

130-19.11

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL
CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL
PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD
(FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)**

**HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA E.S.E.
2013-2014-2015-2016-2017**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali, noviembre de 2018
CDVC-SOFP - 25**



**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD ESPECIAL – PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS
DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)
HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA E.S.E.
2013-2014-2015-2016-2017**

Contralor departamental del Valle del Cauca

JOSÉ IGNACIO ARANGO BERNAL

Director operativo de control fiscal (E)

ALEXANDER SALGUERO ROJAS

Subdirectora operativa financiero y patrimonial

AMANDA MADRID PANESSO

Representante legal entidad auditada

MARIA ANDREA RENGIFO VELEZ

Auditores

WILMER ANCIZAR GUERRERO REYES-Líder
CARLOS ALBERTO MARÍN BECERRA
JOSÉ OSCAR MERCHAN MEDINA
JENNY ELIZABETH GÓMEZ CASTRO
AMANDA MADRID PANESSO

Apoyo contable

DIEGO MAURICIO LÓPEZ VALENCIA

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. HECHOS RELEVANTES	4
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	6
3.1 CONTROL DE GESTIÓN.....	10
3.1.1 Contractual.....	13
3.1.2 Legalidad	15
3.1.3. Planes de mejoramiento	17
3.1.4 Control fiscal interno	17
3.2 CONTROL FINANCIERO.....	17
3.2.1 Estados contables.....	18
3.2.2 Gestión presupuestal	19
3.2.3 Gestión financiera	19
4. ANEXOS	24

1. HECHOS RELEVANTES

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) *“La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad”*.

El Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano SSSC, tiene entre sus propósitos la búsqueda de la equidad, mejor calidad en la prestación de los servicios de salud y eficiente manejo de los recursos. Se ha reformado constantemente desde el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990 iniciando la descentralización, en 1993 aparece la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, reafirmando la descentralización buscando un sistema de salud universal, eficiente y solidario.

La dirección del sistema a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, define un plan de beneficios conocido como Plan Obligatorio de Salud - POS. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), hoy Administradoras de Planes de Beneficios (APB), deben garantizar el POS a los usuarios, mediante la contratación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS Públicas y Privadas - habilitadas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS). El aseguramiento tanto en el Régimen Contributivo RC- población con capacidad de pago y Régimen Subsidiado RS-población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, muestra realidades y subjetividades de la problemática que significa lograr el aseguramiento universal y la calidad en la prestación del servicio.

En el debate sobre la salud en Colombia en 2013, la Universidad del Rosario manifestó:

“La sostenibilidad económica de los hospitales se basa en cuántas personas enfermas atienden, porque de allí deriva cuánto pueden facturar para garantizar su funcionamiento. Las normas de eficacia, eficiencia, rentabilidad y libre competencia valen también para los servicios de salud, como cualquier otra industria o empresa fabricante de mercancías que se compran y se venden, y se establece el criterio de calidad que no conlleva el de calidez [...] el paciente es visto como un cliente, como un consumidor, un usuario y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión, de afecto y de auxilio altruista y humanitario como se le consideraba antes cuando predominaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía.”¹

El Departamento del Valle del Cauca con una población proyectada a diciembre de 2017, según cifras Dane de 4.707.890, muestra una población afiliada al régimen contributivo de 2.471.496 un 52.50%, subsidiado de 1.726.057 el 36.66% y régimen excepción 55.723 el 1.18% para una cobertura total de 4.253.276 el 90.34 %, población sin asegurar, sin cobertura de 454.614 el 9.66 % y una población pobre no asegurada de 37.967 el 100%²

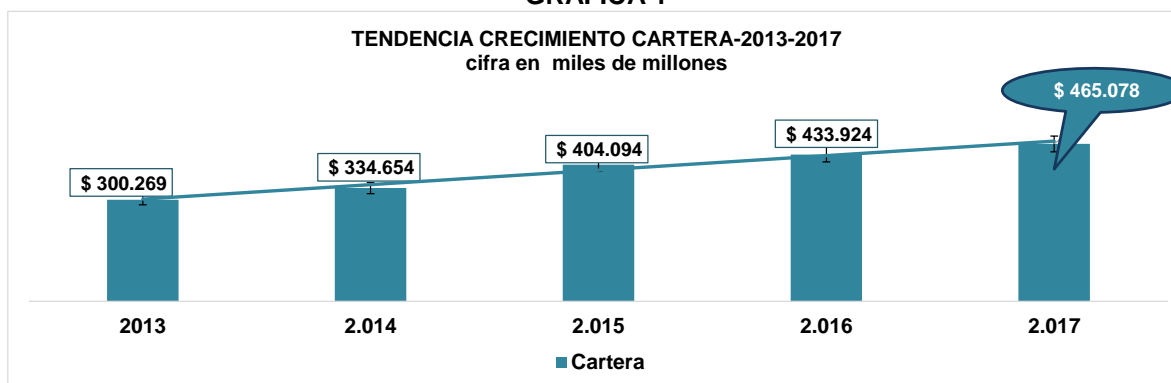
¹ Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia-2013

² <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx> Datos Única de Afiliados –BDUA

Las glosas entendidas como objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, determinadas al interior de la institución o por las entidades contratantes EPS, compañías de seguros, direcciones seccionales de salud y otras; son un factor de riesgo porque afectan la sostenibilidad financiera de los hospitales. Adoptar medidas estándar, sistematizar procesos del área financiera (facturación, cartera, glosa, tesorería, presupuesto, contabilidad) e implementar un sistema de control interno innovador, gestionando el conocimiento y la capacidad de aprendizaje, con valores, metas e infraestructura tecnológica adecuada permitiría el logro de los resultados esperados en la prestación del servicio ofertado por las IPS.

La cartera y su gestión se han convertido en un problema que afecta la liquidez y estabilidad financiera de las instituciones de salud en Colombia. Los 42 hospitales-IPS públicas objeto de auditoria muestran un crecimiento de \$164.809 millones 54.89% al pasar de \$300.269 millones en 2013 a \$465.078 millones a diciembre de 2017, mayor a 90 días a 31 de diciembre de 2017 asciende a \$357.200 millones un 76.80% y a 360 días \$225.429 millones un 48.47% del total. (Ver gráfica1)

GRÁFICA 1



Fuente: Sistema de Información Hospitales SIHO. Decreto 2193 de 2004 Hospitales objeto auditoria.

Un sistema de salud regulado con información contable confiable, responsabilidades y roles definidos, y mecanismos eficaces de conciliación, permitiría el flujo de recursos, siendo oportuno, garantizando la prestación del servicio con la calidad requerida, acorde a los postulados de la Constitución Política frente a los derechos fundamentales.

La relación asegurador-prestadora, requiere colaboración armónica y coordinación estratégica para lograr excelentes servicios de salud con calidad tanto en los procesos clínicos como administrativos, en un negocio donde prime el servicio y no la utilidad, ganen todos, especialmente los ciudadanos llamados: clientes-usuarios- pacientes.

2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctora:
MARIA ANDREA RENGIFO VELEZ
Gerente
HOSPITAL CENTENARIO
Sevilla Valle.

Asunto: Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó auditoría con especial al proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) vigencias 2013-2014-2015-2016-2017, al **Hospital Centenario de Sevilla E.S. E.**, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el proceso examinado.

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 rendida y la de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca después del análisis, la de producir un informe integral con el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas (NAGC) compatibles con las normas internacionales de auditoría (NIAS) 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 acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, 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 REVISIÓN DE LA CUENTA E INFORMES

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

Se examinaron en el proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) selectivamente las vigencias 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, los siguientes componentes y factores:

Componente control de gestión: ***Factor contractual-*** Establecer la oportunidad en la suscripción de los contratos con las diferentes aseguradoras. ***Factor legalidad-*** Cumplimiento de normas externa e internas aplicables en los componentes de control de gestión y financiero. ***Factor control fiscal interno-*** Calidad y efectividad de los controles del proceso evaluado.

Componente control financiero: ***Factor estados contables-*** Cuentas de los estados contables de los componentes relacionados con el proceso evaluado. ***Factor gestión presupuestal-*** Ejecución de los ingresos y en gastos revelados en los estados contables. ***Factor gestión financiera-*** Indicadores financieros en los procesos evaluados.

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

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a la entidad dentro del desarrollo de la auditoría, las respuestas de la administración fueron analizadas y se incorporó en el informe, lo que se encontró debidamente soportado.

CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en el proceso de venta y cobro de servicios de salud (Facturación - cartera -glosas - IPS públicas) vigencias 2013-2014-2015-2016-2017, del **Hospital Centenario de Sevilla E.S.E.**, **cumple parcialmente** con los principios evaluados (economía, eficiencia, eficacia), en los componentes y factores como consecuencia de los siguientes hechos:

Componente control de gestión

Factor contractual: Se determinó que los contratos con las diferentes aseguradoras no se suscriben oportunamente por factores externos al hospital, situación que afecta directamente la gestión de la cartera, porque genera glosas por el concepto de tarifa, afectando la revelación en los estados financieros.

Factor legalidad: Se verificó el cumplimiento de la normatividad que rige la gestión de la IPS, entre ellas la rendición de los informes a las instancias competentes.

Factor control fiscal interno: Al ser el hospital un actor del sistema de salud, cuenta con procesos y procedimientos para cumplir con los requisitos de calidad exigidos legalmente, no obstante, existen factores externos que afectan el cumplimiento de la gestión y pueden afectar la prestación de servicios en condiciones demandadas por los beneficiarios.

Factor estados contables: Se están revelando las cifras en los componentes relacionados con el proceso evaluado de acuerdo a las directrices emitidas por la Contaduría General de la Nación en los estados financieros.

Factor gestión presupuestal: La ejecución de ingresos y en gastos revelado en los estados contables, dan cuenta de la realidad del flujo de recursos que ingresan al presupuesto de acuerdo al comportamiento de la cartera y a la dinámica del sector salud, en la cual los diferentes actores incumplen los términos legales.

Factor Gestión financiera: Los Indicadores financieros en los procesos evaluados evidencian la crisis del sector salud, porque la cartera y su rotación medida en días de recuperación, acorde a las políticas contables de cada hospital, muestran la necesidad de auto sostenibilidad, puesto que las aseguradoras incumplen con los términos legales y no giran los recursos con la oportunidad requerida.

RELACIÓN DE HALLAZGOS

En desarrollo de la presente auditoría, se determinó 1 hallazgo administrativo.

PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital Centenario de Sevilla E.S.E., debe presentar un plan de mejoramiento que incluya acciones y metas que se implementarán, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo, que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el proceso auditor y que se describen en el informe.

El plan de mejoramiento se debe registrar en el proceso de plan de mejoramiento del sistema de rendición de cuentas en línea, dentro de los 15 días hábiles

siguientes al recibo del informe, en atención a la Resolución Reglamentaria No. 01 de 2016.



C: 632

JOSE IGNACIO ARANGO BERNAL
Contralor Departamental del Valle del Cauca

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del PGA 2018, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca adelantó auditoría especial al proceso de venta y cobro de servicios de salud (facturación - cartera - glosas - IPS públicas) de las entidades sujetas de control Hospital Centenario de Sevilla vigencias 2013-2014-2015-2016-2017.

De acuerdo con la información reportada y evaluada, se determina una calificación total en los componentes, factores y variables evaluadas, siendo, **eficiente**, según los resultados del ejercicio que evidencian en la **legalidad financiera 94.4 puntos** determinándose que cumple con la normatividad aplicable y en **control fiscal interno** alcanzó **94.7 puntos** indicando que los procesos cuentan con los debidos controles, son efectivos aunque se presentan debilidades que se detallan en el texto del informe. (Ver tablas 1 y 2)

TABLA -1			
25-HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA E.S.E			
LEGALIDAD -			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Financiera	94,4	1,00	94,4
CUMPLIMIENTO LEGALIDAD		0,00	94,4

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

TABLA -2			
25-HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA E.S.E			
CONTROL FISCAL INTERNO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Evaluación de controles (Primera Calificación del CFI)	96,9	0,30	29,1
Efectividad de los controles (Segunda Calificación del CFI)	93,8	0,70	65,6
TOTAL		1,00	94,7

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Eficiente

3.1 CONTROL DE GESTIÓN

El control de gestión pretende determinar la eficiencia y eficacia de la administración en el manejo de los recursos públicos, atendiendo el alcance de la auditoría se incluyeron los factores de gestión *contractual, legalidad, planes de mejoramiento y control fiscal interno*.

El sector salud presenta condiciones específicas en cada municipio y región que inciden directamente al momento de gerenciar los hospitales públicos, siendo factores externos, se referencian para comprender el entorno en el cual gestionan sus capacidades administrativas.

La red pública de los prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca, está organizada en cinco áreas geográficas, teniendo en cuenta las vías de acceso, el perfil epidemiológico, el enfoque de riesgo, las condiciones sociales, culturales y económicas de la población³

El **Hospital Centenario de Sevilla**, oferta los servicios de baja complejidad y de mediana complejidad con especialidades básicas diurnas. Pertenecen al área geográfica Centro Tuluá conformada por 11 municipios: Tuluá, Roldanillo, Andalucía, Bolívar, Bugalagrande, Caicedonia, El Dovio, Riofrío, San Pedro, Sevilla y Trujillo. Esta Área dispone de dos vías principales, la Carretera Panamericana que cruza el Departamento y lo comunica con el resto del País, construida en doble calzada desde el municipio de Santiago de Cali a Cartago y la vía Panorama que une los municipios ubicados en la margen derecha del río Cauca de Santiago de Cali a Roldanillo. Intermunicipalmente esta área geográfica tiene comunicación por vías carretables, pavimentadas a las cabeceras municipales y en afirmado a la totalidad de corregimientos y veredas. El área ha sido definida teniendo en cuenta las vías de acceso de los pobladores que tienen como centro comercial la ciudad de Tuluá. Hace parte de los tres hospitales de mediana complejidad de la red pública a saber el Hospital San Antonio de Roldanillo y Tomás Uribe Uribe de Tuluá⁴

ÁREAS GEOGRÁFICAS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA



Fuente: Diseño Grupo Técnico SDSV – 2016

³ Documento: Reorganización de prestadores de servicios de salud públicos del Departamento del Valle del Cauca- Modelo integral de atención en salud- enero de 2017.

⁴ Ídem.

La **cobertura en salud** para el periodo evaluado 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, ha fluctuado en cada vigencia, no obstante buscando contextualizar el informe, se detalla la misma para el municipio de **Sevilla** a diciembre 31 de 2017, la cual es calculada a partir del número de afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA en los regímenes contributivo y subsidiado, frente a la proyección de la población publicada por el DANE estimada a 2017 **de 44.590**, muestra una población afiliada al régimen contributivo de **8.661** un **19.42%** y subsidiado de **530.510** el **68.42%** y régimen excepción **678** el **1.52%** para una cobertura total de **39.849** un **89.37%** población sin asegurar, sin cobertura de **4.741** un **10.63%** y una población pobre no asegurada de **577** el **1.52%**. (Ver tablas 3, 4 y 5):

TABLA 3

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS																			
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA																			
FECHA CORTE: 30/12/2017		INTERPRETACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO CON RELACIÓN A LA ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DANE 2017 Y CONSOLIDADO BDU 2017														SDS MARZO 2017			
DATOS DEL MUNICIPIO		DANE 2017		AFILIADOS CARGADOS EN BDU DICIEMBRE 2017						Estadística SISPRO MINSALUD DIC. 2017		COBERTURA TOTAL				POBLACION SIN ASEGURAR - SIN COBERTURA		POBLACION POBRE NA ASEGURADA - PPNNA	
Código	Nombre	Estimación y Proyección		COB. RÉG. CONTRIBUTIVO		COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO				COBERT. RÉG. EXCEPCIÓN									
		Cobertura	Porcentaje	General	Porcentaje	General	URBANO	RURAL	Porcentaje	Cobertura	Porcentaje	General	Porcentaje	General	Porcentaje	General	Porcentaje		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
76736	Sevilla	44.590	0,95%	8.661	19,42%	30.510	22.745	7.765	68,42%	678	1,52%	39.849	89,37%	4.741	10,63%	577	1,52%		
100%	TOTAL	4.707.890	100%	2.471.496	52,50%	1.726.057	1.426.881	299.176	36,66%	55.723	1,18%	4.253.276	90,34%	454.614	9,66%	37.967	100%		
FUENTE: DANE (Población: Estimación y Proyección) - MINSALUD Dirección ADRES (Afiliados BDU Régimen Subsidiado y Contributivo) Estadística SISPRO - Sistema Integrado de Información de la Protección Social																			

FUENTE: DANE (Población: Estimación y Proyección) - MINSALUD Dirección ADRES (Afiliados BDU Régimen Subsidiado y Contributivo) Estadística SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social

La afiliación distribuida por EPS, en el régimen contributivo y subsidiado es la siguiente:

TABLA 4

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL							
DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ACTIVOS							
FECHA CORTE 30/12/2017	EPS005 SANITAS	EPS018 S.O.S.	EPS037 NUEVA EPS	EPS044 MEDIMAS CONT.	EPS045 MEDIMAS MOVIL.	ESSC18 EMSSANAR MOVIL.	Total general
1	5	11	13	14	15	18	22
736 SEVILLA	176	1.452	1.119	4.951	182	778	8.661
Total general	136.715	662.878	346.789	144.886	8.716	60.155	2.471.496

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social - Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDU Régimen Subsidiado)

El régimen contributivo tiene 8.661 afiliados en las EPS: Sanitas 176, SOS 1.452, Nueva EPS 1.119, Medimás Continuidad 4.951, Medimás Movilidad 182 y Emssanar 778.

TABLA 5

COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SGSSS - DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL DETALLE ESTADÍSTICO MENSUAL DE LA POBLACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO ACTIVOS								
FECHA CORTE 30/12/2017	EPSS16 COOMEVA	EPSS18 S.O.S.	EPSS37 NUEVA EPSS	EPSS41 NUEVA EPSS MOV	EPSS44 MEDIMAS MOVIL.	EPSS45 MEDIMAS SUBS.	ESS118 EMSSANAR	Total general
1	9	11	14	15	16	17	21	22
736 SEVILLA	1	58	59	2	382	5.001	25.007	30.510
Total general	20.242	24.692	12.092	84	12.366	176.256	917.483	1.726.057

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social - Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDUA Régimen Subsidiado)

El régimen subsidiado tiene 30.510 afiliados en las EPS: Coomeva 1, SOS 58, Nueva EPS 59, Nueva EPS Movilidad 2, Medimás Movilidad 382; Medimás Subsidiado 5.001 y Emssanar 25.007.

Los recursos que financian el aseguramiento para este régimen en el periodo evaluado según los datos del Ministerio de Salud y de la Protección Social, son los recursos con los cuales las EPS debieron garantizar la atención de la salud de sus afiliados, tanto en el bajo nivel de atención como en la mediana y alta complejidad incluyendo ayudas diagnósticas y medicamentos. (Ver tabla 6)

TABLA 6

FINANCIACIÓN DEL ASEGURAMIENTO REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO DE SEVILLA

VIGENCIA	AFILIADOS BDUA ESTIMADO	UPC PROMEDIO PONDERADO ESTIMADA	COSTO TOTAL ESTIMADO
2013	32.631	455.350,14	\$ 14.858.530.418
2014	33.032	582.925,88	\$ 19.255.207.749
2015	32.074	632.742,87	\$ 20.294.594.699
2016	31.894	706.269,53	\$ 22.525.750.291
2017	30.899	782.834,40	\$ 24.362.379.759
TOTAL		\$ 3.160.122,82	\$ 101.296.462.915,94

Fuente :Dirección de Financiamiento Sectorial Ministerio de Salud y Protección Social- Secretaria Salud Departamental de Salud del Valle

3.1.1 Contractual

El ejercicio del control fiscal en el componente contractual, se limitó al alcance de la auditoria establecido en los términos de venta y cobro de los servicios.

La gestión contractual o el régimen jurídico de los contratos que se suscriben entre las Empresas Sociales de Salud -ESES o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, por su naturaleza jurídica de Empresa Social del Estado, y las Entidades Administradoras, Pagadoras o Prestadoras de los Servicios de Salud- EPS o Administradoras de Planes de Beneficios APB, se rigen por las normas del derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las

normas sobre la materia, sin embargo, podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

La forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como **la capitación, el evento o actividad, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por presupuesto**, o la combinación de cualquier forma de éstas, es aceptable en la contratación de los servicios ofertados en un libre mercado de la salud, tal y como se explica a continuación:

- **Pago por capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- **Pago por evento:** El pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- **Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:** Se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados.
- **El pago por presupuesto:** Consiste en un pago global por parte de una empresa aseguradora a una empresa prestadora. Este tipo de remuneración fue el sistema predominante de pago a los hospitales públicos antes de la reforma.

Después de la Ley 1122 de 2007, el sector salud y las EPS deben direccionar su gestión a la llamada administración de riesgos, ordenada desde 2008 por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

Son las EPS las llamadas a gestionar el riesgo con un diagnóstico oportuno y el seguimiento de los pacientes en enfermedades crónicas de alta prevalencia como hipertensión, diabetes mellitus, diferentes tipos de cáncer y en las patologías huérfanas de alto costo, no obstante continúan las debilidades en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tanto en EPS-asegurador como en IPS –prestador; la financiación en puntos porcentuales de UPC no es suficiente, debiéndose priorizar aquellas actividades de prevención que tienen alto costo-

beneficio, como ocurre con la vacunación, la atención a la niñez y a la mujer gestante.

La Ley 1122 de 2007, hace responsable a las EPS de las actividades en salud pública, cuando en el Artículo 33, literal G, establece que ***“las prioridades de salud pública deben ser cubiertas en el POS y las EPS deben alcanzar las metas tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir”***. En la realidad las EPS contratan estas actividades con las IPS, delegándole la responsabilidad de cumplir con las metas impuestas de acuerdo a una población proyectada de usuarios, situación que deja en desventaja al prestador quien debe incumplir las metas y se le glosan las actividades afectando su liquidez.

De la revisión de soportes se evidencia el crecimiento del conflicto, ante la contratación inoportuna, procesos de conciliación ineficaces en los cuales intervienen tanto la Superintendencia, como la Secretaria Departamental de Salud y las EPS pero no se llega a acuerdos que permitan generar el flujo de recursos suficientes.

Con Ley 1438 de 2011 se ordenó a las EPS del régimen subsidiado contratar por lo menos un 60% de los servicios con la red pública hospitalaria. La Ley 1122 dice: ***“Las EPS no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS más de 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren necesarias dentro de los distintos niveles de complejidad”***. Establecer el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación- UPC a contratar por parte de las EPS responde a la necesidad de cuantificar y gestionar el riesgo en la salud atendiendo los perfiles epidemiológicos de cada municipio y su área de influencia y a la capacidad administrativa de los hospitales al momento de la negociación de los servicios ofertados.

3.1.2 Legalidad

Cumplimiento de normas externa e internas aplicables en los componentes de control de gestión y financiero.

Se evidenció que el hospital está dando cumplimiento a la normatividad legal aplicable en los temas objeto de auditoria en el cumplimiento de los diferentes informes requeridos para el control por parte de los órganos rectores del sistema tanto a nivel nacional como departamental y municipal. Decreto 2193 de 2004, Circular 030 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, debe contribuir al desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el ejercicio de la inspección, vigilancia y control para garantizar el servicio público esencial de salud y en atención al Decreto 2462 del 7 de noviembre 2013 “Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud establece dentro de sus funciones:

- Formular, dirigir y coordinar la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ejercer la facultad jurisdiccional y de conciliación en los términos establecidos en la ley.
- Vigilar el cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantizando la libre elección de aseguradores y prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad en la atención y prestación de servicios de salud.
- Adelantar acciones de inspección, vigilancia y control para evitar que se produzca abuso de posición dominante en cualquiera de sus manifestaciones, incluidas las tarifas y los mecanismos de contratación.

El Hospital realiza los requerimientos del cobro de las facturas pendientes y de los recursos adeudados por las diferentes EPS, siendo evidente la crisis de liquidez de recursos en las vigencias auditadas, en las cuales han sido objeto de conciliación con la Superintendencia en la cual se concilian montos pendientes de desde la vigencia 2018 al 2016.

La aplicación del marco de convergencia a Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, fue aplazado hasta el 2017 para todas las entidades que componen el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) que se hizo en el artículo 2 del Decreto 2496 expedido por el Ministerio de Comercio el 23 de Diciembre de 2015, el cual obedeció a la crítica situación de sostenibilidad financiera del sector de la salud que según el considerando del citado decreto a la letra dice:

“....la Superintendencia Nacional de Salud presentó la situación que atraviesa el sector salud, en especial la relacionada con el deterioro de la situación financiera tanto de las Entidades Promotoras de Salud como de los prestadores de servicios de salud públicos y privados, así como las implicaciones que tendría la implementación, a partir del 1° de enero de 2016, de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF para las entidades clasificadas en el marco técnico normativo del Grupo 2, y le solicitó la ampliación del periodo de transición por un año más al previsto en el Decreto 3022 de 2013 y sus modificatorios para este grupo de entidades, que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de manera que su implementación se realice a partir del 1° de enero de 2017...”

3.1.3. Planes de mejoramiento

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a habilitar los servicios que prestan, y de acuerdo con la Ley 87 de noviembre 29 de 1993 a implementar el Sistema de Control Interno.

De las pruebas realizadas al proceso objeto de auditoria y según lo aportado por la administración se evidencia que la Oficina de Control interno realizó auditorías al proceso de facturación, se observó en los documentos la realización de auditorías para estos procesos con sus respectivos planes de mejoramiento.

3.1.4 Control fiscal interno

Por mandato constitucional en 1991 se dispuso que *“La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”* y determinó que corresponde a las autoridades correspondientes dentro de las entidades el diseño y aplicación, de métodos y procedimientos de control interno; en 1993 con la Ley 87 se definió el control interno y el sistema de control interno y en el año 2005 mediante el Decreto 1599, el ejecutivo adoptó un modelo estándar para diseñarlo, organizarlo y operarlo, denominado Modelo Estándar de Control Interno MECI, modificado mediante el Decreto 943 de 2014 en algunos aspectos de forma. Los Hospitales públicos hacen parte de la administración pública por lo tanto el control interno no es una formalidad constitucional o legal, sino un instrumento de la labor gerencial que permite el logro el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los resultados esperados de la organización.

3.2 CONTROL FINANCIERO

El control financiero persigue la realidad de los estados financieros y los cambios de los mismos de tal manera que permitan determinar si éstos y el presupuesto reflejan razonablemente las cifras reveladas.

En el proceso de gestión de los recursos financieros, según lo dispuesto por el Decreto 4747 de 2007 en su artículo 22 y a su vez por lo establecido en el Anexo Técnico No.6 Manual Único de Glosas de la Res 3047 de 2008, para la administración y gestión de las glosas que se presentan entre las relaciones de las IPS – EPS y viceversa, siendo necesario establecer unos procesos internos que le permitan al hospital gestionar eficientemente los recursos para cumplir con

efectividad su misión garantizándole a los usuarios la prestación del servicio con altos estándares de calidad, sin afectar su sostenibilidad financiera.

3.2.1 Estados contables

Se evaluaron las cuentas de los estados contables de acuerdo al alcance del proceso evaluado y se enfocó a establecer el cumplimiento de aspectos que la administración está obligada a considerar como son:

Se evaluaron las cuentas de los estados contables de acuerdo al alcance del proceso evaluado y se enfocó a establecer el cumplimiento de aspectos que la administración está obligada a considerar como son:

- Un control interno contable adecuado, proceso bajo la responsabilidad del representante legal o máximo directivo de la entidad y de los responsables de las áreas financieras y contables, que pretende lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del proceso contable, para que se garantice razonablemente que la información financiera cumpla con las características fundamentales de relevancia y representación fiel de que trata el Régimen de Contabilidad Pública.
- El riesgo de índole contable que se materializa según lo expresado en el “Procedimiento para la evaluación del control interno contable” emitido por la Contaduría General de la Nación, cuando los hechos económicos generados en la entidad no se incluyen en el proceso contable o cuando, siendo incluidos, no cumplen con los criterios de reconocimiento, medición, revelación y presentación dispuestos en el Régimen de Contabilidad Pública.
- El análisis permanente del deterioro de cartera, el cual consiste en la probabilidad de pérdida del valor de la cartera derivada por el incumplimiento del pago por parte del cliente, actividad que hace parte del comité contable, que en un buen proceso de control interno, debe hacer una depuración constante de los valores que afectan la situación patrimonial y no representan derechos, bienes u obligaciones ciertos para la entidad y los derechos u obligaciones existentes, pero que no es posible exigir al operar los fenómenos de prescripción o caducidad, así como los derechos u obligaciones que carecen de documentos soportes idóneos que permitan adelantar los procedimientos pertinentes para su cobro o pago, cuando no haya sido posible legalmente imputarle a persona alguna el valor por pérdida de los bienes o derechos y cuando evaluada y establecida la

relación costo beneficio, resulte más oneroso adelantar el proceso de que se trate.

Las glosas generadas durante el periodo de auditoria reportadas por la entidad, se detallan a continuación. (Ver tabla 7).

TABLA 7

GLOSAS PERIODO AUDITADO					
CONCEPTO GENERAL	VIGENCIA 2014	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017	TOTAL VIGENCIAS
FACTURACIÓN	9.466.115	133.975.406	1.215.474	13.913.293	158.570.288
TARIFA	5.635.541	143.799.078	607.734	173.916.161	323.958.514
SOPORTES	2.686.948	21.849.343	379.836	34.783.232	59.699.359
AUTORIZACIÓN	787.710	25.310.179	151.934	10.434.970	36.684.793
COBERTURA	11.037.837	16.499.507	75.967	3.478.322	31.091.633
PERTINENCIA	1.797.457	52.424.425	607.737	83.479.758	138.309.377
ECAT	-	-	-	-	-
DEVOLUCIONES	10.356.232	152.125.653	4.558.030	27.826.586	194.866.501
TOTAL	41.767.840	545.983.591	7.596.712	347.832.322	943.180.465

Fuente: Hospital

3.2.2 Gestión presupuestal

El presupuesto de ingresos es considerado de caja y el de gastos de causación, toda vez que con los recaudos efectivos de la vigencia, se deben apalancar los compromisos y las obligaciones; en los hospitales públicos es común que los gastos causados sean superiores a los recaudos efectivos de la vigencia fiscal, generando unas cuentas por pagar sin fuente de financiación al cierre de la vigencia, ocasionando problemas de liquidez porque las cuentas por cobrar – cartera es superior a 90 días y un porcentaje alto superior a 360 días.

El área o proceso de facturación guarda relación directa con el proceso de admisiones; su objetivo es realizar el seguimiento al paciente desde su ingreso a la institución hasta el egreso de la misma, realizando un registro sistemático de cada uno de los servicios prestados durante la estancia del paciente, para finalmente producir un documento equivalente de cobro o factura de venta de servicios, debiendo enviar hacia contabilidad, los documentos con sus respectivos atributos: Factura o documento equivalente de venta por prestación de servicios, nota débito o nota crédito si hubiere a lugar, para así procesar los movimientos contables que den cuenta de la realidad financiera del hospital.

Para el periodo evaluado, las cifras de la facturación radicada evidencian que al cierre de cada vigencia por los tiempos y términos de radicación de las cuentas por cobrar acorde a la normatividad vigente, quedan pendientes por radicar facturas, que se radican en el mes siguiente, por lo tanto en el ingreso solo se incluye lo efectivamente pagado por los clientes del Hospital- IPS. La facturación pendiente por radicar-detallada en el punto 3.2.3.- requiere control exhaustivo, al

existir un riesgo potencial de inoportunidad en el recaudo que afecta el flujo de recursos.

El análisis de los ingresos vs gastos y del balance fiscal para el periodo evaluado, está consignado en el informe financiero y estadístico de las vigencias auditadas y en los informes de auditoría integral modalidad regular practicadas.

3.2.3 Gestión financiera

Los indicadores financieros en los procesos evaluados, están relacionados con el periodo de la cartera y para el caso específico se toma como referencia la cartera del año fiscal 2017 por cuanto la misma se acumula, para esta vigencia muestra:

El total de la cartera a diciembre 31 de 2017 ascendió a \$12.918 millones, superior a 360 días asciende a \$4.546 millones, que representan el 35.18%, situación que incrementa la crisis financiera porque afecta el flujo de recursos para la operación y prestación eficiente del servicio.

El régimen contributivo reveló una cartera de \$4.719.9 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$2.792.7 millones el 59.16%. Las EPS con mayor deuda son: Saludcoop con \$2.250.9 millones, Cafesalud con \$959.4 millones y Nueva EPS con \$669.0 millones.

El régimen subsidiado reveló una cartera de \$7.401.5 millones, mayor a 360 días presenta una cartera de \$1.389.6 millones el 18.77%. El mayor deudor es la EPS Emssanar, adeudando el 59.48% representado en \$4.402.6 millones, Cafesalud adeuda \$1.220 millones y Caprecom adeuda \$922.1 millones. (Ver tabla 8)

TABLA 8
CARTERA POR EDADES-2017- HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA

EDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		RÉGIMEN SUBSIDIADO		SOAT- ECAT		POBLA POBRE SECRETARIAS		OTROS		TOTAL	
60 días	437.753.184	9,27%	2.126.654.381	28,74%	72.282.461	20,68%	5.229.701	3,42%	187.141.453	63,49%	\$ 2.829.261.180,00	21,90%
De 61 a 90	108.135.758	2,29%	975.382.303	13,18%	11.826.977	3,38%	4.520.094	2,96%	16.035.719	5,44%	\$ 1.115.900.851,00	8,64%
De 91 a 180	466.955.954	9,89%	2.373.266.000	32,06%	11.923.559	3,41%	18.513.345	12,12%	31.631.598	10,73%	\$ 2.902.290.457,00	22,47%
De 181 a 360	914.444.073	19,37%	536.442.974	7,26%	26.597.806	7,61%	17.474.695	11,44%	30.119.891	10,22%	\$ 1.525.079.438,00	11,81%
Mayor 360	2.792.710.593	59,17%	1.389.600.001	18,77%	226.867.718	64,91%	107.000.169	70,05%	29.940.729	10,12%	\$ 4.546.039.210,00	35,19%
Total por cobrar con Facturación Radicada	\$ 4.719.999.562,00	100,00%	\$ 7.401.545.659,00	100,00%	\$ 348.518.521,00	100,00%	\$ 152.738.004,00	100,00%	\$ 294.769.391,00	100,00%	\$ 12.918.571.137,00	100,00%
Deterioro	\$ 1.673.533.893,00	56,51%	\$ 1.123.127.227,00	37,32%	\$ 61.783.743,00	2,08%	\$ 45.757.324,00	1,54%	\$ 57.508.381,00	1,94%	\$ 2.981.710.568,00	100,00%

Fuente: SHO Decreto 2193 de 2004

1. Hallazgo administrativo

A partir de la vigencia 2017 con la aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y la Resolución 414 de 2014 Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NICSP), cada entidad establece sus propias políticas contables, entre ellas prescribir el tratamiento de la cartera de difícil cobro, no obstante, en el periodo evaluado, la cartera evidencia crecimiento; a 31 de diciembre de 2017 revela que un **69.46%** corresponde a cartera superior a 90 días - **\$8.973 millones**, la cartera superior a **360 días de \$4.546 millones representa el 35.19%**, así mismo evidencia facturación pendiente por radicar en las vigencias 2013-2017, para la vigencia 2013 reveló \$940 millones, 2014 \$905.5.millones, 2015 \$960.9 millones, 2016 \$965.8 millones y 2017 \$1.103 millones; **glosa- objeciones-inicial** para el periodo evaluado \$76 millones y **registró deterioro** para el 2017 por \$2.961.7 millones, al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen un cierto nivel de riesgo de impago y por lo tanto se reconocen en la contabilidad. (Ver tabla 9)

TABLA 9
TENDENCIA CARTERA- FACTURACIÓN POR RADICAR- GLOSA Y DETERIORO

HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA 2013-2017					
VIIGENCIA	Mayor 360	Total por Cobrar con Facturación Radicada	Facturación Pendiente de Radicar	Glosa	Deterioro
2013	1.026.903.491	4.987.392.499	940.091.514	11.370.168	0
2014	884.599.575	6.231.050.861	905.524.933	13.573.306	0
2015	2.386.832.785	8.536.818.173	960.941.500	11.418.074	0
2016	3.910.157.183	10.327.040.513	965.885.343	7.596.712	0
2017	4.546.039.210	12.918.571.137	1.103.002.085	32.379.828	2.961.710.568

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004

Las cifras reveladas denotan las deficiencias estructurales del sector salud que afectan la liquidez y la gestión financiera del hospital.

*La administración o gestión de cartera es un proceso sistemático de evaluación, seguimiento y control de las cuentas por cobrar a fin de lograr que los pagos se realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre otros aspectos el registro y clasificación de las cuentas por antigüedad y categorías como son: corriente, vencida y cuentas de difícil cobro que regularmente se maneja con plazos de 1 a 30 días, 30 a 60 , 60 a 90 y más de 90 días; siendo de difícil cobro, las clasificadas de acuerdo a los marcos normativos competentes para el sector, que se atemperan a sus respectivas políticas contables adoptadas. **La situación presentada es ocasionada por deficiencias estructurales evidentes en el sistema de salud que hacen inoperantes los controles establecidos, en la gestión de cobro y en los mecanismos coercitivos de los diferentes actores del sistema (Hospital, Superintendencia, Ministerio y Direcciones locales y territoriales de salud), conllevando a clasificarla como cartera vencida y de difícil***

cobro, debiéndose deteriorarla de acuerdo con las Normas de Información Financiera NIF; recursos que no se podrán utilizar en la prestación del servicio y que afectan la sostenibilidad financiera y las finanzas del hospital generando a futuro una pérdida de los mismos, afectando la prestación del servicio con oportunidad y calidad.

- **PÉRDIDA REVELADA**

El Hospital Centenario de Sevilla, según el estado de la situación financiera durante el periodo evaluado 2013-2017, revela pérdida por \$1.205,7 millones en la cuenta 5.8.08.02 denominada: Pérdida en retiro de activos. (Ver tabla 10)

TABLA 10
PÉRDIDA REGISTRADA ESTADO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA

HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA 2013-2017			
VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2013	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 906.382.000
2014	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 41.768.000
2015	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 39.823.000
2016	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 119.692.000
2017	5.8.08.02	PÉRDIDA EN RETIRO DE ACTIVOS	\$ 98.083.470
TOTAL			\$ 1.205.748.470

Fuente: Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP)

Las cifras reveladas, corresponden a facturas glosadas de vigencias anteriores que en el proceso de facturación, según las pruebas selectivas practicadas fueron objeto de gestión de cobro y conciliación con los diferentes clientes del hospital.

La Gestión de cartera hace parte de la Administración Pública que conforme a los principios que la regulan contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, obligan a los servidores públicos-gestores fiscales a realizar su gestión de manera ágil, eficaz, eficiente y oportuna, con el fin de obtener liquidez para el Tesoro Público; atemperándose a la normatividad específica del sector salud según la cual el reconocimiento y pago de los servicios contratados, no solo depende de la modalidad de contratación sino que adicionalmente deberá contarse con la presentación y validación de los RIPS, como condición mínima obligatoria en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud, que deberán presentar los Prestadores de Servicios de Salud(IPS- Hospitales) en el cobro de los servicios contratados según parágrafo 2º del artículo 44º de la Ley 1122 de 2007, artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el numeral 8º, del artículo 6º, del Decreto 4747 de 2007 y en el Trámite de Glosas (Inc. 1º, art. 57 Ley 1438 de 2011; Inc. 1º, Art. 23º, Decreto 4747 de 2007, art. 773, Decreto 410 DE 1971,

modificado por el inc. 3º, art. 2º, de la Ley 1231 de 2008; modificado por el artículo 86 de la Ley 1676 de 2013) entre otras normas aplicables como son el artículo 781 y sgtes del Código del Comercio; y el cumplimiento de las normas contables relacionadas entre ellas la Resolución 357 de 2008 y el nuevo marco normativo NIIF y NICSP aplicable a partir de 2016 Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, sin desconocer la prestación de los servicios de salud a los ciudadanos con oportunidad y calidad garantizándoles el derecho fundamental a la salud en conexidad con el derecho a la vida, Sentencia de la Corte Constitucional T 760 de 2008.

- **MARGEN DE CONTRATACIÓN**

El Hospital en la negociación con las diferentes EPS para la prestación de servicios en las actividades de baja complejidad, contrató mediante la modalidad de contrato capitado- pago anticipado y tarifa fija por persona (Percapita) con derecho a ser atendida por periodo de tiempo, revela \$1.596,3 millones durante el periodo auditado en la cuenta 5.8.08.14 denominada: Margen de contratación de los servicios de salud. (Ver tabla 10)

TABLA 10
MARGEN DE CONTRATACIÓN-REGISTRADA ESTADO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA
HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA 2013-2017

VIIGENCIA	CUENTA	NOMBRE	VALOR \$
2013	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 158.889.000
2014	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 267.892.000
2015	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 526.204.000
2016	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 382.935.000
2017	5.8.08.14	MARGEN EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	\$ 260.693.460
TOTAL			\$ 1.596.613.460

Fuente: Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP)

La situación revelada permite concluir que existen debilidades e inequidades que afectan directamente la sostenibilidad financiera del hospital, producto de las condiciones del mercado, la obligación constitucional de prestar el servicio, la posición dominante de las diferentes aseguradoras-EPS, y las evidentes debilidades de las autoridades encargadas de la rectoría del sistema así como de la vigilancia y control competentes.

4. ANEXOS

4.1 CUADRO DE HALLAZGOS AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL– PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS) HOSPITAL CENTENARIO DE SEVILLA.E.S.E. 2013-2014-2015-2016-2017						
No. Hallazgos	Administrativos	Disciplinarios	Penales	Fiscales	Sancionatorios	Daño patrimonial (\$)
1	1	—	—	—	—	—