

125-19.61

Santiago de Cali, 11 de mayo de 2017

CACCI 3229

Doctora

OLGA LUCIA JIMENEZ OROSTEGUI

Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional.

Avenida Ciudad de Cali No. 51-66 Piso 6 Edificio World Bussines Center

Bogotá D.C.

ASUNTO: Informe Final Respuestaa Denuncia Ciudadana CACCI 6952DC- 148-2016
Radicación 2016EE0126144 octubre 3 de 2016 CGR
Radicación 2-2014-1021199 Octubre 9 de 2014 Supersalud

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca informa los resultados finales de lo actuado con respecto a la denunciaciudadana del asunto, relacionada con las presuntas irregularidades administrativas en el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe en el Municipio de Tuluá , surgidas como producto de los hallazgos de la visita a instituciones prestadoras de servicios de salud según Contrato 517 de 2013, los cuales se comunican en los informes finales de la Supersalud y del Ministerio de Hacienda.

Esta visita la realiza la Supersalud en cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control y en desarrollo del Contrato 517 de 2013, cuyo objeto es realizar auditoria de carácter integral a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de naturaleza pública y privada en los niveles 1, 2 y 3, con el fin de vigilar el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La anterior denuncia fue remitida por la Supersalud al Contralor General de la Republica y posteriormente esta la envía a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca para lo de su competencia.

La Dirección Operativa de Comunicaciones y Participación procedió a dar trámite a la denuncia ciudadana, mediante visita fiscal al mencionado Hospital, para tal fin secomisionó al Profesional Universitario adscrito a la Dirección Operativa de Control Fiscal.

De la visita fiscalrealizada al Hospital Tomas Uribe en el Municipio de Tuluase obtuvo el siguiente resultado:

1. INTRODUCCION

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en cumplimiento de su función Constitucional, la misión Institucional y en desarrollo de las actividades descritas en los

manuales de procesos y procedimientos, ha fortalecido la atención a las denuncias y peticiones allegadas a este Ente de Control.

En ese orden de ideas se realiza la presente visita fiscal en relación al CACCI 6952 DC-148-2016, por lo tanto se solicita la información relacionada con el tema, a los funcionarios responsables del área para tener un conocimiento más amplio de los presuntos hechos irregulares.

Se encargó a un Profesional, adscrito a la Dirección Operativa de Control Fiscal, quien tuvo en cuenta para el desarrollo del informe, la normatividad legal vigente, los procesos y procedimientos de la Contraloría Departamental del Valle y toda la documentación e información recopilada.

El resultado final de la visita es consolidado en el presente informe, con el fin de dar a conocer a la comunidad en general los hechos evidenciados y responder satisfactoriamente a los requerimientos de la denunciante.

2. ALCANCE DE LA VISITA

Esta visita fiscal se realiza teniendo en cuenta la Ley 42 de 1993, y el artículo 267 de la Constitución Política de Colombia, y el requerimiento del denunciante, el cual traslado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, el Informe Final de la Auditoría Integral en Salud, realizada por la SUPER SALUD al Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E.

3. LABORES REALIZADAS

En cumplimiento a las instrucciones emitidas por la Dirección Operativa de Comunicaciones y Participación Ciudadana, se reunieron en las instalaciones del Hospital TOMAS URIBE de Tulua el 26 de abril 2017 a las 8:00 am, el auditor Harry Torres Edward, y el Jefe de Control Interno Aureliano Acosta Gómez, con el ánimo de entregar información pertinente para la elaboración de los hallazgos, producto de la auditoría realizada por la Supersalud.

El funcionario de Control interno informa que a la fecha muchos de esos hallazgos ya fueron cerrados por la Supersalud en el 2015. Ya que en el informe enviado por la Supersalud el día 11 de diciembre de 2015, se cerraron 12 hallazgos adicionales correspondientes a la socialización y publicación del Código de ética y Buen gobierno. En el informe preliminar de dicha visita de 175 hallazgos se cerraron por parte de la SUPERSALUD 58 hallazgos y del informe final de 175 hallazgos se cerraron 70.

4. RESULTADOS DE LA VISITA

La Superintendencia Nacional de Salud, siendo la máxima autoridad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud,

avanza en su propósito de garantizar a toda la población colombiana el acceso a los servicios de salud, razón por la que visitó el Hospital Tomas Uribe de Tuluá con el fin de verificar sus obligaciones frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los aspectos administrativos asistenciales, operativos, técnicos, de riesgos, financieros contables, informática, redes de servicios y participación ciudadana, dicha visita se realizó del 17 al 21 de marzo del 2014 donde se efectuó monitoreo al desarrollo de los programas y los procesos y se evaluó el cumplimiento de la normatividad vigente para los períodos señalados año 2011, año 2012 y primer trimestre del año 2013, en el Hospital Tomas Uribe.

En la vigencia del año 2011, se encontraba como representante legal del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E., Marta Cecilia González Giraldo, nombrada bajo concurso de méritos y quien se desempeñó como Gerente de la Institución desde el 03 de diciembre de 2010 hasta el 31 de marzo de 2012, según Acta de posesión 2010 . 0348 emitida por la Secretaria de Desarrollo del Valle del Cauca y Decreto N° 1520 del 02 de Diciembre de 2010, posteriormente es reelegida por evaluación de desempeño el día 02 de Marzo de 2012, según Acta de Posesión N° 2012-0218 y Decreto de nombramiento 0365 del 1 de marzo de 2012.

Se registra a su vez que Marta Cecilia González Giraldo, presentó renuncia irrevocable al cargo de que desempeñaba al interior de la Institución, realizando entrega el día 11 del mes de febrero del 2014.

Producto de este informe de Auditoría la SUPERSALUD traslada a la Contraloría General de la Republica el informe mencionado y posteriormente está lo envía a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca los 187 hallazgos encontrados.

5. CONCLUSIONES

Una vez revisados los hallazgos, producto de la Auditoría Realizada por la SUPERSALUD a los programas y procesos del Hospital Tomas Uribe, correspondientes a Períodos 2011, 2012 y primer trimestre del año 2013, se procede a hacer un resumen de los mismos, generando de acuerdo a lo evidenciado por la SUPERSALUD en dicha visita los presuntos hallazgos los cuales quedan en firme toda vez que la entidad o los presuntos responsables no respondieron el derecho a la contradicción:

1. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

a) El Hospital Departamental Tomas Uribe ESE de Tuluá, no tiene publicados las Notas a los Estados Financieros básicos de los años 2011 y 2012 en su página Web, ni en un medio de información escrita a nivel nacional o regional.

b) El Hospital no posee un sistema de costos estructurado consistente y eficaz.

c) La cartera del año 2012 del Hospital Tomas Uribe reportada en el balance general comparada con la información suministrada por el departamento de cartera presenta una diferencia de \$957,585 miles de pesos sin ser soportada o explicada.

d) En el Hospital Departamental Tomas Uribe ESE de Tuluá, se evidencia una diferencia de \$ 15.375 en miles de pesos, la provisión de cartera vigencia 2012, se ha efectuado una provisión del 100% sobre la cartera vencida superior a 360 días, igualmente hay una mayor provisión de \$15.375 miles de pesos, correspondiente a la cartera vencida entre 91 a 180 días con el 5%, y cartera vencida entre 181 a 360, con un 10%,

e) No se evidencio en el Hospital Departamental Tomas Uribe ESE de Tuluá, un Estatuto Interno de Cartera, con los procedimientos establecidos en la Ley 1066 de 2006, ni acto administrativo de modificación de la estructura orgánica, teniendo en cuenta que la E.S.E aparentemente había sufrido una reestructuración para esa época y no estaba prestando los servicios de salud de primera atención pero el organigrama en el 2014 no reflejaba esos cambios.

g) El Hospital Departamental Tomás Uribe E.S.E, aplica la depreciación de la propiedad planta y equipo en forma general, sin llevar una depreciación detallada por cada activo.

h) Se detectó una diferencia de \$714.828 en miles de pesos, del cálculo de la Depreciación de la Propiedad Planta y Equipo, para la vigencia año 2012, en el Hospital Departamental Tomás Uribe , pues existe unas diferencias considerables en Edificaciones, equipo médico científico, muebles enseres y equipo de oficina.

i) El Hospital no ha dado cumplimiento a la dotación, uniforme (blusas y pantalón) y calzado, desde el año 2011 hasta la fecha de la presente auditoria (marzo de 2014), asciende a un valor aproximado de \$194.334 miles, prestación social de obligación patronal, hay un incumplimiento según lo contemplado en los artículos 230 y 232 del Código sustantivo del trabajo.

J) El Hospitalno cumple con lo contemplado en el Numeral 1 del literal b) de la Resolución 1043 de 2006, se evidencia que las obligaciones mercantiles y cuentas por pagar superiores a 360 días, superan el 50% del pasivo corriente para los años 2011, 2012 y marzo de 2013.

Lo anterior no se adecua presuntamente a los principios establecidos en el Artículo 5 Decreto 1876 de 1994, artículo 189 de la Ley 100 de 1993, Circular externa 29 de 1997 expedida por la SUPERSALUD, Plan general de contabilidad pública y manual de procedimientos de la Contaduría General de la Nación, y el numeral 12 del artículo 14 del Decreto 1018 de 2007 y artículos 36 y 41 de la ley 222 de 1995, resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, Decreto 1066 de 2006, Código sustantivo del Trabajo y artículo 34 de la Ley 734 de 2002, situación que podría conllevar a que la entidad de vea inmersa en situaciones de insostenibilidad financiera lo cual afectaría la

prestación de los servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población.

2. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

No se evidenció representación del estamento científico de la localidad ante la Junta Directiva del Hospital Departamental Tomas Uribe; vigencia 2013 y 2014, y las Actas de la Junta Directiva no presentan consecutivo prenumerado, ni registran la firma del Secretario de la Junta o su Delegado.

En el proceso de verificación no se evidenció el total de soportes o documentos que acrediten a todos los miembros de la Junta Directiva del Hospital Departamental Tomas Uribe, estar incurso dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que le impidan ejercer sus funciones como servidores públicos.

No se evidenció acto administrativo mediante el cual se apruebe el Plan de Gestión vigencia 2011 y 2012, 2013 . 2015.

Lo anterior no se adecua presuntamente a los establecido en el Decreto 1876 de 1994, 1757 de 1994, Constitución Política de Colombia, Artículos 126 al 129 y artículo 292, ley 0269 de febrero 20 de 1996, ley 200 de 1995, ley 190 de 1995, estatuto anticorrupción, decreto 973 de 1994 y Ley 734 de 2002, lo que es debido a falta de control y organización de las metas y objetivos institucionales y puede conllevar que a la falta de control de la información no se tomen las decisiones correctas en beneficio de la comunidad.

3. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria

El Hospital Departamental Tomas Uribe, NO CUMPLE en la verificación de la Tarjeta Profesional de los siguientes funcionarios:

Medicina Andrés Felipe Ortiz Toro: no se evidencia la tarjeta profesional de médico para ejercer la profesión en todo el territorio nacional, expedida por la autoridad competente para hacerlo.

No hay verificación del título de grado TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA, ni de acto administrativo mediante el cual se autorice el ejercicio de la profesión del área de la salud en todo el territorio nacional , previo a la vinculación: José Ofred Ocampo Arcila, Arelix Córdoba Bedoya.

Lo anterior trasgrede presuntamente los Decretos: 1465 de 1992, 1252 de 2000, 1465 de 1991, 1875 1994, 1352 de 2000, las resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007, 3763 de 2007 y el artículo 34 de la Ley 734 de 2002. Situación debida a la falta de control a la vinculación del personal, lo que puede conllevar a que se contraten personas con falta de idoneidad para la realización de sus funciones.

4. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

El Hospital Departamental Tomas Uribe , para todos los Servicios de Salud debidamente Habilitados, verificados y prestados, NO CUMPLE las condiciones mínimas de Habilitación, para los CRITERIOS del ESTÁNDAR UNO . RECURSO HUMANO, ni tampoco las condiciones para garantizar el flujo de aire con ventilación artificial (aire acondicionado), adecuación y mantenimiento de pisos, muros, paredes, cielo raso, puertas, ventanas, vidrios, unidades sanitarias completas, exigidas para los servicios específicos, en el SERVICIO FARMACEUTICO, NO cuenta con un área física y de circulación restringida, para realizar actividades de su resorte, ni una señalización adecuada para el acceso a todos los servicios, también se observó un RIESGO INMINENTE en el Servicio de Salud Farmacéutico, ya que se realiza PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS en SISTEMA DE DOSIS UNITARIA, consistente en elaborar y entregar los medicamentos ordenados; la producción de DOSIS UNITARIA y el transporte de las preparaciones suministradas se efectúan sin dar estricto cumplimiento a las Buenas Prácticas de Elaboración, Almacenamiento y Transporte establecidas.

El Servicio de Consulta Externa NO dispone de las siguientes áreas: Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente, ni tampoco una sala de Reanimación de Urgencias y de procedimientos menores con todos los requisitos exigidos por las normas.

El Hospital NO cumple en el LABORATORIO CLINICO DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO , SERVICIOS DE TRANSFUSION, SERVICIO DE RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES, SERVICIOS DE VACUNACION, PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA , SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA, LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y CITOPATOLOGIA; EL LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO . UTERINAS Y EL LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA, EI SERVICIO FARMACEUTICO DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, SALA DE REANIMACION Y LA HOSPITALIZACION EN TODAS SUS COMPLEJIDADES con todos los requisitos exigidos en la normas para su debido funcionamiento.

Durante el recorrido por las instalaciones se evaluó a manera general los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, se determina que el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que pueden determinar un aumento de las infecciones nosocomiales. Los cielos rasos destruidos en algunas áreas y deteriorados en otras; paredes y muros de algunas áreas deteriorados por la humedad y falta de mantenimiento en todos los casos. El ambiente asignado para cocina no cumple para el tipo de servicio que presta.

RIESGO INMINENTE EN LA CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, para la conservación de las condiciones de temperatura y humedad exigida por los fabricantes y proveedores: NO cuenta con Aire Acondicionado a través de red alterna, externa/interna, con instalaciones adecuadas y funcionando en los servicios habilitados. Se evidencia que algunos de estos equipos de aire acondicionado no funcionan de manera óptima, se observa falta absoluta de aire acondicionado (En los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Sala de Trabajo y Atención del Parto, Servicio Farmacéutico . Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en los servicios y en la bodega y/o almacén), ocasionando en algunas áreas fallas en el flujo de aire, como en la dependencia que realiza la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. Se evidencia humedad y deterioro de las paredes de los servicios afectados.

La HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA, MEDICINA INTERNA, TRAUMA Y QUIRURGICOS, PEDRIATICA: No cuentan con sistema de llamado audible y visible; para las camas el sistema de llamado no se encuentra en funcionamiento. Se evidencian dos habitaciones para aislamiento de pacientes las cuales no cuentan con ventilación artificial que permita diez cambios de aire por hora ni con presión del aire levemente negativa en antecámaras. (Resolución 4445 de 1996, Capítulo X, Artículo 35. 3. Cuartos para aislamiento de pacientes).

Las salas de cirugía no cuentan con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior, en funcionamiento. No se evidencia por cada paciente en sala de recuperación, una fuente de succión y una fuente de oxígeno, en el momento de la visita se observan 6 pacientes en recuperación, dos balas de oxígeno y una fuente de succión. Los quirófanos no cuentan con la altura libre mínima de 2.80 m.

El Hospital, NO da cumplimiento a lo descrito en los Convenios Docencia, ni demuestra soportes documentales para la conformación de dicho comité.

SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD: NO cumple. No se garantiza disponibilidad permanente de oxígeno en área de parto. Se evidencian vestuarios para cambio de ropa que funciona como filtro entre la zona semi-aséptica y la zona aséptica, los cuales no son utilizados para tal fin, en uno de ellos almacenan guantes, batas, cascos, etc.; el cambio de ropa lo realizan de forma improvisada en el corredor semi-aséptico

Lo anterior no se adecua a los principios estipulados en las siguientes normas: Ley 23 de 1981 artículo 1, Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000, 2376 de 2010, 1769 de 1994, 1617 de 1995, 2200 de junio 28 de 2005, Acuerdo 003 de 2003 del Consejo Nacional y el artículo 34 de la Ley 734 de 2002, situación dada a la falta una planeación adecuada de los recursos financieros de la entidad, lo que puede colocar en riesgo la salud de los pacientes.

5. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria

El mantenimiento de los equipos biomédicos NO es realizado por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico y/o NO demuestra que esté contratado a través de proveedor externo, no se realiza con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, ni calibración de equipos cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique, en las hojas de vida de los equipos biomédico NO se verifica que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales. NO se verifica y/o demuestra que en las mismas hojas de vida los equipos cuenten con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo, así mismo que se han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado.

El Hospital NO CUMPLE con las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales y no posee un Plan de Mantenimiento Hospitalario años 2011, 2012 y 2013 de acuerdo a la normativa exigida para los hospitales.

El Hospital dentro del PLAN DE MANTENIMIENTO no presenta, ni demuestra gestión, procesos, procedimientos, actividades, seguimiento, evaluación sistemática.

El Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital, NO CUMPLE con lo estipulado en las normas legales vigentes relacionadas con el almacenamiento, conservación, control y vigilancia de los medicamentos y dispositivos médicos para uso humano.

Los sitios de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utiliza la institución, NO se almacenan y conservan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y NO se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.

El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E., NO demuestra que tiene definido el proceso gestión de recursos físicos y ambientales.

Lo anterior trasgrede presuntamente las siguientes normas Resolución No 1043 de 2006, ajustada por las Resoluciones Nos 2680 de 2007 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Anexo Técnico No 1 - Manual Único de Estándares y de Verificación: Estándar tres (3), Dotación . Mantenimiento, Códigos: 3.1; 3.2; 3.3. Decreto No. 1769 de 1994, artículo 12. Plan de Mejoramiento-Mantenimiento hospitalario, y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995. Decreto No. 4725 del 26 de diciembre 2005. Resolución No. 9031 de 1990, artículo 19, (para equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud). Circular Conjunta Externa 005 de 27 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No 500 . 0553-14 del INVIMA, inscripción de recurso humano. Resolución No. 4816 de 2008, (Programa de Tecno vigilancia), Reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE.

Resolución No. 14861 de 198 y la Ley No. 361 de 1997. Licencia de construcción aprobada para el uso de salud y Permiso de vertimientos y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación debida a la falta de planeación lo cual coloca en riesgo los equipos médicos, medicamentos y salud de los usuarios.

6. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria

Los carros de paro de la institución no llevan registros de los medicamentos requeridos para la prestación de servicios, no cuentan con un instrumento de medición de temperatura y humedad, no cuentan con el listado de medicamentos y dispositivos médicos del contenido del carro.

En el servicio de hospitalización Medicina Interna, no llevan registros de los medicamentos requeridos para la prestación de servicios incluidos en estos, tiene una lista de chequeo que NO incluye el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, con registros demostrables; no lleva registro de temperatura y humedad debido a que el área no tiene el instrumento para medirlas.

Se evidencio que en todos los sitios de ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL diferente a la farmacia, NO tienen dispositivos de seguridad que evite robo o pérdida de estos medicamentos.

No se cuenta y/o NO se pudo demostrar, que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y si tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.

No se cuenta y/o NO se pudo demostrar, que el prestador tiene en los procesos de administración/suministro de medicamentos, dispositivos médicos, preparaciones de acuerdo a lo establecido en las normas legales vigentes sobre el SISTEMA DE DOSIS UNITARIA para productos sólidos y su administración a los pacientes, definidas y documentadas actividades para evitar el suministro de medicamentos y/o elementos con fechas de vencimiento expiradas y/o que puedan estar desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente.

Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad:

Resolución No 1043 de 2006 y 2007, ajustada por las Resoluciones Nos 2680 de 2007 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Resolución No. 9031 de 1990, resolución 1478 de mayo de 2006, Resolución No. 4816 de 2008, Resolución 1403 del 14 de mayo de 2007, Resolución 0444 de 2008, Decreto No. 1769 de 1994, Decreto 1617 de 1995, Decreto No. 4725 del 26 de diciembre 2005 para equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia Circular Conjunta Externa 005 de 27 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No 500 .

0553-14 del INVIMA, inscripción de recurso humano expedida por la Dirección Territorial de Salud), Decreto 2200 de junio 28 de 2005, Anexo Técnico No 1 - Manual Único de Estándares y de Verificación estándar (2), (3) (4), Título IV de la Ley 09 de 1979), condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria y el artículo 34 de la ley 734 de 2002. Situación debida a la falta de planeación y control de los medicamentos lo cual coloca en riesgo los mismos y la salud de los usuarios.

7. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

El Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital, No funciona no opera.

El Hospital no demuestra que cuenta con planes hospitalarios para emergencias internas y externas, tampoco se evidencia que tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.

EL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO DE PACIENTES, NO cuenta el registro detallado del paciente, ni tampoco con las condiciones mínimas obligatorias exigida por la norma para el traslado. El SERVICIO DE URGENCIAS, NO cuenta con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.

El Hospital NO demuestra que ha adoptado procedimientos de sistematización para efecto de la remisión periódica de la información contenida en el formato de Resumen de Atención, que permita la elaboración de bases de datos conforme a las instrucciones que para el efecto se expidan de manera conjunta por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Lo anterior no se adecua a la siguiente normatividad: Resolución 3099 de 2008. Artículo 27, Resolución No. 548 de 2010. Artículo 25, Resolución No. 458 de 2013, salvo lo dispuesto artículos 1° al 8°, a partir del 1° de octubre de 2013. Resolución 548 de 2010, Artículo 1°. Decreto 2200 de 2005, capítulo VI - Artículos 22 y 23. Resolución No 1043 de 2006, ajustada por las Resoluciones Nos 2680 de 2007 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Anexo Técnico No. 1 - Manual Único de Estándares y de Verificación: Estándar (4) (5) (6) (7) (8) (9) Procesos Prioritarios Asistenciales, Código: 5. 33. Artículo 1° y Artículo 3° Resolución 3905 de 1994 Ministerio de Salud y de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud . Historia Clínica Decreto No. 4725 de 2005. Resolución 1403 del 14 de mayo de 2007, Capítulo II, Numerales 2, 3, 3.2, 3.6.1.: a, b, c, d, e, y numerales 4 y 5. Resolución 3099 de 2008. Artículo 27, Resolución No. 1995 de 1999. Acuerdo 07 de 1994, y en los acuerdos 11 de 1996 y 05 de 1997, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación.. Decreto No 1011 de 2006. Decreto No. 1032 de 1991. ICONTEC NORMA TÉCNICA DE CALIDAD N° 3729 de 2007. Requisitos de HABILITACIÓN de los SERVICIOS DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (TAB), Anexo Técnico No 1 y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación debida a la falta de planeación y control, lo que puede ocasionar un riesgo para la salud de los usuarios.

8. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

El Hospital, presuntamente NO demuestra la implantación del Sistema de información para la Calidad y además NO cuenta con el informe de seguimiento, ejecución e implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad-PMEC año 2012 y 2013.

Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad:

1. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Decreto No 4295 de noviembre 6 de 2007, Artículo 1°. Resolución No. 2181 de 2008 y su Anexo Técnico. Resolución No 000123 del 26 de enero de 2012, Resolución 1446 de 2006, Decreto No 1011 de 2006, Artículo 52. Sistema de Información para la Calidad. Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Decreto No. 2193 de 2004, Artículo 3º y artículo 34 de la Ley 734 de 2002, situación resultante por la falta de seguimiento y control a los procesos y procedimientos del ente de salud lo cual no permite evidenciar las oportunidades de mejora para la prestación del servicio.

9. Hallazgo Administrativo con presunta incidencia Disciplinaria.

El Hospital, NO demuestra que los Códigos de Ética . Conducta y Buen Gobierno, se hubieran elaborado de manera participativa y su aplicación mediante jornadas de sensibilización, no evidencio el esquema de validación de clima ético organizacional con vigencia de dos años para las vigencias 2011, 2012 y 2013, no cuenta con registros de divulgación de los códigos aprobados por la Junta Directiva, no demuestra un seguimiento al sistema de Gestión de ética, no demuestra mecanismos de resolución de conflictos, para la vigencia 2011, 2012, 2013 no demuestra un seguimiento al sistema de gestión de ética, NO demuestra que la entidad haya informado a la SNS sobre los resultados del sistema de gestión ética para las vigencias 2011, 2012, 2013. Es evidente la falta de funcionamiento del comité de ética Hospitalaria, el cual fue creado pero no interactúa, ni gestiona en contravía con lo establecido en los artículos 15 y 16 del Decreto 1757 de 1994.

Lo anterior trasgrede presuntamente la CIRCULAR EXTERNA 049 SNS -Título I- Capítulo Cuarto, numeral 6 y el artículo 734 de 2002, situación dada por la falta de seguimiento y control al plan estratégico institucional como también la aplicación y cumplimiento de la normativa de la SUPERSALUD, lo cual conlleva que a la ausencia de orientación la entidad prestadora del servicio de salud, no realice una buena gestión.

10. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

En la vigencia 2013 no se observa proceso de reelección o convocatoria para la nueva asociación de usuarios.

La entidad auditada no cumple con la periodicidad y continuidad de las remisiones trimestrales de las actas del Comité de Ética Hospitalaria a la Dirección Municipal y Departamental de Salud y no aporta datos sobre creación y funcionamiento de Veedurías Ciudadanas y Comunitarias.

Se verificó la existencia y funcionamiento de la Oficina de SIAU del Hospital, evidenciándose que el lugar destinado para la atención al usuario no es accesible al público por su ubicación, a su vez no está adecuado para su finalidad y no se evidencian procesos ni procedimientos adecuados para la buena prestación del servicio y los lugares destinados para la atención por admisiones, consulta externa, facturación entre otros, no cuentan con espacios personalizados para la prestación de servicios que garanticen la privacidad y confidencialidad a los Usuarios.

Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad:

Decreto 1157 de 1994 artículo 10,12 15,16, 20, 21, Ley 594 de julio 14 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 21. Programas de gestión documental, ley 87 de 1993, Resolución 1242 de 2008 Estándar 12, Resolución 1817 de 2009, Resolución 1043 de 2006 anexo técnico 2, decreto 1011 de 2006 y el artículo 34 de la ley 734 de 2002 situación resultante por la falta de seguimiento y control a los procesos y procedimientos del ente de salud lo cual no permite evidenciar las oportunidades de mejora para la prestación del servicio.

11. Hallazgo Administrativo con presunta Incidencia Disciplinaria.

La Institución no cuenta con un proceso claro de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias), que garantice el derecho de los usuarios, les permita manifestar o registrar la información y exigir sus derechos, No se evidencia la aplicación de un formato adecuado para el diligenciamiento y trámite de PQRS, no suministra información de indicadores o registro de información globalizado de las vigencias ni porcentaje real de aplicación de encuestas 2011, 2012 y 2013 de PQRS.

Los usuarios del Hospital, desconocen el uso y la importancia de los buzones de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias), como mecanismo que les permita exigir sus derechos cuando crean le están siendo vulnerados, sin disponer de una línea 24 horas durante los 7 días de la semana, cuenta con una ventanilla preferencial ubicada en admisiones, que no funciona adecuadamente, no se respeta el derecho a la atención prioritaria a las personas mayores de 62 años, gestantes, lactantes o discapacitados, y no cumple con el reporte de la información a la SNS.

Lo anterior trasgrede presuntamente las siguiente normatividad:

Ley 1474 de 2011 (Julio 12). Artículo 76. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos. Reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012. Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del

Estado y se dictan otras disposiciones+ Resolución N°. 346 de Mayo 24 del 2000. Artículo 2. Resolución N°. 347 Comité de Quejas. Decreto 1757 de 1994, en su Artículo 5, Ley 1171 del 2007. Artículo 9º, Circular Única Título Séptimo -Capítulo II. y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación debido a la falta de aplicación, seguimiento y control de los procesos, lo que puede generar que no se utilice de manera adecuada una herramienta importante de participación ciudadana para la actualización y mejora continua del servicio a la comunidad.

12. Hallazgo Administrativo.

El Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E. presenta un diagrama arquitectónico de red que no concuerda con el inventario de hardware suministrado en los soportes del Anexo 03 1.1 Inventario de Hardware+

La oficina de Sistemas no posee las características físicas y de seguridad industrial adecuadas para el acceso a la sala donde permanecen los servidores que soportan el sistema.

La instalación, distribución, mantenimiento, seguridad y nomenclatura de los cables de red y comunicaciones ubicados en los diferentes racks y gabinetes del hospital evidencian un estado que no se ajusta a las normas y políticas de seguridad que deben tener dichos dispositivos.

El Hospital, no posee un sistema de respaldo de UPS que garanticen la continuidad del servicio en un 100%.

No se evidenció extintor de incendios en las proximidades de la planta eléctrica, sólo se presenta una manguera contra incendios en el pasillo que linda con el sitio en donde está ubicada la misma.

El grupo de Sistemas de Información no utiliza la metodología de complejidad de passwords, sólo se suministra al usuario la recomendación de cambiar su contraseña que en primera instancia corresponde a su número de identificación.

El grupo de sistemas, no posee dentro de su esquema de seguridad firewall físico ni lógico, ocasionando la falta de límites y controles para el acceso a los sistemas anfitriones y las aplicaciones mediante reglas de seguridad sin filtrar el tráfico en la red institucional. No se dispone de controles para asegurar la rigurosa aplicación de medidas de seguridad ni bitácoras que registren la historia de los procesos de copias de respaldo y recuperación de datos, motivos que implican un alto riesgo en la calidad de los procesos para asegurar la integridad, respaldo y oportunidad de la información crítica de la institución.

Se pudo evidenciar que el grupo de sistemas de información no realiza copias de seguridad periódicas de cada uno de los equipos de cómputo que contienen información crítica en las diferentes dependencias de la Entidad.

La oficina de sistemas no evidencia una adecuada gestión de los medios de respaldo, ya que no posee el control y seguimiento adecuado a la documentación de políticas de seguridad, administración y procedimientos para el manejo de Backups y recuperación de datos que posee, ni ofrece una ubicación segura y custodiada a los discos ópticos que contienen las copias de seguridad de la base de datos institucional, dejando de realizar controles a la vida útil de los medios de respaldo.

Se evidencia que no se cumple la programación del cronograma de mantenimiento para cada uno de los equipos de cómputo y periféricos de la entidad.

Lo anterior debido a la falta de seguimiento, control, monitoreo, revisión a los sistemas de información lo cual puede conllevar a que se pierda la oportunidad, integridad, y calidad de los datos que sirven de apoyo a todo los procesos de la entidad para la mejorar el servicio que se le presta a los usuarios.

De esta manera se concluye la atención a la denuncia CACCI 6952 DC-148-2016.

En espera de que con la presente se de claridad sobre las causales de la denuncia y atentos a cualquier aclaración.

Por lo anteriormente expuesto se remite copia de este informe a la Dirección Operativa de Control Fiscal para el respectivo seguimiento al Plan de mejoramiento, que suscriba el Hospital Tomás Uribe, como producto de los hallazgos administrativos que surgen de la atención a la presente denuncia.

En cumplimiento de los procedimientos establecidos por la Contraloría Departamental del Valle, anexo la encuesta de Percepción de la oportunidad en la respuesta en un (1) folio para ser remitida a esta dependencia una vez diligenciada, así mismo puede ser enviada a través del correo electrónico participacionciudadana@contralariavalledelcauca.gov.co

Cordialmente,

(Original firmado)

ALEXANDER SALGUERO ROJAS
Director Operativo de Comunicaciones y Participación Ciudadana

Copia: CACCI 6952 DC-148. 2016
Carolina Sánchez Bravo -Directora de Vigilancia Fiscal -Contraloría General de la Republica
Carrera 8 No. 15-46 Piso 1 Código Postal 110321 Bogotá D.C.

Proyectó: Harry Torres E... Profesional Universitario
Trascribió: Amparo Collazos Polo . Profesional Especializada

6. CUADRO DE HALLAZGOS
CACCI 1684 DC-46-201 HOSPITAL TOMAS URIBE DEL MUNICIPIO DE TULUA

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>El Hospital Departamental Tomas Uribe , no tiene publicados las Notas a los Estados Financieros básicos de los años 2011 y 2012 en su página Web, ni en un medio de información escrita a nivel nacional o regional.</p> <p>b) El Hospital no posee un sistema de costos estructurado consistente y eficaz.</p> <p>c) La cartera del año 2012 del Hospital reportada en el balance general comparada con la información suministrada por el departamento de cartera presenta una diferencia de \$957,585 miles de pesos sin ser soportada o explicada.</p> <p>d) En el Hospital , se evidencia una diferencia de \$ 15.375 en miles de pesos, la provisión de cartera vigencia 2012, se ha efectuado una provisión del 100% sobre la cartera vencida superior a 360 días, igualmente hay una mayor provisión de \$15.375 miles de pesos, correspondiente a la cartera vencida entre 91 a 180 días con el 5%, y cartera Vencida entre 181 a 360, con un 10%,</p> <p>e) No se evidencio en el Hospital, un Estatuto Interno de Cartera, con los</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X			

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>procedimientos establecidos en la Ley 1066 de 2006, ni acto administrativo de modificación de la estructura orgánica, teniendo en cuenta que la E.S.E aparentemente había sufrido una reestructuración para esa época y no estaba prestando los servicios de salud de primera atención pero el organigrama en el 2014 no reflejaba esos cambios.</p> <p>g) El Hospital , aplica la depreciación de la propiedad planta y equipo en forma general, sin llevar una depreciación detallada por cada activo.</p> <p>h) Se detectó una diferencia de \$714.828 en miles de pesos, del cálculo de la Depreciación de la Propiedad Planta y Equipo, para la vigencia año 2012, Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe Ese de Tuluá, existe unas diferencias considerables en Edificaciones, equipo médico científico, muebles enseres y equipo de oficina.</p> <p>i) El Hospital, no dado cumplimiento la dotación, uniforme (blusas y pantalón) y calzado, desde el año 2011 hasta la fecha de la presente auditoria (marzo de 2014), asciende a un valor aproximado de \$194.334 miles, prestación social de obligación patronal, hay un incumplimiento según lo contemplado en los artículos 230 y 232 del código sustantivo del trabajo.</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>J) El Hospital , no cumple con lo contemplado en el Numeral 1 del literal b) de la resolución 1043 de 2006, se evidencia que las obligaciones mercantiles y cuentas por pagar superiores a 360 días, superan el 50% del pasivo corriente para los años 2011, 2012 y marzo de 2013.</p> <p>Lo anterior no se adecua presuntamente a los principios establecidos Artículo 5 Decreto 1876 de 1994, artículo 189 de la ley 100 de 1993, circular externa 29 de 1997 expedida por la SUPERSALUD, plan general de contabilidad pública y manual de procedimientos de la Contaduría General de la Nación, y el numeral 12 del artículo 14 del Decreto 1018 de 2007 y artículos 36 y 41 de la ley 222 de 1995, resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, decreto 1066 de 2006, código sustantivo del trabajo y artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación que podría conllevar a que la entidad de vea inmersa en situaciones de insostenibilidad financieras lo cual afectaría la prestación de los servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población.</p>				Certificado No. SC-3002-1			
2	No se evidenció representación del estamento científico de la localidad ante la Junta Directiva del Hospital; vigencia 2013 y 2014, y las Actas de la Junta Directiva no presentan consecutivo pre-	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X			

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>numerado, ni registran la firma del secretario de la Junta o su Delegado.</p> <p>En el proceso de verificación no se evidenció el total de soportes o documentos que acrediten a todos los miembros de la Junta Directiva del Hospital, estar incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que le impidan ejercer sus funciones como servidores públicos.</p> <p>No se evidencio acto administrativo mediante el cual se apruebe el plan de gestión vigencia 2011 y 2012, 2013 . 2015.</p> <p>Lo anterior no se adecua presuntamente a los establecido en: Decreto 1876 de 1.994, 1757 de 1994, Constitución Política de Colombia, Artículos 126 al 129 y artículo 292, ley 0269 de febrero 20 de 1996, ley 200 de 1995, ley 190 de 1995, estatuto anticorrupción, decreto 973 de 1994 y ley 734 de 2002, lo que es debido a falta de control y organización de las metas y objetivos institucionales y puede conllevar que a la falta de control de la información no se tomen las decisiones correctas en beneficio de la comunidad.</p>								
3	El Hospital Departamental Tomas Uribe , NO CUMPLE en la verificación de la Tarjeta Profesional de los siguientes funcionarios:	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO			
				A	D	F	P
	<p>Medicina Andrés Felipe Ortiz Toro: no se evidencia la tarjeta profesional de médico para ejercer la profesión en todo el territorio nacional, expedida por la autoridad competente para hacerlo.</p> <p>No hay verificación del título de grado TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA, ni de acto administrativo mediante el cual se autorice el ejercicio de la profesión del área de la salud en todo el territorio nacional , previo a la vinculación: José Ofred Ocampo Arcila, Arelix Córdoba Bedoya.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente los decretos: 1465 de 1992, 1252 de 2000, 1465 de 1991, 1875 1994, 1352 de 2000, las resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007, 3763 de 2007 y el artículo 34 de la ley 734 de 2002. Situación debida a la falta de control a la vinculación del personal, lo que puede conllevar a que se contraten personas con falta de idoneidad para la realización de sus funciones.</p>				Certificado No. SC-3002-1		
4	<p>El Hospital , para todos los Servicios de Salud debidamente Habilitados, verificados y prestados, NO CUMPLE las condiciones mínimas de Habilitación, para los CRITERIOS del ESTÁNDAR UNO . RECURSO HUMANO, ni tampoco las condiciones para garantizar el flujo de aire con ventilación artificial (aire acondicionado), adecuación y mantenimiento de pisos, muros, paredes,</p>	No responde	<p>El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción</p>	X	X		

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>cielo raso, puertas, ventanas, vidrios, unidades sanitarias completas, exigidas para los servicios específicos, en el SERVICIO FARMACEUTICO, NO cuenta con un área física y de circulación restringida, para realizar actividades de su resorte, ni una señalización adecuada para el acceso a todos los servicios, también se observó un RIESGO INMINENTE en el Servicio de Salud Farmacéutico, ya que se realiza PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS en SISTEMA DE DOSIS UNITARIA, consistente en elaborar y entregar los medicamentos ordenados; la producción de DOSIS UNITARIA y el transporte de las preparaciones suministradas se efectúan sin dar estricto cumplimiento a las Buenas Prácticas De Elaboración, Almacenamiento y Transporte establecidas.</p> <p>El Servicio de Consulta Externa NO dispone de las siguientes áreas: Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente, ni tampoco una sala de Reanimación de Urgencias y de procedimientos menores con todos los requisitos exigidos por las normas</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>El Hospital NO cumple en el LABORATORIO CLINICO DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO , SERVICIOS DE TRANSFUSION, SERVICIO DE RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES, SERVICIOS DE VACUNACION, PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA , SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA, LABORATORIO DE en la normas para su debido funcionamiento.</p> <p>Durante el recorrido por las instalaciones se evaluó a manera general los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, se determina que el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que pueden determinar un aumento de las infecciones nosocomiales. Los cielos rasos destruidos en algunas áreas y deteriorados en otras; paredes y muros de algunas áreas deteriorados por la humedad y falta de mantenimiento en todos los casos. El ambiente asignado</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>para cocina no cumple para el tipo de servicio que presta.</p> <p>RIESGO INMINENTE EN LA CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, para la conservación de las condiciones de temperatura y humedad exigida por los fabricantes y proveedores: NO cuenta con Aire Acondicionado a través de red alterna, externa/interna, con instalaciones adecuadas y funcionando en los servicios habilitados. Se evidencia que algunos de estos equipos de aire acondicionado no funcionan de manera óptima, se observa falta absoluta de aire acondicionado (En los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Sala de Trabajo y Atención del Parto, Servicio Farmacéutico . Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos en los servicios y en la bodega y/o almacén), ocasionando en algunas áreas fallas en el flujo de aire, como en la dependencia que realiza la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. Se evidencia humedad y deterioro de las paredes de los servicios afectados.</p> <p>La HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA, MEDICINA INTERNA, TRUAMA Y QUIRURGICOS, PEDRIATICA: No cuentan con sistema de llamado audible y visible; para las camas el sistema de llamado no se</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>aséptica, los cuales no son utilizados para tal fin, en uno de ellos almacenan guantes, batas, cascos, etc.; el cambio de ropa lo realizan de forma improvisada en el corredor semi-aséptico</p> <p>Lo anterior no se adecua a los principios estipulados en las siguientes normas: ley 23 de 1981 artículo 1, decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000, 2376 de 2010, 1769 de 1994, 1617 de 1995, 2200 de junio 28 de 2005, acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación dada a la falta una planeación adecuada de los recursos financieros de la entidad, lo que puede colocar en riesgo la salud de los pacientes.</p>								
5	<p>El mantenimiento de los equipos biomédicos NO es realizado por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico y/o NO demuestra que esté contratado a través de proveedor externo, no se realiza con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, ni calibración de equipos cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique, en las hojas de vida de los equipos biomédico NO se verifica que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>sobre mantenimiento y condiciones ambientales. NO se verifica y/o demuestra que en las mismas hojas de vida los equipos cuenten con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo, así mismo que se han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado.</p> <p>El Hospital, NO CUMPLE con las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales y no posee un Plan de Mantenimiento Hospitalario años 2011, 2012 y 2013 de acuerdo a la normativa exigida para los hospitales.</p> <p>El Hospital., dentro del PLAN DE MANTENIMIENTO no presenta, ni demuestra gestión, procesos, procedimientos, actividades, seguimiento, evaluación sistemática.</p> <p>El Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital , NO CUMPLE con lo estipulado en las normas legales vigentes relacionadas con el almacenamiento, conservación, control y vigilancia de los medicamentos y dispositivos médicos para uso humano.</p> <p>Los sitios de almacenamiento de</p>							

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>medicamentos y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utiliza la institución, NO se almacenan y conservan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y NO se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.</p> <p>El Hospital, NO demuestra que tiene definido el proceso gestión de recursos físicos y ambientales.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente las siguientes normas Resolución No 1043 de 2006, ajustada por las Resoluciones Nos 2680 de 2007 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Anexo Técnico No 1 - Manual Único de Estándares y de Verificación: Estándar tres (3), Dotación . Mantenimiento, Códigos: 3.1; 3.2; 3.3. Decreto No. 1769 de 1994, artículo 12. Plan de Mejoramiento-Mantenimiento hospitalario, y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995. Decreto No. 4725 del 26 de diciembre 2005. Resolución No. 9031 de 1990, artículo 19, (para equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud). Circular Conjunta</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	Externa 005 de 27 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No 500 . 0553-14 del INVIMA, inscripción de recurso humano. Resolución No. 4816 de 2008, (Programa de Tecno vigilancia), Reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE. Resolución No. 14861 de 198 y la Ley No. 361 de 1997. Licencia de construcción aprobada para el uso de salud y Permiso de vertimientos y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación debida a la falta de planeación lo cual coloca en riesgo los equipos médicos, medicamentos y salud de los usuarios.				Certificado No. SC-3002-1			
6	Los carros de paro de la institución no llevan registros de los medicamentos requeridos para la prestación de servicios, no cuentan con un instrumento de medición de temperatura y humedad, no cuentan con el listado de medicamentos y dispositivos médicos del contenido del carro. En el servicio de hospitalización Medicina Interna, no llevan registros de los medicamentos requeridos para la prestación de servicios incluidos en estos, tiene una lista de chequeo que NO incluye el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, con registros demostrables; no lleva registro de	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X			

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>temperatura y humedad debido a que el área no tiene el instrumento para medirlas.</p> <p>Se evidencio que en todos los sitios de ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL diferente a la farmacia, NO tienen dispositivos de seguridad que evite robo o pérdida de estos medicamentos.</p> <p>No se cuenta y/o NO se pudo demostrar, que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y si tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.</p> <p>No se cuenta y/o NO se pudo demostrar, que el prestador tiene en los procesos de administración/suministro de medicamentos, dispositivos médicos, preparaciones de acuerdo a lo establecido en las normas legales vigentes sobre el SISTEMA DE DOSIS UNITARIA para productos sólidos y su administración a los pacientes, definidas y documentadas actividades para evitar el suministro de medicamentos y/o elementos con fechas de vencimiento expiradas y/o que puedan estar desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente.</p>							

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO						
				A	D	F	P			
	<p>Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad:</p> <p>Resolución No 1043 de 2006 y 2007, ajustada por las Resoluciones Nos 2680 de 2007 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, Resolución No. 9031 de 1990, resolución 1478 de mayo de 2006, Resolución No. 4816 de 2008, Resolución 1403 del 14 de mayo de 2007, Resolución 0444 de 2008, Decreto No. 1769 de 1994, Decreto 1617 de 1995, Decreto No. 4725 del 26 de diciembre 2005 para equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia Circular Conjunta Externa 005 de 27 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No 500 . 0553-14 del INVIMA, inscripción de recurso humano expedida por la Dirección Territorial de Salud), Decreto 2200 de junio 28 de 2005, Anexo Técnico No 1 - Manual Único de Estándares y de Verificación estándar (2), (3) (4), Título IV de la Ley 09 de 1979), condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria y el artículo 34 de la ley 734 de 2002. Situación debida a la falta de planeación y control de los medicamentos lo cual coloca en riesgo los mismos y la salud de los usuarios.</p>									
7	El Comité de Farmacia y Terapéutica del	No responde	El hallazgo queda en	X	X					

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>Hospital, No funciona no opera.</p> <p>El Hospital Departamental Tomas Uribe no demuestra que cuenta con planes hospitalarios para emergencias internas y externas, tampoco se evidencia que tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.</p> <p>EL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO DE PACIENTES, NO cuenta el registro detallado del paciente, ni tampoco con las condiciones mínimas obligatorias exigida por la norma para el traslado. El SERVICIO DE URGENCIAS, NO cuenta con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.</p> <p>El Hospital NO demuestra que ha adoptado procedimientos de sistematización para efecto de la remisión periódica de la información contenida en el formato de Resumen de Atención, que permita la elaboración de bases de datos conforme a las instrucciones que para el efecto se expidan de manera conjunta por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Lo anterior no se adecua a la siguiente normatividad:</p> <p>Resolución 3099 de 2008.Artículo 27,</p>		<p>firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción</p>		<p>Certificado No. SC-3002-1</p>				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	ocasionar un riesgo para la salud de los usuarios.								
	Certificado No. SC-3002-1								
8	<p>El Hospital, presuntamente NO demuestra la implantación del Sistema de información para la Calidad y además NO cuenta con el informe de seguimiento, ejecución e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad-PMEC año 2012 y 2013.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad:</p> <p>1. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Decreto No 4295 de noviembre 6 de 2007, Artículo 1°. Resolución No. 2181 de 2008 y su Anexo Técnico. Resolución No 000123 del 26 de enero de 2012, Resolución 1446 de 2006, Decreto No 1011 de 2006, Artículo 52. Sistema de Información para la Calidad. Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Decreto No. 2193 de 2004, Artículo 3º y artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación resultante por la falta de seguimiento y control a los procesos y procedimientos del ente de salud lo cual no permite evidenciar las oportunidades de mejora para la prestación del servicio,</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X				
9	El Hospital, NO demuestra que los Códigos de Ética . Conducta y Buen Gobierno, se hubieran elaborado de	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su	X	X				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>manera participativa y su aplicación mediante jornadas de sensibilización, no evidencio el esquema de validación de clima ético organizacional con vigencia de dos años para las vigencias 20011, 2012 y 2013, no cuenta con registros de divulgación de los códigos aprobados por la Junta Directiva, no demuestra un seguimiento al sistema de Gestión de ética, no demuestra mecanismos de resolución de conflictos, para la vigencia 2011, 2012, 2013 no demuestra un seguimiento al sistema de gestión de ética, NO demuestra que la entidad haya informado a la SNS sobre los resultados del sistema de gestión ética para las vigencias 2011, 2012, 2013. Es evidente la falta de funcionamiento del comité de ética Hospitalaria , el cual fue creado pero no interactúa, ni gestiona en contravía con lo establecido en los artículos 15 y 16 del decreto 1757 de 1994.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente la CIRCULAR EXTERNA 049 SNS -Título I-Capítulo Cuarto, numeral 6 y el artículo 734 de 2002, situación dada por la falta de seguimiento y control al plan estratégico institucional como también la aplicación y cumplimiento de la normativa de la SUPERSALUD, lo cual conlleva que a la ausencia de orientación la entidad prestadora del servicio de salud, no realice una buena gestión.</p>		derecho a la contradicción		Certificado No. SC-3002-1				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
10	<p>En la vigencia 2013 no se observa proceso de reelección o convocatoria para la nueva asociación de usuarios.</p> <p>La entidad auditada no cumple con la periodicidad y continuidad de las remisiones trimestrales de las actas del Comité de Ética Hospitalaria a la Dirección Municipal y Departamental de Salud y no aporta datos sobre creación y funcionamiento de Veedurías Ciudadanas y Comunitarias.</p> <p>Se verificó la existencia y funcionamiento de la Oficina de SIAU del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe, evidenciándose que el lugar destinado para la atención al usuario no es accesible al público por su ubicación, a su vez no está adecuado para su finalidad y no se evidencian procesos ni procedimientos adecuados para la buena prestación del servicio y Los lugares destinados para la atención por admisiones, consulta externa, facturación entre otros, no cuentan con espacios personalizados para la prestación de servicios que garanticen la privacidad y confidencialidad a los Usuarios.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente la siguiente normatividad: Decreto 1157 de 1994 articulo 10,12 15,16, 20, 21, Ley 594 de julio 14 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 21. Programas de gestión documental, ley 87 de 1993, Resolución 1242 de 2008 Estandar 12, Resolución 1817 de 2009, Resolución 1043 de 2006 anexo técnico 2, decreto 1011 de 2006 y el artículo 34 de la ley 734 de 2002 situación resultante por la falta de seguimiento y control a los procesos y procedimientos del ente de salud lo cual no permite evidenciar las oportunidades de mejora para la prestación del servicio.								
11	<p>La Institución no cuenta con un proceso claro de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias), que garantice el derecho de los usuarios, les permita manifestar o registrar la información y exigir sus derechos, No se evidencia la aplicación de un formato adecuado para el diligenciamiento y trámite de PQRS, no suministra información de indicadores o registro de información globalizado de las vigencias ni porcentaje real de aplicación de encuestas 2011, 2012 y 2013 de PQRS.</p> <p>Los usuarios del Hospital Departamental Tomas Uribe . desconocen el uso y la importancia de los buzones de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y sugerencias), como mecanismo que les permita exigir sus derechos cuando crean le están siendo vulnerados, sin disponer de una línea 24 horas durante los 7 días</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X	X				

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>de la semana, cuenta con una ventanilla preferencial ubicada en admisiones, que no funciona adecuadamente, no se respeta el derecho a la atención prioritaria a las personas mayores de 62 años, gestantes, lactantes o discapacitados, y no cumple con el reporte de la información a la SNS.</p> <p>Lo anterior trasgrede presuntamente las siguiente normatividad:</p> <p>Ley 1474 de 2011 (Julio 12).Artículo 76. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos. Reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012. Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones+ Resolución N°. 346 de Mayo 24 del 2000. Artículo 2. Resolución N°. 347 Comité de Quejas. Decreto 1757 de 1994, en su Artículo 5, Ley 1171 del 2007. Artículo 9º, Circular Única Título Séptimo -Capítulo II. y el artículo 34 de la ley 734 de 2002, situación debido a la falta de aplicación, seguimiento y control de los procesos, lo que puede generar que no se utilice de manera adecuada una herramienta importante de participación ciudadana para la actualización y mejora continua del servicio a la comunidad.</p>				<p>Certificado No. SC-3002-1</p>			

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
12	<p>El Hospital Tomás Uribe presenta un diagrama arquitectónico de red que no concuerda con el inventario de hardware suministrado en los soportes del Anexo 03 1.1 Inventario de Hardware+</p> <p>La oficina de Sistemas no posee las características físicas y de seguridad industrial adecuadas para el acceso a la sala donde permanecen los servidores que soportan el sistema.</p> <p>La instalación, distribución, mantenimiento, seguridad y nomenclatura de los cables de red y comunicaciones ubicados en los diferentes racks y gabinetes del hospital evidencian un estado que no se ajusta a las normas y políticas de seguridad que deben tener dichos dispositivos.</p> <p>El Hospital Tomás Uribe no posee un sistema de respaldo de UPS que garanticen la continuidad del servicio en un 100%.</p> <p>No se evidenció extintor de incendios en las proximidades de la planta eléctrica, sólo se presenta una manguera contra incendios en el pasillo que linda con el sitio en donde está ubicada la misma.</p> <p>El grupo de Sistemas de Información no utiliza la metodología de complejidad de passwords, sólo se suministra al usuario</p>	No responde	El hallazgo queda en firme toda vez que la entidad no ejerció su derecho a la contradicción	X					

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO					
				A	D	F	P		
	<p>la recomendación de cambiar su contraseña que en primera instancia corresponde a su número de identificación.</p> <p>El grupo de sistemas, no posee dentro de su esquema de seguridad firewall físico ni lógico, ocasionando la falta de límites y controles para el acceso a los sistemas anfitriones y las aplicaciones mediante reglas de seguridad sin filtrar el tráfico en la red institucional.</p> <p>No se dispone de controles para asegurar la rigurosa aplicación de medidas de seguridad ni bitácoras que registren la historia de los procesos de copias de respaldo y recuperación de datos, motivos que implican un alto riesgo en la calidad de los procesos para asegurar la integridad, respaldo y oportunidad de la información crítica de la institución.</p> <p>Se pudo evidenciar que el grupo de sistemas de información no realiza copias de seguridad periódicas de cada uno de los equipos de cómputo que contienen información crítica en las diferentes dependencias de la Entidad.</p> <p>La oficina de sistemas no evidencia una adecuada gestión de los medios de respaldo, ya que no posee el control y seguimiento adecuado a la documentación de políticas de seguridad,</p>								

	HALLAZGOS	RESPUESTA DE LA ENTIDAD	CONCLUSION AUDITOR	TIPO DE HALLAZGO				
				A	D	F	P	
	<p>administración y procedimientos para el manejo de Backups y recuperación de datos que posee, ni ofrece una ubicación segura y custodiada a los discos ópticos que contienen las copias de seguridad de la base de datos institucional, dejando de realizar controles a la vida útil de los medios de respaldo.</p> <p>Se evidencia que no se cumple la programación del cronograma de mantenimiento para cada uno de los equipos de cómputo y periféricos de la entidad.</p> <p>Lo anterior debido a la falta de seguimiento, control, monitoreo, revisión a los sistemas de información lo cual puede conllevar a que se pierda la oportunidad, integridad, y calidad de los datos que sirven de apoyo a todo los procesos de la entidad para la mejorar el servicio que se le presta a los usuarios.</p>				Certificado No. SC-3002-1			
	TOTAL HALLAZGOS			12	11			