasifican prestación de servicios al contrato 039-2009 para reparaciones locativas, al contrato 033-2009, estudio y consultoría para adecuación de la infraestructura física. Por lo tanto se conserva el hallazgo.	X				
21	Se observó en el Contrato 032 de 2008, cuyo objeto contractual fue para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria para mejorar la prestación de los servicios se ejecutó en un 15%, verificándose que este contrato se encuentra suspendido.  En el contrato 033 de 2009, perfeccionado cuyo objeto fue suscrito para la intervención de reforzamiento estructural mediante la realización de la metodología general ajustada para el desarrollo del proyecto de inversión MGA; se verificó que se le pago al contratista el anticipo, evidenciando la falta de actas de suspensión, liquidación bilateral o acto administrativo que se pronuncie al respecto del resultado de la erogación del anticipo y se encuentra suspendido.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción Se acepta parcialmente ya que en el 2008 debido a que el plan de desarrollo Departamental se asignaron recursos para la obra física del hospital y se le solicitó presentación de la propuesta para la adjudicación de los dineros de manera no planeada salimos a realizar el estudio, el cual luego consideramos que.....(ver anexos respuesta de la entidad)....	La entidad en su respuesta acepta parcialmente, pero la observación se mantiene de carácter administrativo.	X				
22	En la verificación y ejecución del plan de mantenimiento referente a los sistemas hidrosanitarios y componentes eléctricos de los servicios hospitalarios como: redes hidrosanitarias con sus tuberías codos y sistemas de drenaje, redes eléctricas con aterrizamientos, armarios y barrajes de la subestación capacitada para 400 KVA, se verificó obsolescencia de las mismas y el incremento de las cargas adicionales que exigen tanto el equipo tecnológico, como las futuras ampliaciones, adecuaciones y remodelaciones de la infraestructura física del hospital general un riesgo que no se encentra previsto ni diseñado claramente en el mapa de riesgos, pues actualmente se atienden algunas contingencias.	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción						
23	Para el 2008, en el presupuesto de mantenimiento hospitalario se debió ejecutar con \$804.518.484, del presupuesto total por recaudo por \$16.090.369.687, pero la suma del mantenimiento se cuantificó en	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el		X				



	<p>\$208.141.597 correspondiente al 1.3% del 5% normativo sobre el presupuesto inicial de la vigencia.</p> <p>Para el 2009, en el presupuesto de mantenimiento hospitalario se debió ejecutar por \$860.775.049, del presupuesto total por recaudo de \$17.215.500.985, pero la suma del mantenimiento se cuantificó en \$314.971.335 correspondiente al 1.8% del 5% normativo sobre el presupuesto inicial de la vigencia</p>	derecho de contradicción					
24	<p>El hospital para las vigencias auditadas no ejecutó el plan bienal basado en la planeación del presupuesto, y se pudo evidenciar que en concordancia al presupuesto del Departamento y los compromisos adquiridos con el plan bienal en "Dotación y equipos y La Infraestructura, se asimila también en la ejecución de egresos y este ejercicio se observó que no se ha dado cumplimiento adecuado al plan bienal en acatamiento de la norma existente, verificándose un desfase de cantidades, por lo que la planeación está desenfocada con respecto a la información suministrada de acuerdo a la Resolución 5123 de 2006 por la cual se reglamentaron los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud, que incluyó la proyección de inversiones en infraestructura física para todos los niveles de complejidad y dotación en equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud</p>	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción		x			
25	<p>Se verificó la aplicación y cumplimiento de la Resolución No.4445 de 1996 en los artículos 36 y 37 evidenciándose un riesgo con el tanque de almacenamiento de gases medicinales inflamables, pues se debe evacuar la zona de vehículos parqueados alrededor, según indicaciones de seguridad de Agafano quien fue la que lo instaló.</p> <p>Además, se observó que los baños sanitarios distribuidos en las áreas de hospitalización, medicina interna, ginecobstetricia y quirúrgicas carecen de pasamanos en acero inoxidable para uso de pacientes discapacitados o personas de la tercera edad, tanto en la ducha como el sanitario, conforme a la normatividad vigente.</p> <p>Tampoco tienen instalaciones o cuartos adecuados técnicamente con la normatividad para la disposición de los residuos biológicos y desechos normales, generando un riesgo de contaminación para la población hospitalaria. No se encuentra adecuada un área habilitada para la morgue que constituye el cumplimiento de las normas, por lo que las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización y/o urgencias, deberán contar como mínimo con un espacio físico adecuado o acondicionado para depósito de cadáver, también, se observó que en los cuartos de hospitalización y pasillos, que las paredes en ladrillo limpio ofrecen un riesgo contaminante por falta de repello o estuco, debido a los hongos que están apareciendo por la humedad; además en pediatría se encuentran divisiones en aglomerado que están deteriorándose; por otra</p>	La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción		x			



	<p>parte se evidencia un problema de humedad en cielo falsos, y paredes en las áreas de hospitalización de ginec obstetricia, cirugía, partos, consultorio odontológico y fisioterapia, lo cual ofrece un panorama de deterioro y falta de asepsia.</p> <p>Los ascensores están deteriorados y se mantienen con el personal del hospital, por lo tanto no existe responsabilidad en caso de accidentes ocasionados por desperfectos mayores.</p> <p>En laboratorios de hematología y microbiología hace falta señalización y los mesones no deben ser en madera, sino en acero inoxidable o cerámica de acuerdo a la norma.</p>						
26	<p>Se observó que el ente hospitalario no ha adoptado legalmente un manual de contratación e interventoría internos que lo rijan que evidencien, los procedimientos y requisitos de las modalidades de contratación, además, los rangos de la contratación y montos expresados en salarios mínimos legales vigentes para contratar directamente y desde que montos deben ser aprobados por la junta directiva.</p>	<p>La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción aceptó la observación.</p>	<p>La entidad aceptó la observación y suscribirá Plan de Mejoramiento.</p>	x			
27	<p>No se constató en las carpetas contractuales efectivo diligenciamiento de la documentación, en orden cronológico, ni foliaturas, evidenciándose que son generadas por falta de aplicación de procedimientos internos el cual afecta de manera formal la información contractual.</p>	<p>La entidad dio respuesta en oficio No.GG-179 del 5 de agosto de 2010 ejerciendo el derecho de contradicción aceptó la observación.</p>	<p>La entidad aceptó la observación y suscribirá Plan de Mejoramiento.</p>	x			
<b>TOTALES</b>				<b>27</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Vigilamos  
el patrimonio  
**Regional**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**

Vigilamos  
el patrimonio  
**Regional**



**CONTRALORIA  
DEPARTAMENTAL  
DEL VALLE DEL CAUCA**