

**Vigilamos
el patrimonio
Regional**



**CONTRALORIA
DEPARTAMENTAL
DEL VALLE DEL CAUCA**

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

**HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS DE DAGUA
VIGENCIAS 2008 - 2009**

**CDVC-CASD No.8
Septiembre de 2010**



AUDITORIA CON ENFOQUE INTEGRAL

HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA

Contralor Departamental	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralor Auxiliar para Control Fiscal	Lisandro Roldán González
Contralor Auxiliar para el Cercofis Cali	Álvaro Jiménez García
Contralora Auxiliar para Infraestructura Física	Viviana Castillo Ruiz
Contralor Auxiliar para Recursos Naturales	Edgar Gustavo Arias Afanador
Representante Legal de la Entidad	Hugo Fernando Collazos Tovar

Equipo de Auditoria

Líder	Amparo Collazos Polo
Profesionales	Martha Lucia Fernández de Torres
	Orlando Dominguez Rivera
	Jaime Vergara Castrillón
	Gonzalo Moreno Cataño



TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

	Página
	4
1 INTRODUCCIÓN	4
1 HECHOS RELEVANTES DEL CONTEXTO	5
2 METODOLOGÍA	7
2.1 ALCANCE DE LA AUDITORIA	7
2.2 ANTECEDENTES – SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	8
2.3 QUEJAS	8
3 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	9
3.1 GESTIÓN	9
3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	9
• Planeación	9
• Actuación de las Juntas Directivas	13
• Análisis de la Estructura Organizacional	14
• Análisis de los Sistemas de Información	16
• Evaluación del Sistema de Control Interno	16
3.1.2 SALUD PUBLICA	20
• Promoción y Prevención	20
• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	20
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	22
• Satisfacción del Usuario	25
• Infraestructura	26
• Cumplimiento de su actividad misional	33
3.2 FINANCIAMIENTO	33
• Estados Contables	33
• Presupuesto	36
• Análisis de variables internas y externas que afectan el financiamiento de la Entidad	40
3.3 LEGALIDAD	41
• Cumplimiento del Marco Normativo	43
• Etapas de la Contratación	44
• Impacto de la Contratación	40
3.4 REVISION DE LA CUENTA	45
3.5 RENDICION PUBLICA DE CUENTAS	46
3.6 QUEJAS	46
4 ANEXOS	48
1. Dictamen Integral Consolidado	49
2. Estados Contables	52
3. Cuadro Resumen de Hallazgos	54



INTRODUCCION

Este Informe contiene los resultados obtenidos en desarrollo de la Auditoria con Enfoque Integral practicada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca a al HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA ESE., 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 de la Entidad en las vigencias 2008 y 2009, desde diferentes ejes temáticos.

Esta auditoria se desarrolló con un énfasis especial en el cumplimiento de la función que le corresponde a las empresas sociales del estado, 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 de interdisciplinario de profesionales, la colaboración de los funcionarios de la entidad y la información por ellos suministrada.

El presente informe se inicia describiendo los Hechos Relevantes del Contexto que enmarcan el proceso auditor. Acto seguido se describe la metodología utilizada para entrar a la narración de los principales resultados obtenidos durante la auditoria. Finalmente, y de manera sintetizada, como anexo se presenta el Dictamen Integral 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 José Rufino Vivas de Dagua ESE, prestador de servicios de salud Nivel I con área de influencia urbana y rural, 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 a las vigencias 2005-2006 y 2007 se ha mejorado en el cumplimiento y desarrollo de sus propósitos misionales, a pesar de las grandes dificultades que son comunes para la mayoría de los prestadores de servicios de salud del país.

Continúan los inconvenientes estructurales que históricamente de tiempo atrás han enfrentado los centros asistenciales 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:

- No pago oportuno por parte de las EPS-S.
- Por ser el ente territorial de categoría sexta no cuenta con los recursos suficientes para apoyar proyectos de inversión en salud.
- Los contratos de aseguramiento por parte de las EPS-S afectan la inversión social en salud debido al bajo porcentaje de la UPC contratada.

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

- 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.

El sistema establecido para atender a la población subsidiada (25.219 en el 2009), genera sobrecostos que son asumidos por la entidad con recursos propios, disminuyendo su capacidad financiera para inversión y generando mejores utilidades a los particulares representados en las E.P.S., hecho que amerita una revisión del sistema como tal que permita equilibrar las cargas y evitar el menoscabo del ente hospitalario.

Además Dagua se ubica entre los municipios más extensos del Valle del Cauca, posee 20 barrios en el sector urbano y la zona rural la conforman 27 corregimientos y 122 veredas ascendiendo su población en el 2009 a 42.242 habitantes, factor que incide en la prestación del servicio de salud dada el alto volumen de usuarios potenciales para brindar la prestación de los servicios de salud.



2. METODOLOGIA

El propósito fundamental de esta auditoria es determinar si la administración del Hospital Rufino Vivas de Dagua 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 través de la prestación de los servicios.

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

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

El trabajo se realizó con un equipo multidisciplinario conformado por cinco (5) profesionales en las áreas de: Administración de Empresas, Derecho, Ingeniería, Medio Ambiente y Contaduría pública, a través del análisis documental, entrevistas, encuestas, discusiones y concertaciones en mesas de trabajo donde se involucró la comunidad.

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

2.1 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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



2.2. ANTECEDENTES - SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Durante la visita de seguimiento al plan de mejoramiento en septiembre de 2009 se estableció que la entidad alcanzó un cumplimiento del 85%, durante el proceso auditor se observa que han avanzado a 87% lo requerido por la Contraloría Departamental, por lo cual el concepto de cumplimiento es favorable. De 31 hallazgos administrativos, 23 acciones correctivas se cumplieron en su totalidad y 7 de manera parcial.

No se cumplió el hallazgo inherente a la legalización del lote donde está construido el Hospital, no obstante la entidad solicitó a la administración municipal de Dagua para que realizara el trámite respectivo pero hasta la fecha no ha sido posible, toda vez que el Señor Rufino Vivas donó al municipio la casa con el único fin de que en ese sitio funcionara el Hospital del municipio de Dagua.

2.3 QUEJAS

Se atendió copia de la Queja CACCI 2200 QC-025-2010 presentada por la Veeduría ciudadana nacional de Dagua ante la Contraloría General de la República en 32 folios la denuncia está relacionada con el parentesco del gerente y su esposa que laboran en el Hospital y el pago de honorarios a miembros de la Junta Directiva del Hospital que son jubilados de Colpuertos y la Gobernación del Valle.



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1 GESTION

3.1.1 DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL

- **Planeación**

Plan de desarrollo Institucional 2008 -2012

El plan de desarrollo es coherente con el plan de desarrollo municipal y el Plan territorial de Salud Pública.

Para la elaboración del plan se tuvo en cuenta la evaluación estratégica que le permitió un conocimiento del entorno y la institución identificando oportunidades y amenazas que presenta el contexto externo y las fortalezas y debilidades internas que podían afectar el desarrollo del mismo.

Se fundamenta en las políticas nacionales de salud que se orientan a la atención primaria, brindada desde las instituciones de baja complejidad buscando reducir riesgos y promover una vida sana.

Entre las estrategias funcionales está la de fortalecer la accesibilidad a la prestación de servicios de baja complejidad a nivel institucional, la cual ha logrado como lo demuestran las estadísticas de producción en el presente informe.

Así mismo en la ejecución de este plan dio participación a los líderes comunitarios, promotoras rurales y personal del hospital en todas las actividades, proyectos y programas, con el fin de aumentar las coberturas en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

En el plan se definieron las políticas y estrategias de desarrollo para el cuatrenio las cuales están orientadas hacia la obtención del crecimiento institucional, el desarrollo de los servicios, la sostenibilidad económica empresarial, la acción formadora del recurso humano y la convivencia organizacional de los actores.

En su plataforma estratégica están definidas la misión, visión, política de calidad, principios y valores.

Se tuvo en cuenta para su elaboración ciertas características inherentes al municipio de Dagua, entre ellas que presenta un alto índice de accidentalidad por ser un corredor vial de alto tráfico vehicular, comercial y turístico, que es el segundo municipio más grande en extensión del Valle del Cauca y que posee 27 corregimientos, es decir su población es eminentemente rural, con estructura social campesina y vocación agrícola, es una población joven con altos índices de desempleo y necesidades básicas insatisfechas.



El objetivo general del plan de desarrollo está enfocado a mejorar la calidad de vida, reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y el dolor en la población usuaria, de conformidad con su nivel de complejidad, objetivo que logro cumplir según lo observado en el proceso auditor.

El plan cuenta con 11 programas entre los cuales se han ejecutado los siguientes:

Fortalecimiento en la prestación de servicios de salud, ampliando y mejorando la planta física para cumplir con los requisitos mínimos de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

Implementación del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en Atención en salud, cumpliendo con las condiciones de capacidad tecnológica y científica del sistema único de habilitación para prestar los servicios de salud.

Estabilidad financiera (Rentabilidad económica y social) de la entidad, cumpliendo con las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Participación en el Mercado, acrecentamiento de la oferta de servicios, realizando mercadeo con las aseguradoras, entes territoriales del orden departamental y municipal, ampliación de la oferta de servicios y precios competitivos según manual tarifario y normatividad vigente.

Fortalecimiento del Parque Automotor, logro garantizar el adecuado servicio de traslado básico asistencial de pacientes al nivel superior, adquiriendo una moderna ambulancia en el 2009, así mismo las brigadas medicas y las jornadas sociales de integración y demás actividades en la zona rural del municipio, se les garantizo el transporte oportuno, dado que la entidad realizo el adecuado mantenimiento a los vehículos.

Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios, su implementación garantizo el manejo sanitario adecuado de los residuos sólidos y su disposición final, así como el aseo del hospital y demás normas que expide el Ministerio de Protección sobre el manejo de residuos infecciosos.

Protección de los equipos biomédicos y de Informática, la conservación de los equipos eléctricos y electrónicos de la institución para su buen funcionamiento y desempeño, a través de un transformador eléctrico exclusivo para la institución, fue prioridad para el hospital.

Atención integral a la población con oportunidad y accesibilidad al servicio farmacéutico, que ha contribuido a mejorar la entrega de medicamentos a la población, reflejándose en un alto grado de satisfacción del paciente.



El Hospital no realiza monitoreo al plan de desarrollo institucional a través del seguimiento de indicadores y avance en el cumplimiento de metas.

La entidad elaboro el plan financiero como complemento al plan de desarrollo que le permitió proyectar los costos del proyecto y su fuente de financiación.

Los planes de acción son iguales para ambas vigencias y contienen todos los proyectos del plan de desarrollo institucional.

Plan de gestión 2008-2012

Por Acuerdo No.005 de junio 27 de 2008 se aprueba el Plan de Gestión 2008-2012, el cual se ajusta al artículo 3 del Decreto 357 de Febrero 8 de 2008 emitido por el Ministerio de Protección Social y cumple con la metodología establecida en la Resolución 473 de Febrero 13 de 2008.

Contiene las metas de gestión, los resultados de producción, la oportunidad y el mejoramiento en la prestación del servicio, así como la sostenibilidad financiera y la eficiencia en el uso de los recursos del hospital, todo enmarcado dentro de los programas y proyectos que orientan las actividades previstas para los próximos años, dentro del marco de la visión y misión institucional.

La Autosostenibilidad Hospitalaria en Colombia depende entre otras, de una adecuada contratación, facturación y un óptimo recaudo de la venta de servicios de salud prestados.

La finalidad de este plan es adecuar los recursos que dispone el hospital a los objetivos que persigue, para así optimizar resultados.

Este plan cumplió con el objetivo de garantizar la prestación de servicios de salud de nivel 1 a la población del municipio de Dagua que llega aproximadamente a 42.242 habitantes.

Se incrementaron las actividades de producción en vacunación y citologías, atendiendo más usuarios y brindándoles mejor calidad en los servicios de salud preventivos tanto para la niñez como para la mujer.

Plan de capacitación

En cumplimiento del Plan de capacitación se brindo a todo el personal un seminario de seguimiento al MECI, participaron igualmente en el seminario de aplicación y guías para la elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la



Calidad "PAMEC" y el seminario de aplicación del Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008 sobre facturación de servicios de salud.

Realizan actividades de bienestar social con los funcionarios, hay comité y tienen presupuesto asignado para ellas, pero no obedecen a un plan como tal.

Plan de mantenimiento Hospitalario

Vigencia 2008

El Presupuesto de 2008 fue \$3.493.923 de los cuales asigno para mantenimiento el 6,58% equivalente a \$230.000.000 y ejecuto el 5,7% de esta suma, o sea \$224.050.000, cumpliendo con lo estipulado en el Decreto de asignar como mínimo el 5% del total del presupuesto de ingresos para mantenimiento hospitalario.

Entre las actividades realizadas en cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario 2008 se destaca la adecuación del área de hospitalización, laboratorio clínico y sala de partos, a las cuales les cambiaron los pisos y realizaron enchape a las paredes.

EJECUCION PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

MANTENIMIENTO	2008	Valor ejecutado	2009	Valor ejecutado
Infraestructura	3,29 %	\$129.126.000	2,25%	\$117.877.000
Dotación	0,63%	\$ 25.284.000	0,57%	\$ 30.384.000
Otros de Diagnostico	1.78 %	\$ 69.640.000	1,24%	\$ 65.038.000
TOTAL	5,70%	\$224.050.000	4,06%	\$213.299.000
CUMPLIMIENTO	Si		NO	

Vigencia 2009

En el 2009 de \$3.921.619 asigno para mantenimiento el 5,75%, equivalente a \$225.500.000 y ejecuto \$213.299.000 equivalente al 4,06% del presupuesto definitivo, aunque no alcanzo el porcentaje establecido realizo mantenimiento prioritario tanto a la sede urbana como a los dos centros de salud rurales.

La oficina de control interno no efectuó seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario durante ambas vigencias.

En cuanto al mantenimiento de la infraestructura hospitalaria la entidad lo realiza adecuadamente con el fin de mantener el hospital en óptimas condiciones, así como sus redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias.



A los equipos biomédicos se les efectúa mantenimiento a través de una firma de ingenieros especializados en esta área y la entidad se encuentra satisfecha con el mantenimiento.

En el 2009 se destaca la instalación del cableado estructurado para la incorporación a la red de sistemas del hospital, así mismo repararon algunos vehículos entre ellos una ambulancia que permitió brindar un servicio oportuno de traslado de pacientes a los diferentes entes hospitalarios remitidos.

En el puesto de salud de El Queremal cambiaron los cielos falsos y se adecuó la entrada al mismo el cual se encontraba en mal estado presentando incomodidades para los usuarios.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

La entidad continuo con las estrategias aplicadas para mantener en equilibrio la situación financiera del hospital, entre ellas la racionalización de gastos, la contratación de personal por servicios indirectos para reducir la carga prestacional, y la prioridad en el pago de las obligaciones o cuentas por pagar, que permitieron unos resultados de equilibrio presupuestal y fiscal al finalizar el 2009.

Así mismo adopto el modelo de operación por procesos y los aplica en el desarrollo de su gestión institucional.

Con el aporte de \$300 millones de la Secretaria Departamental de Salud, \$100 millones del hospital y \$70 millones del Comité de Cafeteros del Valle se inicio en el 2010 la obra de reforzamiento y ampliación del área de urgencias.

- ***Actuación de la Junta Directiva***

Los órganos de Dirección y Administración de la entidad, están conformados por la Junta Directiva y el Gerente. La Junta directiva, la integran 6 miembros de conformidad con el artículo 6 y 7 del Decreto 1876 de 1994 y el 1757 de 1994 para un periodo de 3 años a excepción del miembro de la liga de usuarios el cual es de 2 años, integrada así: el alcalde como presidente, 1 representante del estamento político administrativo, 1 del estamento científico del hospital, 1 del estamento científico del municipio, 1 representante de la asociación de usuarios y 1 representante de los gremios de producción.

Se reúnen cada mes ordinariamente y extraordinaria a solicitud del alcalde o gerente.



Se observa una junta directiva activa durante las dos vigencias han aprobado diversos planes, manuales, actividades inherentes al presupuesto, planta de cargos, y rendiciones de informes de gestión semestrales, así mismo han discutido temas relacionados con la prestación del servicio con el fin de establecer directrices para su mejoramiento.

El Gerente ha presentado oportunamente los informes semestrales de ejecución del plan de gestión como lo estipula el Decreto 357 de 2008 en su artículo 10 y la junta lo calificó en el primer semestre del 2008 con 3.74% ubicándolo en el rango entre 60% y 80%, en el 2009 con 4,30 equivalente a un 80% , la cual es Satisfactoria según los estándares e indicadores establecidos en el anexo técnico que hace parte integral de la Resolución 473 de febrero 13 de 2008, el cual es de obligatoria aplicación en la evaluación de la gestión.

El actual Gerente fue reelegido, por considerar satisfactoria su gestión, para un periodo de 4 años el cual vence en abril de 2012.

Los Acuerdos de Junta y las Actas de reunión de la misma presentan deficiencias en relación a su archivo, no están en orden cronológico y algunas se encuentran sin firmas.

La entidad presento a la Junta Directiva, el proyecto de actualización de los estatutos del Hospital y determino someterlo a estudio para su posterior aprobación sin que hasta la fecha se haya emitido pronunciamiento alguno sobre los mismos.

- ***Análisis de la Estructura Organizacional***

La estructura organizacional es un elemento de control que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la administración de una entidad, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal. Con fundamento en lo anteriormente, el organigrama del hospital se encuentra actualizado y existe correlación entre los procesos existentes, la planta de cargos y el manual de funciones.

La estructura organizacional es coherente con la planta de cargos y el manual de funciones y de competencias laborales y facilita el desarrollo de los procesos.

Planta de cargos

La planta de cargos del hospital en ambas vigencias no ha tenido variación, sigue conformada por 46 cargos.



Permanecieron vacantes 8 cargos durante el 2008 los cuales corresponden a: 2 auxiliares de enfermería, un médico, 4 promotoras de servicio de salud y 1 auxiliar de servicios generales.

La administración del hospital optó por suplir estas vacantes con personal vinculado a través de la Cooperativa de trabajo asociado, a excepción del auxiliar de servicios generales, porque estos cargos fueron reportados a la Comisión Nacional del Servicio Civil para ser proveídos mediante concurso.

El hospital culmina el 2009, con 9 vacantes debido a que se pensionó en marzo 27 de 2009, un auxiliar de enfermería, aumentando una vacante del cargo de auxiliar de enfermería con respecto al 2008.

La distribución por niveles de la planta de cargos utilizada durante las vigencias auditadas es la siguiente:

VINCULACION	2008	2009
Directivo	2	2
Asesor	0	0
Profesional (administrativo)	3	3
Profesional (Asistencial)	4	4
Técnico	3	3
Asistencial	17	19
Total planta de Cargos	29	31
Trabajadores oficiales	8	7
TOTAL FUNCIONARIOS	37	38

La entidad obtuvo un variación del 3% en el costo de las asignaciones salariales equivalente a \$15'491.000 en el 2009 con respecto al año anterior, el cual es relativamente bajo como producto de la estabilidad de la planta de cargos, similar situación ocurrió con el personal por contratación el cual aumento en un 2,94% como se observa a continuación:

PERIODO	2008	2009	VARIACION 2008-2009
Costo anual de asignaciones básicas	\$515.562.000	\$531.053.000	3%
Costo anual personal por contratación	\$845.083.000	\$869.954.000	2,94.%

La administración del hospital optó por vincular el personal adicional para complementar su planta de personal a través de contrato de prestación de servicios y por cooperativa de trabajo asociado DAGUA SALUD para cumplir con sus actividades misionales y con la finalidad de reducir costos:



MODALIDAD DE CONTRATACION	2008	Administrativo	Asistencial	2009	Administrativo	Asistencial
Contrato de Prestación de servicios	1	1	0	1	1	0
Cooperativa de trabajo asociado	60	7	53	62	7	55
TOTAL	61	8	53	63	8	55

La asesora jurídica es la única vinculada mediante contrato de Prestación de servicios para el área administrativa, predominando la vinculación de personal por cooperativa de trabajo asociado para la parte asistencial.

- **Análisis de los Sistemas de Información**

La parte asistencial cuenta con un software que permite registrar de forma oportuna todas las atenciones que se hacen a cada paciente así como también llevar un registro de historias clínicas sistematizado para cada uno; el Laboratorio Clínico cuenta con una herramienta de información que agiliza la transcripción de resultados de exámenes permitiendo mejorar los tiempos de respuesta de esta sección del hospital.

El software de sistematización de historias clínicas le permite un mejor acceso a la información clínica de los pacientes.

El área administrativa posee el aplicativo modular donde se registra la contabilidad, presupuesto y cartera, cada modulo enlazado con el anterior.

Toda la información capturada en estos aplicativos es guardada en un servidor central que cuenta con la seguridad de Windows NT y permite la autenticación de usuarios que intenten ingresar a la red, además cada estación de trabajo tiene sus respectivas licencias del sistema operativo.

Con respecto al hardware, el hospital cuenta con toda una línea de sistemas en todas las areas que han permitido agilizar los procesos de facturación y rendición de informes a todas las entidades que requieran de la misma. Poseen 2 servidores porque el aumento de los puntos de trabajo y el mayor crecimiento en las bases de datos así lo requieren.

Todos los equipos se encuentran conectados a un sistema de electricidad regulada, que garantiza un alto grado de seguridad.

- **Evaluación del Sistema de Control Interno**

Rindieron oportunamente el informe ejecutivo anual del MECI para ambas vigencias, cumplieron con la Circular 001 de 2009 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en



materia de Control Interno, presentando la Encuesta de Autoevaluación y Evaluación Independiente, así como el informe ejecutivo anual de CI, vigencia 2009 a través del aplicativo MECI.

Vigencia 2008

Durante la vigencia 2008 la implementación del MECI alcanzó un avance del 96,26% como se observa a continuación:

AÑO 2008

COMPONENTE	AVANCE %	SUBSISTEMA	AVANCE %	AVANCE MECI
AMBIENTE DE CONTROL	91,75	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	97.75	96,26%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	100			
ADMINISTRACION DEL RIESGO	100			
ACTIVIDADES DE CONTROL	100	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	99.18	
INFORMACION	100			
COMUNICACIÓN PUBLICA	97			
AUTOEVALUCION	100	SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION	89.31	
EVALUACION INDEPENDIENTE	70			
PLANES DE MEJORAMIENTO	95,07			

Subsistema de Control Estratégico

Adoptaron el código de ética, establecieron procesos de selección, inducción, Reinducción y Capacitación, definieron el manual de funciones, elaboraron programa de bienestar social para los empleados.

Elaboraron la plataforma estratégica con la participación de todos los funcionarios y aprobaron el Modelo de operación por Procesos.

Se formuló el Plan de Desarrollo institucional y los demás planes inherentes al área administrativa y asistencial.

Subsistema de Control de Gestión

Existen políticas de operación debidamente documentadas, están definidos los mecanismos para la evaluación a la gestión, cuentan con indicadores que permiten la medición a los procesos y a los servicios, se crearon los diversos comités que exige la norma.

A través de la red interna a la cual tienen acceso todas las dependencias se publica información de lo sucedido en la entidad mejorando la comunicación interna y permitiendo que los funcionarios estén actualizados e informados de los asuntos inherentes a la entidad.



Se inicio la implementación de la norma técnica de calidad en la Gestión Publica 1000:2004.

Periódicamente se efectúa rendición de cuentas a la comunidad en general, permitiendo en estos espacios conocer sus expectativas y necesidades que facilitan tomar decisiones para mejorar la prestación del servicio.

Subsistema de Control de Evaluación

Hay programa de auditorias internas, cuentan con matriz para la verificación, evaluación y seguimiento al plan de mejoramiento institucional.

Vigencia 2009

La implementación del MECI en la entidad alcanza un cumplimiento del 98,29% en el 2009, cuyo avance por componentes es el siguiente:

AÑO 2009

COMPONENTE	AVANCE %	SUBSISTEMA	AVANCE %	AVANCE MECI
AMBIENTE DE CONTROL	96,1	SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO	96.21	98,29%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	100			
ADMINISTRACION DEL RIESGO	94			
ACTIVIDADES DE CONTROL	100	SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION	100	
INFORMACION	100			
COMUNICACIÓN PUBLICA	100			
AUTOEVALUCION	96	SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION	98.86	
EVALUACION INDEPENDIENTE	100			
PLANES DE MEJORAMIENTO	100			

Subsistema de Control Estratégico

Tiene definida la misión y la visión, la estructura organizacional está enfocada a la gestión por procesos.

Se divulgaron los principios y valores institucionales.

Cuenta con el mapa de riesgos y definieron la política institucional para la administración de riesgos, en esta identificaron las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración que le permita tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, o asumir el riesgo, pero bajo con respecto al 2008 que estaba en 100 como producto de una evaluación más completa con respecto a la administración del riesgo.

Se definieron, aprobaron y divulgaron la política, objetivos, manuales y todos los documentos que hacen parte del mapa de procesos.



Los planes y programas definidos están acordes con las políticas, objetivos y principios institucionales, igualmente se acogen al compromiso del cumplimiento de los objetivos, principios y fundamentos del MECI.

Subsistema de Control de Gestión

El Hospital en el año 2006 elaboró las Tablas de Retención Documental, y fueron aprobadas por el Comité de archivo del hospital mediante Acta No.02 de diciembre 29 de 2006, posteriormente inicio su aplicación en algunas dependencias de la entidad, pero no se ha implementado en su totalidad, no permitiendo el desarrollo en el manejo y procesamiento oportuno de la documentación.

En la actualidad falta el requisito de la aprobación de las Tablas de Retención Documental por el Consejo Municipal de Archivo, aunque la entidad las ha remitido en dos oportunidades (junio 29 de 2007 y junio 3 de 2008), para dar cumplimiento al artículo segundo del Decreto 4124 de diciembre de 2004, este Consejo no ha emitido respuesta con respecto a su aprobación.

Esta implementado el Sistema de Información y atención al usuario a través del cual se efectúa la recepción, registro y atención a sugerencias, peticiones, quejas y reclamos por parte de la comunidad. Tienen identificadas las fuentes de información primaria y se fortaleció el flujo constante de información hacia los usuarios, obteniéndose un conocimiento de la gestión que adelanta el hospital y siendo participe del mismo a través de los mecanismos de participación ciudadana.

El Hospital utiliza mecanismos de comunicación que llegan a los usuarios (cartelera, avisos por emisora local, etc.) que permiten a la ciudadanía y a los órganos de control acceder a información pero no cuenta con la página Web.

Subsistema de Control de Evaluación

Aunque la Oficina de Control Interno del hospital cuenta con una persona vinculada por contrato de prestación de servicios, esto no impidió que se desarrollara un programa de auditoria para la vigencia 2009, el cual se ejecuto de acuerdo al cronograma establecido previamente, así mismo se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad, verificación de la aplicación de acciones de mejora, así como también se llevo a cabo la evaluación independiente del sistema de control interno del Hospital aplicando los instructivos dispuestos por el DAFP.

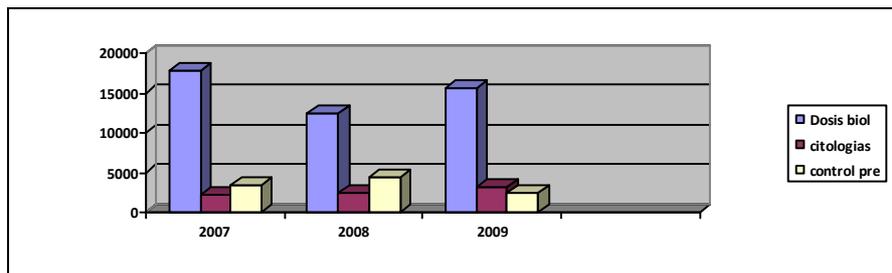
En algunos procesos no se elaboro planes de mejoramiento individual correspondientes a los informes de las auditorías internas realizadas, motivo por el cual se considera no coherente con lo observado en el proceso auditor, la calificación de 100 presentada por la entidad para el elemento planes de mejoramiento individual



3.1.2 SALUD PÚBLICA

- **Promoción y prevención**

Cumplió con la meta de aumentar la cobertura en Atención Primaria en Salud mediante la programación de actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en las zonas rurales y de poca accesibilidad del municipio.



Como se observa en el grafico anterior las dosis de biológicos aplicadas aumentaron en el 2009 el 25% con respecto al 2008 pasando de 12.362 a 15.514 la cantidad de vacunas aplicadas a la población.

Así mismo aumentaron las citologías cervicovaginales tomadas en un 24% en el año 2009 con respecto al 2008, beneficiándose las madres y la niñez de la comunidad de Dagua.

Los controles de enfermería que incluyen atención prenatal, crecimiento y desarrollo, disminuyeron el 44% en el 2009 comparado con el 2008, como producto de la medida tomada por el hospital, optando por brindar el servicio de atención directa del médico a las madres gestantes el cual realiza permanente chequeo y seguimiento.

Además incremento los controles de hipertensión arterial pasando de 4078 en el 2008 a 5.550 en el 2009, los cuales representan un aumento del 26,52%, acompañado de los controles complementarios como exámenes de laboratorio, tales como perfil lipídico y creatinina previniendo de esta manera daños irreversibles en las personas adultas.

- **Plan de Gestión Integral de Residuos hospitalarios**

Diseño y Formulación del PGIRHS

El Hospital José Rufino Vivas - Nivel 1, ha adoptado el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares-PGIRHS, y tiene conformado un Grupo Administrativo de Gestión Sanitaria y Ambiental "GAGAS" mediante Resolución 755



de agosto del 2004, el cual será encargado del desarrollo, ejecución y supervisión de este plan.

Así mismo, pese a que existe un grupo administrativo de gestión sanitaria y ambiental de residuos hospitalarios no se evidencia un plan de acción, ni recursos destinados para llevar a cabo la ejecución de este PGIRHS.

Implementación del PGIRHS

Referente a los formatos RH, donde se reportan los datos de los residuos peligrosos y ordinarios se evidencia la presentación de estos de forma legible y ordenada, al igual que el consolidado mensual que se realiza.

No se evidencia las dos visitas al año que se debe realizar por norma a la empresa prestadora del servicio de aseo, como (RH) por parte del personal del hospital encargado de dicho seguimiento.

Esta institución solicitó en Enero 5 de 2010 la inscripción como generador de residuos peligrosos ante la autoridad ambiental (CVC), como lo indica el Decreto 4741 del 2005.

No se evidencio en el recorrido de la ruta hospitalaria tableros alusivos y señalización de los sitios donde se pueden disponer los residuos hospitalarios, igualmente se observo que algunos de los recipientes que se están utilizando se encuentran en mal estado en cuanto refiere a los pedales, por otro lado se evidencio el almacenamiento final de los residuos hospitalarios encontrándose que este sitio es provisional por lo tanto ahí se están almacenando los residuos ordinarios y biológicos con una adecuada separación entre los uno y los otros, los residuos anatomopatológicos se encuentran en el refrigerador en la parte trasera de la lavandería evitando así una contaminación con los residuos ordinarios y peligrosos.





Paredes con humedad y hongos recipientes en mal estado en cuanto a los pedales

Componente Social

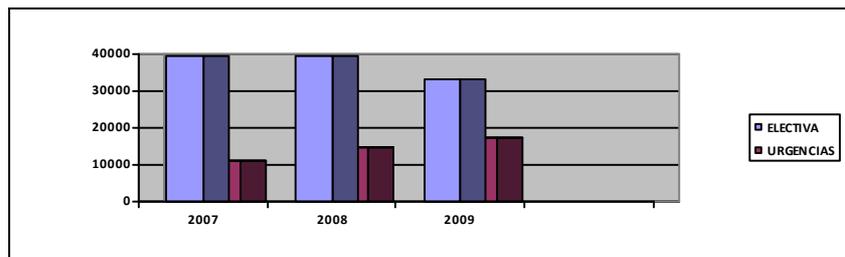
Pese a que no se evidenció la participación del personal de la entidad en la construcción del PGIRHS, esta institución ha realizado capacitaciones internas sobre el manejo de los residuos hospitalarios (socialización del PGIRH), quedando por fuera el componente externo, es decir la población que llega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

Impacto

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

3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las consultas médicas de urgencias se han incrementado con respecto al comportamiento histórico de los años anteriores, en el 2009 aumento el 16% con respecto al 2008 como se observa en el gráfico:

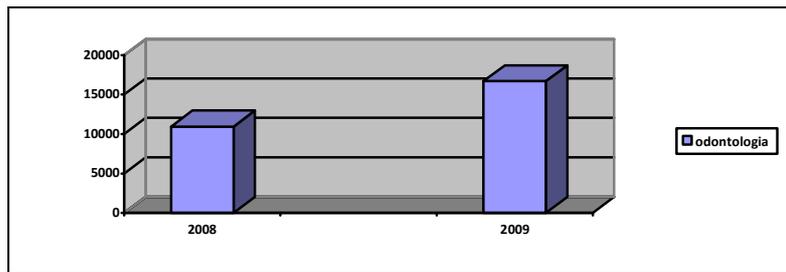




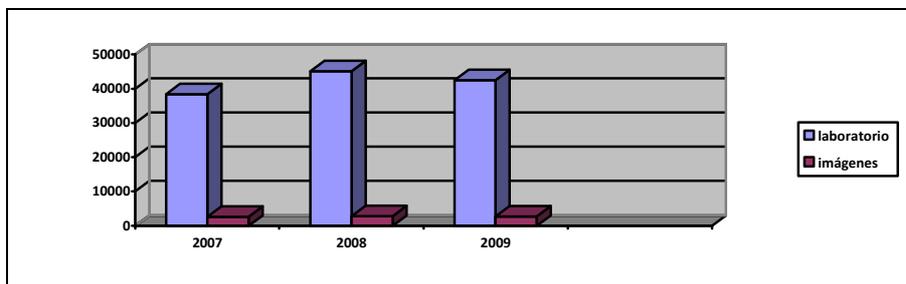
Aunque la aplicación del proceso de triage en el área de urgencia ha permitido clasificar la consulta de urgencias, inciden factores como la alta accidentalidad en la zona y que Dagua es un municipio de alta afluencia turística los fines de semana.

La consulta externa además de prestarse en los consultorios del hospital y los 2 centros de salud, se realizan con periodicidad de acuerdo a las demanda en las veredas donde no hay promotora de salud permanente, además de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y educación en salud, se programan jornadas de atención en consulta medica mensuales , tratando de cubrir el mayor numero de sectores y se lleva la droga para entregar la directamente al usuario en las diferentes veredas del municipio.

El servicio de odontología ha mejorado en oportunidad y atención en los años 2008 y 2009, además cuenta con este servicio en los centros de atención de la zona rural de Borrero Ayerbe y El Queremal como se observa en el grafico paso de 10.942 actividades en el 2008 a 16.676 en el 2009 reflejando un incremento del 52%.



La modernización de equipos en el área de laboratorio clínico, la dotación de insumos en forma oportuna y el compromiso del profesional asignado a esta área, han influido en el aumento de estas ayudas diagnosticas especialmente en el 2008 como se observa en el grafico, con respecto al 2007 al pasar de 38.357 muestras tomadas a 45.051 en el 2008, representando un incremento del 17,45%.



En cuanto a las imágenes diagnosticas se reporto a la Secretaria Departamental de salud el cierre temporal del servicio mientras se lleva a cabo la obra, por este motivo el equipo de rayos X adquirido no se utiliza en la actualidad, aunque se cumple con



todos los requerimientos de ley y se tiene el concepto favorable de las actas de visitas por parte de la unidad ejecutora de saneamiento.

En este momento se espera que la UES expida el acto administrativo por medio del cual se otorga la licencia como tal, puesto que la institución cumple con todos los requisitos exigidos en la Resolución 09031 de 1990.

El Municipio de Dagua para la ejecución del plan de salud pública contrató con el hospital la atención especial de ancianos, discapacitados, población en situación de desplazamiento forzoso, indígenas e indigentes.

En la zona rural dispone de servicios básicos para atención ambulatoria en el Kilometro 30 y en el Queremal, los dos corregimientos más poblados del municipio, así mismo llega a las veredas más lejanas en las cuales hay acceso únicamente por caminos veredales para cumplir su misión de atender y brindar los servicios de salud a la población rural del municipio como se observa en las siguientes imágenes.



Atención medica en zona rural y Promotor de salud transportándose en caballo al sitio

Cuenta con el apoyo del sistema de referencia y existe la debida comunicación con el Centro Regulador de urgencias del Valle, para accidentes de tránsito y demás pacientes que requieren remisión.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACION

La Secretaria de Salud Departamental certifico en noviembre 14 de 2006 que el hospital cumple los requisitos establecidos en el manual de estándares que establece las condiciones de capacidad tecnológica y científica de 11 servicios de baja complejidad entre ellos:

- Hospitalización general de adultos, general pediátrica y de obstetricia.
- Laboratorio clínico
- Servicio de urgencias.
- Consulta externa de enfermería, de medicina general y de odontología
- Servicio farmacéutico
- Transporte asistencial básico.



- Radiología e imágenes diagnosticas.

La anterior certificación fue renovada mediante visita de verificación de las condiciones de habilitación realizada en mayo 21 de 2010, por la comisión de la Secretaria Departamental de Salud del Valle con la novedad de cierre temporal del servicio de Radiología e imágenes diagnosticas y la apertura del servicio de Toma de citologías.

- **Satisfacción del usuario**

Para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios realizaron encuestas en ambas vigencias, pero no calcularon el porcentaje del nivel de satisfacción con respecto a la vigencia anterior, y conocer si se reflejaba cambio positivo o negativo en la institución durante estos periodos y que las estrategias adoptadas por la gerencia estuvieran dando los resultados esperados.

Se limitaron a establecer las causas de insatisfacción y tomar decisiones sobre las acciones de mejora a implementar para resolverlas sin cuantificarlas, entre ellas la alimentación de pacientes hospitalizados y la toma de ecografías y la asignación de citas en los programas de hipertensos y diabéticos, que eran motivo de insatisfacción según las encuestas realizadas.

Quejas Peticiones y Reclamos de los usuarios

Durante la vigencia 2008 las quejas estuvieron dirigidas al servicio de farmacia por insuficiencia de algunos medicamentos haciendo inoportuno la entrega de los mismos, demora en la atención de Consulta externa, urgencias por inconformidad con la atención brindada por las auxiliares de enfermería, situación que fue subsanada de manera inmediata.

Se han presentado avances significativos en la gestión correspondiente a la atención al usuario; sin embargo en el 2009 presentaron quejas en el SIAU, las cuales no cuantifican con el fin de medir el porcentaje de aumento o disminución con respecto al año anterior.

Para el 2009 las quejas presentadas están relacionadas con el servicio de Consulta externa en el cual los usuarios no alcanzan cita para el mismo día que ellos vienen, específicamente de la zona rural , para lo cual se mejoro asignando un medico para consulta al día exclusivamente.

También se presentaron quejas por parte del personal asistencial que han sido objeto de maltrato verbal por los usuarios en reiteradas ocasiones, como medida correctiva se realizo reunión con las coordinadoras de las EPSS para notificarles los



nombres de los pacientes y les impartan educación acerca de sus deberes y obligaciones como poseedores de dicho carnet.

Así mismo se recibieron otras quejas relacionadas con los servicios de Hospitalización, programas de vacunación y planificación, odontología y consulta externa, las cuales fueron analizadas por el comité y la gerencia tomo las medidas adecuadas para mejorar el servicio.

- **Infraestructura**

La infraestructura del Hospital está siendo adecuada de acuerdo a las exigencias normativas y la necesidad de prestación del servicio de salud, no obstante el jalonador de las proyecciones ha sido la implementación y cumplimiento de la Ley 400/97 y de la norma sismorresistente NSR-10, por lo cual se empezó una remodelación y ampliación de la planta física de una de las edificaciones más vulnerables y de más importancia donde se encuentra el servicio de urgencias la cual tuvieron que trasladar al edificio contiguo.

Conforme al continuo crecimiento de la comunidad y la demanda del servicio se tienen habilitados temporalmente sitios que parcialmente cumplen con adecuaciones normativas.

La institución está clasificada por su construcción y asistencia en salud, con una complejidad en atención de nivel I, ubicada en la cabecera del municipio de Dagua, constituyéndose en la única institución hospitalaria a nivel público de importancia por atender el municipio y sus jurisdicciones con mayor número de población urbana y rural en el occidente del Valle del Cauca.

La planta arquitectónica consta de tres niveles, en el tercer nivel esta el área administrativa, los otros pisos se encuentran las áreas de urgencias, odontología, consultorios externos, sala de espera, hospitalización, pediatría, laboratorio, vacunación, programas, estadística y archivo, lavandería, almacén, esterilización, sala de partos, baños, SIAO, farmacia, caja y recaudo.

El hospital tiene bajo su competencia, dos puestos de salud ubicados en el Kilometro 30 llamado Borrero Ayerbe, y el puesto de salud en el corregimiento de el Queremal, los cuales generan una adecuada y oportuna atención a la comunidad en cumplimiento de estándares normativos de habilitación; actualmente tienen una infraestructura medianamente dotada para servicios de afrontamiento en atención inicial de urgencias, atención de consulta externa, odontología, entrega de medicamentos y la actividad de promoción y prevención.



CONTROL TECNICO A OBRA Y CONSULTORIA EN OBRA PÚBLICA.

En la contratación del hospital para las vigencias 2008 y 2009, se revisó el formato de rendición de la contratación F7 de SIRCVALLE de las bases de datos de la Contraloría Auxiliar para infraestructura Física, presentando lo siguiente:

CONSOLIDACION DE LA INFORMACION CONTRACTUAL POR CLASE DE CONTRATO

DESCRIPCION		2008	2009	GRAN TOTAL
Clase Contrato	Datos	Total	Total	
1. PREST. SERVICIOS	# de Contratos	22	20	42
	Suma del Valor	\$704.552.260	\$628.987.500	\$ 1.333.539.760
2. SUMINISTROS	# de Contratos			
	Suma del Valor			
3. MANTENIMIENTO Y/O REPARACION	# de Contratos	1		1
	Suma del Valor	\$9.221.996		\$9.221.996
4. OBRA PUBLICA/CONSULTORIA	# de Contratos	2	3	5
	Suma del Valor	\$111.708.000	\$93.835.000	\$ 205.543.000
8.ASESORIA HONORARIOS	# de Contratos			
	Suma del Valor			
9. CONSULTORIA NO OBRA PUBLICA	# de Contratos			
	Suma del Valor			
10. COMPRA VENTA	# de Contratos	2	2	4
	Suma del Valor	\$32.273.000	\$92.509.993	\$124.782.993
12. OTROS	# de Contratos			
	Suma del Valor			
TOTAL CONTRATOS	# de Contratos	27	25	52
	Suma del Valor	\$ 857.755.256	\$ 815.332.493	\$ 1.673.087.749

Fuente: formato de rendición de la contratación F7 de las vigencias, 2008 y 2009

De la anterior información y análisis de los formatos F-7, se puede establecer que los contratos de prestación de servicios profesionales, son los de mayor inversión con el 79.7%, seguido por Obra Pública con el 12.28%, siendo compraventa el 7.4% y luego mantenimiento y reparación con el 0.5%.

En la revisión de confrontación de los contratos que relacionan la obra pública, mantenimiento, y compra de materiales para mantenimiento se observa que falta fortalecer la clasificación de los contratos por cuanto no existe claridad sobre la identificación de la obra pública como lo dicta la Ley 80/93 “cuando se modifica el medio” o de mantenimiento “cuando se trata de sostenimiento previsorio, preventivo o correctivo”, en coherencia con el Decreto 1769/94 y en razón de la consolidación e identificación previa de los conceptos; así mismo aclarar las condiciones contractuales de los objetos en desarrollo del fin social; caso contrario está ocasionando imprevisibilidad y confusión en la rendición de las cuentas para el control respectivo.¹

¹ Hallazgo administrativo



En los Contratos 015-09 y 022-09 se evidenció en la etapa contractual, que el objeto debe especificarse en relación a lo que se tiene que desarrollar si es contrato de obra civil o contrato de mantenimiento utilizando los códigos dictados para tal fin, no posee un presupuesto detallado sino una relación de actividades conjuntas a ejecutar que no describen las cantidades precisas, motivo de la revisión por parte de la Contraloría. No tiene póliza de estabilidad de la obra dictado en el estudio previo de factibilidad, conveniencia o necesidad de una contratación y prescrito en la cláusula Decima del contrato.

Estos contratos se presentaron con presupuesto global y a todo costo, situación que no da oportunidad de aclarar a los entes de control cual es la relación de la inversión por ítems ni los precios utilizados para tal fin, la interventoría no muestra idoneidad en su seguimiento y en las etapas de gestión de los contratos, por lo tanto no se evidencia seguimiento al cronograma de actividades.

Los Contratos 08-08 y 019-08, no tienen estudio previo de factibilidad o conveniencia y necesidad, póliza de estabilidad de la obra, idoneidad en el desarrollo de la interventoría, tampoco se presenta el presupuesto mediante análisis valorado por actividades o ítem².

VULNERABILIDAD SISMICA Y REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL.

El Hospital realizó los estudios de Vulnerabilidad Sísmica en diciembre 15 de 2003, producto del convenio interadministrativo celebrado entre el Departamento del Valle del Cauca – Secretaría Departamental de Salud, en cumplimiento de la Ley 400/97.

Se presentó el informe final técnico en tres fases: La primera fase contiene la información del diagnóstico existente sobre las condiciones estructurales de las edificaciones que compone el hospital. La segunda fase consistió en la rehabilitación estructural de acuerdo a la NSR-98 y la proyección de las combinaciones de sollicitación de cargas para establecer la propuesta del reforzamiento de las edificaciones que deben cumplir con los criterios de resistencia rigidez y ductilidad como recomendación de la ejecución tercera fase presenta una propuesta de refuerzo de las. Esta propuesta incluye un presupuesto aproximado de refuerzo sísmico y una recomendación para el refuerzo de la edificación en cuatro etapas, debido a que el Hospital fue construido por etapas, en diferentes épocas y con diversos materiales, posee cinco tipos de estructuras diferentes.

La implementación de la norma de sismo resistencia, se presentó el 4 de Mayo de 2010, desde aquí se iniciaron labores en cumplimiento de la nueva norma NSR-10. Interviniendo el edificio denominado XYZ.

² Hallazgo administrativo



El convenio interadministrativo que dio origen a la construcción fue el No.1381 de 2009 entre la Gobernación del Valle, y el Hospital José Rufino Vivas, y el otro convenio de cooperación y cofinanciación fue el No. UDS 303 DE 2009, entre el Hospital José Rufino Vivas y el Comité de cafeteros, para lo cual el comité es aportante y a la vez es constructor y ejecutor de los dineros del convenio Gobernación -Hospital.

Los aportes se distribuyeron de la siguiente forma: La Gobernación aportó \$300.000.000, el Hospital \$100.000.000, y el Comité de Cafeteros \$70.000.000. Con el fin de cumplir con los requisitos, el Hospital realizó la contratación de la interventoría administrativa por \$7.000.000 y una interventoría técnica por \$14.000.000.

En la ejecución de la estructura, se visualizaron detalles en la losa de la segunda planta que tuvo que ser demolida, situación que no se tuvo en cuenta en el estudio de sismorresistencia por tratarse de eventos no previstos dentro de este estudio, incrementando el presupuesto con respecto al valor inicial.

A la fecha de la auditoría se lleva el 60% de su ejecución, con proyección de terminación en diciembre de 2010, es necesario que por parte de la Entidad se planteen estrategias para obtener los recursos necesarios que permitan culminar el 100% la ejecución de la obra y así garantizar que se cumpla con el fin social para lo cual se ha invertido estos recurso.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA HOSPITALARIA PARA INFRAESTRUCTURA.

De acuerdo con la gestión de la infraestructura contenida en el plan de desarrollo 2008- 2012, y en el cual están incluidas las vigencias a auditar, se evidencia una generalización de los objetivos que no están ajustados a la fecha; por lo tanto en los planes de acción, el mantenimiento no se integra a la meta del plan de desarrollo, sino que se entrega el mismo proyecto con una meta lograda cerca al 100%, desconociéndose si es para esa vigencia referida o es un resultado parcial del plan de desarrollo, situación que no se entiende en relación con el cumplimiento del plan de acción y el logro de las metas del plan de desarrollo.

De esta forma se evidencia un incumplimiento del indicador para el avance de la gestión en infraestructura del hospital con relación a la adecuación y enlucimiento de la planta física en apoyo de la cobertura de los servicios³.

El plan de mantenimiento para las vigencias 2008 y 2009 no es coherente con el plan de acción por la siguiente razón:

³ Hallazgo administrativo



Plan de acción 2008, reza que el objetivo del proyecto “Adecuación y actualización del plan de mantenimiento” cuyo indicador del valor logrado es del 95%, con recursos propios de \$321.614.000, sin embargo el plan de mantenimiento se tiene por \$221.521.342, que equivalen al cumplimiento del 68.8%.

Plan de acción 2009, reza que el objetivo del proyecto “Adecuación y actualización del plan de mantenimiento” cuya meta lograda es del 94%, con recursos propios fue de \$350.253.000, sin embargo el plan de mantenimiento se tiene un valor por \$146.486.313, que equivalen al cumplimiento del 41.8%.

Situación que evidencia que la proyección de los planes de acción para las vigencias auditadas no se cumplió.⁴

De acuerdo a la visita técnica de inspección realizada para el control y cumplimiento de la normatividad, la construcción actual del Hospital, cumple parcialmente en su marco espacial y requerimientos de acabado con los edificios actuales para todas las unidades especiales de atención medica hospitalaria y administrativa, referidas en la Resolución 4445 de 1996 para el desempeño del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979; sin embargo en lo referente a las condiciones locativas, se están haciendo algunas remodelaciones y ampliaciones en vista de la implementación del reforzamiento estructural y ampliación del área de urgencias en aplicación de la norma NSR-10 en el edificio contiguo.

Existe un acopio temporal de las áreas, que dificulta la evaluación de algunas exigencias hospitalarias enfocadas en la norma pese a las adecuaciones que efectuaron en espacios interiores de la edificación principal, en alternativa de no suspender la prestación del servicio; para tal caso se han tomado medidas eventuales para el área de urgencias en su entrada y el pasillo de camillas, disponiendo espacios reducidos para la prestación del servicio; sin embargo como recinto transitorio no cumple con las exigencias normativas.

Lo referente a rayos x, este servicio está suspendido temporalmente por carecer de una licencia, por lo que en su privación se están remitiendo los pacientes a otros centros hospitalarios en aras de no paralizar el desarrollo, situación que verifica la interrupción de actividades del servicio habilitado en el hospital. Los traslados que corresponden a las áreas de consulta externa, odontología, urgencias, tomas de citologías y se reubicaron SIAO y Promoción y Prevención, se entienden como una gestión recursiva, pero se observa que las normas debe conservarse para las áreas en funcionamiento y tener en cuenta las precauciones necesarias con el fin de evitar contingencias no contempladas en el plan de riesgos hospitalarios⁵.

⁴ Hallazgo administrativo

⁵ Control de advertencia



Revisadas las cuentas desagregadas de ejecución de gastos con el fin de verificar cuales han sido las erogaciones por mantenimiento y obra pública, se remitió a esta comisión la relación del sistema integrado de información administrativa, Financiera y Asistencial del 2008 y 2009, donde los suministros de mantenimiento se causaban como mantenimiento, sin embargo con el nuevo sistema R-FAST en el segundo semestre del 2008 y 2009, este quedó afectando el concepto mantenimiento discriminado como suministros, presentando una corrección de las inconsistencias mostradas en el 2008.

No se tiene un lugar de depósito de materiales reciclables metálicos como camillas, asientos, camas, las cuales están siendo amontonadas cerca al área de hospitalización generando focos de basura con su respectivo desenlace a pesar del normal desarrollo de las actividades hospitalarias. Esta falta de adecuación de espacios para elementos dados de baja, afectan la parte estética de la institución pues no se tiene una optimización de los recursos involucrados en el aspecto locativo con probabilidad de riesgos en cumplimiento de las normas previstas para las instituciones hospitalarias.⁶

Aunque la ejecución en infraestructura física no es el objeto social del hospital, sobre el presupuesto anual en cada vigencia para la aplicación a la infraestructura, se verificó que este cumplió con la normatividad hospitalaria del 5% destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos, por lo tanto la gestión en torno a estas, se evaluó conforme a lo enunciado en el Decreto 1769 de 1994, que reglamentó el artículo 189 de la Ley 100 de 1993.

Tratándose de esta actividad, también se están aplicando recursos destinados a prevenir, corregir y dotar para el desarrollo de las tareas normales del personal, vehículos y equipos, que son presupuestados ordenadamente en cada vigencia con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución; se observa que respecto a esta disposición legal, el Hospital está cumpliendo en las vigencias auditadas de la siguiente forma:

Vigencia	Recaudo	Valor ejecución	% de ejecución
2008	\$3.508.978.000	\$224.050.000	6.3
2009	\$4.097.560.000	\$213.299.000	5.2

De acuerdo a la Resolución 5123 de 2006 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud, no se dio el cumplimiento a la formulación de lo planes bienales en el evento en que la IPS realizó inversiones en infraestructura mediante contratos de obra, que no se incluyeron en el Plan Bienal de Inversiones de Salud, de la vigencia 2007 – 2009 trasladado a la Secretaría de Salud para la aprobación por el Ministerio de la Protección Social; es así como se relaciona en el

⁶ Hallazgo administrativo



artículo 13º de la Resolución 5123 de 2006, por lo cual se debe acoger a lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 65 de la Ley 715 de 2001 ; sin embargo se tiene una orientación diferente de parte de la Secretaría de salud en la cual el procedimiento cambia de acuerdo a los requisitos de la formulación en cuanto a los proyectos relacionados, ya que no se incluyen los contratos de obra, situación contraria a lo dispuesto en la norma⁷.

En la visita a las instalaciones del hospital, se hicieron algunas observaciones consideradas en la norma, y se verificó el fortalecimiento e implementación tecnológica necesaria para la prestación de servicios, evidenciando la falta de redes de gases medicinales para evitar el transporte de cilindros al interior de la edificación, falta adecuación del nivel lumínico de las áreas hospitalización, consultorios y el actual servicio de urgencias, en contravía a las normas de la ARP y se observó que en el área de laboratorios falta la señalización en acrílicos como recomienda la norma, falta la división de microbiología y hematología con el propósito de evitar riesgos mayores con el personal de planta, también se evidenció posibles riesgos a falta de adaptar un lugar para la planta eléctrica en caso de cortes repentinos de energía; la adecuación de la pared que colinda con los tanques de abastecimiento de agua, ya que existe filtraciones hacia los lavaderos de ropas que están formando líquenes y hongos en abundancia que pueden afectar la salud del personal que labora en este sitio y el debilitamiento de la pared por humedad⁸

Existe aspectos favorables coherentes con el PMA, ya que se aprovecha en promoción y prevención y las brigadas, censos y estadísticas, para realizar un mercadeo para obtener el apoyo de los agentes externos; esto a fin de que los recursos sean viabilizados de acuerdo a un estudio para incrementar la prestación de servicios que favorecen la captación de más recursos.

CONCLUSION GENERAL

Por lo anterior se verifica de forma general que existe cumplimiento de las normas mínimas hospitalarias; sin embargo debe propender por corregir algunas inconsistencias nombradas anteriormente en cumplimiento de las mismas e implementar la planeación de proyectos que permitan obtener un mejor resultado en las etapas de contratación precontractual contractual y postcontractual.

A pesar de la actividad temporal se debe reforzar mínimamente con adecuaciones menores para la infraestructura física contemplando la inclusión de actividades en las instalaciones del hospital de forma que en la planeación exista un equilibrio entre el costo y el beneficio; además que facilite un control de registros para evaluar periódicamente la necesidad satisfecha incluida en el plan de mantenimiento, plan bienal y formulación de proyectos.

⁷ Hallazgo Administrativo

⁸ Control de advertencia



Es también considerado el tratamiento que se lleva a cabo de la gestión realizada en cumplimiento de la norma Sismoresistente como uno de los avances a la habilitación de servicios para localizarlo en el nivel II.

- **Cumplimiento de su actividad misional**

Cumplió con la realización de actividades para la implementación del Sistema obligatorio de garantía de la Calidad para la atención en salud: Sistema único de habilitación, Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), Sistema único de Acreditación y Sistema Único de Información.

En cumplimiento de la competencia de promover el ejercicio pleno de los derechos y deberes en el SGSSS, las respectivas formas de intervención de la comunidad (asociación de usuarios, comités de ética hospitalaria, comités de veeduría, consejos territoriales de seguridad social en salud,, comités de participación comunitaria, sistemas de información y atención al usuario, servicios de atención a la comunidad y la red de controladores del sistema de salud) en el sistema de seguridad social en salud.

La entidad en cumplimiento de su actividad misional, mejoró la calidad de vida de la comunidad del municipio por medio de la prestación de prestación de servicios de salud con eficacia y efectividad, beneficiándose la población en los diferentes programas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, control de las enfermedades de interés en salud pública y tratamiento para su recuperación y conservación, asumiendo el liderazgo en la ejecución de proyectos sociales propios.

3.2 FINANCIAMIENTO

- **Estados Contables**

Se evaluaron los Estados Contables consolidados, Balance General y el Estado de Resultados para las vigencias fiscales 2008 y 2009 basados en las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, el examen se realizó con base en pruebas selectivas, observándose lo siguiente:

En la contabilidad no se registran la totalidad de bienes derechos y obligaciones exigibles y contingentes, de acuerdo a las normas vigentes.



Deudores

CUADRO DE CARTERA POR EDADES

	De 0-60 días	61-90 días	91-180 días	181-360 días	Mas de 360 días	Total Cartera
2007	76707586	282616091	448037275	438296617	637963204	1883620773
2008	613158673	212818071	20200073	523936443	411866539	1781979799
2009	625949804	35274270	243769090	371817600	526152781	1802963545

Comparada la cartera superior a 360 días entre el 2007, 2008 y 2009 se observo que en el 2008 hubo una mejor gestión de cobro por lo tanto hubo recuperación de cartera y que en el 2009 volvió a aumentar el valor de la cartera en un 22% debido a que en el 2009 no se presentaron recaudos por facturación de vigencias anteriores, de las ARS Caprecom por \$31.314.475; la Alcaldía Municipal con \$35.000.000; la Secretaria de Salud Departamental con \$20.237.078 y \$27.734.689 de las demás entidades prestadoras de salud.

Se observa que los \$1.802.963.545 de la cartera al 2009, está representados en saldos acumulados de vigencias anteriores de la Secretaria de Salud Departamental con \$321.975.609 por excedentes de facturación; Alcaldía Municipal con \$288.303.189 por concepto de contratos de prestación de servicios de promoción y prevención y las ARS Caprecom, Coosalud y Cafesalud con \$763.975.970 y 428.708.777 de las EPS, SOAT, R.P, particulares, régimen especial y otras entidades prestadoras de salud; a este respecto la Contraloría hace un control de advertencia a cerca de la gestión que debe realizar el hospital para el cobro de estos recursos.

Además es importante tener en cuenta que la cartera va rotando lo cual genera crecimientos y decrecimientos de un periodo a otro.

Se estableció que el 2010 se están realizando conciliaciones con las entidades prestadoras de salud con el fin de depurar la cartera y así reflejar saldos razonables en los estados financieros.

La Entidad no cuenta con un comité que realice análisis, seguimiento y control a la cartera.

VIGENCIA	TOTAL CARTERA	GLOSAS	GLOSAS ACEPTADAS	GLOSAS PENDIENTES POR CANCELAR
2007	1.883.620.773	117.821.580	0	117.821.580
2008	1.781.979.799	100.124.304	834.790	99.289.514
2009	1.802.963.545	32.002.847	3.108.979	28.893.868
TOTALES		249.948.731	3.943.769	246.004.962



Se observa que en el 2009 las glosas aceptadas se incrementaron en \$2.274.189 debido a que no se logro el cubrimiento de metas con las ARS porque se manejaron bases de datos diferentes.

Con respecto a las glosas pendientes de cancelar por valor de \$246.004.962, el hospital realizo la gestión de recobro, pero las Entidades Prestadoras de Salud no han presentado ninguna objeción sobre lo reclamado y tampoco han realizado el pago por esta razón no se registran como glosas recuperadas; a este respecto la Contraloría hace un control de advertencia a cerca de la gestión que debe realizar el hospital para el cobro de estos recursos.

Grupo de Propiedad Planta y Equipo

El Hospital realizo avaluó técnico de sus bienes muebles en la vigencia 2008, el resultado de este avaluó no se ha sido incorporado en los estados financieros por lo tanto el saldo de esta cuenta genera incertidumbre.

En este grupo se registra la cuenta terrenos por \$56.534.457, saldo que se viene arrastrando de vigencias anteriores, el cual no se encuentra soportado mediante escritura pública, puesto que el terreno es del municipio y este no le ha hecho entrega al hospital de este bien, generando sobrevaloración de esta cuenta.

Cuentas por Pagar

Están representadas en adquisición de bienes impuestos y contribuciones por pagar Las cuales se encuentran apalancadas con recursos en bancos.

En las ejecuciones presupuestales de los años auditados, las obligaciones laborales causadas por concepto de prima de vacaciones, no se encuentra registrada, como obligaciones contraídas (Cuentas Por Pagar) y por consiguiente la administración no aprovisiona los recursos para apalancar estas obligaciones.

Análisis de variables internas y externas que afectan el financiamiento de la Entidad.

El hospital en las vigencias auditadas ha tenido un buen flujo de recursos que hacen que se cumpla con todas sus obligaciones para su buen funcionamiento, generando superávit fiscal; al igual que en la mayoría de los hospitales del departamento también se presentan situaciones tales como:

- Demora en el pago de algunas EPS.
- Disminución año a año de los recursos contratados con la Gobernación para la atención a la población pobre no asegurada.



- **Presupuesto**

El hospital para las dos vigencias examinadas manejó el programa r-fast 8 el cual contiene los programas de contabilidad, presupuesto, facturación, cartera, nomina, historias clínicas (Laboratorio, Odontología, Promoción y Prevención, Consulta Externa, Urgencias) , almacén, activos fijos e inventarios; la contabilidad realiza interfase con el módulo de facturación, cartera, nomina, e inventarios, el módulo de presupuesto se encuentra enlazado con el módulo de almacén, no hay conexión entre activos fijos y contabilidad toda vez que se encuentran en proceso de adecuación, lo cual obliga a realizar revisión, manipulación y validación por parte de los funcionarios, generando pérdida de tiempo por reprocesos, riesgos en la calidad y oportunidad de la información, evidenciándose que el sistema financiero no funciona en línea.

No se ha implementado una metodología de costos unitarios que permita medir la rentabilidad de los servicios, los costos se manejan por centro de costos, a través del software contable, durante las vigencias auditadas se manejaron costos globales, a los cuales se le aplican porcentajes de gastos, observándose que es una forma muy empírica para determinar los costos.

CUADRO COMPARATIVO DE DEPENDENCIA DE LOS INGRESOS DURANTE LAS DOS VIGENCIAS EXAMINADAS.

Régimen	Vigencia 2007		Vigencia 2008		Vigencia 2009	
Reconocimiento		% Dependencia de los recursos que ingresan al hospital	Reconocimiento	% Dependencia de los recursos que ingresan al hospital	Reconocimiento	% Dependencia de los recursos que ingresan al hospital
Disponibilidad Inicial	730587	18,86%	412477	10,52%	325423	6,20%
Subsidiado	1517567	39,17%	2060646	52,56%	3033629	57,76%
Contributivo	247203	6,38%	319844	8,16%	390833	7,44%
SOAT	35585	0,92%	20830	0,53%	72632	1,38%
Cuotas Recuperación	96501	2,49%	87495	2,23%	80819	1,54%
Secretaría Salud Deptal Transferencias	1083423	27,97%	888828	22,67%	683355	13,01%
Recuperación Cartera	81546	2,10%	62971	1,61%	466221	8,88%
Prevencion y Promocion	0	0,00%	0	0,00%	102000	1,94%
Otros Ingresos de Explotacion	11360	0,29%	44505	1,14%	10976	0,21%
Particulares	0	0,00%	0	0,00%	6000	0,11%
Rendimientos financieros	30169	0,78%	23164	0,59%	4073	0,08%
Aportes Municipales, Dptales y la Nacion	40000	1,03%	0	0,00%	76500	1,46%
TOTAL	3873941	100,00%	3920760	100,00%	5252461	100,00%

Para las dos vigencias examinadas el hospital dependió en un alto porcentaje de los recursos generados por el Régimen Subsidiado , debido a que la mayoría de la



población es pobre no asegurada y la meta del Gobierno Nacional es dar cobertura universal a esta población; dicha cobertura se viene incrementando gradualmente, es así como en 2008 llegó al 52.56% del total de los ingresos y en el 2009 creció en un 5.2%, con respecto al 2008, puesto que se pretende que no haya población pobre no asegurada, sino que toda esta población pase al régimen subsidiado.

Si bien es cierto que los recursos por transferencias del Departamento, son los segundos en importancia estos disminuyeron entre el 2007 y 2008 en un 22.67% y entre el 2008 y 2009 en un 13.01% debido a la misma situación de pretender la universalidad en la cobertura, por esta razón mientras que los recursos del régimen subsidiado aumentan, los ingresos por transferencias del departamento disminuyeron, generando una transformación de los recursos de oferta en recursos de demanda.

El régimen contributivo ocupa el tercer lugar en importancia aunque su participación es mínima debido a que no se cuenta con empresas que generen empleo, por lo tanto la gran mayoría de la población está afiliada al régimen subsidiado.

Integralidad del Sistema Financiero

El sistema financiero no se encuentra integrado, algunos programas se enlazan a contabilidad mediante interfaces.

Los saldos de las cuentas clase cero, se generan en forma manual puesto que no hay interface entre presupuesto y contabilidad.

Se confrontaron los saldos de las cuentas clase cero con la información generada por las áreas de presupuesto y tesorería, evidenciándose que guardan coherencia.

La información financiera presentada en la rendición de la cuenta 2009 es consistente en los distintos formatos que la componen.

Registro de Operaciones Financieras

Para las vigencias auditadas la preparación del presupuesto se basó en los contratos que se tienen suscritos con las EPS y EPS-S, el comportamiento histórico de recaudo, en cuanto a gastos, las proyecciones del IPC de acuerdo con la tendencia de cada vigencia, la proyección anual, el número de usuarios del Régimen subsidiado, el histórico de los recursos generados por el Régimen Contributivo, la capacidad instalada y las metas de crecimiento fijadas a nivel nacional.

Su formulación fue acorde con las metas institucionales, el Plan de Inversiones y Plan Financiero.



Legalidad Presupuestal

VIGENCIAS 2008- 2009

Mediante Acuerdos 006 de octubre 31 de 2007, 008 de noviembre 7 de 2008, la Junta Directiva fijó el presupuesto de ingresos y gastos del Hospital Local José Rufino Vivas de Dagua, en \$2.971.446.000 y \$3.133.475.000 respectivamente; no se encontraron Resoluciones de aprobación por parte del COMFIS.

La Gerencia mediante Resolución N° 240 de diciembre 28 de 2007 y 276 de diciembre 29 de 2008 liquida el presupuesto sin presentar variaciones en sus valores aprobados.

Comportamiento de los Ingresos vigencias 2007 – 2008 y 2009

PRESUPUESTO DE INGRESOS	2007	2008	DIF %	2008	2009	DIF%
PRESUPUESTO INICIAL	2.945.352	2971.446	0.99%	2.971.446	3.133.475	5.18%
ADAICIONES	205.000	522.477	254.87%	522.477	868.144	60.18%
REDUCCIONES	18.926	0	-100%	0	80.000	100.0%
INGRESO DEFINITIVO	3.051.426	3.493.923	12.77%	3.493.923	3.921.619	10.1%
RECONOCIMIENTOS	3.873.941	3.920.760	1.20%	3.920.760	5.252.461	23.66%
RECAUDOS	3.605.358	3.508.978	-2.67%	3.508.978	4.097.561	14.37%
CUENTAS POR COBRAR	268.583	411.782	34.88%	411.782	1.154.900	-328.1%

En el 2008 las adiciones corresponden a disponibilidad inicial y mayores ingresos por ampliación de cobertura del régimen subsidiado.

Para el 2009 se adicionaron recursos por disponibilidad inicial, recuperación de cartera, transferencia del Ministerio de Protección Social y recursos girados por la Gobernación para cofinanciar una ambulancia y se presentó una reducción debido a una disminución en el valor del contrato de Promoción y Prevención suscrito con la Alcaldía Municipal.

Para la vigencia 2009 se presentó un incremento en el presupuesto inicial del 5.18 % con respecto al 2008; entre el 2008 y 2009 se incrementó el presupuesto definitivo en 10.01%; y entre el 2008 y 2009 aumentaron los ingresos en 14.37% debido a recursos ingresados para cofinanciación de ambulancia; las cuentas por cobrar tuvieron un aumento del 328.1% entre el 2008 y 2009, debido a que las ARS no cancelaron oportunamente los servicios prestados en cumplimiento de los contratos.

Los gastos se aprueban y se liquidan por el mismo valor.

Para las vigencias auditadas la administración aportó memorias, que sirvieron de base para la formulación de los presupuestos de las vigencias auditadas.



Comportamiento de los Gastos vigencias 2007 – 2008 y 2009

PRESUPUESTO DE GASTOS	2007	2008	DIF%	2008	2009	DIF%
INGRESO DEFINITIVO	3.051.426	3.493.923	12.77%	3.493.923	3.921.619	10.1%
COMPROMISOS	3.222.501	3.239.063	0.51%	3.239.063	3.493.671	7.29%
PAGOS	3.222.501	3.239.063	0.51%	3.239.063	3.493.671	7.29%
CUENTAS POR PAGAR	0	0		0	0	
PRESUPUESTO POR EJECUTAR	639.512	254.860	-60.15	254.860	427.948	67.91%

Como se puede observar los gastos entre una vigencia y otra alcanzaron variaciones que no son significativas.

ESTADO DEL TESORO

El hospital en cumplimiento de su objeto social genero recursos propios provenientes de la venta de servicios de salud, en un porcentaje sobre los ingresos totales del 90.09% para el 2008; y del 87.58% en el 2009.

La entidad no realiza seguimiento al plan financiero que permita conocer en forma anticipada procesos de excedente o liquidez debido a que los recursos no ingresan oportunamente a la entidad.

La entidad genera boletines mensuales de tesorería.

Cierres Fiscales

CUADRO COMPARATIVO DE CIERRES FISCALES VIGENCIAS 2007-2008-2009

VIGENCIAS	INGRESOS EJECUTADO S	GASTOS EJECUTADO S	DIFERENCIA	CUENTAS POR COBRAR	CUENTAS POR PAGAR
2007	3605358	3222501	382.857	268583	0
2008	3508978	3239063	269.915	411782	0
2009	4097561	3493671	603.890	1154900	0

El cierre fiscal de las vigencias auditadas presento superávit; debido a que sus ingresos estuvieron por encima de los gastos; no se registran cuentas por pagar a nivel presupuestal

Los resultados fiscales obtenidos en la ejecución presupuestal, en el estado del tesoro y las cuentas de presupuesto y tesorería son coherentes, reconocidos e incorporados en el presupuesto de la vigencia siguiente.

Los superávits generados por el hospital año a año se fundamentan en el hecho que realiza campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el propósito de que la población se enferme menos y haga buen uso de los servicios



que el hospital ofrece, lo cual ha dado buenos resultados, además la gestión de la administración para lograr contrataciones con las EPS que benefician al hospital, tales como Cafesalud y Coosalud con los cuales se contrata el 58% del 92% sobre la UPC plena y el 55.53 del 100% de la plena, dichos porcentajes son superiores a la propuesta inicialmente realizada por los aseguradores. igualmente el buen manejo dado a los recursos en cumplimiento de la austeridad en el gasto y una buena planeación puesto que son recursos destinados a sufragar gastos durante los tres primeros meses de la vigencia siguiente, periodo en el cual se reciben muy pocos recursos por venta de servicios de salud.

- **Análisis de variables internas y externas que afectan el financiamiento de la entidad**

Estructura Organizacional

En el área financiera labora 1 contadora titulada, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales, 1 profesional de la contaduría como auxiliar contable con experiencia de 3 años en el área financiera, 3 persona en facturación.

Los manuales de procesos y procedimientos de esta área se actualizan permanentemente.

El hospital tiene diseñados y aplica indicadores financieros trimestralmente, permitiendo conocer el estado de los objetivos y metas financieras de la entidad.

INDICADORES FINANCIEROS COMPARATIVOS DICIEMBRE 31 DE 2008 y 2009

INDICADOR	FORMULA	AÑO 2008	AÑO 2009
CAPITAL DE TRABAJO	ACT.CTE - PASIVO CTE	2.166.997	2.313.885
RAZON CORRIENTE	ACT.CTE / PASIVO CTE	6,20	8,29
MARGEN DE UTILIDAD	EXCEDENTES NETOS X 100/VTA DE SERVICIOS	21,72%	10,39%
INDICE DE RENTABILIDAD	EXCEDENTES NETOS X 100/ACTIVOS TOTALES	23,77%	10,20%
GRADO DE ENDEUDAMIENTO	PASIVOS TOTALES X100/ACTIVOS TOTALES	19,11%	13,35%

Como se observa en el cuadro anterior el capital de trabajo del hospital, aumento entre el 2008 y 2009 en un 6.34%, lo cual indica que el hospital continua presentando liquidez.

La razón corriente indica que por cada peso que el hospital debe cuenta con \$8,29 para cubrir sus deudas a corto plazo.



El indicador de margen de utilidad muestra que para el año 2008 el excedente neto fue del 21.72% y para el 2009 este disminuyó en 10.39%, debido al aumento en el margen de contratación de suministros para renovación de equipos médicos, odontológicos y de cómputo.

El índice de rentabilidad en el 2008 muestra que los excedentes netos fueron del 23,77% de los activos que posee la institución y para el 2009 disminuyó en 10, 20%, esta disminución se debe a las mejoras realizadas en la propiedad, planta y equipo.

El grado de endeudamiento entre el 2008 y 2009 disminuyó a 13.35% debido a las cuentas por pagar disminuyeron en un 32%.

Control Interno Contable

El Sistema de Control Interno Contable evaluado por la entidad, para la vigencia de 2009, arrojó un resultado 4.65 ubicado en un rango Satisfactorio, que difiere con la evaluación realizada por el equipo auditor, el cual dio como resultado 4.48, con una interpretación Satisfactorio, originado por lo siguiente:

Debilidades

- No se realizan en forma periódica toma física de bienes derechos y obligaciones para ser confrontados con los registros contables.
- No se evidenció documento que soporte la fijación en lugar visible y de fácil acceso a la comunidad del balance general, y el estado de actividad financiera, económica social y ambiental.
- Los costos históricos registrados en la contabilidad no se actualizan permanentemente de acuerdo con lo dispuesto en el régimen de contabilidad pública

SANEAMIENTO FISCAL

La entidad no se vio inmersa en proceso de saneamiento fiscal, el hospital ha presentado una situación financiera sostenible, razón por la cual no se ha visto abocado a suscribir un acuerdo de reestructuración de pasivos o de acogerse a los beneficios de la Ley de reactivación empresarial.

3.3 LEGALIDAD

- **Cumplimiento del marco normativo de la contratación**

Se verificó que el Hospital José Rufino Vivas de Dagua – Valle, no se atemperó a Plenitud a la norma que regla la contratación celebrada, es el caso del Acuerdo 010



de diciembre 29 de 2008- Manual de Contratación y demás normas afines para esta materia, como la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 2474 de 2008.

De acuerdo a lo constatado, el Hospital debe ajustar el Manual de Contratación (acuerdo 010 de diciembre de 2008), en lo referente a las atribuciones de la Junta Directiva del Hospital en esta materia y demás requisitos aplicables a las etapas contractuales; comportamiento necesario para una mayor transparencia que garantice la importancia y el impacto de la contratación, con influencia del principio de economía, igualdad, publicidad y la libre competencia para una idónea selección objetiva del contratista.

Lo comentado le evidencia a todos los integrantes de la relación contractual, la obligación de velar por la correcta y eficiente ejecución contractual, bajo el cumplimiento de requisitos que se exige en las etapas precontractual, contractual y post. Contractual; la anterior deficiencia ésta observada en el proceso, el cual requiere de una atención continua para una mayor eficacia en la prestación de los servicios asistenciales y administrativos.

- Gestión Contractual

Entendiendo que la gestión, es el conjunto de actividades a desarrollarse por la entidad y el contratista, para la ejecución de un contrato y demás actuaciones administrativas sin descartar la provisión, el hospital para la vigencia del 2008 y 2009, efectuó una gestión contractual por \$2.118 millones de pesos, para cincuenta (50) contratos en obra pública, suministro y prestación de servicios a través de una Cooperativa de Trabajo Asociado; para el desenlace del proceso auditor, se tomó una muestra del 89% del total de los contratos ejecutados, igual a \$ 1.885 millones de pesos; por lo anterior, se encontraron debilidades propias de la etapa precontractual, contractual y post. Contractual, el cual se registra en el siguiente cuadro:

Debilidades evidenciadas en los expedientes contractuales vigencia 2008 y 2009

Contrato No.	Contratista	Valor	ETAPA PRECONTRACTUAL						ETAPA CONTRACTUAL		ETAPA POST. CONTRACTUAL		
			Est. Previos	Public	Poliz. Civil extracontr ac.	Ppo de obra	Resol. Adjudic. de contrato	Dispon. Extempor.	Inf. Intervent.	Inf. Contrat.	Paraf.	SSI	Bitác. De obra y poliz. Estab.
VIGENCIA 2008													
CPS-011	CTA DAGUA SALUD	67343053	X	X	X		X		X	X			
CPS-014	CTA DAGUA SALUD	71063200	X	X	X		X		X	X			
CPS-017	CTA DAGUA SALUD	72373747	X	X	X		X		X	X			X
CO-008	EQUIDENT	85025000	X	X		X	X		X	X	X	X	X
CPS-005	INDUST. RIDDERS	17237000		X			X		X	X	X		X
CPS-019 O.C	EQUIDENT	26680000		X		X	X		X		X		X
CCV-06	JULIO C. FIGUEROA	15000000		X				X			X		

Fuente: Expedientes contractuales



Contrato No.	Contratista	Valor	ETAPA PRECONTRACTUAL						ETAPA CONTRACTUAL		ETAPA POST. CONTRACTUAL		
			Est. Previos	Public	Poliz. Civil estracontr ac.	Ppo de obra	Resol. Adjudic. de contrato	Dispon. Extempor.	Inf. Intervent.	Inf. Contrat.	Paraf.	SSI	Bitác. De obra y poliz. Estab.
VIGENCIA 2009													
CPS-016	DAGUASALUD	73704304		X	X		X				X		
CPS-004	DAGUASALUD	72850706	X	X			X		X		X		
CPS-023	DAGUASALUD	75007864		X	X		X				X		
CPS-019	DAGUASALUD	75171419		X			X				X		
CO-015	EQUIDENT	60030000	X	X		X	X		X		X		X

Fuente: Expedientes contractuales

El presente cuadro registra la ausencia de algunos requisitos no tenidos en cuenta por la entidad en la perfección, ejecución y liquidación de contratos (etapa precontractual, contractual y postcontractual), para las vigencias 2008 y 2009, debido a la no aplicación a cabalidad del Manual de Contratación.

- **Etapas de la Contratación**

Precontractual

Las falencias antes expuestas para la etapa precontractual se refieren a: la falta de estudios previos, esta situación generó debilidades en la planeación del Proceso Contractual de Prestación de Servicios, originando por ello, una constante celebración de contratos adicionales referentes al apoyo de la gestión administrativa y asistencial; además de la ausencia de prueba de publicación, presupuesto de obra y diseños, actos administrativos para la adjudicación de contratos y/o selección objetiva, expedición de disponibilidad extemporánea como sucedió para el contrato No. 06 de 2008 de compraventa.

Contractual

En la etapa contractual, se encontró ausencia de las labores de interventoría e informes de las actividades ejecutadas por parte del contratista.

Post contractual

En cuanto a la post- contractual, reflejó para los contratos de obra la falta de bitácora, póliza de estabilidad y constancia de cancelación de parafiscales. Para el caso de los contratos de Prestación de Servicios en Salud; ejecutados en el 2009, de igual forma se encontró falta de prueba de pago de las contribuciones especiales (parafiscales) según Ley 1233 de 2008.



Además se constató, que existe un deficiente control y/o vigilancia para los procesos contractuales y administrativos bajo la responsabilidad del control interno, veedurías ciudadanas en el ejercicio del control social previa convocatoria de la entidad y seguimiento jurídico.

- **Impacto de la Contratación**

Se evidenció que el 82% de la contratación celebrada, se ejecutó para la prestación de los servicios en salud a través de la Cooperativa de Trabajo Asociado “Dagua Salud”, conforme a los principios de eficacia, economía y publicidad, el cual concluyeron al logro de los resultados o metas propuestas en términos de oportunidad y cobertura, con una satisfacción de las necesidades reales de la problemática de la salud en el municipio, lo comentado tuvo un comportamiento acorde a lo dispuesto en el decreto 2193 del 2004 y la circular externa del Ministerio de la Protección Social No. 0064 del 11 de agosto del 2004.

Pese a que el Hospital cumplió con la programación de actividades asistenciales, según el Plan de Desarrollo Institucional, se evidenció deficiente planeación en la celebración de algunos contratos de prestación de servicios, originando por ello, una permanente celebración de contratos adicionales con una justificación común a lo contratado inicialmente. No obstante a lo anterior se reflejó satisfacción de la comunidad por los servicios prestados en salud.

Síntesis

La contratación para las vigencias auditadas, tuvo su mayor comportamiento hacia la prestación de los servicios en salud con evidencia de una deficiente planeación en la celebración de los contratos; de igual manera se observó falta de vigilancia en los procesos administrativos y contractuales como es el caso de las labores de interventoría requerida a fin de lograr el cumplimiento de lo determinado en las cláusulas contractuales por parte del contratista y la intervención del control interno, ésta deficiencia generó debilidades registradas para las etapas contractuales según el cuadro que antecede.

Además se constató el débil contexto normativo expreso en el manual de contratación y la obsolescencia de los estatutos de la entidad, necesarios para el direccionamiento estratégico.

Procesos judiciales

Al verificar el estado de los procesos Judiciales en el Hospital a Junio 30 de 2010, se observó la asistencia de siete (7), por un valor estimado de \$2.174.200.000 distribuidos como aparece en el siguiente cuadro.



Proceso Judicial en curso a Junio 30 de 2008

No	Radicación	Clase proceso	Valor estimado	Pretensión	Estado proceso	Estrado
1	2006-00077	Nulidad y restablecimiento del derecho	20.000.000	Nulidad de acto administrativo de reajuste pensional	Trámite de alegatos de conclusión	Tribunal contencioso administrativo del valle
2	2006-1608	Nulidad y restablecimiento del derecho	20.000.000	Nulidad de acto administrativo que niega reajuste pensional	Trámite recurso de apelación por parte de la entidad	Tribunal contencioso administrativo del valle
3	2006-0169	Ejecutivo	30.000.000	Indexación por tardanza en pago de cesantías	En trámite, recurso de apelación presentado por la entidad	Juzgado Administrativo Primero Buga
4	2006-00014	Acción de reparac. Directa	153.200.000	Declaratoria de responsabilidad del Hospital por la falta de servicios médicos adecuados a un paciente	A disposición del magistrado para sentencia	Tribunal contencioso administrativo del valle
5	2007-0574	Acción de reparac. Directa	1.747.000.000	Por la supuesta responsabilidad médica x aplicación de medicamento, se produjo la muerte de un usuario	Sentencia de primera instancia a favor del Hospital, en apelación por parte del demandante	Tribunal contencioso administrativo del valle
6	2008-00356	Acción de reparac. Directa	204.000.000	Perjuicios maternos de un paciente por atención médica equivocada	Llamante de Garantía la cía de aseguradora	Juzgado Administrativo Primero – Buga
7	2009-105	Ordinario laboral	20.000.000	Tramite sobre jubilación sobreviviente a cargo del hospital	Audiencia de trámite	Juzgado Octavo laboral Cali
TOTAL			2.174.200			

Fuente. Expedientes en curso

El anterior registro nos muestra el comportamiento de los proceso en curso, en donde se evidencia según el estado de los mismos, actuación eficaz de la parte Jurídica del Hospital; no obstante a lo comentado, es de especial cuidado que la Junta Médica del hospital, esté atenta a los procedimientos médicos y/o asistenciales, a fin de evitar contratiempos Jurídicos al Hospital, idénticos a los que se registran en donde, en caso de fallo en contra, sería lesivo para la entidad desde el punto de vista presupuestal y administrativo.

Se observó que la Acción de Repetición que se encuentra en curso y en contra de un profesional de la medicina que laboró para la entidad, aparece para sentencia en despacho del respectivo magistrado (Tribunal Contencioso Administrativo del Valle).

3.4. REVISIÓN DE LA CUENTA

Al confrontar los informes en SIRCVALLE, referentes a la rendición de la cuenta de las vigencias 2008-2009, con el reporte entregado por la entidad a la comisión auditora, se evidenció que la comentada información, de conformidad a la Resolución 100.28.02.13 de 2008 y manual de procedimientos para la revisión y calificación de la cuenta, se percibió coincidencia de reporte para todas las áreas, debido ello, la calificación fue acorde al Concepto de Favorabilidad Emitido y notificado.

3.5. RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS

La entidad realizó la Rendición Publica de Cuentas a la comunidad en atención a lo establecido en la Resolución 100-28.02 13 de 2008 de la Contraloría Departamental



del Valle, se observó que la entidad realizó convocatoria por medio radial, cartelera interna y notificación personal, efectuando dicho procedimiento en junio 30 de 2010 en el Polideportivo del Municipio, con expresión para los siguientes temas:

Necesidades primarias del Hospital, uso adecuado del área de urgencias, contratación con las EPS, proyección de programas epidemiológicos, desplazados y vacunación, contratos de régimen subsidiado e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad.

Lo anterior fue remitido a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, mediante oficio CACCI 7972 de julio 8 de 2010, cumpliendo con lo establecido en la Resolución Reglamentaria.

3.6. QUEJAS

En atención a la Queja CACCI 2200 QC-025-2010 donde la veeduría ciudadana nacional de Dagua presentada ante la Contraloría General de la Republica en 32 folios la denuncian entre otros el parentesco entre funcionarios y el pago de honorarios a jubilados que integran la Junta directiva del Hospital parentesco del gerente y su esposa que laboran en el Hospital y el pago de honorarios a miembros de la Junta Directiva que son jubilados de Colpuertos y la Gobernación del Valle, el equipo auditor verificó lo siguiente:

Antecedentes.

Por oficio de fecha Julio 13 de 2009, remitido por la Comisión de Veeduría Ciudadana del Municipio de Dagua a la Contraloría General de la República y recibido luego en la Contraloría Departamental del Valle CERCOFIS – CALI por traslado para lo de rigor, según contenido de la Queja, se evidenció que en su contexto se refiere a la incompatibilidad administrativa del actual Gerente del Hospital JOSE RUFINO VIVAS con su esposa, por labores en dicho hospital en el cargo de auxiliar en Higiene Oral; además manifiesta la queja que el Hospital en forma irregular, le viene cancelando honorarios a dos (2) miembros de la Junta Directiva en representación de la Liga de Usuarios y Gremios de la Producción, pese a que disfrutaban el derecho a la pensión por los servicios prestados al Estado.

CONCLUSION

En las condiciones de la queja instaurada por las Veedurías Ciudadanas como mecanismo democrático de representación, para la vigilancia de la gestión pública se comenta:

Que no existe tal incompatibilidad entre la vinculación y/o actuación asistencial de la auxiliar en Higiene oral en el Hospital, en calidad de esposa del actual Gerente del



Hospital José Rufino Vivas de Dagua – Valle, por las consideraciones expresas en la ley 454 de 1998, artículo 60, y artículo 113 del Código Civil y por la misma estructura organizacional del Hospital.

De igual manera se evidencia la no irregularidad por parte del Hospital al cancelar a dos miembros de la Junta Directiva en representación de la Liga de Usuarios y Gremio de la Producción, honorarios, por el solo hecho de estar pensionados por los servicios prestados al Estado, la presente apreciación conforme lo dispone el decreto 1876 de 1994 artículo 8º párrafo único y el concepto del Consejo de Estado No. 1344 del 10 de mayo del 2001 y el precepto constitucional 128 a parte de no existir comentarios al respecto, en los estatutos de la entidad.



4. ANEXOS

1. Dictamen Integral Consolidado
2. Estados Contables
3. Cuadro Resumen de Hallazgos



DICTAMEN INTEGRAL CONSOLIDADO

Doctor
HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR
Gerente
HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS DE DAGUA ESE.
Presente

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral modalidad Regular al Hospital José Rufino Vivas de Dagua .

Lo anterior a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen de los Balances Generales consolidados a 31 de diciembre de 2008 y 2009, y los Estados de Actividad Financiera, Económica y Social consolidados para el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2009; 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.

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 de la entidad, rindió la Cuenta Anual consolidada por las vigencias fiscales de 2008 y 2009, dentro de los plazos previstos en las Resoluciones orgánicas No.100.2802-13 del 05 de diciembre de 2007 y No. 100.28.02-13 del 18 de diciembre de 2008, respectivamente.



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

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

DICTAMEN INTEGRAL

Con base en el Concepto sobre la Gestión de las áreas, procesos o actividades auditadas es Favorable con Observaciones y la Opinión sobre los Estados Contables consolidados es Razonable con Salvedades, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, **Fenece** la cuenta de la entidad para las vigencias fiscales correspondientes a 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 es Favorable con Observaciones, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de 1.4 y 1.6 puntos respectivamente como resultante de ponderar los aspectos que se relacionan a continuación:

Consolidación de la calificación

MATRIZ DE CALIFICACION DE LA GESTION	CALIFICACION	
	2008	2009
CONCEPTO		
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO	1.4	1.7
DIRECCIONAMIENTO GENERAL Y CONTROL	1.5	1.5
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1.2	1.5
PRESTACION DEL SERVICIO	1.4	1.5
SALUD PUBLICA	1.5	1.5
FINANCIAMIENTO	1.6	1.8
OPINION ESTADOS CONTABLES	1.6	1.8
GESTION CONTRACTUAL (LEGAL – TECNICA)	1.3	1.5
TOTAL	11.5	12.8
11.5 / 8 = 1.4 y 11.3 / 8 = 1,6 (Los conceptos son Favorables con Observaciones)		
Igual a 2 Favorable , menor a 2 igual a 1 Favorable con Observaciones, menor a 1 Desfavorable		



El concepto sobre la gestión de la entidad para el 2008 no presenta variación con relación al año anterior en el cual se emitió concepto Favorable con Observaciones.

Opinión sobre los Estados Contables

En nuestra opinión, el dictamen sobre los estados financieros es Razonable con Salvedades a diciembre 31 de 2008 y 2009, los resultados de sus operaciones y los Flujos de Efectivo para los años terminados, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y expresadas en el anexo 2 del presente informe.

La opinión sobre los Estados Contables de la entidad para el 2008 no presenta variación, significa que se mantuvo con relación al año anterior, en el cual se emitió opinión Razonable con Salvedades.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se establecieron 22 hallazgos administrativos.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe realizar un Plan de Mejoramiento que incluya 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 Cali, dentro de los 15 días hábiles siguientes al recibo del informe, de acuerdo con la Resolución 100.28-02 13 de diciembre 18 de 2008.

CARLOS HERNAN RODRIGUEZ BECERRA
Contralor Departamental del Valle del Cauca



OPINION ESTADOS CONTABLES

Doctor
HUGO FERNANDO COLLAZOS TOVAR
Gerente
Hospital Local José Rufino Vivas ESE.
Presente

Asunto: Opinión Estados Contables vigencias 2008-2009

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoria a los Estados Financieros del Hospital José Rufino Vivas ESE., a través del examen del Balance General a 31 de diciembre de 2008 y 2009 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 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, de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, consiste en producir un informe en el cual se exprese una opinión sobre la razonabilidad de dichos estados, así como la Eficiencia y la Eficacia del Sistema de Control Interno.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo a normas, políticas y procedimientos de Auditoria prescritos por la Contraloría Departamental del Valle y la Resolución 100-28.22.005- donde se implementa el Sistema de Gestión de Calidad, compatibles con las de general aceptación, por lo tanto requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar la opinión y los conceptos expresados en el informe. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la Gestión de la entidad; las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de control interno contable.

Se detalla a continuación las deficiencias encontradas de tipo estructural que permitan sustentar la opinión sobre la razonabilidad o no a los estados contables.



Evaluated the financial system of Hospital José Rufino Vivas ESE de 2008-2009, it is observed that for the audited periods the balance of the account property plant and equipment is not updated according to the technical valuation report of its movable assets made in the year 2008, so the balance of this account is uncertain.

In this group, the account of lands is recorded for \$56,534,457, a balance that has been carried over from previous periods and is not supported by public deed, since the land belongs to the municipality and it has not been delivered to the hospital, generating overvaluation of this account.

There is no implemented cost system that allows obtaining accurate information about operational costs.

Evaluated the Internal Control System, for the year 2009, resulting in 4.48, with a Satisfactory interpretation.

The Departmental Contraloría, in Resolution 100.28.02.13 issued on December 18, 2008, establishes the presentation of a report on the situation of the Internal Control System of the entities subject to fiscal control. In accordance with the previous, the Hospital José Rufino Vivas ESE de Dagua, evaluated the Internal Control System obtaining in 2009, 4.48 points, placing itself in the satisfactory range. Taking into account what is expressed in the audit report, the opinion on the financial statements of the Hospital Local José Rufino Vivas ESE de Dagua as of December 31, 2009 is Reasonable with Reservations.

Atentamente,

MARTHA LUCIA FERNÁNDEZ DE TORRES
Contador Público
Tarjeta Profesional No. 20.617 T



CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS
AUDITORIA HOSPITAL RUFINO VIVAS DE DAGUA
VIGENCIAS 2008-2009

	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DAÑO PATRIMONIAL
1	<p><i>Control Interno</i></p> <p>La entidad no suscribe planes de mejoramiento individual, que permitan la retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores y que contenga la formulación de acciones de mejoramiento.</p> <p>La oficina de control interno no efectuó seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario durante ambas vigencias.</p>	<p>Se implementaron en forma inmediata los planes de mejoramiento individual, con los funcionarios de la institución, a la fecha el proceso y los procedimientos se encuentran documentados.</p> <p>Con respecto a la oficina de control interno ha iniciado el proceso de evaluación y seguimiento al plan de mantenimiento.</p>	<p>La entidad acepta la observación y ha iniciado las acciones correctivas de manera inmediata.</p>	X				
2	<p>Las tablas de retención documental están elaboradas pero no se han implementado en todas las áreas de la entidad.</p> <p>Los Acuerdos de Junta y las Actas de reunión de la misma presentan deficiencias en relación a su archivo, no están en orden cronológico y algunas se encuentran sin firmas.</p>	<p>La Institución ha retomado el asunto de la implementación de las TRD, para lo cual ha iniciado un proceso de capacitación y reinducción para todas las áreas.</p> <p>Las actas del 2.010 y los acuerdos se están archivando en forma adecuada y se está realizando un seguimiento para la revisión de las respectivas firmas.</p>	<p>La entidad acepta la observación y ha iniciado las acciones correctivas de manera inmediata</p>	X				
3	<p>Los indicadores están definidos para cada proceso, pero no se aplican en su totalidad ni se utilizan como herramienta para la evaluación de la gestión en algunas dependencias.</p>	<p>Las unidades funcionales que no estaban haciendo uso de sus indicadores han sido concientizados y sensibilizados para su uso.</p>	<p>La entidad acepta la observación y ha iniciado las acciones correctivas de manera inmediata</p>	X				
4	<p>No se ha creado la página web del hospital que le permita mejorar la comunicación externa y garantizar a la comunidad y los usuarios el acceso rápido y oportuno a la información relacionada con los servicios y horarios que brinda el hospital.</p>	<p>Se están recibiendo cotizaciones para la creación de la página web del hospital, se sigue trabajando en la aplicación de la estrategia IEC, a través de la emisora y los avisos parroquiales, carteleras, equipos de demanda inducida, y tele 30, lo que nos permite mantener informada nuestra comunidad la cual es 70% rural.</p>	<p>La entidad acepta la observación y ha iniciado las acciones correctivas de manera inmediata</p>	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
5	<i>Gestión</i> Realizan encuestas de Satisfacción al usuario pero no es utilizada como instrumento de medición para la evaluación de la prestación de servicio.	Las encuestas de satisfacción si se están llevando a cabo, se están tabulando y analizando para ser entregadas a las auditorias de las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado, así como a la Secretarí Departamental de Salud, para la realización de las acciones de mejora. Se pensaba que era el mecanismo indicado para llevar el respectivo análisis.	Se mantiene la observación.	X				
6	No existen datos estadísticos ni información consolidada por periodos de las Quejas, Peticiones y Reclamos que permitan realizar el análisis de las mismas en determinado periodo y evaluar su comportamiento en los diferentes servicios.	Si se tabulan las quejas y reclamos para su respectivo análisis y después se toman acciones correctivas inmediatas.	Se mantiene la observación porque no obstante se toman los correctivos no se llevan estadísticas para autoevaluarse.	X				
7	<i>Medio Ambiente</i> No se evidencio en el recorrido de la ruta hospitalaria tableros alusivos a los sitios donde se pueden disponer los residuos hospitalarios, igualmente se observo que los recipientes que se están utilizando se encuentran en mal estado en lo que refiere a los pedales.	La ruta hospitalaria para recolección interna de residuos, está reflejada en las carteleras institucionales ubicadas en todas las áreas del Hospital y en cuanto a los recipientes de accionamiento de pedal para recolección de residuos todos están en buen funcionamiento, aquellos que presentaban irregularidades en los pedales se cambiaron en su totalidad.	Se mantiene la observación la cual se verificara en el seguimiento al plan de mejoramiento.	X				
8	No se evidencia las dos visitas al año que se debe realizar por norma a la empresa prestadora del servicio de aseo, como (RH) por parte del personal del hospital encargado de dicho seguimiento.	Nuestra Institución realizo visita para constatar la Gestión Externa de Residuos a la Empresa RH E.S.P. E l 29 de Octubre de 2.008, correspondiente al año 2008 y para el periodo del año 2009, se realizo visita el 16 de Noviembre de 2009, aplicando el listado de chequeo adoptado para dicho proceso. Se realiza solo una visita por año ya que la norma, según Resolución 1164 de 2002, con respecto a las Auditorias interna e interventoras externas no establece la periodicidad, y en nuestro PGIRH, lo tenemos estipulado una vez por año.	Se basan en la resolución, una vez por año en octubre de cada año se hizo pero una y el dice que 2 veces., no creen necesaria las 2 veces al año La norma habla de 2 veces por año por lo tanto se mantiene la observación.	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
9	No se evidencio un plan de acción, ni recursos destinados para llevar a cabo la ejecución de este PGIRHS.	Los recursos para cumplimiento del PGIRH, si se tienen presupuestados dentro del rubro de servicios públicos, por ser la empresa recolectora con la que se tiene un convenio, la cual es una empresa de servicios públicos. Para consecución de los implementos necesarios y la adecuación del sitio para cumplir con la norma de residuos peligrosos se utilizan rubros de adquisición de equipos y mantenimiento hospitalario	Se mantiene la observación porque en el plan de acción de la entidad no se incluyen actividades relacionadas con el PGIRHS y por ende los recursos destinados para ejecutar dicho plan.	X				
10	<i>Infraestructura</i> En la revisión de confrontación de los contratos que relacionan la obra pública, mantenimiento, y compra de materiales para mantenimiento y se observa que falta fortalecer la clasificación de los contratos, no existe claridad sobre la identificación de la obra pública como lo dicta la ley 80/93 “cuando se modifica el medio” o de mantenimiento “cuando se trata de sostenimiento previsorio, preventivo o correctivo”, en coherencia con el decreto 1769/94 y en razón de la consolidación e identificación previa de los conceptos; así mismo no aclara las condiciones contractuales de los objetos en desarrollo del fin social; caso contrario está ocasionando imprevisibilidad y confusión en la rendición de las cuentas para el control respectivo.	A partir del mes de Octubre se empezara a distinguir los contratos de mantenimiento, de los de obra; para ser rendidos cada uno como tal, según su objeto, ya que se venían rindiendo todos los contratos como de obra, en el aplicativo de SIRCVALLE.	La entidad expone la acción correctiva, se mantiene la observación.	X				
11	En los contratos 015-09 y 022-09 se evidenció en la etapa contractual, que el objeto no especifica el desarrollo del contrato como contrato de obra civil o contrato de mantenimiento utilizando los códigos dictados para tal fin, no	El contrato 015-09 y 022-09, si expresa en su objeto como contrato de obra, ahora somos sabedores que debemos rendirlos como contratos de mantenimiento diferenciando su objeto, el contratista aporte los debidos soportes detallados de presupuesto de obra. En adelante se exigirá en la póliza solicitada a cada	El presupuesto tuvo que ser anexado por parte del contratista en la auditoría. La admón. Del hospital exigirá a cada contratista los documentos de las pólizas y aclara que carecen de personal idóneo para	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
	posee presupuesto detallado sino una relación de actividades conjuntas a ejecutar que no describen las cantidades precisas. Estos contratos no tienen póliza de estabilidad de la obra dictado en el estudio previo de factibilidad, conveniencia o necesidad de una contratación y prescrito en la cláusula Decima del contrato. Estos contratos se presentaron con un presupuesto global y a todo costo, situación que no da oportunidad de aclarar a los entes de control cual es la relación de la inversión por ítems ni los precios utilizados para tal fin, la interventoría no muestra idoneidad en su seguimiento y en las etapas de gestión de los contratos, no se evidencia seguimiento al cronograma de actividades. Para los contratos 08-08 y 019-08., No reposa en la carpeta el estudio previo de factibilidad o conveniencia y necesidad, ni póliza de estabilidad de la obra, ni idoneidad en el desarrollo de la interventoría, tampoco se presenta el presupuesto mediante análisis valorado por actividades o ítem.	contratista la inclusión del ítem de estabilidad, en cuanto a la idoneidad de la interventoría aclaramos que carecemos de personal capacitado en obra civil, mas si se hace una interventoría por parte del personal administrativo, con el aporte de los profesionales del área asistencia para el cumplimiento de los requisitos exigidos en el Sistema único de Habilitación.	las interventorias. La Entidad acepta la observación.					
12	De acuerdo con la gestión de la infraestructura contenida en el plan de desarrollo 2008- 2012, y en el cual están incluidas las vigencias a auditar, el comportamiento en los dos (2) periodos correspondientes al 2008 y 2009, evidencia una generalización de los objetivos que no están ajustados a la fecha; por lo tanto en los planes de	<u>En el plan de acción, el mantenimiento si se encuentra alineado con el Plan de Desarrollo</u> , además de ser un requisito de Ley, para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud; en cuanto al cumplimiento al 100% en el plan de acción obedece a cada vigencia, la cual es presentada ante la secretaria departamental de salud anualmente. Consideramos que el cumplimiento del 94% y 95%, es un logro muy importante, logro por el cual se ha felicitado a la entidad	Si vemos el literal D "METAS DEL PLAN DE DESARROLLO expuesto en 11 numerales, no se encuentra coherencia con el plan de mantenimiento 2008 y 2009, por lo tanto no existe igualdad propositiva. (papeles de trabajo). Se conserva la Observación	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
	<p>acción, el mantenimiento no se integra a la meta del plan de desarrollo, sino que se entrega el mismo proyecto con una meta lograda cerca al 100%, desconociéndose si es para esa vigencia referida o es un resultado parcial del plan de desarrollo, situación que no se entiende en relación con el cumplimiento del plan de acción y el logro de las metas del plan de desarrollo.</p> <p>Se evidencia un incumplimiento del indicador para el avance de la gestión en infraestructura del hospital con relación a la adecuación y enlucimiento de la planta física en apoyo de la cobertura de los servicios.</p>	<p>por el cumplimiento de este requerimiento de ley; frente al acatamiento a la norma de los demás hospitales públicos, no solo del departamento sino a nivel nacional</p>						
13	<p>El plan de mantenimiento para las vigencias 2008 y 2009 no es coherente con el plan de acción por la siguiente razón:</p> <p>Plan de acción 2008, reza que el objetivo del proyecto "Adecuación y actualización del plan de mantenimiento" cuyo indicador del valor logrado es del 95%, con recursos propios de \$321.614.000, sin embargo el plan de mantenimiento se tiene un valor por \$221.521.342, que equivalen al cumplimiento del 68.8%.</p> <p>Plan de acción 2009, reza que el objetivo del proyecto "Adecuación y actualización del plan de mantenimiento" cuya meta lograda es del 94%, con recursos propios fue de \$350.253.000, sin embargo el plan de mantenimiento se tiene un valor por</p>	<p>Es menester aclarar que dentro del ítem que reza en el Plan de Desarrollo, hace referencia no solo a mantenimiento, sino también a la adquisición de equipos para la adecuada prestación del servicio. En la actualización al Plan de Desarrollo se hará la desagregación donde se diferencie, el mantenimiento como tal, obra y compra de equipos y no en forma general como el actual.</p> <p>Luego de una revisión se establece que el plan de acción respecto a las vigencias auditadas y con base a las auditorias de la secretaria departamental de salud si se obtuvo un porcentaje de cumplimiento ÓPTIMO.</p>	<p>Se acepta por parte de la entidad que hubo mala información, pues esta no estuvo desagregada al momento de la revisión, entendiéndose por parte del ente de Control como incumplimiento.</p>	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
	<p>\$146.486.313, que equivalen al cumplimiento del 41.8%.</p> <p>Situación que evidencia que la proyección de los planes de acción en relación con la infraestructura física para las vigencias auditadas no se cumplió.</p>							
14	<p>No se tiene un lugar de depósito de materiales reciclables metálicos como camillas, asientos, camas, las cuales están siendo amontonadas cerca al área de hospitalización generando focos de basura con su respectivo desenlace a pesar del normal desarrollo de las actividades hospitalarias. Esta falta de adecuación de espacios para elementos dados de baja, afectan la parte estética de la institución pues no se tiene una optimización de los recursos involucrados en el aspecto locativo con probabilidad de riesgos en cumplimiento de las normas previstas para las instituciones hospitalarias.</p>	<p>No se escatimaron esfuerzos para un sitio adecuado para la disposición de los elementos en mención, mas se pudo evidenciar por parte del equipo auditor la falta de espacios. Se debe aclarar que para los años 2.008 y 2.009 si se disponía de los sitios adecuados, que lo encontrado es en vigencia 2010, es por la obra de reforzamiento estructural y ampliación de urgencias.</p>	<p>La Entidad Acepta que en el 2010 no están los sitios adecuados por lo tanto se mantiene la Observación</p>	X				
15	<p>De acuerdo a la Resolución 5123 de 2006 por la cual se reglamentan los procedimientos para la elaboración, aprobación, ajuste, seguimiento y control de los Planes Bienales de Inversión en Salud, no se dio el cumplimiento a la formulación de lo planes bienales en el evento en que la IPS realizó inversiones en infraestructura mediante contratos de obra, que no se incluyeron en el Plan Bienal de Inversiones de Salud, de la vigencia 2007 – 2009 trasladado a la</p>	<p>El plan bienal se ha realizado de acuerdo a las directrices y lineamientos trazadas por la Secretaria departamental de salud del Valle, donde el conocimiento que se tenía era la inclusión de obra nueva de acuerdo a los recursos debidamente certificados. Mas no obstante hemos iniciado un proceso de asesoría por parte de los profesionales especializados de la secretaria con los cuales de la mano, se elaboran todos los planes bienales de los Hospitales públicos del Departamento. También se aclara que al realizar el ejercicio en la página web del ministerio de la protección social, el aplicativo en mención no permite hacer cualquier modificación al respecto.</p>	<p>Se acepta por parte de la entidad y se reitera sobre los ajustes que deben hacerse a los planes y la rendición de toda contratación como proyecto coherente con el plan de desarrollo.</p>	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
	Secretaría de Salud para la aprobación por el Ministerio de la Protección Social; es así como se relaciona en el artículo 13° de la Resolución 5123 de 2006, por lo cual se debe acoger a lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 65 de la Ley 715 de 2001 ; sin embargo se tiene una orientación diferente de parte de la Secretaría de salud en la cual el procedimiento cambia de acuerdo a los requisitos de la formulación en cuanto a los proyectos relacionados, ya que no se incluyen los contratos de obra, situación contraria a lo dispuesto en la norma							
16	<p><i>Financiera</i></p> <p>El sistema de información financiero no funciona en línea generando pérdida de tiempo por reprocesos, riesgos en la calidad y oportunidad de la información.</p> <p>No se ha implementado una metodología de costos unitarios que permita medir la rentabilidad de los servicios, los costos se manejan por centro de costos, a través del software contable, durante las vigencias auditadas se manejaron costos globales, a los cuales se le aplican porcentajes de gastos, observándose que es una forma muy empírica para determinar los costos</p>	Se continua trabajando con la empresa del software y los funcionarios para evitar los posibles reprocesos, si Dios quiere se espera tener para la próxima vigencia. Se ha venido trabajando con la secretaria departamental de salud, con todos los hospitales del valle para la implementación del sistema de costos.	El hospital en su respuesta acepta el hallazgo por lo tanto queda en firme.	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
17	No se evidencio documento que soporte la fijación en lugar visible y de fácil acceso a la comunidad del balance general, y el estado de actividad financiera, económica social y ambiental.	El hospital, acata la elaboración del documento que evidencie la fijación de los estados financieros en lugar visible, pero la publicación como tal, se ha venido realizando por un periodo de 10 días.	El hospital en su respuesta acepta el hallazgo por lo tanto queda en firme.	X				
18	Los costos históricos registrados en la contabilidad no se actualizan permanentemente de acuerdo con lo dispuesto en el régimen de contabilidad pública.	Una vez se haga el ingreso de los activos fijos al sistema se realizara la respectiva actualización de activos acorde al régimen de contabilidad pública.	El hospital en su respuesta acepta el hallazgo por lo tanto queda en firme.	X				
19	<i>Legalidad</i> Por resultado de la revisión de los contratos números: CPS-011, CPS-014, CPS-017, CPS-05, CO-08, CO-019 y CCV-016 de la vigencia 2008 y el CPS-07, CPS-16, CPS-004, CPS-023, CPS-019, CO-015, CO-022 y CCV-010 de 2009, suscritos por el actual Gerente del Hospital; se encontraron debilidades relacionadas con el cumplimiento de los requisitos exigidos en las etapas contractuales, en lo referente a falta de algunos documentos intervinientes en el proceso, como: estudios predios, publicación, convocatoria a ofertar, presupuesto de obra Resolución de adjudicación de contratos,. Informes de Interventoría, informe del contratista sobre lo contratado, pagos de parafiscales, seguridad social integral y bitácora de la obra.	Encontramos una inconsistencia, al respecto de este hallazgo, donde las pólizas civiles extracontractuales del personal, reposan en cada una de las hojas de vida, los informes de las respectivas interventorias, los pagos de parafiscales y seguridad social de los contratos con la cooperativa se encuentran. En el 2009 los estudios previos se elaboraron y se llevan así como una especie de bitácora por ser una Interventoría administrativa y no de obra como tal.	En lo referente a las interventorias según la observación, se observó que no se identifican avances sobre las actividades contratadas, la entidad sólo se limita a expresar que se cumplió con el objeto del contrato, apreciación deficiente en lo que se requiere. En cuanto a los estudios previos no deben confundirse con el requisito de la bitácora, una vez que las informaciones son totalmente diferentes, en donde lo primero obedece a una planeación y/o etapa precontractual y lo segundo ya es el fruto de la etapa de ejecución; por lo expreso este hallazgo se deja en firme con relación a las falencias comentadas.	X				



	OBSERVACIÓN AUDITORIA	DERECHO DE CONTRADICCIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA	CONCLUSIÓN AUDITORIA	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	P	F	VALOR DANO PATRIMONIAL
20	El Hospital a la fecha no tiene actualizados los estatutos, toda vez que se ha presentado a la Junta Directiva y esta no los ha estudiado.	Se ha realizado la debida gestión, para la actualización y aprobación de los estatutos de Junta Directiva, sabedores de la importancia para una ESE para el desarrollo de su plataforma estratégica, la cual entrara a ser revisada próximamente, donde se solicitara reunión exclusiva para la aprobación respectiva. Con respecto a la legalidad y funcionamiento de las Juntas Directivas se han impartido capacitaciones a todos los Hospitales de la Red Públicas del Valle, por parte de la oficina de participación social y comunitaria de la Secretaria Departamental de salud y se han divulgado cartillas y folletos sobre el funcionamiento de las juntas , por parte de la Secretaria Departamental del Valle	Se observa que la entidad en su respuesta acepta el hallazgo, referente al estudio y aprobación de los estatutos, documento primordial para el desarrollo de la gestión estratégica de la entidad. A ello se deja en firme el hallazgo para que se le de cumplimiento al requisito cuestionado.	X				
21	El Hospital debe ajustar el manual de contratación acuerdo No. 010 de diciembre del 2008, debido a su deficiente contexto normativo.	Igual importancia se le ha dado al estatuto de contratación el cual fue debidamente actualizado y aprobado mediante acuerdo 010 de 2.008, las debilidades encontradas serán modificadas mediante nuevo acto administrativo.	Se evidencia que debido a la observación notificada, la entidad toma la desición de aceptarla fin de evitar debilidades futuras, en lo que respecta al proceso contractual. Se deja en firme el hallazgo por lo comentado.	X				
22	La oficina de Control Interno no ejerce control al proceso de Contratación.	Se llevaba una lista de chequeo la cual era para un control posterior, en delante de acuerdo a la recomendación se implementara el control previo, al proceso de contratación	Se concluye que la entidad considera ajustar este mecanismo de control, fin darle cumplimiento a la obligación expresa en la norma para esta materia. Se deja en firme dicho hallazgo por lo estimado.	X				
TOTAL HALLAZGOS Y PRESUNTO VALOR DAÑO PATRIMONIAL				22				\$0



ANEXO 3
CUADRO DE BENEFICIO DEL CONTROL FISCAL

FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS				
Contraloría Auxiliar:	Cercofis Cali			
Sujeto de Control:	Hospital Rufino Vivas de Dagua			
Fecha de Evaluación:	Septiembre 13 de 2010			
BENEFICIOS:				
NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO:				
<ul style="list-style-type: none"> - Organización en el archivo de los contratos. - Manejo adecuado de las historias laborales incluyendo documentos indispensables. - Aprobación del Manual de funciones. - Realización de auditorías internas. - Evaluación y actualización de los riesgos en las diferentes áreas - Socialización y sensibilización del MECL a todos los funcionarios. - Realización de la Evaluación de Desempeño a los funcionarios de carrera Administrativa. - Implementación de controles periódicos al stock de medicamentos para prevenir su vencimiento. 				
ACCION DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO:				
MOMENTOS DEL BENEFICIO:				
Antes	<input type="checkbox"/>	Durante	<input type="checkbox"/>	Después <input checked="" type="checkbox"/>
MAGNITUD DEL CAMBIO:				
Conceptos	Valor estimado		TOTAL	
Recuperaciones:				
	\$			
	\$			
	\$			
Subtotal Recuperaciones (1)			\$	
Ahorros:				
	\$			
	\$			
	\$			
Subtotal Ahorros (2)	\$		\$	
Totales (1) + (2)	\$		\$	
ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo)				
SOPORTE(S)				
Informe, Formato otros.				
OBSERVACIONES				



RESPONSABLE	Amparo Collazos Polo	
Contralor Auxiliar		Alvaro Jiménez García
Cargo		Profesional Especializada
Fecha del reporte		Julio 14 de 2010

CODIGO: M2P5-05	VERSION: 1.0
-----------------	--------------