

130 -19.11

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN AL CIERRE FISCAL
Y CONTROL FISCAL INTERNO AL PROCESO DE CIERRE FISCAL**

HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA

VIGENCIA 2021

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, noviembre de 2022

CDVC-SOFP – 38

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN AL CIERRE FISCAL
Y CONTROL FISCAL INTERNO AL PROCESO DE CIERRE FISCAL
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA
2021**

Contralora departamental del Valle del
Cauca

LIGIA STELLA CHAVES ORTIZ

Director operativo de control fiscal

JUAN PABLO GARZÓN PÉREZ

Subdirector operativo financiero y
patrimonial

LUIS EDUARDO RIVAS BARRIOS

Auditor

URIEL MONTOYA García

TABLA DE CONTENIDO

1. HECHOS RELEVANTES	4
2. CARTA DE CONCLUSIONES	6
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	10
3.1. REVISIÓN DE LA CUENTA – CIERRE FISCAL	10
3.1.1 Seguimiento plan de mejoramiento cierre fiscal vigencia anterior	10
3.2 CONCEPTO SOBRE CONTROL FISCAL INTERNO- PROCESO CIERRE FISCAL	11
3.3. GESTIÓN PRESUPUESTAL	12
3.3.1. Resultado fiscal de la vigencia	12
3.3.2. Comparación de ejecución presupuestal y estado del tesoro	12
3.3.3. Fuentes de financiación de las cuentas por pagar y las reservas presupuestales- superávit o déficit de tesorería	14
3.3.4. Evaluación documental de las reservas de apropiación excepcionales y cuentas por pagar	15
3.4. GESTION FINANCIERA	16
3.4.1. Estados contables	16
3.4.1.1. <i>Conciliación información presupuestal y de tesorería con la reflejada en los estados financieros</i>	16
3.4.2. Legalidad presupuestal y contable (Cierre fiscal)	16
4 ANEXOS	17
4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS	17
4.2. ANALISIS DERECHO DE CONTRADICCION	18

1. HECHOS RELEVANTES

El presupuesto como herramienta de planificación financiera, le permite al sector público la asignación eficiente de recursos para el cumplimiento de las metas establecidas en los planes de desarrollo, materializando resultados esperados en bienes y servicios concretos que deben satisfacer las necesidades sociales de la población en el área de influencia de las administraciones públicas.

En atención al principio de anualidad, el Sistema Presupuestal Colombiano exige a las administraciones públicas el cierre fiscal de sus actividades, al término de cada vigencia fiscal, para que éstas puedan hacer seguimiento al resultado fiscal individual, tomar decisiones sobre su gestión administrativa y financiera acorde a los preceptos establecidos en el Estatuto Orgánico de Presupuesto - Decreto Ley 111 de 1996, en el Decreto 115 de 1996, por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las empresas industriales y comerciales del estado y de las sociedades de economía mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras, igualmente la Ordenanza 408 de enero 5 de 2016 Estatuto Presupuestal del Departamento del Valle del Cauca y los estatutos vigentes en las entidades territoriales.

En el ciclo presupuestal, el seguimiento y la evaluación del presupuesto permiten a las administraciones públicas medir el cumplimiento de metas propuestas, los resultados obtenidos y la gestión fiscal, verificando si los resultados se están logrando de manera oportuna por los responsables de su ejecución, facilitando la toma de decisiones y la gestión de las áreas responsables para coordinar, controlar y evaluar permanentemente los ingresos y gastos de las administraciones, produciendo información verídica sobre el estado de las finanzas públicas.

La presente auditoría está concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del proceso fiscal y en general de la gestión misional de la entidad, procurando el cumplimiento de los objetivos, en la disminución de los riesgos y el mejoramiento en la eficacia, de los planes, metas previstas, verificando los controles definidos para los procesos y actividades de la entidad auditada, velando por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos y metas de la organización, estableciendo las deficiencias de los procesos en mención, que requieran de aplicar los correctivos que sean necesarios, acatando los principios de eficacia y economía de que trata la Ley 1437 de 2011, bajo el entendido que las autoridades buscaran que los procedimientos logren su finalidad y evitaren decisiones inhibitorias, dilaciones o retardos, procediendo con austeridad y eficiencia, optimizando el uso del tiempo y de los demás recursos, procurando el más alto nivel de calidad en sus actuaciones.

Un resultado fiscal presupuestal positivo o negativo; la confrontación de la ejecución presupuestal de ingresos en efectivo, con el saldo de la tesorería que evidencie diferencia y que ésta genere superávit o déficit al cierre de la vigencia fiscal, son indicadores que permiten medir la capacidad administrativa de quienes gestionan los recursos públicos, demandando decisiones oportunas que garanticen el equilibrio presupuestal y financiero para lograr los resultados esperados, acordes a las expectativas o demandas de bienes y servicios de los ciudadanos, ajustadas a la normatividad legal vigente.

El Control Interno como sistema es el instrumento que armoniza con el control fiscal siendo útil para garantizar la eficacia y eficiencia de la gestión pública y la defensa del patrimonio público, permitiendo anticipar los riesgos y gestionarlos para y evitar la pérdida de recursos públicos, de allí su importancia y el enfoque del presente proceso auditor.

2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctora

BLANCA LILIANA FERNANDEZ OROZCO

Gerente

Hospital Benjamín Barney Gasca

Señores

JUNTA DIRECTIVA y

CONCEJO MUNICIPAL

Municipio de Florida Valle del Cauca.

Respetada Dra. Fernández, señores Junta Directiva y Concejo Municipal

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política y en cumplimiento del PVCF 2022, practicó actuación de fiscalización al cierre fiscal y control fiscal interno al proceso de cierre fiscal del hospital Benjamín Barney Gasca de Florida Valle del Cauca a través de la evaluación de los principios de, eficiencia y eficacia con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el proceso de cierre fiscal. La auditoría incluyó la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, después del análisis, producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas conforme lo establece la Guía de Auditoría Territorial – GAT adoptada en el marco de las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (E.F.S) ISSAI, mediante la Resolución Reglamentaria 003 de enero 7 de 2020 en lo pertinente y aplicable y específicamente en la ISSAI 100, y con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar el concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de las evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de

trabajo, los cuales reposan en los archivos de la subdirección operativa financiera y patrimonial.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

Se evaluaron atendiendo el principio de selectividad los macroprocesos, presupuestal y financiero, se revisó rendición de la cuenta en lo referente al cierre fiscal, el plan de mejoramiento y el control fiscal interno, la legalidad presupuestal - financiera en lo aplicable en la ejecución, estados contables - efectivo y gestión presupuestal específicamente en el cierre fiscal, financiero y presupuestal al término de la vigencia 2021.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad con el fin de garantizar el debido proceso. Las respuestas de la administración fueron analizadas por el equipo auditor y se incorporaron en el informe final.

CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO

El concepto sobre el análisis efectuado, se fundamenta en los conceptos que se citan a continuación, los cuales están directamente relacionados con el asunto evaluado “Cierre fiscal y control fiscal interno al proceso de cierre fiscal.” a saber:

CONCEPTO SOBRE CONTROL FISCAL INTERNO

La calidad y el nivel de confianza del sistema de control fiscal interno en relación con el cierre fiscal para el sujeto de control es **con deficiencias** de acuerdo con la calificación obtenida de 1.7

CONTROL PRESUPUESTAL Y FINANCIERO

Se determinó en el ejercicio del cierre fiscal, que el hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. del municipio de Florida generó un resultado fiscal negativo de \$3.740.696.934, generó cuentas por pagar sin fuente de financiación en recursos propios por \$3.440.623.787.

Sobre la base del trabajo de auditoría efectuado, consideramos que la (información acerca de la materia controlada de la entidad auditada- Proceso de Cierre Fiscal) resulta **no conforme**, en los aspectos significativos, al cierre de la vigencia fiscal se generó déficit fiscal en la fuente de recursos propios con los (criterios aplicados respecto del proceso de cierre fiscal, principios de anualidad y universalidad; El saldo en la tesorería no corresponde al flujo de ingresos y gastos en efectivo de la

vigencia, los saldos de recursos por fuentes corresponden a obligaciones que no contaban en tesorería con recursos para su financiación o pago, se deben incorporar al presupuesto de la siguiente vigencia como cuentas por pagar sin fuente de financiación), además el concepto de control fiscal interno relacionado con el proceso de cierre fiscal, fue con deficiencias, y cumple parcialmente con los principios evaluados (eficiencia, eficacia) el concepto **ES INCUMPLIMIENTO MATERIAL ADVERSO**.

La evaluación y el concepto de los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos planteados, se desagregan en el punto 3 del informe.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría al cierre fiscal de la vigencia 2021, se determinaron 5 hallazgos administrativos, 3 con presunta incidencia disciplinaria.

PLAN DE MEJORAMIENTO

Con base en los hallazgos detectados, validados y dados a conocer en forma oportuna a su administración durante el proceso auditor, se debe diseñar y presentar un plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias comunicadas, documento que debe ser rendido de manera electrónica a través del Sistema Integral de Auditoría (SIA) CONTRALORIAS en el formato dispuesto para tal fin, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de este informe. El plan de mejoramiento debe contener las acciones que se implementarán por parte de la entidad a su cargo, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma respectivo y los responsables de su desarrollo.

La Contraloría Departamental del Valle, evaluará la efectividad de las acciones emprendidas por la entidad para eliminar las causas de los hallazgos detectados en esta auditoría, según lo establecido en los artículos 4º y 5º de la Resolución Reglamentaria No. 009 de junio 8 de 2021, el proceso y la Guía de auditoría aplicable vigentes.

Santiago de Cali, D.E.



LIGIA STELLA CHÁVES ORTIZ
Contralora Departamental del Valle del Cauca

Proyectó: Equipo Auditor

Revisó: Luis Eduardo Rivas Barrios. Subdirector Operativo Financiero y Patrimonial

Aprobó: Juan Pablo Garzón Pérez, Director Operativo de Control Fiscal

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del Plan de Vigilancia y Control Fiscal PVCF- 2022, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca adelantó actuación de fiscalización al cierre fiscal y control fiscal interno de las entidades sujetas de control con el fin de evaluar la gestión fiscal y financiera durante la vigencia 2021.

Para el ejercicio de cierre fiscal de la vigencia 2021, los recursos provenientes de la nación, fueron tenidos en cuenta para determinar la ejecución total del presupuesto y los saldos reales en tesorería al 31 de diciembre (Decreto 403 de marzo 16 de 2020).

La evaluación del control interno fiscal se orientó a determinar la calidad y el nivel de confianza del sistema de control interno en relación al cierre fiscal para determinar su eficacia en el cumplimiento de los objetivos en el proceso de cierre fiscal

De acuerdo con la información reportada la entidad, se presentan los resultados del ejercicio:

3.1. REVISIÓN DE LA CUENTA – CIERRE FISCAL

El hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. del municipio de Florida, rindió la información del cierre fiscal de la vigencia 2021, en el Sistema Integral de Auditorías (SIA) Contralorías, analizada la rendición de la cuenta en el tema específico del cierre fiscal, se concluye que la entidad rindió los documentos exigidos con la suficiencia y calidad requerida, permitiendo la vigilancia y control en el tema objeto del proceso auditor.

3.1.1 Seguimiento plan de mejoramiento cierre fiscal vigencia anterior

La entidad constituyó plan de mejoramiento con respecto al cierre fiscal de la vigencia 2020, a cuatro hallazgos determinados en el proceso auditor, analizados y verificados los soportes de la oficina de control interno, se concluye que las actividades propuestas se ejecutaron la 2 y la 4, las actividades 1 y 3 no se cumplieron, por lo cual debe continuar con las acciones correctivas para subsanarlas, no se evidenció el seguimiento e informes por parte de la oficina de control interno, basado la identificación de riesgos y controles plasmados en el mapa de riesgos para el procedimiento de cierre fiscal, a fin que las inobservancias establecidas, (materialización de riesgo), se mitigue o evite.

3.2 CONCEPTO SOBRE CONTROL FISCAL INTERNO- PROCESO CIERRE FISCAL

En cumplimiento del numeral 6 del artículo 268 de la constitución política de Colombia sobre la atribución del contralor general de la república y de las contralorías territoriales, de conceptuar sobre la calidad y eficiencia del control fiscal interno, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca evaluó los riesgos y controles establecidos para el sujeto de control y los puntos de control, conforme a los parámetros mencionados en la guía de auditoria territorial, en el marco de las normas internacionales de auditoria ISSAI.

En el desarrollo de la auditoria se verificaron las acciones realizadas por la oficina de Control Interno al proceso de cierre fiscal, el cumplimiento de las actividades del proceso documentado de cierre y de la identificación de los riesgos y controles, aplicando la metodología contenida en la matriz de riesgos y controles, y conceptúa que la calidad y eficiencia del control interno con relación al proceso de cierre fiscal de la vigencia 2021 es con deficiencia. (Ver cuadro 1).

CUADRO 1

MACROPROCESO		VALORACIÓN DISEÑO DE CONTROL - EFICIENCIA (25%)	RIESGO COMBINADO (Riesgo inherente*Diseño del control)		VALORACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES (75%)	CALIFICACION SOBRE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DEL CONTROL FISCAL INTERNO INTERNO
GESTIÓN FINANCIERA	1,36	PARCIALMENTE ADECUADO	4,09	MEDIO	CON DEFICIENCIAS	1,7
GESTIÓN PRESUPUESTAL	1,50	PARCIALMENTE ADECUADO	3,00	BAJO	CON DEFICIENCIAS	
Total General	1,39	PARCIALMENTE ADECUADO	3,87	MEDIO	CON DEFICIENCIAS	

1. Hallazgo administrativo

Debilidades del sistema de control interno

Condición (situación detectada de incumplimiento)

Al evaluarse el control fiscal interno al proceso de cierre fiscal del sistema financiero, contable y presupuestal del hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. del municipio de Florida se determinó con deficiencias, al obtener una calificación de 1.7 sobre la calidad y eficiencia del mismo, evidenciando la no realización de una evaluación periódica que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno, componentes que operativizan el sistema.

Fuente de criterio y criterio

Aplicabilidad parcial a los preceptos de:
Constitución Política de Colombia, Art.269
Ley 87 de 1993, Artículo 1°.

Decreto 648 de 2017, Art,8 y 17 que modifican el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015

Causa

Deficiencias en la interiorización de conceptos de cada uno de los componentes del MECI (Ambiente de control, Administración del riesgo, Actividades de control y monitoreo)

Efecto

Incurrir en inobservancias que afecten el resultado en el cierre fiscal y por ende la eficiencia y eficacia en el logro de objetivos y metas de la vigencia en atención a la misión

3.3. GESTIÓN PRESUPUESTAL

3.3.1. Resultado fiscal de la vigencia

El hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. de Florida, según la información reportada en la rendición del cierre fiscal vigencia 2021, ejecutó ingresos por \$9.497.774.235, suscribió créditos de tesorería por \$673.690.510 y comprometió gastos por \$12.564.780.659, generando un resultado fiscal de ejecución presupuestal negativo de \$3.067.006.424, producto de generar cuentas por pagar sin recursos en tesorería para su pago por en la fuente de recursos propios. Ver cuadros 2 y 4).

CUADRO 2

HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA										
Análisis Resultado Fiscal										
Vigencia 2021										
Ítem	Ejecución Ingresos				Ejecución Gastos					Resultado 10=4-9
	Recaudo en efectivo 1	Recursos del Balance 2	Ejecución en Papeles y Otros 3	Total Ingresos 4= 1+2+3	Pagos 5	Cuentas por pagar 6	Reservas Presupuestales 7	Pagos sin Flujo de Efectivo 8	Total Gastos 9=5+6+7+8	
TOTALES	9.326.716.059	171.058.176	0	9.497.774.235	8.927.064.172	3.637.716.487	0		12.564.780.659	-3.067.006.424

Fuente: Financiero hospital

Elaboro: Equipo auditor

3.3.2. Comparación de ejecución presupuestal y estado del tesoro

A los ingresos ejecutados por el hospital en el 2021, por concepto de recaudos en efectivo más disponibilidad inicial, se le restaron los pagos efectuados en la vigencia, generando un saldo de \$570.710.063, que al compararse con los recursos que se presentan en el estado del tesoro por \$197.092.700, se determinó diferencia negativa en tesorería por \$373.617.363, que de acuerdo con la información presentada por la entidad, debidamente soportada, corresponde al saldo de los créditos de tesorería tomados por la entidad de conformidad con numeral 3:3 del artículo 3 del Decreto Ley 678 de 2020 y que en el balance de comprobación se refleja como un pasivo en la cuenta 231301 Préstamo Banca Comercial, y que la

normatividad permitió la excepcionalidad de cancelarlos a más tardar en la vigencia siguiente. Se requiere que el hospital en su derecho a la contradicción aclare los saldos, pues se debe tener claro cuanto fue el monto de los créditos y que pagos se realizaron con esos recursos (ver cuadro 3)

CUADRO 3

HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA Análisis confrontación de saldos presupuesto y tesorería Vigencia 2021									
(Recaudo En Efectivo + Recursos del Balance y/o Disponibilidad)ppto 1	Depositos Judiciales a Favor 2	pagos efectivos por ppto 3	Depositos judiciales en contra y anticipos sin legalizar 4	TOTAL 5=(1+2-3-4)	Estado de Tesorería 6	Descuentos de nómina y otros en Tesorería 7	Recursos Resguardos Indigenas 8	SALDO TESORERIA 9 = (6-7-8)	DIFERENCIA 10=(9-5)
9.497.774.235		8.927.064.172		570.710.063	197.092.700	0	0	197.092.700	-373.617.363

Fuente: Financiero hospital

Elaboro: Equipo auditor

2. Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria

Diferencia entre presupuesto y tesorería

Condición (situación detectada de incumplimiento)

A los ingresos ejecutados por el hospital en el 2021, por concepto de recaudos en efectivo más disponibilidad inicial, se le restaron los pagos efectuados en la vigencia, generando un saldo de \$570.710.063, que al compararse con los recursos que se presentan en el estado del tesoro por \$197.092.700, se determinó diferencia negativa o presunto faltante en tesorería por \$373.617.363, que de acuerdo con la información presentada por la entidad, debidamente soportada, corresponde al saldo de los créditos de tesorería tomados por la entidad de conformidad con numeral 3:3 del artículo 3 del Decreto Ley 678 de 2020 y que en el balance de comprobación se refleja como un pasivo en la cuenta 231301 Préstamo Banca Comercial, y que la normatividad permitió la excepcionalidad de cancelarlos a más tardar en la vigencia siguiente.

Fuente de criterio y criterio

Constitución Política de Colombia, artículo 345; Decreto 115 de 1996 artículo 5, principio de universalidad, reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto)

Causa

Ausencia de mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir los errores de manera oportuna.

Efecto

Incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, generando riesgo financiero para

la entidad.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

3.3.3. Fuentes de financiación de las cuentas por pagar y las reservas presupuestales- superávit o déficit de tesorería

Al evaluarse las reservas presupuestales y cuentas por pagar, contra cada una de las fuentes de financiación desagregadas en el estado del tesoro, se determinó cuentas por pagar sin disponible en tesorería para su pago en la fuente: recursos propios por \$3.440.623.787. (Ver cuadro 4).

CUADRO 4

HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA Conciliación Reservas con Tesorería Análisis Recursos a Incorporar Vigencia 2021						
Fuente	Saldo Estado del Tesorería 1	Valor Reservas de Apropriación 2	Valor Cuentas Por Pagar 3	Descuentos de nómina y otros en Tesorería 4	Superavit a Incorporar al Presupuesto Siguiende Vigencia 5=1-(2+3+4)	Deficit a Incorporar al Presupuesto Siguiende Vigencia 5=1-(2+3+4)
Recursos Propios	197.092.700		3.637.716.487	-		(3.440.623.787)
Fondos Especiales				-	-	
TOTAL S.G.P				-	-	
Fondos Regalías (2015)				-	-	
Destinaciones Especificas				-	-	
Otras Destinaciones Especificas				-	-	
Recaudos en Tesorería por Descuentos y otros.				-	-	
SubTotales	197.092.700	-	3.637.716.487	-	-	-3.440.623.787
Sistema General de Regalías		-	-	-	-	
TOTAL PRESUPUESTO	197.092.700	-	3.637.716.487	-	-	-3.440.623.787

Fuente: Financiero hospital
Elaboro: Equipo auditor

3. Hallazgo administrativo

Cuentas por pagar sin financiación

Condición (situación detectada de incumplimiento)

El hospital Benjamín Barney Gasca del municipio de Florida al cierre de la vigencia fiscal 2021, en la fuente de recursos propios constituyo cuentas por pagar de orden presupuestal por \$3.637.716.487, la entidad solo contaba con recursos en tesorería para el apalancamiento de \$197.092.700, de los cuales \$generando cuentas por pagar sin financiación en esta fuente por \$3.440.623.787, evidenciando problemas

de liquidez (flujos de caja), toda vez, que se adquieren obligaciones sin contar con recursos en tesorería para su respaldo.

Fuente de criterio y criterio

Aplicando en forma deficiente de la Constitución Política artículos 5 y 6 Decreto 115 de 1996 Artículos 5 y 6, Reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto orgánico de presupuesto).

Causa

Debilidades de mecanismos de evaluación, control, seguimiento y conciliación de las diferentes dependencias que conforma el área financiera, que no permiten evidenciar a tiempo este tipo de situaciones.

Efecto

Generando incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, ocasionando riesgo financiero para el hospital.

3.3.4. Evaluación documental de las reservas de apropiación excepcionales y cuentas por pagar

- **Reservas de apropiación excepcionales**

Se evidenció presupuestalmente que el hospital no constituyó reservas de apropiación presupuestal excepcionales al cierre de la vigencia 2021.

- **Cuentas por pagar**

El hospital de Florida al cierre de la vigencia fiscal 2021 mediante Resolución No 014 del 07 de enero de 2022, generó cuentas por pagar o reservas de caja por \$3.637.716.487, contaba en tesorería con \$197.092.700, para respaldar el pago, generando obligaciones sin respaldo en tesorería por \$3.440.623.787.

4. Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria

Fondo de contingencias

Condición (situación detectada de incumplimiento)

El hospital Benjamín Barney Gasca del municipio de Florida presenta en la cuenta 2460 créditos judiciales saldo por \$306.200.000, cuenta 271005 provisiones para contingencias litigios y demandas por \$1.083.320.193 y cuenta 9120 Litigios y demandas \$8.806.245.805, las cuales se encuentran registrada en el estado de

Situación Financiera de 2021, evaluada la documentación que soporta el cierre fiscal de 2021, se evidencia que el hospital no tiene constituido el fondo de contingencias para el respaldo de estas provisiones y contingencias,

Fuente de criterio y criterio

Ley 448 de 1998, artículo 6, modificado por el Ley 1955 de 2019 artículo 90, párrafo único

Causa

Situación ocasionada presuntamente por ausencia de mecanismos de seguimiento, control y conciliación entre las dependencias del área financiera y oficina de asesoría jurídica, que no permiten advertir los errores de manera oportuna,

Efecto

Generando incertidumbre frente a la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, ocasionando riesgo financiero para el hospital.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

3.4. GESTION FINANCIERA

3.4.1. Estados contables

3.4.1.1. Conciliación información presupuestal y de tesorería con la reflejada en los estados financieros

Analizado el balance de prueba con corte al 31 de diciembre de 2021, se evidenciaron valores registrados en forma adecuada a la normatividad contable vigente.

3.4.2. Legalidad presupuestal y contable (Cierre fiscal)

Verificado el cumplimiento de la normatividad presupuestal y contable aplicable en el proceso del cierre fiscal, por parte la entidad auditada, se determinó que cumple los preceptos que debe observar en el marco de la Ley y los estatutos que le rigen.

5. Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria

Recaudos a favor de terceros

Condición (situación detectada de incumplimiento)

De acuerdo con información suministrada por el hospital, en el estado de situación financieros al 31 de diciembre de 2021 evaluado a través, del balance de prueba la cuenta 242515 Deducción de impuestos (Estampillas) \$234.064.563; 2436 retención en la fuente e impuesto de timbre \$56.344.566, recursos que deben permanecer en tesorería hasta tanto se realice el giro al tercero correspondiente. Al conciliar esta información con el estado de tesorería al 31 de 2021, no se evidencian soporte de la existencia de la totalidad de estos valores.

Fuente de criterio y criterio

Resolución 414 de 2014 (marco normativo para empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público) en correspondiente al marco conceptual características cualitativas de la información financiera, numerales 4.1.2 representación fiel, 4.2.1 verificabilidad y 4.2.3 comprensibilidad, 4.2.4 comparabilidad.

Causa

Debilidades de mecanismos de seguimiento y control, que no permitieron advertir los errores de manera oportuna,

Efecto

Incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la rendición de cuentas, la toma de decisiones y el control a nivel interno y externo.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

4 ANEXOS

4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS INFORME DE ACTUACION DE FISCALIZACION AL CIERRE FISCAL Y CONTROL FISCAL INTERNO AL PROCESO DE CIERRE FISCAL HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA DE FLORIDA VALLE VIGENCIA 2021 PVCF- 2022							
No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorio	Beneficio de control	Daño Patrimonial (\$)
5	5	3	-	-	-	-	-

4.2. ANALISIS DERECHO DE CONTRADICCIÓN

OBSERVACION No 1 Administrativa

Debilidades del sistema de control interno

Condición (situación detectada de incumplimiento)

Al evaluarse el control fiscal interno al proceso de cierre fiscal del sistema financiero, contable y presupuestal del hospital Benjamín Barney Gasca E.S.E. del municipio de Florida se determinó con deficiencias, al obtener una calificación de 1.7 sobre la calidad y eficiencia del mismo, evidenciando la no realización de una evaluación periódica que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno, componentes que operativizan el sistema.

Fuente de criterio y criterio

Aplicabilidad parcial a los preceptos de:

Constitución Política de Colombia, Art.269

Ley 87 de 1993, Artículo 1º.

Decreto 648 de 2017, Art,8 y 17 que modifican el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015.

Causa

Deficiencias en la interiorización de conceptos de cada uno de los componentes del MECI (Ambiente de control, Administración del riesgo, Actividades de control y monitoreo).

Efecto

Incurrir en inobservancias que afecten el resultado en el cierre fiscal y por ende la eficiencia y eficacia en el logro de objetivos y metas de la vigencia en atención a la misión.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, al entregar el Informe de Actuación Especial al Cierre Fiscal y Control Fiscal Interno del Hospital Benjamín Barney Gasca, emitió el siguiente concepto sobre Control Fiscal Interno - Proceso Cierre Fiscal: *“En el desarrollo de la auditoria se verificaron las acciones realizadas por la oficina de Control Interno al proceso de cierre fiscal, el cumplimiento de las actividades del proceso documentado de cierre y de la identificación de los riesgos y controles, aplicando la metodología contenida en la matriz de riesgos y controles, y conceptúa que la calidad y eficiencia del control interno con relación al proceso de cierre fiscal de la vigencia 2021 es con deficiencia”.*

Como resultado del mismo, se produjo una Observación Administrativa al Control Fiscal Interno proceso cierre fiscal, la cual “...determinó con deficiencias, al obtener una calificación de 1.7 sobre la calidad y eficiencia del mismo, evidenciando la no realización de una evaluación periódica que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno, componentes que operativizan el sistema”.

En respuesta al informe, la Guía de Auditoría Territorial, define la Auditoría Gubernamental como “Un proceso sistemático que acorde con normas de auditoría del proceso auditor territorial compatibles con las generalmente aceptadas vigentes, evalúa la gestión y los resultados fiscales mediante la aplicación de los sistemas de control fiscal, para determinar el cumplimiento de los principios fiscales en la prestación de servicios o provisión de bienes públicos en desarrollo de los fines esenciales del Estado, de manera que le permita a la contraloría territorial fundamentar sus pronunciamientos, opiniones y/o conceptos”.

La guía, establece las modalidades de auditoría, con el propósito de asegurar los niveles de eficiencia en la planeación del proceso auditor, aplicando la modalidades de auditoría especial, que evalúa políticas, asuntos, programas, proyectos, procesos, áreas o actividades de carácter específico o transversal, de interés o relevancia con el propósito de emitir un concepto u opinión sobre lo evaluado, realizando seguimiento a los planes de mejoramiento.

Al realizar la evaluación de control interno en la institución, se analizan los sistemas de control, con el fin de determinar la calidad de los mismos, el nivel de confianza que se les pueda otorgar y si son eficientes en el cumplimiento de sus objetivos. Dentro de estos sistemas de control se incluyen actividades relacionadas con el concepto de cada uno de los componentes del MECI (Ambiente de control, valoración del riesgo, procedimientos y actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo), control fiscal interno y seguimientos a las funciones de advertencia, entre otros, que implican actos de gestión fiscal.

De acuerdo con el artículo 17º del Decreto 648 de 2017, que modifica el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, el Asesor de Control Interno desarrolla su labor a través del enfoque hacia la prevención, la evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, conforme a la evaluación de los componentes del control interno institucional y con base en los lineamientos del Departamento Administrativo

de la Función Pública, los cuales están debidamente soportados en el presente documento enviado a la Contraloría Departamental.

Hospital Benjamín Barney Gasca, ESE
Diligenciamiento Información Cierre Fiscal 2021
Seguimiento Oficina de Control Interno HBBG 2022

La Asesoría de Control Interno del Hospital Benjamín Barney Gasca, ESE, soportada en la información entregada por los líderes de proceso, ha diligenciado la información requerida por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca para el Cierre Fiscal 2021, relacionada con el Mapa de Riesgos de índole financiero, con el correspondiente aporte de las evidencias que corroboran sus respuestas.

EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.				
AMBIENTE DE CONTROL		S	N	EVIDENCIA
		I	O	
1	Se ha identificado la existencia de conflictos de intereses relacionados con el cumplimiento de las leyes y regulaciones en relación al cierre fiscal.		X	La información y los procedimientos cumplen de acuerdo con la normativa legal y las regulaciones establecidas por el ente de control para el cierre fiscal.
2	La administración incentiva de manera frecuente con el cumplimiento de los procesos y procedimientos administrativos.	X		La institución tiene establecido el Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el cual se revisan los temas de cada proceso y sus indicadores, relacionados con aspectos de control, mejoramiento y acompañamiento por parte de Gerencia, Planeación y Calidad. Se cuenta con diferentes espacios de participación para los colaboradores, donde son escuchados por la gerencia y se evalúa el cumplimiento de los valores y principios del servicio público a través del Comité Coordinador de Control Interno y los demás Comités Institucionales.

3	Los manuales y procedimientos están actualizados para los procesos bajo evaluación	X		Intrafile: http://192.168.42.200:8080/hospitalflorida/index.php A. Plan de Desarrollo, de Gestión, Administrativos, Metas e Indicadores de Gestión. Rendición Anual de Cuentas en Audiencia Pública. B. Código de Ética, Código de Integridad, Misión, Visión y Valores Institucionales. C. Procedimientos para la inducción, reinducción D. Programa Institucional de Capacitación y Plan de Bienestar Social e Incentivos para los servidores. E. Seguimiento a la Evaluación de Desempeño Laboral conforme a lo establecido por la CNSC.	
4	Se han producido cambios recientes en la entidad que pudieran afectar el desempeño de las funciones.	X		Los cambios más significativos que han afectado el desempeño de las funciones en la entidad durante el 2021 los ha propiciado la emergencia sanitaria del Covid19 y quedaron plasmados en el Manual de Bioseguridad Covid19 TH-DA-05. Estos cambios generaron incumplimientos en los pagos por parte de las EPS.	
5	La Dirección maneja adecuadamente el logro de los objetivos y la gestión de riesgo garantizando la observancia de las leyes en relación al cierre fiscal.	X		Se verifica y evalúa la política de Administración de Riesgos, atendiendo los lineamientos establecidos en relación al cierre fiscal. DGE-20 Versión 005 Política Institucional para la Gestión del Riesgo. Procedimiento CI-PO-05 Versión 01 de Buenas Prácticas de Control para la Administración y Gestión del Riesgo en la institución.	
VALORACION DE RIESGO					
1	Existen mecanismos de análisis que permitan identificar, analizar y evaluar los riesgos asociados al cumplimiento	X		A. Procedimiento CI-PO-05 Versión 01 de Buenas Prácticas de Control para la Administración y Gestión del Riesgo. B. Mapa Riesgos de Corrupción 2.021. C. Informe de Seguimiento Matriz de Riesgo III	

	con normatividad y regulaciones en relación al cierre fiscal.			Cuatrimestre 2021. D. Evaluación Independiente de Control Interno.	
2	Se han establecido de manera clara los objetivos en función a la normatividad y regulaciones que hay que cumplir en relación al cierre fiscal.	X		A. Fortalecimiento del compromiso institucional por parte de los líderes y sus equipos de trabajo. B. Orientación y claridad en las líneas de reporte. C. Facilitación del logro de los objetivos de la entidad.	
3	Se ha preparado al personal en cuanto a la probabilidad de cambios en las normativas que rigen el procedimiento de cierre fiscal.	X		Las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano adoptadas por la gerencia, responden a las competencias y las necesidades de capacitación requeridas por los servidores para el logro de los objetivos y permiten conocer y desarrollar las normas existentes para el cierre fiscal.	
PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL			EVIDENCIA		
1	Existe segregación de funciones respecto a la realización y aprobación del proceso financiero y procedimiento de cierre.	X		El proceso de Gestión Financiera cuenta con funcionarios y contratistas encargados de la ejecución presupuestal, registros contables y pagos conforme a la liquidez con que cuenta tesorería, al orden cronológico de las cuentas y a la autorización por parte del ordenador del gasto, previo Certificado de Disponibilidad Presupuestal.	
2	Existe segregación de funciones respecto a la realización y aprobación de los procesos.	X		Todos los procesos tienen establecidas las funciones de elaboración, revisión y aprobación. Existe un responsable de realizar el control para cada actividad, una periodicidad para su ejecución, un propósito, una descripción y una evidencia de cómo se realiza la ejecución de la actividad y el control de la misma.	
3	Están definidas las responsabilidades y las funciones.	X		Las responsabilidades y las funciones de los servidores están contempladas en el Manual de Funciones y Competencias de la institución, así como las actividades y	

				obligaciones de los contratistas, son parte integral de sus respectivos contratos.
4	Se toman acciones correctivas cuando se identifican debilidades en el cumplimiento del marco legal	X		La Gerencia con Planeación y Calidad, verifican que las acciones de mejora por parte de los responsables, respondan a las realizadas en el tiempo programado y que sean efectivas, contribuyendo al logro de los resultados. El Asesor de Control Interno efectúa los seguimientos y las recomendaciones correspondientes y si es procedente advierte sobre posibles desviaciones. (Función de Advertencia)
5	Se entrena el personal de forma oportuna y suficiente ante cualquier cambio en el marco legal que atañe directamente a la entidad	X		El Programa Institucional de Capacitación adoptado por la gerencia y el proceso de Gestión del Talento Humano, responden permanentemente a los requerimientos y necesidades de capacitación de los distintos líderes de proceso para que mantengan actualizados frente a los cambios normativos.
6	Se hacen verificaciones independientes de los procesos realizados fundamentados en el cumplimiento de la legalidad.	X		El Asesor de Control Interno mediante la Evaluación Independiente valora la efectividad del Sistema de Control Interno de manera objetiva y oportuna a través de seguimientos y auditorías que permiten generar alertas tempranas que contribuyan al mejoramiento continuo en la gestión Institucional.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN				EVIDENCIA
1	Se proveen oportunamente los informes que deben generarse en los procesos	X		Los líderes de procesos suministran evidencia de los reportes realizados a Planeación y Calidad y se generan los informes para su correspondiente publicación en la página institucional. Desde Control Interno se envía el Cuadro de Rendición de Reportes indicando entidades y fechas correspondientes.
2	Los sistemas se actualizan o son adecuados para producir información	X		Gestión de la Información ajusta en forma permanente los procesos con el fin de

				mejorar la retroalimentación en la información.
3	Los manuales existentes están actualizados y se usan	X		Los diferentes Manuales existentes son utilizados y solo algunos de ellos están pendientes de su actualización. Intrafile: http://192.168.42.200:8080/hospitalflorida/index.php
4	Los procesos se realizan de forma manual o automatizada	X		La entidad cuenta con Software y aplicativos para el registro y control de la información documental. Los procesos de Gestión de Ingresos, Gestión Clínica, Gestión financiera y Gestión de Información están automatizados y los demás se realizan manualmente.
5	Se comunica oportunamente mediante informes sobre situaciones de incumplimientos del marco legal.	X		El asesor de Control Interno de Gestión envía a cada uno de los líderes de procesos la Matriz de los informes que deben rendir y ejerce un permanente y oportuno seguimiento al cumplimiento de la normatividad legal en cuanto a la rendición de informes, reportes y requerimientos a entidades de salud y entes de control.
6	La entidad posee mecanismos para comunicar oportunamente sobre los cambios en el marco legal y las implicaciones de los mismos sobre el funcionamiento de la entidad.	X		La estrategia de comunicación de la entidad, advierte internamente la información requerida sobre cambios en la norma y sus implicaciones en el funcionamiento del Sistema de Control Interno y los aspectos que se requieren fortalecer.
SUPERVISION Y MONITOREO				
1	i. Existe seguimiento al cumplimiento del marco legal, normativas y políticas.	X		El Proceso de Gestión Jurídica hace seguimiento al cumplimiento de la normatividad, a las diferentes políticas institucionales y a los procesos judiciales en todos los niveles de la entidad y Control Interno alerta sobre la probabilidad de riesgos en entornos de conflicto de intereses.

2	ii. Existen registros de Supervisión, está definida la frecuencia o los mecanismos de Supervisión	X		Los registros de Supervisión existentes están relacionados con la Gestión Contractual y los realizan mensualmente cada uno de los supervisores como parte de los requisitos obligatorios exigidos al momento de hacer efectivo el pago a los contratistas.
3	Se atienden las observaciones de los auditores internos y se prepara documentación al respecto	X		Las No conformidades, oportunidades de mejora y observaciones de los auditores internos, son tenidas en cuenta y contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables. Estos son monitoreados de acuerdo a la política de administración de riesgos. El Asesor de Control Interno le hace seguimiento a la ejecución de acciones de control previstas y a las acciones propuestas por los líderes de proceso en los Planes de Mejora.
CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACION DE RIESGO				
RIESGO INHERENTE		SI	NO	EVIDENCIA
1	¿En el proceso o actividad evaluada se han identificado riesgos?	X		En el Informe de Seguimiento a la Matriz de Riesgos Institucional, se evidencia que el Hospital tiene identificados para los 19 procesos de la plataforma estratégica, los riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad digital, aplicando la metodología adoptada por la institución a través de la política de administración del riesgo establecida a través de los procesos de Planeación y Calidad. Para el proceso de Gestión Financiera se tienen identificados y definidos los riesgos asociados al mismo y los controles determinados para mitigar su impacto.
2	¿Se han determinado los responsables de la identificación de los riesgos?	X		Cada uno de los diferentes líderes de proceso de la institución son los responsables de la identificación de los riesgos en sus correspondientes actividades.

3	¿Concede la entidad una atención particular al análisis y a la gestión de riesgos, incluidos los riesgos de incumplimiento en sus operaciones?	X	Permanente los diferentes líderes de procesos que han identificado los riesgos deben analizarlos y gestionarlos. Las Asesorías de Planeación y Calidad, desarrollan actividades de monitoreo y evaluación a los posibles riesgos de incumplimiento en sus operaciones y Control Interno realiza el seguimiento.
4	¿Las leyes, reglamentos y normas aplicadas en el asunto o actividad, son del conocimiento de todos los servidores?	X	La socialización de la Matriz de Riesgos por parte de Planeación a los Líderes de procesos, es el primer espacio de conocimiento de la normatividad existente. A su vez ellos socializan la Matriz con sus colaboradores en los equipos primarios.
5	¿Se han presentado cambios en normas y reglamentos aplicables al proceso o a las actividades del asunto a auditar? ¿Cuáles?	X	Los cambios que se han presentado tienen relación directa con el enorme número de disposiciones legales expedidas al amparo de la emergencia sanitaria y que se han ampliado a través de las Resoluciones y Manuales adoptados.
6	¿De los cambios normativos, se realizaron modificaciones a los procedimientos?	X	Conforme a los cambios normativos se han realizado los ajustes necesarios a los Manuales y procedimientos ya existentes, con el fin de alcanzar su optimización.
7	En caso de ser nueva la legislación, ¿se han informado y capacitado a los funcionarios respecto de los cambios?, ¿qué acciones se realizaron?	X	Las nuevas directrices impartidas por los gobiernos nacional y departamental, así como los requerimientos de los entes de control, han sido informadas a los funcionarios de la ESE, a través de Circulares y Capacitaciones con el apoyo de entidades públicas y privadas.
8	En caso de estar bien consolidada la legislación. ¿Existe coherencia en los precedentes legales que permita comprenderla y aplicarla fácilmente?	X	La coherencia en la consolidación de la información se evidencia en que no se han presentado mayores sobresaltos por cuanto en la aplicación de la misma no se manifestaron mayores inconvenientes.
9	¿Las disposiciones legales aplicables son coherentes entre ellas?	X	Las disposiciones legales adoptadas a nivel departamental y municipal, han guardado estrecha relación con la normatividad legal emanada del orden nacional.

10	¿Tiene la entidad capacidad normativa?	X		La institución cuenta con un Normograma adoptado de acuerdo a la legislación y la ley que evidencia claramente la capacidad normativa que se posee.
11	¿Se han recibido quejas o denuncias relacionadas con las actividades o procesos realizados?	X		Todas las quejas y denuncias recibidas son radicadas en las PQRSDf. Desde Gestión de Atención al Usuario se les informan las respuestas de los líderes de procesos y las denuncias a que haya lugar, son recepcionadas y tramitadas por conducto de la Asesoría de Control Interno Disciplinario.

En archivos adjuntos enviamos evidencias de: Cronograma de Comités Institucionales, Manual de Bioseguridad Covid, Política de Administración del Riesgo, Procedimiento de Buenas Prácticas de Control de Administración del Riesgo, Mapa de Riesgos de Corrupción, Informe de Seguimiento Matriz de Riesgos, Evaluación Independiente de Control Interno, Plan Institucional de Capacitación, Manual de Funciones y Competencias, Función de Advertencia, Cuadro de Rendición 2021, Seguimiento a Comité de Conciliación y Procesos Judiciales, Plan de Mejora Institucional, Informe Anual de Austeridad en el Gasto y Seguimiento a Informe PQRSDf.

En el intranet: <http://192.168.42.200:8080/hospitalflorida/index.php> se pueden ubicar las demás evidencias señaladas.

De esta forma esperamos desvirtuar la percepción de que la situación ha sido ocasionada por "...la no realización de una evaluación periódica que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno, componentes que operativizan el sistema".

Por la documental entregada y por las razones expuestas, no aceptamos la consideración según la cual que la calidad y eficiencia del control interno con relación al proceso de cierre fiscal de la vigencia 2021 es con deficiencia, al calificarlo de Inadecuado con 1.7, pues desde la institución y desde la Asesoría de Control Interno, se han realizado ingentes esfuerzos porque todos los servidores a través de las líneas de defensa, se apropien del concepto de cada uno de los componentes del

MECI.

Finalmente, invitamos a efectuar una nueva valoración en la verificación de las acciones realizadas por Control Interno al proceso de cierre fiscal, así como el cumplimiento de las actividades del proceso documentado de cierre fiscal y la identificación de los riesgos y controles, pues aplicando la metodología contenida en la matriz de riesgos y controles, se podrá concluir que la calidad y eficiencia del control fiscal interno con relación al cierre fiscal de la vigencia 2020 del Hospital Benjamín Barney Gasca, no es deficiente.

CONCLUSIÓN EQUIPO AUDITOR

Teniendo en cuenta los argumentos expuestos por el sujeto de control en su derecho a la contradicción, es menester afirmar que en la información aportada no se evidencian actuaciones de la oficina de control interno en relación al proceso de cierre fiscal, no se anexa informe de validación y evaluación del cierre fiscal realizado por el hospital, evaluación de las reservas presupuestales, conciliaciones bancarias, estado del tesoro entre otros temas.

El control interno debe ser esa instancia que día a día, mes a mes este reportando a la alta dirección sobre las situaciones positivas y negativas en el cumplimiento de sus funciones por cada uno de los procesos, lo anterior para que las directivas puedan adoptar los correctivos si son situaciones negativas y continuar y mejorar si es posible las situaciones positivas, en el cierre fiscal se determinaron unas cuentas por pagar sin financiación, ¿control interno que realizo al respecto? Todas las actuaciones realizadas por la oficina de control interno al proceso de cierre fiscal se debieron presentar debidamente soportadas. Situación que no se visualiza.

En este orden de ideas la observación se deja en firme como un hallazgo administrativo, que será objeto de la formulación de una acción correctiva que solucione la inconsistencia presentada.

OBSERVACION No 2 Administrativa con presunta incidencia Disciplinaria

Diferencia entre presupuesto y tesorería

Condición (situación detectada de incumplimiento)

A los ingresos ejecutados por el hospital en el 2021, por concepto de recaudos en efectivo más disponibilidad inicial, se le restaron los pagos efectuados en la vigencia, generando un saldo de \$570.710.063, que al compararse con los recursos que se presentan en el estado del tesoro por \$197.092.700, se determinó diferencia negativa o presunto faltante en tesorería por \$373.617.363, que de acuerdo con la información presentada por la entidad, debidamente soportada, corresponde al saldo de los créditos de tesorería tomados por la entidad de conformidad con numeral 3:3 del artículo 3 del Decreto Ley 678 de 2020 y que en el balance de comprobación se refleja como un pasivo en la cuenta 231301 Préstamo Banca

Comercial, y que la normatividad permitió la excepcionalidad de cancelarlos a más tardar en la vigencia siguiente.

Fuente de criterio y criterio

Constitución Política de Colombia, artículo 345; Decreto 115 de 1996 artículo 5, principio de universalidad, reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto)

Causa

Ausencia de mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir los errores de manera oportuna.

Efecto

Incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, generando riesgo financiero para la entidad.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

Respuesta:

Para las vigencias 2020 y 2021 el Hospital atravesó una crisis en sus recursos operacionales debido a la pandemia COVID19, lo cual generó un déficit operacional por valor de \$1.942 y \$2.152 respectivamente, ocasionando un menor recaudo y recuperación de cartera para cubrir sus obligaciones de corto y largo plazo, dando como prioridad el pago de personal de nómina planta (Nómina, prestaciones sociales y seguridad social) y los diferentes contratos de personal por prestación de servicios, esto impacto considerablemente en el incremento de los pasivos de una vigencia a otra en un 47%.

En el año 2021 se adquieren 3 créditos para apalancamiento financiero en los cuales se adquirió el flujo de caja para pagar cuentas por pagar constituidas al igual que apalancar el funcionamiento del Hospital. Durante el primer semestre 2021 se presentó una disminución en la facturación por evento debido al desarrollo e

implementación del nuevo aplicativo de facturación (SQL Siemens) adquirido en diciembre 2019, pero debido a la pandemia se inició su ejecución en diciembre 2020, lo cual generó que solo un 70% de las facturas del periodo quedaran reconocidas en el segundo semestre de 2021, dando como resultado un menor valor facturado y reconocido con respecto al año anterior.

Los costos en la prestación de servicios de salud se incrementaron con respecto al año 2020 ya que en el primer trimestre 2021 se inició con la vacunación covid19 que generó mayor costo en la prestación del servicio, al igual que se han mantenido los costos por implementos EPP (guantes, tapabocas e insumos médicos). Para lo cual el hospital utilizó recursos propios para cubrir los costos de funcionamiento (Personal, Gastos generales y Gastos de comercialización y operación), pago a proveedores y adecuación de infraestructura para atención de los usuarios por la contingencia.

Analizando los ingresos además de la situación de no pago por parte de las EPS de mucha de la cartera exigida de vigencias anteriores, hubo ingresos importantes no percibidos en la vigencia 2021: - Atención a la población pobre - Menor contratación PIC por parte del municipio de Florida - No se percibieron aportes no ligados a la venta de servicios - Reducción de lo reportado en ingresos de capital - Reducción del recaudo de otras vigencias (-500M) - En total casi 1.300M menos recaudados.....

CONCLUSIÓN EQUIPO AUDITOR

La situación descrita por el hospital no es ajena a la red hospitalaria del Valle del Cauca y en general de todo el país, situación que se agravo por la pandemia de covid19 presentada, no es menor cierto que el hospital viene generando cuentas por pagar sin fuente de financiación desde vigencias anteriores. Para la observación que nos ocupa, la diferencia se registra ya que el hospital tuvo que recurrir a unos créditos de tesorería por los problemas de liquidez de tiene, lo importante es que el hospital logre pagar los créditos de tesorería en los tiempos estipulados por la ley, de los cuales al 31 de diciembre de 2021 adeuda \$190.833.334. Esta observación se deja en firme en todas sus connotaciones, pues el hospital soluciono el problema de iliquidez, pero el saldo negativo fue resultado de la gestión fiscal. En su contradicción, nunca explicaron ni evidenciaron a que corresponden los recursos sobrantes en tesorería.

OBSERVACION No 3 Administrativa

Cuentas por pagar sin financiación

Condición (situación detectada de incumplimiento)

El hospital Benjamín Barney Gasca del municipio de Florida al cierre de la vigencia fiscal 2021, en la fuente de recursos propios constituyo cuentas por pagar de orden presupuestal por \$3.637.716.487, la entidad solo contaba con recursos en tesorería para el apalancamiento de \$197.092.700, de los cuales \$generando cuentas por pagar sin financiación en esta fuente por \$3.440.623.787, evidenciando problemas de liquidez (flujos de caja), toda vez, que se adquieren obligaciones sin contar con recursos en tesorería para su respaldo.

Fuente de criterio y criterio

Aplicando en forma deficiente de la Constitución Política artículos 5 y 6 Decreto 115 de 1996 Artículos 5 y 6, Reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto orgánico de presupuesto).

Causa

Debilidades de mecanismos de evaluación, control, seguimiento y conciliación de las diferentes dependencias que conforma el área financiera, que no permiten evidenciar a tiempo este tipo de situaciones.

Efecto

Generando incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, ocasionando riesgo financiero para el hospital.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

El flujo de caja del hospital se sostuvo con el giro directo recibido cada mes para cubrir los costos de funcionamiento, pago a proveedores y adecuación de infraestructura para atención de los usuarios por la contingencia, debido a que durante los 6 meses de cierre de prestación de servicios de consulta externa y ambulatorios no se facturó evento, ni se realizaron recuperaciones de cartera, afectando considerablemente el ingreso por recaudo de servicios.

De acuerdo con lo anterior, se ha reestructurado la prioridad de pago en las obligaciones a corto y mediano plazo como la nómina de planta y pago a contratistas y se realizaron compras a contado de insumos y suministros a mayor valor por la pandemia.

En el primer semestre 2022 se observa una recuperación en los reconocimientos de servicios de salud teniendo en cuenta que se han facturado el 100% de los servicios prestados en el semestre 2022, al igual que se facturó la vacunación por Covid pendiente de la vigencia anterior. A la fecha la facturación realizada ha sido reconocida en su totalidad al 100%, se radicó en abril 2022 la facturación pendiente por vacunación covid19 de vigencia anterior por valor de \$136.756.893.

A la fecha se han recuperado el 41% de las cuentas por cobrar de la vigencia anterior lo cual ha permitido tener flujo de caja para cubrir las obligaciones a corto y mediano plazo, al igual que se han cancelado el 34% de las cuentas por pagar de la vigencia anterior:

NOMINA PLANTA DICIEMBRE 2021:	179.891.469,00
NOMINA PLANTA ENERO 2022:	180.974.157,00
SEGURIDAD SOCIAL DICIEMBRE 2021	80.113.800,00
SEGURIDAD SOCIAL ENERO 2022	77.453.800,00
CONTRATISTAS NOVIEMBRE 2021	196.842.237,00
CONTRATISTAS DICIEMBRE 2021	149.574.378,00
PAGO CESANTIAS DICIEMBRE 2021	217.453.831,00
PROVEEDORES VIGENCIA ANTERIOR	84.859.458,00
INSUMOS Y MEDICAMENTOS	10.882.554,00
PAGO PRIMA DE NAVIDAD 2021	200.502.704,00

Se han realizado estrategias por parte de la gerencia en cuanto a la revisión de la facturación pendiente por facturar y radicar correspondiente a vigencias anteriores, al igual que sean reconocidas y facturadas en el periodo 2022 los servicios prestados por salud a más tardar al mes siguiente.

Se han realizado a través de los diferentes comités con cada uno de los procesos contención en costos y gastos 2022 en cuanto a compras de insumos - medicamentos que permitan la prestación del servicio.

CONCLUSIÓN EQUIPO AUDITOR

De acuerdo a los resultados positivos que presenta el hospital, es menester efectuar seguimiento para ver al cierre de la vigencia los resultados presentados, el problema que vienen presentando el hospital en los últimos años es de iliquidez, además que ejecuta su presupuesto no atendiendo a los recursos en tesorería, sino atendiendo a las disponibilidades presupuestales.

La observación se deja en firme para que mediante la implementación de un plan de mejoramiento se determinen las acciones correctivas que generen subsanar la inconsistencia. Es menester que si se vienen incrementando los ingresos se efectúen los pagos de las obligaciones pendientes, en aras de ir saneando las finanzas del hospital.

OBSERVACION No 4 Administrativa con presunta incidencia Disciplinaria

Fondo de contingencias

Condición (situación detectada de incumplimiento)

El hospital Benjamín Barney Gasca del municipio de Florida presenta en la cuenta 2460 créditos judiciales saldo por \$306.200.000, cuenta 271005 provisiones para contingencias litigios y demandas por \$1.083.320.193 y cuenta 9120 Litigios y demandas \$8.806.245.805, las cuales se encuentran registrada en el estado de Situación Financiera de 2021, evaluada la documentación que soporta el cierre fiscal de 2021, se evidencia que el hospital no tiene constituido el fondo de contingencias para el respaldo de estas provisiones y contingencias,

Fuente de criterio y criterio

Ley 448 de 1998, artículo 6, modificado por el Ley 1955 de 2019 artículo 90, párrafo único.

Causa

Situación ocasionada presuntamente por ausencia de mecanismos de seguimiento, control y conciliación entre las dependencias del área financiera y oficina de asesoría jurídica, que no permiten advertir los errores de manera oportuna,

Efecto

Generando incertidumbre frente a la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, ocasionando riesgo financiero para el hospital.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

En atención a la difícil situación financiera que en actualidad enfrenta el sector salud a nivel nacional y puntualmente los hospitales de primer nivel de complejidad, se imposibilita constituir el fondo para contingencias y provisiones ya que financieramente no se tienen en la actualidad dichos recursos; en atención al hallazgo y los hechos descritos en la misma se escalará ante la junta Directiva de la institución la situación plantada para definir estrategias de la vigencias siguientes entre ellas como obtener recursos para constituir el fondo que garantice los respaldos económicos para cubrir dichas contingencias para las respectivas prisiones contables.

CONCLUSIÓN EQUIPO AUDITOR

Ante los argumentos expuestos se deja en firme la observación en todas sus connotaciones como un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria.

OBSERVACION No 5 Administrativa con presunta incidencia Disciplinaria

Recaudos a favor de terceros

Condición (situación detectada de incumplimiento)

De acuerdo con información suministrada por el hospital, en el estado de situación financieros al 31 de diciembre de 2021 evaluado a través, del balance de prueba la cuenta 242515 Deducción de impuestos (Estampillas) \$234.064.563; 2436 retención en la fuente e impuesto de timbre \$56.344.566, recursos que deben permanecer en tesorería hasta tanto se realice el giro al tercero correspondiente. Al conciliar esta información con el estado de tesorería al 31 de 2021, no se evidencian soporte de la existencia de la totalidad de estos valores.

Fuente de criterio y criterio

Resolución 414 de 2014 (marco normativo para empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorro del público) en correspondiente al marco conceptual características cualitativas de la información financiera, numerales 4.1.2 representación fiel, 4.2.1 verificabilidad y 4.2.3 comprensibilidad, 4.2.4 comparabilidad.

Causa

Debilidades de mecanismos de seguimiento y control, que no permitieron advertir los errores de manera oportuna,

Efecto

Incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la rendición de cuentas, la toma de decisiones y el control a nivel interno y externo.

Los hechos descritos configuran una observación administrativa, con presunta incidencia disciplinaria en virtud a lo dispuesto en el numeral 1 de los artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 derogado por la Ley 1952 de 2019.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

En virtud de la Observación con presunta incidencia disciplinaria, se adelantarán las acciones pertinentes que permitan esclarecer cuales fueron los motivos por los cuales dichos recursos no fueron trasladados al tercero correspondiente y los motivos por los cuales los mismos no reposan en la tesorería de la institución. De igual manera se adelantarán las acciones de repetición a que hubiera lugar en el evento que por acción u omisión se dejaron de realizar los traslados

correspondientes a las entidades respectivas.

CONCLUSIÓN EQUIPO AUDITOR

El hospital en su contradicción, prácticamente acepta la observación, por lo tanto, esta se deja en firme como un hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria.