



**DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO**

INFORME DE SEGUIMIENTO

Hospital Clínico de la Universidad de Chile Doctor José Joaquín Aguirre

**Número de Informe: 179/2011
20 de febrero de 2014**



www.contraloria.cl



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.105/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013136

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,

Contralor General de la República
Subrogante

A LA SEÑORA
MINISTRA DE EDUCACIÓN
PRESENTE
REF. N° 195.864/2013

RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.101/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013137

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,

Por Orden del Contralor General
MARIA JOSE GARCIA CABALLERO
Contralora
División de Auditoría Administrativa

AL SEÑOR
RECTOR
UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE

REF. N° 195.864/2013

[Handwritten mark]

RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.102/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB14*013138

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,


Por Orden del Contralor General
MARÍA ISABEL CARPI CABALLERO
Abogada Jefe
División de Auditoría Administrativa

AL SEÑOR
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE
REF. N° 195.864/2013



RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.106/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013139

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,


Por Orden del Contralor General
MARÍA ISABEL CABELLO
Abogada
División de Auditoría Administrativa

AL SEÑOR
AUDITOR MINISTERIAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PRESENTE

REF. N° 195.864/2013







CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.103/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013140

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,

Por Orden del Contralor General
MARÍA ISABEL CARRIL CABALLERO
Fiscalada Jefe
División de Auditoría Administrativa

AL SEÑOR
CONTRALOR INTERNO
UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE

REF. N° 195.864/2013

RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.104/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 ☆ 013141

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,

Por Orden del Contralor General
MARIA ISABEL CARRIL CABALLERO
Abogado
Jefe de la División de Auditoría Administrativa

A LA SEÑORA
JEFA UNIDAD AUDITORÍA INTERNA
HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE
REF. N° 195.864/2013

RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 6.100/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013142

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,

Por Orden del Contralor General
MARÍA ISABEL CASTRO CABALLERO
Jefe de la
División de Auditoría Administrativa

AL SEÑOR
JEFE UNIDAD DE SUMARIOS FISCALÍA
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
PRESENTE

REF. N° 195.864/2013





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

DAA N° 3.107/2013

REMITE INFORME DE SEGUIMIENTO QUE
INDICA

SANTIAGO, 20.FEB 14 *013143

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe de Seguimiento efectuado al Informe Final N° 179, de 2011, debidamente aprobado, sobre auditoría integral aleatoria efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre.

Saluda atentamente a Ud.,


Por Orden del Contralor General
MARÍA ISABEL OYOLA CAVALLERO
Abogada Jefe
División de Auditoría Administrativa

A LA SEÑORA
JEFA ÁREA EDUCACIÓN
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
PRESENTE

REF. N° 195.864/2013







CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

USEG N° 72/2013
REF. N° 195.864/2013

SEGUIMIENTO AL INFORME FINAL N° 179,
DE 2011, SOBRE AUDITORÍA INTEGRAL
ALEATORIA EFECTUADA EN EL HOSPITAL
CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE,
DOCTOR JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE.

SANTIAGO, 20 FEB. 2014

De acuerdo con las facultades establecidas en la ley N° 10.336, de Organización y Atribuciones de la Contraloría General de la República, se realizó el seguimiento a las observaciones contenidas en el Informe Final N° 179, de 2011, sobre auditoría integral aleatoria, efectuada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, doctor José Joaquín Aguirre, en adelante e indistintamente HCUCH, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las medidas requeridas por este Órgano de Control. Los funcionarios que ejecutaron esta fiscalización fueron la Srta. Gloria Serrano Becerra y los señores Miguel Saavedra Santibáñez y Pablo Chaparro Uribe.

El proceso de seguimiento consideró el Informe de Estado de Observaciones IF 179/2011_SEG_ETPS_72, enviado a través de oficio N° 27.409, de 2013, cuya contestación fue comunicada por documento N° 475, de la misma anualidad a este Ente Contralor.

Los antecedentes aportados fueron analizados y complementados con las validaciones correspondientes en la entidad, con el objeto de comprobar la pertinencia de las acciones correctivas implementadas, arrojando los resultados que en cada caso se indican.

A LA SEÑORITA
PATRICIA ARRIAGADA VILLOUTA
CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA (S)
PRESENTE

Contralor General de la República
Subrogante



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

1. OBSERVACIONES QUE SE SUBSANAN

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
I. MACROPROCESO DE FINANZAS				
1. Aspectos generales				
1.2. Patrimonio	El hospital no mantenía información actualizada de la estructura de las cuentas de patrimonio que presenta en los estados financieros, situación que impidió verificar el origen, la naturaleza y el cumplimiento de las disposiciones legales pertinentes sobre la materia. El saldo contable de la cuenta código N° 24020101, denominada "Reserva Crédito Universitario", no fue informado, dado que no existen antecedentes históricos en dicho establecimiento.	En su respuesta, el organismo aseguró que no existen antecedentes en los cuales conste la composición de este saldo. Añadió, que con la empresa Surlatina Auditores Ltda. se determinó que para que ellos pudieran validar el patrimonio, tomar un inventario a más del 75% de los bienes de activo fijo, lo cual arrojó un 100% de bienes encontrados, por lo que con esta acción ellos dieron por superada esta problemática.	Se comprobó la medida comprometida por el servicio en el informe final, la que consiste en un documento de la citada empresa, de fecha 13 de junio de 2013, que buscó determinar con un grado de razonabilidad la validación de los activos fijos reflejados en los estados financieros del año 2011. Cabe señalar, que dicha validación se realizó en base al 52,25% de los activos fijos en forma física y documental, y no al porcentaje comunicado por el recinto asistencial.	Atendidos los antecedentes proporcionados y las validaciones realizadas, se dan por subsanadas las observaciones.
1.3. Procesos judiciales	Al mes de agosto de 2011, existían 87 juicios pendientes en contra de dicho centro de salud, cuya cuantía estimada ascendía a M\$ 4.713.504, para los cuales la institución no consideró provisión alguna para responder a las posibles contingencias, derivadas de los eventuales fallos desfavorables que pudieran emitirse en los mencionados litigios.	El servicio fiscalizado manifestó que esta provisión fue efectuada previa consulta a su departamento jurídico en el mes de diciembre de 2012. Adjuntó traspaso contable N° 640.591, de 31 de diciembre de esa anualidad.	Se comprobó la contabilización informada por la entidad, por la suma de M\$ 13.635, la cual se compone de la cuantía de los juicios laborales, juicios de policía local y recursos de protección pendientes.	
1.5. Patentes municipales	El edificio del hospital emplazado en el rol 1348-1, ubicado en la calle Santos Dumont N° 999, comuna de Independencia, de propiedad de la Universidad de Chile, con permiso primitivo de edificación N° 1.007, de 12 de abril de 1937, no cuenta con la recepción final de obra.	El HCUCH expresó en su oficio de respuesta que solicitó la recepción definitiva de la obra en la Municipalidad de Independencia, aprobándose la carpeta N° 170/2009.	Se corroboró la existencia del decreto alcaldicio N° 1.903, de 2013, de la Municipalidad de Independencia, que aprueba el convenio de pago de derechos municipales referidos a la aplicación de la ley N° 20.234, sobre Regularización de Construcciones Destinadas a Establecimientos de Salud. Además, se verificó el certificado de regularización del equipamiento de salud de fecha 5 de septiembre del año antes citado, emitido por la municipalidad ya mencionada, que otorga el permiso y la recepción definitiva del edificio hospitalario.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
2. Aspectos de control interno				
2.5. Aspectos de control interno	El departamento de contabilidad carece de un manual de procedimientos escrito y formalizado del tratamiento de las cuentas contables que son utilizadas para consignar los distintos eventos económicos.	En su respuesta, el servicio auditado indicó que el departamento de contabilidad cuenta con un manual de procedimientos, autorizado bajo resolución exenta N° 688, de 22 de diciembre de 2011.	De la revisión de los antecedentes proporcionados, se confirmó la aprobación del citado manual.	En atención a lo expuesto, se dan por subsanadas las observaciones detectadas.
2.6. Aspectos de control interno	Por no contar con personal preparado en los aspectos de sistemas de seguridad informática, la unidad de auditoría interna de la entidad no ha realizado el control administrativo y operacional de los sistemas de información.	La institución manifestó que realizó un plan de auditoría para el segundo semestre del año 2013, dada la nueva estructura de la unidad de auditoría del establecimiento. Adjuntó M-AUD N° 12, del 7 de junio de 2013, con el aludido plan.	Se corroboró la existencia del plan de auditoría para el segundo semestre de 2013, el que considera una auditoría de sistemas informáticos como una actividad preventiva ocasional.	
3. Cuentas corrientes bancarias				
3.1. Cuentas corrientes bancarias	Las conciliaciones bancarias analizadas no se ajustan a las normas básicas de elaboración de un instrumento de control. En efecto, en la revisión efectuada se comprobó que el funcionario encargado de prepararlas no registra su nombre ni firma, como asimismo, no se estampa en ellas la rúbrica correspondiente a la supervisión del trabajo realizado.	El servicio fiscalizado anexó las conciliaciones bancarias de los meses de enero, febrero y marzo de 2013, de acuerdo a lo requerido por esta Unidad de Seguimiento.	Del examen a las conciliaciones confeccionadas por el HCUCH, se confirmó que estas cuentan con el nombre y firma del funcionario encargado de prepararlas, así como la rúbrica del encargado de supervisar la labor efectuada.	Atendidos los antecedentes proporcionados y las validaciones realizadas, se da por subsanado lo objetado.
3.2. Cuentas corrientes bancarias	Se observó que las cuentas corrientes N°s [REDACTED] no registran movimientos desde los años 2000 y 2006, respectivamente.	El hospital señaló que las cuentas corrientes aludidas han sido cerradas, para lo cual acompañó las constancias.	Se advirtieron las constancias del Banco Consorcio (ex Banco Monex) de 30 de marzo de 2012 y del Banco Santander, de 5 de junio de 2013, que acreditan el cierre de las cuentas corrientes en comento, en los años 2006 y 2011, respectivamente.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
4. Control de caja	Se detectó la inexistencia de un instructivo o manual que señale las funciones y operaciones que debe realizar el cajero en su trabajo diario.	El establecimiento auditado acompañó el manual de procedimientos sobre la materia.	Del estudio a los antecedentes remitidos por la entidad, se evidenció la toma de conocimiento e implementación del mencionado manual, por las personas que tienen la función de cajero.	En mérito de lo expuesto, se da por subsanada la observación.
5. Arqueos de caja				
5.1. Arqueos de caja	No se advirtieron procedimientos formalmente establecidos respecto del control físico y administrativo de la recaudación de fondos, por cuanto constan días en que no se efectuaron retiros y las sumas, en algunos casos, superaban el M\$ 1.000.	Sobre este punto, el centro de salud indicó que desde diciembre de 2012, implementó un instructivo para realizar retiros o avances de efectivo en caja. Adjuntó el procedimiento respectivo.	Se observó la utilización del citado procedimiento, el que detalla las áreas involucradas, y los pasos a seguir para retirar los fondos, iniciándose con el aviso al Departamento de Tesorería del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, para que posteriormente un funcionario de la unidad de control de cajas se dirija a hacer el retiro del dinero solicitado, junto con la presencia del guardia de seguridad del sector.	Atendidos los antecedentes proporcionados, se da por subsanada la objeción.
5.3. Arqueos de caja	Al final de cada jornada, los valores y documentos para la rendición de las cajas son llevados al Departamento de Tesorería, dependencia que está alejada del hospital, trámite durante el cual, según se ha advertido, no siempre el cajero es acompañado por un guardia.			
6. Pólizas de fianza	Existían casos de funcionarios que si bien mantenían a marzo de 2010, una póliza de fianza, no se les había efectuado el correspondiente descuento.	El hospital señaló que elaboró un procedimiento interno, el cual informará a cada jefatura vía circular interna. Anexó el procedimiento general para trámite de póliza de fianza y garantías de funcionarios que no contaban con esta.	La revisión aleatoria de liquidaciones de sueldo, permitió verificar el descuento efectivo, de las personas que por la función que cumplen, deben contar con una póliza de fianza.	Los documentos suministrados y las validaciones realizadas, permiten dar por subsanado lo impugnado.
7.1. Letras por cobrar, cuenta contable N° 11050101				
7.1.1. Inapropiado resguardo de documentos	Al momento del arqueo, los documentos emitidos y en blanco se encontraban custodiados en la oficina del subjeft de contabilidad en un cajón del escritorio, con el consiguiente riesgo de pérdida o extravío. Por otra parte, se constató que los documentos vencidos no se informan al área de cobranza para que efectúe las gestiones pertinentes.	En su respuesta, el organismo mencionó que generó procesos de control y procedimiento para letras incumplidas, acompañando un diagrama de flujo del proceso y el informe de situación de las letras en cobranza prejudicial y judicial al 5 de mayo de 2013.	Se corroboró el procedimiento citado por el centro hospitalario comprobándose que las letras incumplidas, son resguardadas por la unidad de control de cheques.	Las instrucciones informadas por el hospital, permiten dar por subsanada la observación formulada, sin perjuicio de que la formalización de los procedimientos, debe efectuarse conforme al artículo 3°, de la ley N° 19.880, precitada.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
7.1.2. Letras por cobrar no aceptadas	Se estableció la existencia de letras de cambio no aceptadas por el librado doña R. Morán A., en circunstancias que de acuerdo a lo previsto en el artículo 33, de la ley N° 18.092, sobre Letra de Cambio y Pagaré, la sola firma puesta en el anverso de la letra importa aceptación, y por lo tanto, constituye para el centro de salud, la prueba de que está aceptado el cobro.	La entidad adjuntó el listado con el análisis de cuentas por cobrar al 31 de marzo de 2013.	Se verificó contra documento original la regularización de las letras de cambio observadas en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	La revisión efectuada, permite dar por subsanada la observación.
7.4. Pagares recibidos en garantía, cuenta contable N° 31010103	Se observó que del total de la muestra no fue posible ubicar 17 documentos, cuyos vencimientos fluctúan entre los años 1994 y 2003, con una antigüedad promedio de 14 años, puesto que el hospital mantiene registros sólo desde el año 2004 en adelante. A lo anterior, se añadió que existían 16 casos que no registran deuda con el establecimiento.	El servicio auditado expresó que comprobó que los casos indicados no registraban deuda con el hospital y no se había reversado la cuenta de orden, por lo que realizó los ajustes contables mediante comprobantes N°s 640.154, de 2012, y 655.025, de 2013.	Se determinó la rectificación de los documentos identificados en el Informe Final N° 179, de 2011, de esta Contraloría General.	En atención a lo expuesto, se da por subsanado lo objetado.
7.5. Cheques recibidos en garantía, cuenta contable N° 31010104	Del arqueo practicado no fue posible ubicar 26 cheques, puesto que no figuraban en el Sistema Custodia de Documentos, aplicación que maneja la institución para el registro y control físico de los mismos. Además, la entidad no presentó información para 3 de los 26 cheques revisados.	El centro hospitalario señaló que revisados los 3 casos, constató que éstos no tienen deuda, por lo que realizó el ajuste contable de la cuenta de orden. Acompañó el traspaso contable N° 651.501, de 2013.	Se evidenció el comprobante contable, de 10 de mayo de 2013, el que regulariza los documentos N°s 9770, 55637 y 2189876, citados en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	
7.6. Otros documentos recibidos en garantía	Del total de documentos a arquear, 19 no se encontraron, puesto que pertenecían al Servicio de Salud Metropolitano Norte, y al momento de facturar la cuenta, acorde con la operatoria, serían adjuntados a la misma, situación que no fue posible de corroborar por cuanto la información respectiva no fue remitida a la comisión fiscalizadora.	El referido hospital anexó el traspaso N° 608.128, de 14 de diciembre de 2011, con el ajuste contable efectuado.	Se comprobó la existencia del citado ajuste contable, el cual incluye la regularización de los documentos no encontrados al momento de la fiscalización.	Atendidos los antecedentes proporcionados y las validaciones realizadas, se subsanan las objeciones.
7.7. Segundo arqueo de documentos en custodia	Producto del segundo arqueo de una muestra de documentos obtenida desde el Sistema Custodia de Documentos, los cuales presentaban la condición de vigente, se comprobó que de 40 documentos, es decir un 53%, se habían devuelto a los pacientes y un 18% se encontraban protestados.	El hospital auditado indicó que al momento de realizar el arqueo, en el modo de consulta se mostró estado "vigente", cuando debió mostrarse "último estado archivado". Adjuntó procedimiento operativo a aplicar en consulta al sistema de custodia.	Se revisó el procedimiento enviado por el HCUCH, el cual establece que al efectuar un arqueo a los documentos, bajo el criterio "vigente", estos pueden tener varios estados puesto que la garantía pasa por distintas etapas, como son "protestada" y "devuelta". Junto con ello, se corroboró en terreno el funcionamiento del sistema aludido. Además, se acreditaron los reportes mensuales emitidos por el departamento de tesorería, que informa los documentos enviados a cobranza judicial.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
8.	Anticipo acreedores por factoring			
a)	Recepción de fondos por cesión de factoring no ingresados a las cuentas corrientes del hospital Es el mes de diciembre del año 2009, el HCUCH celebró 3 contratos de cesión de créditos con la empresa Factorline S.A., operación que generó recursos totales por M\$ 850.543, la que se garantizó con pagarés de deuda del hospital y se pagó a través de cesiones de facturas y cheques, cuya identificación contable son las cesiones N°s 126, 127 y 128. Se determinó que existe un retraso de al menos 6 meses entre el momento en que se realiza la cesión de factoring y el momento en que ésta es aprobada a través de un acto administrativo.	En su respuesta, el establecimiento fiscalizado acompañó el procedimiento "Cesiones Factoring".	Se constató la existencia del aludido documento, en cuyos puntos 6 y 8, cita la obligación de que los fondos sean depositados exclusivamente en cuentas bancarias del servicio, así como el proceso para solicitar las resoluciones aprobatorias de las cesiones de factoring al Departamento Jurídico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.	En atención a las medidas adoptadas, se da por subsanada la objeción detectada.
II. MACROPROCESO DE INGRESOS PROPIOS				
2.	Cobranza judicial			
2.2.	Caso de fallecidos	Sobre este punto, el centro de salud informó que no existe pago en exceso a la empresa, dado que los ingresos de esta se encuentran asociados a la cobranza efectiva.	Se corroboró que no se pagó a la empresa GESFIN Ltda. por los 37 casos de personas fallecidas. Cabe agregar, que en el artículo 9° del contrato de cobranza prejudicial y judicial se estipula que la empresa realizará la cobranza que se le encomiende sin percibir honorarios de parte del organismo, debiendo obtenerlos directamente de los deudores.	En atención a lo expuesto, se da por subsanado lo observado.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
3.	Gestión de reclamos			
3.1.d)	Estado de los reclamos, estadísticas	El centro de salud fiscalizado indicó que a nivel de gerencia general definieron responsabilidades sobre las condiciones higiénicas de los baños, en relación al aseo es responsabilidad de house keeping, y lo relativo a la dotación de insumos (papel higiénico y toallas desechables) es responsabilidad de enfermería. Añadió, que designó una nueva jefa de la oficina de opinión usuaria, para liderar la recepción y gestión de los reclamos y monitorear medidas de solución a los mismos.	Se comprobó la certificación efectuada por el establecimiento respecto de las acciones para la limpieza y sanitización de los baños públicos, considerando una funcionaria de punto fijo en todos los sanitarios ambulatorios, recambio de las bolsas para los papeleros, supervisión de dichas labores, entre otras acciones.	En atención a lo validado, se da por subsanada la observación.
4.	Atención ambulatoria a título gratuito a jubilados	El hospital auditado comunicó que dispuso el cese de las franquicias a jubilados. Añadió, que esta medida fue comunicada a los afectados mediante carta dirigida al domicilio registrado en la institución. Adjuntó el oficio N° 207, de 21 de marzo de 2013, a través del cual el Director del Hospital Clínico de la Universidad de Chile informa al Contralor General de la República las acciones adoptadas.	Se corroboró que el aludido oficio N° 207, de 2013, da cuenta de las acciones implementadas y que a través de cartas a jubilados y ex funcionarios, se hace efectiva la extinción de la atención ambulatoria a título gratuito.	En atención a lo expuesto, se da por subsanado lo observado.
8.	Enrolamiento de profesionales en FONASA	En su respuesta, el centro asistencial adjuntó como respaldos la solicitud de inscripción del hospital en la modalidad de PAD, de 12 de agosto 1996. Junto con ello, agregó la ampliación de las prestaciones del convenio en rol de modalidad de libre elección, de 26 de mayo de 2012.	Se constató la existencia de la resolución exenta N° 3.393, de 26 de mayo de 2012, del Fondo Nacional de Salud, la que aprueba la ampliación de la nómina de prestaciones del convenio en rol de modalidad libre elección. Además, en esta misma resolución se establece en su considerando la inscripción del hospital en dicho rol, desde el 22 de agosto de 1997, encontrándose vigente a la fecha del acto administrativo.	Atendida la documentación adjunta, se da por subsanada la objeción.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
11.b) Servicio de laboratorio	El sistema de laboratorio no siempre respeta la fecha de toma de muestra y de solicitud de la misma, pues se encontraron requerimientos con fecha posterior al examen.	El establecimiento hospitalario no presentó antecedentes sobre la materia, en su oficio respuesta.	Se verificó la incorporación de un validador en el sistema de laboratorio, el cual evita modificar la fecha de toma de muestra, emitiendo un mensaje de alerta al efecto.	La revisión efectuada, permite dar por subsanadas las observaciones.
12. Liquidación de cuentas	El procedimiento utilizado para liquidar las cuentas por las prestaciones otorgadas, presenta riesgo de errores y cobros ilegítimos, debido a que no se evidenció que exista una instancia superior que controle y supervise la determinación de los valores que efectúa el funcionario que ejecuta la función del sistema "Valoriza", persona encargada de calcular el monto final a cobrar al paciente y de realizar las modificaciones que correspondan según sea el caso, ya sea agregando o rebajando valores, de acuerdo a la normativa de aranceles o consultando a la contraloría médica.	El servicio auditado reiteró que el funcionario "valorizador" no calcula el monto final a cobrar al paciente. Los aranceles y tablas de descuento, están previamente fijados en el sistema. La previsión y convenio se fija en admisión cuando ingresa el paciente, y los aranceles son cargados por el área comercial. Adicionalmente, señaló que el funcionario "valorizador" es el que controla que los códigos de las prestaciones cargadas a las cuentas de los pacientes en los distintos centros de actividad clínica, sean concordantes con los registros de ficha clínica, agregando prestaciones informadas en el proceso de captación y que no estén en la cuenta del paciente o modificando códigos según indicación del médico contralor. Añadió, que en el proceso de sanción, es el sistema el que realiza los descuentos, de acuerdo a la normativa técnica. Preciso que en caso de tener dudas en las codificaciones realizadas, se consulta al médico contralor, lo cual queda indicado en la cuenta corriente que acompaña la cuenta del paciente. Concluye, que el procedimiento pasa por 3 controles: captador, valorizador y procesos. En la etapa de proceso, todas las cuentas de pacientes (2.169 cuentas en promedio mes), son chequeadas en cuanto a la integridad de información y su respaldo.	Se comprobó lo argumentado por el HCUCH, mediante la revisión a la cuenta corriente del paciente N° 9.725, que acredita la consulta efectuada al médico contralor, en cuanto a los códigos a registrar en el sistema.	
	Se advirtieron demoras en la comunicación del monto adeudado a los pacientes, debido a las dificultades en la obtención de los datos referidos a las prestaciones otorgadas, es así, como se observaron casos en los que entre el alta del paciente y la liquidación de la cuenta, transcurrieron sobre los 100 días.	El centro asistencial indicó que cubrieron las vacantes dejadas por renunciadas y jubilaciones en el departamento de cuentas de pacientes. Además, reforzó el proceso de captación, proceso clave para disminuir el stock de cuentas. Asimismo, precisó que gestiona con las otras unidades el motivo de detención en la valorización de la cuenta.	La entidad fiscalizada acreditó acciones que evitan la demora en el proceso de cierre de la cuenta, como por ejemplo la carta N° 39, de 2012, de la subdirección médica, dirigida a la jefa del servicio respiratorio del hospital, que informa de retrasos por ausencias de epicrisis y/o protocolo operatorio, así como correos electrónicos que anuncian las órdenes de derivación que se encuentran pendientes de facturación, con periodicidad semanal.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
III. MACROPROCESO DE ABASTECIMIENTO				
2. Bienes del activo fijo	De la revisión de los sumarios e investigaciones sumarias relacionadas con el activo fijo, pendientes de resolver por el hospital a marzo de 2011, se constataron dos casos donde no se evidenció que el bien haya sido dado de baja en el sistema INFORMAT, ni en el registro de control de bienes.	El servicio fiscalizado indicó que fueron solicitadas las resoluciones de término de sumario para poder dar de baja los bienes en cuestión.	Se verificó que las resoluciones exentas N°s 269 y 271, ambas de 2013, dan de baja un monitor de presión arterial y un equipo detector de latidos fetales, respectivamente.	Dada la documentación proporcionada, se da por subsanada la observación.
3. Examen de cuentas				
3.1. Bienes del activo fijo				
a) Licitación pública N° 5153-214-LP09, mayor a 1.000 UTM por la adquisición de 120 bombas de infusión	Se estableció que la orden de compra N° 5153-1097-SE09 creada el 23 de diciembre de 2009, aparece en estado "eliminada" en el portal Mercado Público, sin que haya sido reemplazada por otra. Asimismo, se corroboró que la contratación ascendió a un total sin impuestos de M\$ 216.806, concordante con la aprobación del contrato suscrito el 28 de diciembre de 2009, tomado de razón por esta Contraloría General el 23 de febrero de 2010.	El recinto asistencial adjuntó la orden de compra N° 5153-188-SE10, que reemplaza la observada anteriormente.	Se constató la existencia del referido documento emitido con fecha 5 de marzo de 2010.	Producto de la revisión efectuada, se subsana la observación.
	Por otra parte, se observó que los registros auxiliares del activo fijo se encontraban sobrevalorados en M\$ 42.000 debido a que se consignó un mayor valor sobre el costo neto de adquisición registrado en el sistema contable "INFORMAT", produciéndose una distorsión en la cifra de esos activos presentada en los estados financieros al 31 de diciembre de 2010.	La entidad reiteró lo señalado en el oficio N° 309, de 2011, en la cual expone que el valor de los bienes activados corresponde a M\$ 216.806, el que no considera el 19% del IVA, siendo el monto total de la compra la suma de M\$ 258.000.	Analizada la documentación presentada por el servicio, se comprobó que el libro mayor de la cuenta 12030104 "Maquinarias y Equipos", del mes de marzo de 2010, posee un cargo por M\$ 216.806, monto neto de la suma de 2 facturas por la adquisición de 120 bombas de infusión, que proviene del comprobante N° 550034, del mismo año, que contabiliza el alta del activo fijo.	De acuerdo al examen realizado, se levanta la objeción detectada.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
b) Licitaciones públicas N° 5153-86-L110 y N° 5153-100-L110, ambas menores a 100 UTM	En las licitaciones públicas N°s 5153-86-L110 y 5153-100-L110, no se emitieron las resoluciones que aprobaran las bases de las mismas, lo que vulnera el principio de escrituración que rige las actuaciones de la administración del estado, consagrado en el artículo 5°, de la ley N° 19.880, en orden de que la autoridad ejerce su potestad, mediante la dictación de actos administrativos, los cuales deben materializarse en un documento escrito y aprobarse a través de una resolución, lo que en la especie no se concretó.	En su respuesta, el hospital indicó que hasta octubre del 2010, las bases correspondientes a cada licitación se dejaban establecidas en la plataforma electrónica no confeccionando la resolución que aprueba el acto administrativo. Conforme a ello, todas las licitaciones con montos inferiores a 100 UTM, no contaban con el respectivo documento aprobatorio. Agregó, que a la fecha todo proceso ejecutado en el portal Mercado Público se realiza con los documentos respectivos. Adjuntó como evidencia, las resoluciones exentas N°s 348, de 2010, que aprueba las bases de licitación pública para la adquisición de un equipo de rayos X, y la 419, del mismo año, que adjudica dicho concurso público.	Se revisaron licitaciones públicas adjudicadas durante el año 2013, las cuales cuentan con la resolución que aprueban sus respectivas bases.	El examen ejecutado, permite dar por subsanadas las observaciones, sin perjuicio de que la entidad continúe dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y a su reglamento.
f) Garantías de fiel cumplimiento	Se constató que la garantía de fiel cumplimiento del contrato asociada a la licitación pública N° 5153-21-LP10, no fue emitida en los plazos correspondientes, esto es, al momento de la suscripción del convenio, vale decir, el 19 de mayo de 2010, de modo que la compra no contó con la cobertura legal exigida.	El establecimiento de salud expresa, que todos los procesos licitatorios a la fecha presentan las boletas de garantías. Añadió, que se implementó desde octubre de 2012 una unidad de administración de contratos, dependiente del departamento de abastecimiento, que tiene la función de verificar las boletas en relación a las bases y realizar en conjunto con el departamento de tesorería la custodia de las mismas.	Se comprobó la implementación de la citada unidad, la que es responsable de corroborar la integridad de las boletas de garantía, previamente al despacho de estas al departamento de tesorería.	
3.2. Bienes de consumo y otros gastos				
a) Gastos por sabanillas desechables a CMPC TISSUE S.A. Licitación N° 5153-98-LP09	Al revisar la vigencia del constató y la fecha de la solicitud de suministro al proveedor, se constató que al momento del pedido, esto es, el 2 de diciembre de 2010, ya había expirado la vigencia del convenio que correspondía al 20 de noviembre de 2010, según lo previsto en la resolución exenta N° 119, de 17 de noviembre de 2009, que aprobó dicho acuerdo.	En su respuesta, la entidad auditada señaló que si bien este proceso se hizo en base al monto adjudicado, este debió haber caducado o puesto término según la fecha consignada en el contrato. Añadió, que se resolvió que las compras de estos insumos generales se realizan bajo la modalidad de convenio marco.	Se verificó el establecimiento de la unidad de administración de contratos, la que permite detectar los convenios que estén próximos a vencer.	Atendidas las medidas adoptadas, se da por subsanada la objeción.
4. Vehículos usados por el servicio				
4.1. Disco estatal	La totalidad de los vehículos institucionales, tanto de propiedad del organismo como aquellos en comodato suscritos con la fundación del hospital, no contaban con el disco de distintivo estatal, vulnerando los artículos 13 y 15, del decreto universitario N° 7.145, Reglamento sobre Vehículos Motorizados de la Universidad de Chile, de 20 de noviembre de 1986.	El centro de salud proporcionó a esta Contraloría General, el listado de los vehículos que utiliza, especificando su patente y lugar de aparcamiento, para que se corroborara la existencia de sus distintivos institucionales.	Durante las validaciones en las dependencias de la institución, se comprobó que los móviles poseían el sello distintivo de acuerdo a lo establecido en el referido documento.	De acuerdo a la verificación realizada, se subsana la observación.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
7. Circularización de proveedores				
7.1. Facturas no reconocidas como pendiente de pago	Se constató que 40 facturas, no registradas como pendientes de pago al 31 de diciembre de 2010, y totalizadas en M\$ 37.613, no fueron provisionadas, contraviniendo el principio contable del devengado.	El organismo señaló que provisiona el 100% de las obligaciones que están debidamente respaldadas por un contrato o una recepción en bodega.	Se examinaron algunas facturas correspondientes a enero, marzo y abril de 2013, las cuales se encontraban pendientes de pago, corroborándose que una vez generada la orden de compra, estas fueron provisionadas, contra la cuenta "facturas por recibir", y posteriormente, al momento de recibir físicamente el documento se reconocieron contablemente, en la cuenta "facturas por pagar".	Conforme a los documentos revisados, se subsana lo observado.
7.2. Facturas no reconocidas por el hospital	Mediante una circularización se detectaron facturas no reconocidas por el centro de salud, situación que fue consultada a los proveedores, quienes informaron sobre su estado.	El servicio indicó que el procedimiento formal es, que todos los proveedores deben entregar las facturas con sus documentos de respaldo en el departamento de contabilidad en un horario de 9:00 a 13:00 y de 15:00 a 17:00 horas.	De acuerdo a lo expresado, se advirtió la habilitación de un horario para que los proveedores entreguen sus facturas en el departamento de contabilidad y de esta manera puedan ser reconocidas por el complejo hospitalario.	En mérito de lo expuesto, se da por subsanada la observación.
IV. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS DEL HOSPITAL				
1. Aspectos de control interno				
1.1. Registros	Se determinó que el organismo no contaba con un registro que permita observar la cantidad exacta de residuos entregados a Procesan S.A.	El complejo asistencial comunicó que la bodega de residuos de establecimientos de atenciones de salud, REAS, cuenta con una balanza para realizar el pesaje de los residuos antes de entregarlos a la empresa Procesan S.A., datos que se anotan en la guía, quedando el original para el hospital.	De acuerdo a la respuesta de la institución, en la inspección a las dependencias, se evidenció la existencia de la citada balanza en la bodega de REAS. Adicionalmente, se demostró que los residuos, una vez que entran a bodegaje, se pesan y son inscritos en la planilla correspondiente, para ser entregados a la empresa Procesan S.A.	En razón de la normalización del hecho descrito, se da por subsanada la observación.
	El centro de salud manifestó que los residuos líquidos de imagenología son cedidos a la empresa CORMETAL Limitada, sin embargo, no acreditó el registro de las cantidades del líquido revelador y fijador usado en el año 2010.	La autoridad aseguró que actualmente todos los residuos peligrosos que genera se declaran ante la SEREMI de Salud para su aprobación, exponiendo que en la última declaración efectuada se detallaron las cantidades del líquido revelador y fijador a la autoridad sanitaria.	En relación a la materia, se verificó que en la declaración de residuos peligrosos, enviada a la SEREMI el 22 de marzo de 2012, el hospital notificó las cantidades de líquido revelador y fijador. Asimismo, se comprobó que en el libro localizado en la bodega también se consignaron las cuantías de estos líquidos.	De acuerdo a la corrección de la situación, se subsana lo observado.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
1.2. Procedimientos	Se determinó que de un total de 35 formularios de entrega de medicamentos de baja y 13 formularios de entrega de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes dados de baja, correspondientes al año 2010, 19 de ellos omitían la firma del químico farmacéutico que los recepciona.	En relación a la situación descrita, el organismo fiscalizado ratifica lo expresado anteriormente en la respuesta al preinforme N° 179, de 2011, de este origen, asegurando que se establecieron nuevos procedimientos para la eliminación de medicamentos sujetos a control legal vencidos o deteriorados de los servicios clínicos, como también para los demás fármacos.	Sobre la materia, se examinaron algunos formularios de medicamentos de baja, validando que los casos seleccionados contienen la firma del químico farmacéutico que recibe los productos en desuso.	Considerando la revisión practicada, se subsana la observación.
2. Cumplimiento de la normativa ambiental				
2.6. Transporte	Se detectó que los restos biológicos conservados en formalina y los patológicos provenientes de los servicios de anatomía patológica y maternidad, son transportados al Cementerio General, en una camioneta de propiedad del hospital, sin la autorización de la SEREMI de Salud Metropolitana.	El complejo asistencial indicó que desde el 2 de mayo de 2007 existe un convenio de prestación de servicios de incineración, esterilización y eliminación de residuos orgánicos y/o inorgánicos infecciosos con la empresa Stericycle, aprobado por la resolución exenta N° 103, de mayo de 2007.	Atendida la respuesta, se comprobó mediante las guías de recepción de residuos hospitalarios, consignados en el mes de abril de año 2013 y la declaración de residuos presentada a la SEREMI en julio del mismo año, que la empresa mencionada transportó a sus dependencias los desechos patológicos acumulados por la entidad. Asimismo a través de la resolución N° 19.216, de julio de 2003, se advierte que Stericycle se encuentra facultada por la autoridad pertinente para realizar el traslado y eliminación de esos restos peligrosos.	De acuerdo a los antecedentes tenidos a la vista, se da por subsanada la objeción.
2.7. Disposición final de residuos hospitalarios	La entidad no realizaba la eliminación de sus residuos peligrosos consistentes en restos biológicos conservados en formalina en instalaciones de expulsión que cuenten con la debida autorización sanitaria, lo que transgrede la letra b) del artículo 27, del reglamento de residuos peligrosos, ya que esos desechos son trasladados al Cementerio General, para su incineración. Por su parte, el aludido cementerio, no está autorizado por la SEREMI de Salud para destruir tales residuos, trasgrediendo el artículo 43, del decreto supremo N° 148, de 2003. Es más, de acuerdo a la sentencia N° 100, de 3 de febrero de 2010, dictada con motivo de un sumario sanitario incoado por la precitada SEREMI, tiene prohibición de recibir residuos generados por cualquier establecimiento de atención de salud, que no correspondan a órganos o a partes del cuerpo que hayan sido removidos de seres o restos humanos como miembros amputados o placentas.	La institución examinada señaló que la empresa Stericycle dispone de las instalaciones adecuadas para la incineración, esterilización y eliminación de residuos orgánicos y/o inorgánicos infecciosos, las cuales se encuentran autorizadas por el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.	A través de las guías de recepción de residuos para su incineración, entregadas por Stericycle al momento de retirar los elementos de la bodega, se corroboró que dicha empresa realiza la eliminación de restos peligrosos y se encuentra facultada mediante la referida resolución N° 19.216, de julio de 2003, de la autoridad correspondiente, para cumplir con esa labor.	En virtud de los documentos analizados, se subsana el hecho descrito.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	
2.7.	Disposición final de residuos hospitalarios	En cuanto a los sitios de disposición final de residuos peligrosos, el hospital acreditó la entrega de 890 litros de solvente orgánico no halogenado a la empresa Servicios Técnicos Urbanos, el año 2010, faltando certificar otros residuos peligrosos que se encontraban registrados en el borrador del plan de manejo.	Sobre lo observado, la entidad auditada adjuntó las declaraciones de residuos peligrosos aprobada por la SEREMI de Salud, correspondiente a marzo de 2013 y a julio de ese año, meses requeridos para validar su cumplimiento.	En relación a la materia, se compararon los registros de residuos peligrosos del libro de bodega del hospital con las declaraciones efectuadas a la SEREMI, en julio de 2013, comprobándose que ambos instrumentos reflejan la misma información relativa a las cantidades de restos en desuso entregados a esa secretaría de Estado, durante ese periodo.	En atención al examen efectuado, se subsana el hecho descrito.
		Respecto a los comprimidos de psicotrópicos vencidos del servicio de farmacia, se observó que después de su dilución, estos fueron descargados a la red de alcantarillado público.	El complejo de salud expresó que a la emisión de la respuesta al Informe de Estado de Observaciones del Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, está a la espera de una hora por parte de la empresa Stericycles, para realizar el proceso de eliminación, de acuerdo a lo exigido por la SEREMI en su última visita de fiscalización.	Sobre lo señalado, se constató mediante el Certificado de Tratamiento y Transporte de Residuos N° 112.228 de la empresa Stericycles, que el 26 de julio de 2013, se efectuó la incineración supervisada de fármacos. Adicionalmente, a través de la resolución exenta N° 47.138, de 2 de agosto de 2013, la SEREMI de la Región Metropolitana ratificó la destrucción de los productos farmacéuticos y autoriza la baja de los medicamentos destruidos.	Los antecedentes validados permiten subsanar la observación.
V. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN					
2. Incumplimiento de decretos supremos de gobierno electrónico					
2.1.	Decreto supremo N° 77 de 2004, del MINSEGPRES	Se determinó que el servicio no contaba con un repositorio para almacenar las comunicaciones electrónicas, incumpliendo el artículo 6°, del decreto supremo N° 77, de 2004, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.	El establecimiento de salud remitió a esta Contraloría General, el anteproyecto comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	Se revisó del documento presentado, que explica el programa de trabajo para la implementación de un repositorio de comunicaciones electrónicas.	Al tenor de lo expuesto anteriormente, se subsana lo objetado, sin perjuicio que la implementación del repositorio de comunicaciones sea verificada en futuros programas de fiscalización.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
2.2. Decreto supremo N° 81 de 2004, del MINSEGPRES	Se verificó que el establecimiento no contaba con infraestructura tecnológica para recepcionar, generar, procesar, almacenar, enviar y autenticar documentos electrónicos XML, lo que no se ajusta a lo establecido en los artículos 3°, 7°, 8°, 9°, 15, 24, 26 y 29 del decreto supremo N° 81, de 2004, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.	En su respuesta, el hospital remitió a esta Entidad de Control el anteproyecto comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	Se evidenció la elaboración del referido anteproyecto.	Conforme a lo antes expuesto, se subsana lo observado.
2.3. Decreto supremo N° 83 de 2004, del MINSEGPRES				
2.3.1. Control de bienes, artículo 13	Se constató que el inventario de equipos existente no clasifica la prioridad y grado de protección de los bienes, lo que incumple el artículo 13, del decreto supremo N° 83, de 2004, del MINSEGPRES.	El servicio auditado da cuenta que realizó una clasificación de prioridad y grado de protección del catálogo de servicios de tecnologías de la información, TI.	La información facilitada por el complejo de salud permite corregir las deficiencias detectadas, debido a que el inventario proporcionado contempla la clasificación del bien, lugar y número de registro.	En mérito de las medidas adoptadas, se subsana la observación.
2.3.1. Control de bienes, artículo 20	Se observó la falta de políticas oficiales referentes a los documentos electrónicos importantes, lo que no se ajusta a lo establecido en el artículo 20, del decreto supremo N° 83, de 2004, del MINSEGPRES.	El establecimiento fiscalizado informó que las normas y políticas institucionales referentes a los documentos electrónicos importantes serán definidas por el comité informático, el cual se encuentra en proceso de constitución.	Al respecto, la entidad examinada facilitó el manual denominado Política, Normativa y Procedimiento del Departamento de Tecnología de la Información, actualizado para el manejo de documentos electrónicos, el cual se encuentra formalizado mediante la resolución exenta N° 360, de 27 de junio de 2013. Asimismo, se corroboró que se incluyen las políticas sobre manejo de documentos electrónicos, adecuándose de esta manera a la normativa vigente.	En atención a lo expuesto, se subsana lo objetado.
2.3.1. Control de bienes, artículo 37, c)	Pese a la existencia de un inventario, se advirtió que este no especifica un identificador único para los bienes, no indica su responsable/dueño ni ubicación actual, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 37 letra c), del decreto supremo N° 83, de 2004, del MINSEGPRES.	La organización revisada precisó que el catastro del equipamiento se mantiene actualizado a través del sistema informático, el que identifica la ubicación del equipo, su ID y el funcionario asignado.	El HCUCH suministró el listado de este tipo de bienes, en el cual se comprobó que posee la clasificación de cada uno de sus elementos, dependencia y número de registro para protegerlo.	De acuerdo al registro entregado por la repartición, se subsana lo observado.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
2.3.1. Control de bienes, artículo 37, f)	No existían antecedentes que permitieran señalar que el servicio cuenta con un registro de eliminación de los dispositivos en desuso que contienen datos críticos, tampoco está consignado el método de eliminación y la fecha de baja, vulnerando el artículo 37, letra f), del decreto supremo N° 83, de 2004, del MINSEGPRES.	El establecimiento auditado indicó que tiene un protocolo para dar de baja el equipamiento informático, quedando un registro del detalle de los equipos. Además, expresó que actualizó el documento "Política, normativa y procedimientos de TI", incorporando el aludido protocolo.	Se constató que el citado documento describe el registro de dispositivos eliminados, que se encuentran en desuso por parte del servicio.	Visto lo anterior, se subsana lo observado.
2.3.3. Incidentes de seguridad	Se evidenció que el hospital contaba con una mesa de ayuda, sin embargo, no se realiza el seguimiento a las fallas más frecuentes, ni se registran las medidas adoptadas para ellas. Además, se detectó la carencia de un procedimiento de respuesta oficial para los incidentes de seguridad informados.	La autoridad manifestó que dispone de un sistema de mesa de soporte que permite consignar y seguir las incidencias, a través de órdenes de trabajo derivadas a un equipo de técnicos y administradores de plataforma. Precisó que está trabajando en incluir la política existente de seguimiento de falla y de incidentes en el documento "Política, normativa y procedimientos de TI".	Sobre la materia, el centro de salud acompañó la política de seguimiento a las fallas e incidentes detectados, además de la bitácora de estos hitos durante el período comprendido entre el 1 enero de 2013 y el 31 de marzo del mismo año. Asimismo, se revisaron las políticas institucionales, corroborando que en ellas se detalla el procedimiento ante incidentes de seguridad.	Considerando los antecedentes presentados, se subsana lo objetado.
2.3.5. Procedimiento de respaldo	Se observó el incumplimiento del artículo 24, al no respaldar por lo menos una vez al año, la información de los computadores personales de la institución que están asignados a los diferentes usuarios, incluidos los de jefaturas. Además, no se utilizaba una infraestructura que asegurara que los respaldos estuvieran disponibles en caso de desastre de TI, ya que no obstante éstos se efectúan en máquinas de cintas en el data center, a mayo de 2011 se almacenaban en una caja metálica ubicada en dependencias de la dirección de finanzas. Al respecto, es dable precisar que esta medida de resguardo no evitaba la pérdida de información de los sistemas críticos del servicio en caso de siniestros, debido a las altas temperaturas que se generan y la humedad que se produce durante un amago de incendio.	El organismo revisado comunicó que la implementación de nuevo data center que proporcionará servicios en modalidad de "nube", se encuentra en su fase final, con tres de sus cuatro etapas ya implementadas. Por otra parte, adjuntó el listado de funcionarios con disco virtual que cuentan con una carpeta respaldada en los servidores del hospital.	De acuerdo a la validación realizada en las dependencias del data center, se advirtió la existencia de mejoras en la elaboración de los respaldos a los sistemas de la entidad, lo cual consta en el acta de revisión de 25 de junio de 2013. Por otro lado, el complejo asistencial acompaña documentación sobre la política de respaldos de información.	En atención a la verificación ejecutada, se subsana la objeción.
2.3.6. Política de seguridad, artículo 25	Se determinó que no se contaba con instrucciones que ordenen oficialmente, el formateo físico de los equipos antes de ser dados de baja.	El ente fiscalizado anexó el documento "Política, normativa y procedimientos de TI", con el procedimiento a seguir en el caso de dar equipos de baja.	Se comprobó que la política entregada especifica el proceder cuando los equipos son dados de baja.	El examen del antecedente proporcionado, permite subsanar la observación.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
2.3.6. Política de seguridad, artículo 37, a)	No se consignaba una instancia formal de revisión de la política de seguridad frente a incidentes significativos o nuevas vulnerabilidades en la tecnología existente. Tampoco existía un cronograma de revisiones de la política, donde se señalara, a lo menos, la evaluación de la efectividad de esta, el costo e impacto de los controles en la eficiencia del negocio y los cambios de tecnología. De igual modo, no se individualizó a los responsables de la generación de informes ante incidentes de seguridad. Además, no se incluían procedimientos formales de delegación de autoridad para ejecutar acciones de emergencia en los sistemas y los procedimientos correspondientes. Tampoco, se indicaban explícitamente las consecuencias de las violaciones a las políticas en cuestión.	El HCUCH entregó el documento actualizado de política, normativa y procedimientos del departamento de TI.	Se acreditó que la política proporcionada detalla los procedimientos ante incidentes de seguridad.	Por lo anterior se subsanan las observaciones.
2.3.7. Seguridad física, artículo 18	Se constató que no se publicaban instrucciones relativas a la prohibición de consumo de alimentos, bebidas y tabaco en las cercanías de las instalaciones sensibles.	El centro hospitalario, en su respuesta comunicó que formalizó la actualización de la circular N° 93, de 2008, a través de la circular 2013, numeral 11, "Derechos y Deberes", punto N° 12, lo que fue difundido masivamente.	El documento remitido, consigna las instrucciones relativas a las prohibiciones de consumo de alimentos, bebidas y tabaco sobre los equipos computacionales y en las dependencias de la sala de servidores. Por su parte, durante la visita a la citada sala, se comprobó la presencia de instructivos que difunden estas prohibiciones.	Considerado lo anterior, se subsana la objeción.
2.3.7. Seguridad física, artículo 37, e)	Se detectó que no se consignaban en un registro oficial, las fallas encontradas en los equipos de la sala de servidores, junto con sus mantenciones y reparaciones. Además, de la falta de señalética que delimite y autorice el acceso a la sala de servidores, tampoco se controlaba el uso de medios de grabación en la aludida sala (video, sonido, entre otros). Se advirtió que el interruptor de emergencia de energía eléctrica carecía de acceso expedito, y no se realizaban pruebas a las UPS (sistema ininterrumpido de energía), ubicadas en la sala de servidores y faltaba un registro formal de las pruebas realizadas al generador de respaldo.	Sobre la materia, la institución auditada expresó que se instalaron cámaras de seguridad vigiladas por un operador y conectadas a la plataforma de seguridad. Añadió, que la mantención de equipos UPS fue solicitada al Departamento de Ingeniería y que se instaló la señalética de restricción de uso de medio de grabación al interior del data center y que se encuentra en proceso la restricción de acceso a algunas oficinas. El hospital adjuntó el documento remitido por el jefe de electricidad y equipos industriales, informando la certificación de exámenes realizados.	En la inspección realizada al data center del servicio, se verificó la existencia de una bitácora de registro de las personas que acceden a la dependencia. Además, se identificó la señalética que delimita el acceso y controla el uso de medios de grabación. Sobre el particular, se analizó el registro formal de las pruebas para los sistemas durante el período 2012, acreditando los estudios efectuados.	En vista de lo precedente, se subsana lo objetado. En mérito a la evidencia presentada por el HCUCH, se subsana lo expresado.
2.3.8. Seguridad organizacional, artículo 12	No se evidenció la resolución de nombramiento del encargado de seguridad ni se establecían las responsabilidades para dicho funcionario. Asimismo, no se incluía el desarrollo inicial de las políticas de seguridad al interior de servicio, como al control de su implementación y la supervisión de su correcta aplicación. Tampoco se coordinaba la respuesta a incidentes computacionales.	El establecimiento proporcionó el acto administrativo de nombramiento del encargado de seguridad.	Mediante la resolución exenta N° 684, de 21 de diciembre de 2011, se designó a un funcionario del Departamento de Tecnologías de la Información como encargado de seguridad, el cual desarrolla las actividades estipuladas para este cargo, dependiente de la División de Operaciones del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.	En atención a las disposiciones adoptadas, se subsana la deficiencia.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
2.4. Decreto supremo N° 93 de 2006, de MINSEGPRES. artículo 2°	Se verificó que el establecimiento posee control de spam, no obstante, no existe un documento de evaluación de riesgos y costos asociados a estos, así como de procedimientos para reducir la recepción del mismo.	La entidad auditada aseguró que levantó las amenazas en la evaluación de riesgos de correos no deseados o spam.	El organismo proporcionó una evaluación de muestras y costos asociados por la recepción de correos masivos no deseados, así como documentos de plataforma anti spam y firewares.	Los antecedentes revisados permiten salvar lo impugnado.
2.4. Decreto supremo N° 93 de 2006, de MINSEGPRES. artículo 5°	Se constató que el hospital no contaba con antecedentes para demostrar que se está cautelando la correcta instalación y funcionamiento de los servidores de correo, para evitar "open relay".	El complejo asistencial informó que el servicio MTA se encuentra administrado en la plataforma Exchange, permitiendo hacer relay en el servidor de correo electrónico sólo a una lista acotada de equipos por razones de buen servicio. En este sentido, adjuntó el listado único de equipos open relay permitidos.	En relación al hecho descrito y como medio de prueba, el HCUCH entregó la certificación de instalación de software y mejoras realizadas por el departamento de tecnologías de la información.	Considerando los documentos entregados, se subsana lo observado.
2.4. Decreto supremo N° 93 de 2006, de MINSEGPRES. Artículo 8°	Se observó que no se consignaba el monitoreo y mantención de las herramientas de filtrado, a fin de asegurar su adecuado funcionamiento.	La autoridad comunicó que el dispositivo antispam utilizado sobre el servicio de correo exchange se encuentra parametrizado para efectuar la actualización de firmas cada día. Afirmó que los monitoreos se ejecutan en línea, además de existir la posibilidad de generar informes. Adicionalmente, informó que está en proceso de migración de correos a la plataforma Google, que cuenta con una arquitectura propia de servicios antispam.	Sobre esta materia, el complejo asistencial suministró la documentación complementaria que permite avalar lo expuesto en su respuesta.	En mérito de lo expuesto, se da por subsanada la observación.
2.4. Decreto supremo N° 93 de 2006, de MINSEGPRES. Artículo 9°	Se detectó la inexistencia de un procedimiento, el cual cada vez que un usuario cesa sus funciones, configure el servidor de correo para que rechace automáticamente los mensajes electrónicos dirigidos a la casilla institucional que haya estado asignada a él. Tampoco se colocaba a disposición de quienes habían enviado dichos mensajes, una o más casillas electrónicas alternativas a las cuales redirigirse.	La institución fiscalizada indicó que actualizó el procedimiento para dar de baja las cuentas de usuarios.	La documentación examinada dio cuenta de la existencia de un procedimiento para la eliminación de usuarios.	Por lo anterior, se subsana la deficiencia detectada.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
3.	Análisis de los sistemas			
3.4.	Farmacia			
3.4.2.	Control de acceso	Se determinó que no existía una política de segregación de funciones en el sistema, tampoco un manual de usuario, ni un documento oficial de control de acceso lógico, además de un procedimiento formal de validación de asignación de usuarios y contraseñas, ni cambios regulares de claves de acceso, vulnerando los artículos 23 y 28 del citado decreto N° 83, de 2004. Asimismo, se carecía de un procedimiento formal para eliminar usuarios, a pesar de que estos son regularizados por los jefes del departamento correspondiente. Tampoco se retiraban inmediatamente los permisos de acceso de aquellos funcionarios desvinculados del hospital, ni se contaba con un proceso formal y frecuente, para otorgar permisos de acceso, lo que vulnera el artículo 37, letra g), del ya indicado decreto supremo N° 83, de 2004.	El establecimiento fiscalizado acreditó la actualización del documento de política, normativa y procedimiento del Departamento de Tecnología de la Información en sus secciones "Procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "Uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones.	Al respecto, se comprobó que las políticas modificadas, incorporan en el sistema de farmacia, la segregación de funciones, la eliminación de usuarios y las mejoras realizadas. Revisado el procedimiento descrito, procede subsanar lo objetado.
3.6.	INFORMAT			
3.6.2.	Control de acceso	Se observó la falta de una política de segregación de funciones en el sistema, un manual de usuario, y un documento oficial de control de acceso lógico, además, el hospital no contaba con un procedimiento para validar la asignación de usuarios y contraseñas, ni los cambios regulares de claves de acceso. Por su parte, se estableció la ausencia de un procedimiento formal para eliminar usuarios, y otorgar permisos de accesos, los cuales no se retiran inmediatamente cuando los funcionarios son desvinculados del hospital.	Al igual que en la observación anterior, la entidad auditada certificó la actualización del documento de política, normativa y procedimiento del Departamento de Tecnología de la Información en sus secciones "Procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones. Añadiendo, que las normas y políticas institucionales referentes a los documentos electrónicos importantes serán definidas por el comité informático el cual se encuentra en proceso de constitución.	En cuanto a lo expresado, cabe hacer presente que la respuesta incluye las reglas correspondientes para segregar las funciones dentro de los sistemas, el manual usuario y el procedimiento de eliminación de los mismos en la red. En atención a las modificaciones realizadas, se subsanan las observaciones.
3.7.	Insumos			
3.7.2.	Control de acceso	Se detectó la inexistencia de una política de segregación de funciones en el sistema, de un manual de usuario, y un documento oficial de control de acceso lógico, además, el hospital no contaba con un procedimiento para validar la asignación de usuarios y contraseñas, ni los cambios regulares de claves de acceso. Se constató que no existía un procedimiento para eliminar usuarios, ni otorgar permisos de accesos, los cuales no se retiran inmediatamente cuando los funcionarios son desvinculados del hospital.	En su respuesta, el HCUCH reiteró lo expresado sobre la actualización del documento de política, normativa y procedimiento del Departamento de Tecnología de la Información en sus secciones "Procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones.	Con la información aportada por la institución, se estableció que el hospital realizó los cambios al sistema de insumos. Se corroboró que el servicio complementó el procedimiento de eliminación de usuario, para el sistema inspeccionado. En mérito de las medidas adoptadas, se subsanan las observaciones.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA

UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN
VI. MACROPROCESO DE RECURSO HUMANO				
1. CONTROL INTERNO				
1.2. Auditoría interna	Se detectó que no se habían efectuado revisiones relacionadas con materias de recursos humanos.	El hospital manifestó que está considerado en el año 2013, hacer una revisión el proceso de recursos humanos.	Se verificó que mediante la resolución exenta N° 358, de junio de 2013, el Director General del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, aprobó el plan de auditoría para el segundo semestre de 2013, el cual contempla en su programación examinar parte del proceso de recursos humanos.	En atención a las medidas adoptadas se subsana la deficiencia.
2. EXAMEN DE CUENTAS				
2.1. Remuneraciones				
2.1.2. Horas extraordinarias	Se advirtió que los decretos que autorizaron la ejecución de las horas extraordinarias fueron dictados con posterioridad a su desarrollo.	La entidad fiscalizada indicó que se cursaron en forma mensual los decretos para el periodo de enero a mayo de 2013, meses requeridos por esta Unidad de Seguimiento.	En relación a la materia, se estudiaron los decretos que autorizan las horas extraordinarias desde enero hasta mayo de 2013, corroborándose que estos fueron dictados mensualmente y previo a la materialización de ellas.	Conforme a los antecedentes presentados, la observación es subsanada.
2.4. Viáticos	Se constató que los viáticos nacionales realizados y pagados en enero de 2011, no se encuentran reajustados de acuerdo a la ley N° 20.486, de 2010.	El organismo auditado señaló que se confeccionaron los decretos rectificatorios y posteriormente se ejecutaron los pagos respectivos.	En base a la respuesta del HCUCH, se analizaron los decretos rectificatorios, revelados por el establecimiento de salud, corroborándose que éstos modifican el valor del viático, incorporando el reajuste de la ley N° 20.486, de 2010.	En atención a que la situación ha sido normalizada, se subsana lo objetado.
VII. Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública	En la página web de la institución no se aprecia la información acerca de las remuneraciones correspondientes al personal de planta, a contrata, y las personas naturales contratadas a honorarios.	El complejo de salud aseguró que a partir del mes de diciembre de 2011, se publican los datos mencionados en el Informe Final N° 179, de ese mismo año, de esta Contraloría General.	De acuerdo a la situación detectada, se corroboró en la página web de la Universidad de Chile, que el hospital dependiente de esa casa de estudios actualmente publica en el portal la información relativa a las remuneraciones de su personal de planta y contrata, así como de quienes se encuentran contratados a honorarios, ajustándose de esta forma a lo establecido en el artículo 7° de la referida ley N° 20.285, en lo que concierne a la publicación de las remuneraciones.	En virtud de las validaciones efectuadas se subsana lo observado.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

2. OBSERVACIONES QUE SE MANTIENEN

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
I. MACROPROCESO DE FINANZAS					
1. Aspectos generales					
1.6. Sobre la Fundación de la Universidad de Chile	Existían 3 contratos de arriendo entre la Fundación y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, los cuales se encontraban finalizados, sin embargo, continuaban ciertos compromisos impagos sobre arriendo de equipos, por parte del hospital. Además, esos equipos arrendados no estaban identificados, demostrando la carencia de procedimientos de recepción y custodia de los mismos, impidiendo con ello mantener un inventario actualizado.	El centro de salud auditado informó que si bien los bienes no son de su propiedad, realizó una visita de inspección de estos, dentro de las dependencias del establecimiento y de la Clínica Quilín.	Se evidenció la ejecución de la visita señalada por la institución y los equipos identificados en dicho inventario. Sin embargo, no presentó un procedimiento que permita controlar los bienes entregados en arriendo.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	Acreditar ante esta Unidad de Seguimiento, en un plazo máximo de 30 días hábiles el procedimiento y control de los bienes arrendados.
2. Aspectos de control interno					
2.1. Aspectos de control interno	En general, los comprobantes contables consignan una glosa muy escueta que no constituye una explicación suficiente y necesaria para conocer de qué operación se trata, como también, muchos de ellos no adjuntan la documentación de respaldo, o su soporte es insuficiente, por lo que se debe recurrir a otros antecedentes para obtener el detalle de las operaciones.	En su contestación, el hospital fiscalizado expresó que ha tratado de que en esta pequeña glosa se fundamente lo esencial de lo contabilizado en el comprobante contable. Añadió, que no es posible alargar o extender dicha glosa pues implica cambios de fundación del sistema, que lo hace impracticable, porque involucra modificar toda la estructura del módulo de contabilidad. Por otro lado, en lo que respecta a no contener la información de respaldo que sustente lo contabilizado, indicó que al departamento de contabilidad nunca se le mencionó y tampoco en el informe final se hace alusión a algún caso o ejemplo de lo manifestado.	Sobre el particular, el sistema de planificación de recursos empresariales, ERP, comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, y que reemplazaría el actual sistema contable, a la fecha del seguimiento no se ha puesto en marcha.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La implementación del sistema ERP, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.3. Aspectos de control interno	No se adjuntó a los respectivos comprobantes, la documentación y antecedentes que permitan acreditar las operaciones cursadas, por transacciones entre las unidades internas de la universidad, tales como el hospital y la facultad de medicina, por concepto del bono de productividad.	La institución en su respuesta mencionó que conforme a lo dispuesto en el Instructivo N° 37/B de 29 de diciembre de 1995, emanado de la Vicerrectoría de Economía y Administración de la Universidad de Chile, se fijó el procedimiento administrativo contable sobre compras y ventas internas, con vigencia a partir del 1 de enero de 1996, que contempló la creación de un formulario especial para estos fines denominado Compra – Venta Interna. Añadió, que en lo referente a la oficialización de la selección, aprobación y pago del beneficio en referencia, se encuentra contemplado en el decreto universitario N° 235 de 1987 y la circular N°40 de 1999, y en lo específico, respecto del pago a los profesionales a quienes aluden los documentos que respaldan la boleta de compra venta interna y el comprobante contable N° 901132, se formalizó en el decreto universitario exento N° 36.201 de 13 de diciembre de 2010. Además, acompañó documentos que respaldan la generación de la boleta de compra venta interna, y la formalización del pago.	Al respecto, cabe advertir que se verificaron los antecedentes proporcionados por el servicio, los que permiten acreditar el procedimiento llevado a cabo por este. Asimismo, se constató la existencia de mayor detalle en las transacciones internas actuales del establecimiento. Sin perjuicio de ello, en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, se requirió poner a disposición de esta Contraloría General los antecedentes que certificaran que el trabajo fue realmente efectuado por los profesionales que recibieron el bono de productividad, situación que a la fecha de este seguimiento, no ocurrió.	Conforme a lo señalado, se mantiene la situación observada.	La certificación de los trabajos ejecutados por los funcionarios que reciben bonos de productividad, junto a la demás documentación sustentatoria será verificado en una futura auditoría.
2.4. Aspectos de control interno	Se determinó que no existieron instrucciones formalmente establecidas sobre la organización y funciones, ni que orienten y delimiten responsabilidades de quienes ejecutan y autorizan las distintas labores dentro del proceso contable y de cobranza.	El servicio auditado comunicó que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.	Sobre el particular, el sistema de planificación de recursos empresariales, ERP, comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, a la fecha del seguimiento no se ha puesto en marcha.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La implementación del sistema ERP, será revisada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.7. Aspectos de control interno	Se observó la carencia de una interface computacional que enlace apropiadamente el sistema contable INFORMAT y otros sistemas de información tales como, el sistema de caja, por las prestaciones ambulatorias; el sistema de adquisiciones; el sistema liquida y sistema de prestaciones médicas, en los ciclos de ingresos de caja, de abastecimiento, liquidación cuenta paciente y hospitalización, lo que vulnera lo establecido en el numeral 30, de la resolución exenta N° 1.486, de 1996, de esta Contraloría General.	El establecimiento informó que la situación observada fue mitigada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendientes sólo la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre, como periodo de consolidación, mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Concluye, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP enunciado como alternativa de solución, no se ha puesto en marcha.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema ERP y de ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
3. Cuentas corrientes bancarias					
3.3. Cuentas corrientes bancarias	Se advirtió que existían cuentas corrientes en dólares cuyos movimientos se registran contablemente en esa moneda extranjera en un módulo independiente de la contabilidad del hospital y cuyos saldos se convierten a pesos al cierre de año, las que se incorporan al balance general. Es así, como se constató que cargos bancarios por comisión de la cuenta corriente N° 507-03-52069-2 del Banco Santander, se mantienen durante el año como partidas en conciliación y se contabilizan al cierre de año, al igual que los depósitos efectuados por los pacientes desde el extranjero que se mantienen por varios meses como partidas en análisis, situación que denota omisión de procedimientos de control. En su respuesta, el servicio auditado confirmó que efectivamente el hospital tenía la referida cuenta corriente en dólares, señalando que con respecto a la demora que existía entre los depósitos o cargos no identificados, el departamento de tesorería solicitaría oportunamente al banco ese detalle y, en lo relativo a la conversión de esa cuenta en el balance general a pesos, informó que se encontraba normado en el instructivo N° 10/99 de 10 de mayo de 1999, de la Universidad de Chile.	El centro asistencial mencionó que no existen movimientos para las cuentas corrientes en moneda dólar, desde octubre de 2012 a marzo de 2013.	La revisión del periodo señalado en la respuesta, no permite corroborar las medidas correctivas adoptadas, puesto que la cuenta corriente en dólares no presentaba movimientos durante los meses revisados.	En mérito de lo expuesto, no es posible subsanar la observación.	Esta materia será examinada en una futura auditoría a efectuar por esta Contraloría General.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.4. Cuentas corrientes bancarias	Se comprobó que al 31 de diciembre de 2010, se mantenían consignados como cheques girados y no cobrados, documentos que estaban caducados, los que no habían sido regularizados.	El servicio auditado señaló que mensualmente, desde abril de 2012, a medida que prescribe la acción de cobro se reversa contra resultado.	Se comprobó mediante memorándums mensuales, del jefe del departamento de tesorería dirigido al jefe del departamento de contabilidad, la regularización de los cheques caducados de larga data. No obstante ello, de acuerdo a lo comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este Organismo de Control, se implementaría el sistema ERP, el cual no ha sido puesto en marcha.	Atendido lo anterior, se mantiene lo advertido.	Conforme a lo citado en la observación anterior, se comprobará la utilización del sistema ERP, en una futura fiscalización.
4. Control de caja	El hospital no ha implementado un sistema en línea que centralice y controle el universo de las cajas que operan diariamente en dicho centro asistencial, toda vez que estas trabajan en forma parcelada, conforme al servicio o centro de costo al que pertenecen, como por ejemplo, urgencia, atención ambulatoria, toma de muestra, imagenología, laboratorio y oftalmología. Se verificó la carencia de un sistema informatizado de consolidación de cajas, dado que dicha labor la realizan en forma manual 3 funcionarios en la oficina de control de cajas, apoyándose en una consulta al sistema vía intranet, denominada agenda ambulatoria, para conocer cuáles son las que estuvieron habilitadas ese día y exportar desde allí la información evitando su redigitación.	En su respuesta, el recinto de salud indicó que está desarrollando un sistema en línea que optimiza de forma integral el proceso. Paralelo a ello, se encuentra en producción, desde enero de 2013, el reporte diario de centralización de caja y cuadratura con depósito.	En su contestación el servicio expone acciones que se efectuarán a futuro, por lo tanto no ha adoptado medidas concretas que permitan subsanar lo objetado. En cuanto a lo comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este Organismo de Control, se implementaría el sistema ERP, el cual no ha sido puesto en marcha.		Se verificará en una futura auditoría, la efectiva implementación de las medidas adoptadas por la entidad, junto con la utilización del sistema ERP.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
4. Control de caja	Se observó que el procedimiento utilizado para operar las cajas ya sea por las prestaciones ambulatorias o de los pacientes hospitalizados, presenta riesgo de omisión y duplicidad en la población de datos, debido principalmente a que los cajeros no tienen claridad al efectuar ciertas operaciones, constatándose que existían diferentes documentos para distintas prestaciones numerados con "0" y "1" y los campos relativos a los códigos de hospitalización, eran presentados con el número "0", sin que se respetara la correlatividad numérica de los eventos conforme se fueran sucediendo ni se tuvieran los códigos de acuerdo a la prestación otorgada, respectivamente.	La institución señaló que si bien dicha observación se mantiene, está evaluando modificar dicho procedimiento.	Tal como lo expone en su oficio respuesta, el HCUCH no ha arbitrado medidas tendientes a subsanar las deficiencias respecto de la correlatividad de los documentos. Asimismo, no ha implementado el sistema ERP comprometido, que permita superar las observaciones relativas a los controles de los datos del paciente o prestaciones médicas.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, sobre las acciones adoptadas para mantener la correlatividad numérica de los eventos, en un plazo máximo de 30 días hábiles. En cuanto a los controles referidos a los datos del paciente o prestaciones médicas y los correspondientes códigos en el nuevo sistema ERP, será verificado en una próxima auditoría.
5 Arqueos de caja					
5.2. Arqueos de caja	Las cuadraturas físicas de las cajas, son efectuadas a la vista del público, en las propias estaciones de trabajo. En base a ello, el servicio respondió que la gerencia de operaciones dispuso el inicio de un proyecto, en donde se ubique un lugar físico en el edificio principal de la organización, para rendición de cajas y entrega de valores, con fecha de término prevista para junio de 2012.	El centro de salud informó que el proyecto no se ha realizado a la fecha, dado que la evaluación del lay-out indicó que el área a remodelar afectaba los ductos de ventilación.	A la data del seguimiento, se advirtió que no se cuenta con un lugar físico, que permita efectuar la rendición de cajas y entrega de valores.	En virtud de lo antes expuesto, no es posible subsanar lo objetado.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, sobre las acciones llevadas a cabo para contar con un lugar para materializar las rendiciones de caja y entrega de valores, en un plazo máximo de 30 días hábiles.
6. Pólizas de fianza	Se determinó que cuatro funcionarios no contaban con la póliza de fianza, a la fecha de la visita de la comisión fiscalizadora.	El hospital manifestó que elaboró un procedimiento interno, el cual informará a cada jefatura vía circular interna. Anexó el procedimiento general para trámite de póliza de fianza y garantías de funcionarios que no contaban con ésta.	Se verificó que el referido manual, indica que la persona que administre valores debe ser citada por el departamento de personal, para informarle de la tramitación de una póliza a favor del Estado, no obstante, dicho procedimiento no se encuentra sancionado administrativamente.	Puesto que el procedimiento no está autorizado formalmente, se mantiene lo observado.	Remitir a esta Unidad de Seguimiento en un plazo máximo de 30 hábiles el acto administrativo que aprueba el referido procedimiento.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA	
7.	Arqueo de documentos					
7.2.	Pagarés por cobrar, cuenta contable N° 11050102					
7.2.1.	Pagarés protestados y con certificado de incobrabilidad	Se advirtió la existencia de dos pagarés protestados, cuyos deudores se encontraban fallecidos hacia 7 y 8 años, respectivamente, lo que denota la falta de procedimientos de análisis y control, además, de una descoordinación entre las áreas de tesorería y contabilidad.	El complejo asistencial manifestó que validó la condición de fallecido con el certificado de defunción. Por otra parte, expresó que se encuentra en proceso de licitación las bases para suscribir convenio con el Registro Civil, para el cruce de bases de datos y detección de fallecidos.	Los antecedentes proporcionados por el establecimiento, no dan cuenta de la información que entregaría semestralmente el departamento de contabilidad para cotejo con la base de datos del Servicio de Registro Civil e Identificación, en conformidad a lo comunicado en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	Por lo anteriormente expuesto, se mantiene lo observado.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento en un plazo máximo de 30 días hábiles, los mecanismos de control adoptados mientras se suscriba el convenio con el Registro Civil para su posterior cruce de datos.
7.2.1.	Pagarés protestados y con certificado de incobrabilidad	Se detectó que los pagarés N°s 106659 y 108721, fueron devueltos a los pacientes. A la fecha del preinforme, sin embargo, no se habían registrado contablemente como tales, en pro del control de los mismos.	El HCUCH anexó la solicitud de ajuste al departamento de contabilidad, mediante memorándum N° 21/2013.	La documentación precitada no da cuenta de la regularización de los pagares identificados.		Acreditar la regularización contable de los pagarés N°s 106659 y 108721, informando a esta Unidad de Seguimiento en un plazo máximo de 30 días hábiles.
7.2.2.	Documentos no proporcionados	Solicitados los 116 documentos de la muestra, el 30% de ellos, no fueron proporcionados. La cuantía de estos ascendía a M\$ 34.188 y las fechas de vencimiento oscilaban entre los años 1995 y 2002, con una antigüedad promedio de 11 años. Atendido lo anterior, el HCUCH manifestó que ordenaría la instrucción de un sumario administrativo, con el objeto de determinar eventuales responsabilidades sobre la materia.	En su respuesta, la entidad aseguró que el proceso disciplinario se encuentra en curso, el que fue ordenado por resolución exenta N° 3, de 2013.	Acorde a la respuesta proporcionada por el establecimiento hospitalario, el sumario administrativo iniciado por la institución, a la fecha de este seguimiento, no ha concluido.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	Remitir a esta Entidad de Control, el resultado del proceso disciplinario, de conformidad con lo previsto en el punto 7.2.3, de la resolución N° 1.600, de 2008, de este origen.
9.	Anticipo de clientes	Se comprobó que en la presentación del estado financiero del año 2009, se efectuó una reclasificación en el rubro de acreedores varios por M\$ 878.253, originada por el traspaso de éstos, desde el corto al largo plazo. Luego, en el año 2010, no se consideró la reclasificación aludida para efectos de la presentación de tales estados.	La institución auditada comunicó que a la fecha las cuentas se encuentran reclasificadas. Adjuntó los balances auditados de los años 2010, 2011 y 2012.	Si bien el servicio auditado reconoció el error consignado, no acreditó documentadamente el detalle de las partidas que componen el monto objetado.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, sobre la composición del monto observado, en un plazo máximo de 30 días hábiles.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
10. Anticipo de pagos por parte de los pacientes	Se observó que la paciente doña R. Salas Céspedes, efectuó un anticipo de M\$ 2.100 a su cuenta, pago realizado el 24 de mayo de 2010 a través de cuatro documentos a fecha. Sin embargo, la deuda N° 10009630, se liquidó por un total de M\$ 1.200, generando un cobro en exceso de M\$ 900. Situación similar se detectó en el caso del paciente C. Valles Arroyo, quien adeudaba M\$ 3.445, efectuando un pago por un monto ascendente a M\$ 4.383, produciéndose un saldo a favor de M\$ 937, que no se había devuelto.	El establecimiento indicó que generó la devolución por pago en exceso al paciente C. Valles Arroyo. Agregó, que en el caso de doña R. Salas Céspedes, su devolución está autorizada, por lo que la paciente debe devolver copia de la boleta de venta para su anulación; sin embargo, no ha concurrido al hospital.	Se verificó el comprobante de egreso N° 3.357, de 2011, que acredita el pago a la señora C. Valles Arroyo. Con respecto a doña R. Salas Céspedes, el servicio presentó el estado de cuenta paciente, el que cuenta con un saldo a favor de M\$ 900. Sin embargo, no se evidenciaron acciones tendientes a efectuar su devolución.	Por lo antes expuesto, se mantiene lo observado.	Informar a esta Unidad de Seguimiento las acciones adoptadas para contactar a doña R. Salas Céspedes y hacer la devolución de la suma cobrada en exceso.
13. Transacciones sin documentación de sustento	No fue posible constatar los procedimientos que lleva a efecto la universidad para la aprobación y pago de la asignación universitaria de productividad a los profesionales beneficiados. En efecto, mediante el comprobante contable N° 901132, correspondiente al mes de diciembre de 2010, la facultad de medicina pagó por este concepto al hospital clínico la suma de M\$ 5.400, sin adjuntar la documentación de respaldo pertinente. En su respuesta, el hospital adjuntó memo de 27 de septiembre de 2010, que detalla a los profesionales a quienes se les pagó el bono de productividad por la participación como profesores de la especialidad de psiquiatría del HCUCH, sin precisar el trabajo realizado ni el período en que éste fue ejecutado.	En lo que respecta a este punto, el servicio fiscalizado expresó que está exigiendo mayor detalle en la documentación que da origen a los pagos por esta vía.	La validación de los antecedentes proporcionados, permitieron acreditar el procedimiento llevado a cabo por el hospital. Asimismo, se comprobó la existencia de mayor detalle en las transacciones internas actuales del establecimiento. Sin perjuicio de ello, cabe indicar que no se proporcionó lo requerido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, en orden a poner a disposición de esta Contraloría General los antecedentes que certificaran que el trabajo fue realizado por los profesionales y el período en que tales servicios fueron ejecutados, para los casos de aquellos funcionarios que recibieron el bono de productividad.	Conforme a lo señalado, se mantiene la situación observada.	La certificación de los trabajos ejecutados por los funcionarios que reciben bonos de productividad, junto a la demás documentación sustentatoria será verificada en una futura auditoría sobre la materia.
II. MACROPROCESO DE INGRESOS PROPIOS					
1. Coordinación y enlace de los Sistemas de Cobranza	Se advirtió la carencia de un manual de procedimientos formalmente aprobado por las instancias competentes, que rija el quehacer diario y coordinación entre los departamentos de contabilidad, tesorería, cobranza, admisión y urgencia. A su vez, esos departamentos no contaban con una definición precisa respecto del tipo, cantidad y calidad de la información que manejan, ni disponían de un enlace adecuado.	La entidad informó que está trabajando en la definición de un proceso conjunto entre las subgerencias de finanzas y gestión de pacientes.	Si bien el centro de salud arguyó que se encuentra desarrollando un procedimiento conjunto, a la fecha del seguimiento este no había finalizado. Por otra parte, el sistema ERP, comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de esta Contraloría General, tampoco se ha puesto en marcha.	Por lo antes expuesto, se mantiene lo observado.	La implementación del sistema ERP, así como el aludido manual de procedimientos serán verificados en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2. Cobranza judicial					
2.1. Estado de las cobranzas	Se observó que las operaciones de cobranza interna se realizaban con limitaciones de tiempo y de personal, presentando, en muchas ocasiones, resultados insatisfactorios debido a la ausencia de procedimientos y políticas que permitieran verificar la confiabilidad de los datos entregados por los distintos pacientes que se atienden en el servicio, a saber, domicilio particular y teléfono de contacto.	El establecimiento hospitalario señaló que ha realizado una reunión de coordinación entre las áreas de cobranza y admisión, a fin de minimizar el riesgo de errores.	Los argumentos expuestos por el servicio, no permiten acreditar las medidas adoptadas que minimizan el riesgo de error en la captura de datos.	Atendido lo anterior, no es posible subsanar lo advertido.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo máximo de 30 días hábiles, de la implementación de medidas sobre la materia.
	Se determinó que existía una baja probabilidad de recuperación de los créditos. Asimismo, se comprobó que las empresas ORSAN Ltda. y GESFIN, contratadas para realizar las gestiones de cobranza, no habían dado cumplimiento a los convenios, por cuanto se tenía un total de M\$ 10.272.186, de documentos incobrables al 31 de diciembre de 2010, entre los que se encontraban algunos que datan del año 1997, sin que esas entidades hayan emitido los respectivos certificados ni hayan devuelto los documentos involucrados que permitan al hospital efectuar la rebaja pertinente de sus activos, acorde con la normativa, habiéndose vencido todos los plazos para su cobranza.	En su respuesta, la entidad auditada adjuntó las bases para la contratación de servicios de cobranza prejudicial y judicial, las cuales se encuentran en proceso de autorización por el área jurídica. Agregó, que envió como primera etapa, el registro de deudores menor a 2 UTM a dicha área para que autorice su castigo.	Si bien, el establecimiento se encuentra realizando acciones con el fin de contratar una nueva empresa de cobranza, tal situación no se ha concretado. En efecto, la licitación pública para la contratación del servicio de cobranza prejudicial y judicial para el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se declaró desierta y se llamó a licitación privada, a través de la resolución exenta N° 760, de 3 de diciembre de 2013.	En consecuencia, se mantiene lo objetado.	La contratación del servicio de cobranza judicial y prejudicial será examinada en una futura auditoría.
	Se comprobó que no se efectuaban conciliaciones de los cheques y pagarés enviados en cobranza versus los documentos que mantienen las empresas de cobranza contratadas, resultando esencial practicar regularmente análisis en esta materia, y exigir la devolución de los que acreditan los derechos de este centro hospitalario.	El HCUCH indicó que optimizó la comunicación, control y gestión con la actual empresa de cobranza, implementando informes de gestión mensual, control a través de página web y reuniones periódicas de coordinación.	Se comprobó que el centro asistencial ha establecido una mayor coordinación con la empresa GESFIN Ltda., con el fin de administrar los cobros pendientes, mediante reportes periódicos de documentos enviados a cobranza. Sin perjuicio de ello, el sistema de planificación de recursos empresariales, ERP, comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, a la fecha del seguimiento no se ha puesto en marcha.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La implementación del sistema ERP, será validado en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.2. Caso de fallecidos	Se advirtió que los registros contables de la institución consignaban a pacientes fallecidos en las cuentas de cobranza normal y, en algunos casos, les mantenían los documentos en garantía en la unidad de custodia, en circunstancias de que estaban en poder de la empresa externa, por lo que su deuda debía haberse registrado en cobro judicial. Por otra parte, algunos deudores fueron atendidos en la unidad de urgencia, en donde ya habían sido pagadas sus cuentas, sin que el departamento de cobranza tuviera conocimiento de esas atenciones, produciéndose así una descoordinación entre los distintos servicios del hospital y la desactualización de los registros contables y auxiliares respectivos.	El Hospital Clínico de la Universidad de Chile no presentó antecedentes sobre la materia en su oficio respuesta.	Se corroboró que a la fecha del presente seguimiento el sistema ERP no se ha implementado, conforme a lo enunciado en el Informe Final N° 179, de 2011, precitado.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La solución al problema de información entre los distintos sistemas que se utilizan para el proceso de cobranza, se verificará a través de la implementación del sistema ERP, en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
3. Gestión de reclamos					
3.1.b) Estado de los reclamos, estadísticas	Se determinó que existía una oficina utilizada por dos funcionarias que concentran sus actividades en un espacio limitado y compartido con otra funcionaria que revisa fichas clínicas, por lo que la solución de los reclamos se efectúa con la restricción de personal presentando, en muchas ocasiones, resultados insatisfactorios.	El establecimiento hospitalario manifestó que solicitó la reestructuración física y/o cambio de la oficina de reclamos, moción aprobada por la gerencia general del hospital. Además, se efectuaron modificaciones al software acordes a los nuevos requerimientos que exige la ley N° 20.584. Agregó, que actualmente se están ejecutando los cambios para trasladar la oficina de reclamos a una planta física adecuada a los requerimientos de atención de público y a las exigencias de la acreditación.	Se constató que la oficina de reclamos se encuentra terminada y operativa. Sin perjuicio de ello, durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema de ficha clínica electrónica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
3.1.f) Estado de los reclamos, estadísticas	Existe el caso, folio N° 14.175, en el que el paciente fue sometido a una cirugía de catarata en el ojo izquierdo, produciéndose un desperfecto en el equipo "legacy", fallando completamente, por lo que su término se realizó manualmente con el correspondiente riesgo implícito. Al respecto, se observó que el servicio de oftalmología, no había adoptado las providencias del caso, por cuanto fue había solicitado la reparación y mantención del equipo con anterioridad y, a pesar de no haber sido mantenido se siguió operando con el mismo aparato.	En su respuesta, el organismo expresó que a través de la resolución exenta N° 323, de 13 de junio de 2013, se sobresee el sumario administrativo solicitado instruir, sobre la materia en cuestión.	Al respecto, se comprobó que tanto el expediente sumarial como la resolución que lo afina, no fueron remitidos a esta Contraloría General para su examen previo de legalidad.	En consecuencia, se mantiene lo objetado.	El hospital deberá remitir a esta Entidad de Control el resultado del procedimiento disciplinario, conforme lo establecido en el acápite 7.2.3 de la resolución N° 1.600, de 2008, de este origen.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
9. Intervenciones quirúrgicas a pacientes privados	Se constató que no existían procedimientos formales relacionados con la supervisión y control de los horarios de atención a los pacientes particulares, con el objeto de verificar que éstas hayan sido realizadas fuera de la jornada de trabajo.	La entidad no proporcionó antecedentes sobre la materia en su oficio respuesta.	Sobre el particular, se evidenciaron las instrucciones que establecen que todos los funcionarios del hospital deberán marcar personalmente su entrada y salida mediante la tarjeta universitaria, sin embargo los memorándum enviados a los jefes de servicio de la organización revelan la existencia de médicos y académicos que no se han enrolado. Asimismo, no se encuentra en funcionamiento los sistemas de Ficha Clínica y ERP, que se integrarían con la marcación biométrica.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La implementación del sistema de marcación, así como el de Ficha Clínica y ERP, serán validados en una futura auditoría.
9. Intervenciones quirúrgicas a pacientes privados	Si bien el establecimiento lleva un cálculo de horas laboradas, conforme a otros instrumentos, tales como, atención de consultas de pacientes, se comprobó que en el caso de 4 profesionales, éstos no firman su entrada y salida de la jornada de trabajo en los registros de asistencia habilitados para ello, por lo que resultó imposible corroborar, que los tiempos empleados en las cirugías de carácter privado fueran practicadas en horario fuera de la jornada habitual de trabajo.	Sobre el particular, el servicio proporcionó la resolución exenta N° 434, de 2012, que sobresee el sumario administrativo instruido mediante la resolución exenta N° 439, de 2011.	No obstante que el centro asistencial en su respuesta indicó la resolución que sanciona el resultado del sumario, cabe indicar que su expediente no ha sido remitido a esta Contraloría General para su examen de legalidad.	Por lo antes expuesto, se mantiene lo observado.	El hospital deberá remitir a esta Entidad de Control el resultado del procedimiento disciplinario, conforme lo establecido en el acápite 7.2.3 de la resolución N° 1.600, de 2008, de este origen.
10. Ficha clínica	El hospital carecía de políticas claras y precisas para gestionar la ficha clínica, ya que se comprobó que los pacientes atendidos en el recinto hospitalario se consignaban con datos incompletos faltando en ocasiones, de antecedentes sobre las atenciones ambulatorias, como asimismo, información sobre los distintos procedimientos médicos tratados y exámenes efectuados, habiendo sólo un historial de fechas con letra ilegible sin la identificación del médico tratante.	El establecimiento hospitalario no presentó antecedentes sobre la materia en su oficio respuesta.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema de ficha clínica electrónica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
11.a) Servicio de Laboratorio	Se observó que no se contaba con un manual y procedimientos para el uso y gestión del sistema utilizado por el servicio de laboratorio, respecto a la solicitud y toma de muestras, es así que en algunos casos, se digitaba dos veces un mismo requerimiento, tanto por el cajero como por la persona que toma la muestra, quedando en la base de datos registros sin cerrar.		De la revisión efectuada, se verificó que si bien existe el manual para el uso y gestión del sistema de laboratorio, no se encuentra debidamente formalizado por la autoridad del recinto asistencial, y junto con ello la obligación de aplicar dicho instructivo.	Por lo anterior, se mantiene lo observado.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento, el referido manual, debidamente formalizado, dentro de un plazo máximo de 30 días hábiles.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
11.c) Servicio de Laboratorio	Las personas que digitan los datos, regularmente cometían errores de registro y omisión en el ingreso de los mismos al sistema, no existiendo validadores que permitan evitar ese tipo de hechos. Lo anterior, reviste importancia ya que el resultado que arroje la muestra que ha sido objeto de estudio, es considerada por el profesional médico para diagnosticar a un paciente, e impedir situaciones como la señalada en el sumario administrativo ordenado por resolución exenta N° 12, de 2009, en que una funcionaria omitió apuntar en el texto del examen, la indicación "negativo".	El establecimiento hospitalario no se manifestó respecto de la observación planteada.	De la revisión efectuada, se comprobó que si bien existe el manual para el uso y gestión del sistema de laboratorio, no se encuentra debidamente formalizado por la autoridad del recinto asistencial, y junto con ello la obligación de aplicar dicho instructivo.	Por lo anterior, se mantiene lo observado.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento, el referido manual, debidamente formalizado, dentro de un plazo máximo de 30 días hábiles.
11.e) Servicio de laboratorio	Se constató que los manuales diseñados por la entidad, para las diferentes tomas de muestras, no registran específicamente el procedimiento, ni cómo debe interactuar el personal de laboratorio, para ir completando los datos en cada instancia que se requiera.		El centro de salud no presentó antecedentes que acreditaran las capacitaciones relativas al servicio de laboratorio, conforme a lo enunciado en el referido Informe Final N° 179, de 2011, precitado.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	Informar a esta Unidad de Seguimiento en un plazo máximo de 30 días hábiles sobre las capacitaciones efectuadas.
12. Liquidación de cuentas	En relación con los cheques y pagarés que se reciben de terceros a favor del paciente, se determinó que no existía un sistema que permitiera comprobar que el estado de cobranza de esos instrumentos sea conforme al estado de cuenta del referido paciente. En efecto, para el sistema cobranza existían cheques de pagos por atenciones hospitalarias en estado de protesto, sin embargo, el sistema de la cuenta de paciente, la refleja como pagada.	En lo que respecta a este punto, el hospital señaló que comenzó a rediseñar y establecer un nuevo sistema de cobranzas, el cual considerará el control y manejo de todas las cuentas generadas y que están disponibles para cobrar. Además, permitirá el control de todos aquellos documentos que se encuentren asociados a estas cuentas, dejando este sistema integrado en un modulo adicional al sistema INFORMAT donde todo lo que se ingrese por caja de cobranzas será contabilizado y registrado en línea. Agregó, que dicho trabajo lo están realizando los departamentos de contabilidad y tecnologías de la información.	Se verificó que la medida anunciada por el servicio se encuentra en proceso de desarrollo, situación que no permite efectuar un análisis del control y manejo de las cuentas generadas.	En virtud de lo expuesto anteriormente, se mantiene la observación formulada.	La implementación del sistema de cobranzas propuesto por la entidad, será verificada en una próxima auditoría.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
III. MACROPROCESO DE ABASTECIMIENTO					
1. Aspectos de control interno					
1.1. Órdenes de compras	Se observó que existían saltos en la correlatividad numérica del folio de las órdenes de compra, como también distintas órdenes con el mismo número.	El establecimiento auditado confirmó los saltos en los correlativos y algunos repetidos, debido a limitaciones del aplicativo. Agregó, que esta situación se resuelve con el nuevo sistema ERP, que maneja correlativos únicos y asigna la secuencia al momento de consignar la transacción en la base de datos. Añadió, que evaluará la factibilidad de incorporar estos controles a la aplicación actual, para ello debe chequear eventuales cambios en la forma de trabajo que pudieren afectar a los ejecutivos de compra. Por otra parte, mediante memorándum N° 127, de 7 de junio de 2013, de la gerencia de finanzas, justifica el avance del sistema ERP a la fecha.	Sobre el particular, el sistema ERP comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, a la data del presente seguimiento no se ha puesto en marcha. Asimismo, los controles anunciados en su respuesta, no han sido materializados.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	La implementación del sistema ERP y/o solución propuesta alternativa, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
	Se constataron órdenes de compras internas que no tienen la firma y/o timbre de la división de finanzas, o el visto bueno de dicho departamento. Lo anterior, denota falta de uniformidad en la autorización de las adquisiciones y no concuerda con los procedimientos descritos en el manual de abastecimiento del hospital.	En su respuesta, la entidad comunicó que el manual de adquisiciones fue enviado por medio del memorándum N° 1.531, de 12 de junio de 2013, al jefe de finanzas, informando que a partir de esa fecha se deben firmar las órdenes de compra según lo indica el referido manual adjunto. Además, señaló que este se encontraba en proceso de revisión dadas las mejoras en los procedimientos, por lo cual se oficializaría mediante resolución.	Se corroboró en el manual antes citado, la exigencia de que las órdenes de compra deben estar firmadas por los jefes del departamento de abastecimiento y de finanzas. Sin perjuicio de ello, dicho documento se encuentra en proceso de actualización, según lo precisado por el centro asistencial.	En virtud de lo expuesto anteriormente, se mantiene la observación formulada.	El centro de salud deberá acreditar a esta Unidad de Seguimiento, la modificación del citado manual, dentro de 30 días hábiles.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
1.3. Trazabilidad de las operaciones	Se advirtió una deficiencia material en el control de las existencias, al perder la trazabilidad del producto, puesto que se reconoce el costo por una venta que puede no realizarse, por diferentes factores, como es el mantenimiento del stock para reposición que tienen los servicios clínicos, de modo que tales existencias distorsionan la real salida desde bodega. De esta forma, se evidenció un problema de correlación entre el devengo de los costos y la realización de los futuros ingresos por cuenta de pacientes, entre el consumo real versus su distribución.	La entidad señaló que las nuevas jefaturas están trabajando en la definición de un proceso de trazabilidad de las operaciones asociado a los nuevos sistemas que se están implementando como la ficha clínica electrónica.	Sobre el particular, la determinación del referido proceso aún se encuentra en análisis por el servicio auditado. Además, no se pronuncia respecto de los denominados "insumos de servicio" y los procedimientos contables que permitan reflejar los ingresos y costos asociados.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo máximo de 30 días hábiles, sobre medidas adoptadas, con el fin de efectuar una trazabilidad de los insumos adquiridos por la entidad.
1.4 Imputación a gastos	Se constató que el consumo real como costo para el hospital se reconoce al momento de la salida o devolución de la existencia desde las bodegas a las diferentes instalaciones y botiquines periféricos ubicados en las distintas dependencias de la institución, salida que para el caso de los medicamentos son digitadas en el sistema farmacia, en cambio, para los insumos clínicos se digitan directamente en el sistema contable INFORMAT, instancia que no refleja el consumo real de los insumos por cuanto son imputados y reconocidos en la contabilidad cuando pasan desde la bodega central a las bodegas periféricas, independientemente de cómo se vayan consumiendo en el almacenamiento del servicio al que se destinó. Además, el costo por los insumos y medicamentos se carga al sistema al cierre de cada mes.	El centro de salud indicó no compartir la observación de imputación del gasto, porque si bien los ingresos de las mercaderías se realizan una vez autorizada la orden de compra mediante el sistema INFORMAT, conforme a ello se procede al despacho de los productos a las diferentes áreas clínicas; sin embargo, acoge la sugerencia de este Organismo de Control, por lo que a partir del segundo semestre del 2013, programará inventarios mensuales con el departamento de contabilidad. Agregó, que está en evaluación un proyecto piloto de trazabilidad de los productos. Con respecto al sistema ERP, manifestó que incorporarán las mejoras requeridas en la observación.	Del análisis de lo expuesto, se evidencia que la medida de control enunciada en su respuesta y el sistema ERP aún no se han implementado.	Atendido lo anterior, no se subsana lo advertido.	Implementar el sistema ERP y ejecutar inventarios mensuales, lo que será verificado en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
1.5. Control de inventarios en bodegas	b) Distribución de existencias de productos hospitalarios				
b.1) Servicio de Farmacia Central, medicamentos	Se comprobó que las devoluciones de medicamentos son realizadas por las unidades clínicas en el duplicado o triplicado de la receta, según corresponda, marcando con lápiz al lado del nombre del producto la cantidad que se va a devolver, y no en un formulario único que permita llevar el control de los no consumidos.	El establecimiento comunicó que se encuentra avanzando en la implementación del sistema de ficha clínica electrónica, por lo que aún se mantienen algunos servicios con recetas manuales.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema de ficha clínica electrónica, será verificada en una próxima auditoría a efectuar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
b.2) Bodega de insumos clínicos	Se determinó que cuando el artículo es de salida inmediata desde la bodega de insumos clínicos, no se evidencia uniformidad en la recepción de mercaderías por parte de los centros solicitantes. En tal contexto, en algunas recepciones se advirtió la leyenda "artículo recibido directo en servicio regularización"; otros tienen sólo el nombre, RUT y visto bueno o el nombre y RUT. Se verificó que la sección de medicina nuclear, independiente del documento oficial de recepción de mercadería, para estos casos, genera un documento físico escrito manualmente con otra numeración con la recepción conforme y visto bueno de dicha sección, documentos que no están asociados a INFORMAT, ni al sistema de abastecimiento.	El establecimiento fiscalizado informó que se uniformará la recepción de los artículos de salida inmediata, lo que significará que los servicios clínicos estarán imposibilitados de recibir mercadería directamente de proveedores. Esto quedará incorporado en el nuevo manual de adquisiciones el que será enviado bajo un instructivo especial.	A la fecha del seguimiento, no se ha efectuado la modificación aludida en el manual de adquisiciones.	Por lo antes expuesto, se mantiene lo observado.	El centro de salud deberá acreditar la modificación del citado manual, informando dentro de 30 días hábiles, a esta Unidad de Seguimiento.
2. Bienes del activo fijo	Se estableció que desde el año 2007, el hospital se encontraba realizando la labor de identificar el 100% de los bienes del activo fijo, trabajo que a marzo de 2011, no había sido terminado, comprobándose la existencia de bienes susceptibles de inventariar a los cuales no se les había identificado o rotulado físicamente, incrementándose el riesgo de pérdida de los mismos.	En lo que respecta a este punto, la entidad indicó que las nuevas jefaturas se encuentran evaluando y diseñando un plan de trabajo para la toma de inventario que no se ha podido ejecutar por falta de personal.	El centro hospitalario, como lo manifiesta en su respuesta, no ha efectuado labores para la actualización del inventario.	En consecuencia, se mantiene lo objetado.	El servicio deberá informar a esta Unidad de Seguimiento, dentro de 30 días hábiles, los avances en el proceso de actualización del inventario.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3. Examen de cuentas					
3.3. Suministro de petróleo diesel grado A1 por Copec S.A.	Se detectó que el centro asistencial no ha suscrito ningún convenio ni contratación directa con la Compañía de Petróleos de Chile, Copec S.A. para el suministro de petróleo, sino que para el abastecimiento de dicho producto evacúa un informe solicitando la compra con urgencia. Estos reportes y las órdenes de compra internas, se efectúan una vez emitida la facturación por parte del proveedor. En este mismo sentido, se advirtió que durante el año 2010, el complejo de salud pagó más de \$ 300.000.000, por el suministro del petróleo grado A1, sin haberse sometido al trámite de toma de razón.	El servicio auditado comunicó que actualmente el suministro de petróleo Diesel A1 es realizado a través de la plataforma Mercado Público, bajo la modalidad de convenio marco.	En relación a la respuesta del ente fiscalizado se constató que la adquisición de petróleo se realizó mediante convenio marco, corroborándose en el portal Mercado Público, que con fecha 20 de junio de 2013, la empresa Copec S.A. envió 3 órdenes de compra por el abastecimiento de Diesel A1 al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. De igual forma, se efectuaron por esta vía adquisiciones entre los meses de enero y mayo del mismo año. Por otra parte, se observó que con fecha 28 de mayo de 2013, a través de la resolución exenta N° 270, se resuelve instruir el sumario administrativo comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen.	Aun cuando en la actualidad se adquiere petróleo bajo convenio marco, no es posible subsanar la observación mientras no se concluya el señalado proceso disciplinario.	El resultado del procedimiento aludido debe ser remitido a este Organismo Fiscalizador, para dar cumplimiento al respectivo control de legalidad de acuerdo a lo consignado en el numeral 7.2.3., de la resolución N° 1.600, de 2008, de este origen que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón.
3.4. Renovación de convenios al margen de lo estipulado por la ley 19.886	Se consignó que algunos convenios suscritos por la entidad, aprobados con antelación a la entrada en vigencia de la ley N° 19.886, o no adecuadas a esta, contienen cláusulas de renovación automática por períodos sucesivos, sin evidenciar su ajuste a la normativa vigente, entre ellos se pueden mencionar el contrato con la Fundación de Estudios Biomédicos Avanzados y los de servicios de gases clínicos.	Sobre lo observado, el centro de salud expresó en su oficio respuesta, que el personal a cargo de esta situación estará disponible para solucionar y responder a las consultas de esta Unidad de Seguimiento.	En relación al hecho descrito, en la visita de validación, no se acreditó el inicio del nuevo proceso licitatorio del servicio de gases clínicos, de acuerdo a lo requerido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen. Respecto al término del acuerdo con la Fundación para Estudios Biomédicos Avanzado, se indicó que se han realizado las gestiones para poner fin al contrato, pero a la fecha de esta inspección no se ha materializado la firma de término del convenio.	Debido a que los requerimientos realizados en el citado Informe Final N° 179, de 2011, continúan sin ejecutarse, se mantiene lo observado.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo de 30 días hábiles, la finalización del contrato con la Fundación para Estudios Biomédicos Avanzados y el inicio del nuevo proceso de licitación de los servicios de gases clínicos.
4. Vehículos usados por el servicio					
4.2. Aparcamiento	El establecimiento no ha dictado una resolución que establezca el o los lugares de aparcamiento de los móviles institucionales después del horario de trabajo.	La autoridad señaló que se asignaron los lugares de aparcamiento de los vehículos.	En atención a lo manifestado, se verificó que el hospital designó lugares de estacionamiento para cada vehículo perteneciente al establecimiento, mediante el documento de asignación para aparcamiento de vehículos institucionales, sin embargo, este no se encuentra debidamente formalizado.	Pese a que se definieron los lugares para estacionamiento de vehículos, no existe una resolución que los respalde.	Remitir a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo de 30 días hábiles, el acto administrativo que designe la ubicación para los móviles, una vez cumplido el horario laboral.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
IV. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS DEL HOSPITAL					
1. Aspectos de control interno					
1.1. Registros	En la bodega donde se almacenan los residuos especiales y peligrosos, no se mantenía un registro del ingreso y salida de estos últimos, en el que se incluyera la fecha de envío o eliminación y la cantidad, por categoría de residuos.	El complejo asistencial informó que diseñó una hoja de registro para el ingreso de los residuos especiales y peligrosos que se generan. Adicionalmente, señaló que respecto al egreso de los residuos peligrosos, estos se pesan y se ingresan a la planilla del sistema de declaración seguimiento de residuos peligrosos que se presenta obligatoriamente a la SEREMI para su aprobación.	Se constató, a través de la planilla de ingreso de residuos a la bodega de REAS, correspondiente a los restos peligrosos de junio de 2013, que el encargado de la dispensa registra la fecha de entrada de estos restos al lugar, indicando su cantidad en kilogramos y litros, sin embargo su salida se especifica únicamente en la declaración de seguimiento de residuos peligrosos, y no en una planilla que se mantenga en bodega para ese fin o que consigne ambos datos.	Puesto que no existe una planilla en bodega que registre la salida del producto, no es posible salvar lo objetado.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo máximo de 30 días hábiles, las medidas adoptadas para el registro de la salida de los productos de bodega.
1.3. Fiscalización de residuos por parte de la Secretaría Ministerial de Salud, SEREMI, de la Región Metropolitana	La SEREMI de Salud Metropolitana aplicó una multa y dio plazo al establecimiento para corregir las deficiencias que dicen relación con la falta de procedimientos formales en los servicios de farmacia, imagenología y anatomía patológica para el manejo de los residuos peligrosos que se generan, considerando su identificación, transporte, manipulación, almacenamiento y disposición final.	Sobre lo observado, el organismo manifestó en su oficio respuesta, que el personal a cargo de esta situación estaría disponible para solucionar y responder a las consultas de esta Unidad de Seguimiento.	Durante la inspección en la institución, se advirtió que no existe un documento confeccionado por la referida SEREMI, que acredite la corrección de las fallas detectadas por esa secretaría.	En virtud que la SEREMI no ha certificado la regularización de las situaciones detectadas, no resulta procedente subsanar lo observado.	Esta materia será verificada en una futura auditoría.
2. Cumplimiento de la normativa ambiental					
2.1. Residuos generados	El hospital no llevaba un catastro integral que permitiera identificar y cuantificar todos los residuos emitidos, determinando las dependencias que los generan, lo que según la respuesta al preinforme N° 179, de 2011, estaría evidenciado en el Plan de Manejo de Residuos Peligros año 2011, el cual no ha sido aprobado por parte de la SEREMI.	El centro de salud expresó que con fecha 29 de junio de 2012, envió a la SEREMI de Salud Metropolitana el plan de manejo de residuos para su aprobación.	Se verificó mediante la carta respectiva, de junio de 2012, que el plan de manejo de residuos fue enviado a la aludida SEREMI para su venia, no obstante, a la fecha de este seguimiento no se ha tenido respuesta alguna sobre la autorización del escrito.	Debido a que la SEREMI no ha sancionado el plan de manejo de residuos, se mantiene lo observado.	Al igual que en la observación anterior, estas objeciones serán materia de una próxima fiscalización.
2.2. Plan de manejo de residuos peligrosos	La entidad no acreditó la existencia de un plan de manejo de residuos peligrosos, no obstante, que ello fue requerido por esa secretaría en la inspección realizada en el año 2010, exigencia que emana del artículo 25, del decreto supremo N° 148, de 2003, del Ministerio de Salud. A marzo de 2011, no se contaba con un borrador del referido plan de manejo.	La autoridad comunicó que el 7 de diciembre de 2011, envió a la SEREMI de Salud Metropolitana el plan de manejo de residuos peligrosos, a fin de contar con la debida autorización.	Se evidenció que el HCUCH remitió el plan de manejo de residuos peligroso a la mencionada SEREMI, sin embargo no se ha recibido el documento que disponga su aprobación. Cabe hacer presente que la carta que acredita la presentación del plan en la secretaría había sido anexada como respuesta al preinforme N° 179, de 2011, de este origen.		



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.3. Identificación de los residuos peligrosos	Los residuos peligrosos no son identificados ni etiquetados de acuerdo a la clasificación y tipo de riesgo que establece la Norma Chilena N° 2.190, Of. 93, y los artículos 4° y 8°, del citado decreto supremo N° 148, de 2003.	El organismo indicó que se realizó la confección de etiquetas autoadhesivas y lavables para identificar los residuos peligrosos y especiales, advirtiendo que la entrega de éstos es parte del proceso de implementación en el que se está trabajando.	Los antecedentes presentados por la entidad se componen de las etiquetas autoadhesivas fabricadas para rotular los residuos, no obstante, a la fecha de este seguimiento el hospital se encontraba en la etapa de identificar los recipientes y lugares que contienen los elementos.	Puesto que a la fecha de la visita no se encontraban los residuos peligrosos etiquetados, se mantiene lo observado.	Esta materia será verificada en una futura auditoría.
	Se detectó que los residuos cortopunzantes son dispuestos provisoriamente en un contenedor ubicado en el pasillo del servicio de farmacia, señalizado como "residuos biológicos". La dirección del hospital, en su oficio respuesta adjuntó el documento denominado "Procedimiento para eliminación de los residuos citotóxicos en el servicio de farmacia", el que no se encontraba sancionado.	El establecimiento aseguró que el contenedor observado se ubica en otro lugar.	En la inspección a las dependencias del servicio de farmacia, se verificó que los residuos cortopunzantes son colocados en un recipiente de color rojo, resguardado por un vidrio en un lugar especial y destinado solo a ello, para posteriormente ser transportados a la bodega. No obstante, el procedimiento señalado en el Informe Final N° 179, de 2011, para retirar los restos citotóxicos no ha sido aprobado.	Pese al cambio de lugar para colocar los residuos cortopunzantes, el manual de procedimientos para la eliminación de los residuos citotóxicos, no ha sido autorizado, por lo que no es posible subsanar la observación.	
	Respecto a los restos biológicos conservados en formalina del servicio de anatomía patológica, se observó que estos fueron dispuestos en bolsas identificadas como "cementerio general restos humanos" y no como residuos peligrosos.	La institución informó que las bolsas de almacenamiento de residuos especiales y peligrosos son proporcionadas por la empresa Stericycle, y que estas son de material plástico, impresas y de una dimensión de 65 cm por 90 cm, provistas de abrazaderas selladoras. Agregó, que la confección y características de las bolsas como los envases de almacenamiento de residuos, reúnen todos los requisitos de seguridad conforme a las normas legales y reglamentarias vigentes.	Analizada la respuesta de la entidad, se comprobó que existen bolsas especiales para guardar los restos biológicos y que ellos son dispuestos en un contenedor amarillo destinado a ello, ubicado en la bodega, no obstante, este depósito no se encuentra identificado con ninguna etiqueta que lo distinga como residuos peligrosos.	Debido a que los restos biológicos a la fecha no están identificados, se mantiene lo observado.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.4. Manipulación	En general, el hospital no realizaba un manejo diferenciado entre los residuos peligrosos y los que no lo son, vulnerando lo establecido en el artículo 28, del mencionado decreto supremo N° 148, de 2003. Es así como, como en las farmacias de consulta externa, central y satélite AB, se comprobó la existencia de fármacos vencidos almacenados junto a los vigentes, además de archivadores y otros documentos.	El establecimiento de salud expresó que en el mes de mayo de 2013 se modificó la bodega REAS, específicamente se separaron los desechos especiales de los peligrosos, destacó además, que los trabajos en ese lugar continuarán durante los siguientes meses incorporando extractor de aire, contención para los líquidos, etc. Adicionalmente, señaló que el encargado del lugar es el responsable de trasladar los restos peligrosos en el contenedor color rojo a la bodega REAS para su acopio.	Se inspeccionó la bodega de REAS, corroborándose que en ella se encuentran diferenciados los residuos peligrosos de los que no lo son, sin embargo el lugar se encuentra en proceso de mejoras ya que el plan de manejo de REAS continúa en período de implementación. Por otra parte, se detectó en las dependencias de una farmacia, que los medicamentos vencidos se encuentran separados de los vigentes, no obstante las medicinas obsoletas se ubican en el sector de los casilleros del personal.	En virtud de que el hospital se encuentra en proceso de implementación del plan de manejo de REAS, no resulta pertinente subsanar lo objetado.	Estas observaciones serán materia de una futura auditoría.
2.5. Acopio de todos los residuos	El centro asistencial posee una bodega para el almacenamiento de residuos especiales y peligrosos, y un sitio de acopio de residuos asimilables a domiciliarios, los que no están autorizados por la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana. Asimismo, la bodega de residuos peligrosos no tiene sistema de contención de derrames, ni cuenta con señalización de acuerdo a la Norma Chilena NCh N° 2.190, de 2003.	La entidad fiscalizada indicó que durante mayo de 2013, la unidad de mantención comenzó los trabajos para la división de la bodega REAS, con el fin de almacenar los residuos según su categoría. Actualmente esta bodega sigue en proceso de remodelación de acuerdo a las normas legales y reglamentos vigentes.	En relación a lo informado por la institución, en el examen practicado a las bodegas, se evidenció que existe una segmentación de ellas por categoría. A su vez, cabe hacer presente que la bodega de residuos peligrosos no cuenta con sistema de contención de derrames, sin perjuicio de ello, el HCUCH manifestó que este sistema es parte de la remodelación y que será próximamente incorporado. Finalmente, se advirtió que el 14 de abril de 2011, se envió a la correspondiente SEREMI la solicitud de autorización de la bodega de acopio de residuos de materiales peligrosos, sin tener respuesta a la fecha de este seguimiento.	Considerando que el complejo de salud se encuentra en proceso de implementación del plan de manejo de REAS y que la SEREMI respectiva no ha aprobado las bodegas utilizadas para el acopio de residuos, no es posible subsanar la observación.	



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.5. Acopio de todos los residuos	En la farmacia de consulta externa se observó la existencia de medicamentos vencidos y/o quebrados desde el año 2004, lo mismo ocurre en la farmacia Satélite AB, presentando medicamentos en la condición señalada anteriormente, desde el año 2009, lo que vulnera el artículo 31 del Reglamento Sanitario, que establece un periodo máximo de almacenamiento de 6 meses para los residuos peligrosos.	En este contexto, la institución mantiene la respuesta al preinforme N° 179, de 2012, de esta Contraloría General, exponiendo que para evitar este tipo de anomalías se actualizó el procedimiento que define la baja de medicamentos deteriorados o vencidos y su posterior eliminación del servicio de farmacia, para hacer más expedito el proceso de dictación de resoluciones y eliminación de productos vencidos o inutilizados.	En relación a la situación expuesta, se visitaron las dependencias de las farmacias, y se revisaron algunos medicamentos, determinándose que éstos estaban vigentes y en buen estado. Además, se determinó la existencia del procedimiento señalado en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, comprobando a través de resoluciones de baja del año 2012 que se dictan habitualmente, una vez realizada la solicitud, procediendo a su respectivo movimiento de ajuste. Sin perjuicio de lo anterior, se verificó que las medicinas expiradas y en mal estado habían sido separadas de las actuales, encontrándose almacenadas en el sector de los casilleros destinados al personal del recinto de farmacia.	Puesto que los medicamentos vencidos se encuentran en el sector de los lockers, no es posible salvar el hecho descrito.	Esta observación será materia de una futura auditoría.
V. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN					
2. Incumplimiento de decretos supremos de gobierno electrónico					
2.3. Decreto supremo N° 83 de 2004, del MINSEGPRES					
2.3.2. Control de cambios	Se constató que no existe documentación formal que evidencie un registro de los cambios realizados a los sistemas, ni la elaboración de un informe de evaluación de impacto sobre el particular.	En su respuesta, el establecimiento informó de la actualización del documento "Paso a Producción HCUCH", incluyéndose la sección "Evaluación de Impacto" con detalles de los sistemas afectados, el tiempo de inactividad del sistema y la descripción de mejora/cambio/correcciones realizadas.	Analizado el registro de resultados descrito, se detectó que el referido antecedente no se encuentra formalizado por medio de una resolución del director del hospital.	Dado que el documento suministrado no se encuentra debidamente formalizado, se mantiene lo observado.	Informar en un plazo de 30 días hábiles, a esta Unidad de Seguimiento, sobre la debida formalización del documento antes citado.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.3.5. Procedimiento de respaldo	Se verificó que los controles de acceso físico, implementados en la sala de servidores no son replicados al lugar donde se hospedan los respaldos críticos de la institución. Además, no se contempla un plan de prueba de los mismos.	El hospital fiscalizado en su respuesta, manifestó que la implementación del nuevo data center institucional que proporcionará servicios en modalidad de "nube", se encuentra en su fase final. Además de la adecuación de la sala, instalación de equipos de extinción/detección de incendios, climatizadores redundantes, 5 racks energizados, cableado norma 6A. Añadió, que se encuentra pendiente la instalación de equipos/software de control de acceso, pruebas integrales y capacitaciones. Junto con ello, adjunta el "listado de funcionarios con disco virtual", que cuentan con una carpeta respaldada en los servidores.	En la revisión efectuada al establecimiento de salud, se detectó la inexistencia de la instalación de un sistema de control de los accesos en las dependencias que hospedan los respaldos críticos de la institución.	Debido a la validación realizada procede mantener lo objetado.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo de 30 días hábiles, las medidas implementadas respecto al control de acceso.
2.3.8. Seguridad organizacional, artículo 37, b)	Se observó que no existe un comité de gestión de seguridad de la información, vulnerando las exigencias relativas a la revisión y monitoreo de los incidentes de seguridad de la información.	Al respecto, se indicó que la oficialización de comité de seguridad de la información está en proceso de conformación para emitir una resolución interna.	Sobre la materia, la entidad proporcionó una propuesta de resolución exenta, la que no se ha cursado debido al oficio N° 162, del contralor interno de la universidad, de 20 de junio de 2013, en el que explica que la responsabilidad ejecutiva dentro de las universidades radica en autoridades unipersonales y no en cuerpos colegiados como es un comité.	De acuerdo a lo expuesto, no se subsana la observación hasta que el hospital se ajuste a la normativa vigente.	El hospital deberá informar en un plazo de 30 días hábiles, a esta Unidad de Seguimiento, las acciones adoptadas, con el fin de ceñirse a la normativa relativa a seguridad organizacional.
2.3.9. Transporte de información, artículo 37, f)	Se advirtió que no existía un procedimiento formal que defina normas para empaquetar y transmitir información y software en medios físicos.	El servicio en su respuesta, expuso que ha considerado el uso de los certificados de seguridad en la transmisión de la información, según detalla: • Algoritmo de encriptación/descriptación para el almacenamiento de claves de usuario de bases de datos. • Servidor de correos Outlook OWA con capa de certificación segura (SSL), para transferencia de correos electrónicos. • Servidor web con extensión S/MIME, para transmisión encriptada de información de	El centro de salud acreditó el uso de licencias de software, a través de certificados visados por la unidad informática, no así el procedimiento para la definición de normas para empaquetar y transmitir información.	Por lo antes expuesto, se mantiene lo observado.	Los referidos procedimientos serán validados en futuras fiscalizaciones que lleve a cabo este Organismo de Control sobre la materia.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
		correos electrónicos. • Capa de certificación segura aplicada a conexiones de redes privadas virtuales. Agregó además, que las normas y procedimientos institucionales para empaquetar y transmitir información serán definidas por el comité informático.			
2.5. Decreto supremo N° 100 de 2006, del MINSEGPRES, artículo 7°	Se constató que el administrador del sitio web no contaba con un plan de contingencia que contemple medidas a ejecutar.	El centro asistencial en su contestación, adjuntó el plan de contingencia para el sitio web www.redclinica.cl .	No obstante, el documento remitido, este no confirma que el HCUCH cuente con la política formal del administrador del sitio web, que describa su plan de contingencia y su resolución. Asimismo, tampoco se evidencia la certificación de la política de contingencia de la empresa contratada, con respecto a la caída de servicios prestados a la institución.	Considerando lo anterior, se mantiene lo objetado.	Remitir a esta Unidad de Seguimiento en un plazo de 30 días hábiles, el aludido plan de contingencia debidamente sancionado.
3. Análisis de los sistemas					
3.1. Agenda hospital (caja)					
3.1.1. Cuentas de usuarios	Se detectó que existen cuentas en que el número de RUT no se encontraba dentro del rango válido, así como también casos que no registran RUT y otras en las que el dígito verificador no es permitido.	La entidad respondió que las situaciones detectadas se mitigan con la implementación del sistema de ficha clínica.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras efectuadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha.	Por lo expuesto, no es posible subsanar la observación.	La implementación del sistema ERP y ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
	Se determinaron usuarios que tiene más de una cuenta con las mismas atribuciones, lo que evidencia falta de control sobre la gestión de los perfiles en las cuentas de usuarios.				
	Se evidenció la inexistencia de registro de la fecha de creación y caducidad de las cuentas.				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.1.2. Control de acceso	Se comprobó la falta de una política de segregación de funciones, pese a que dicha labor, en la práctica, es llevada por el usuario líder, así como la falta de manuales de usuario del sistema.	El establecimiento hospitalario indicó que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre de 2013, considerando un período de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras efectuadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha.	Por lo expuesto, no es posible subsanar la observación.	La implementación del sistema ERP y ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
	Se observó que el procedimiento de control de acceso no se encuentra formalizado a través de un documento. Tampoco estaba habilitado el cambio de contraseñas de forma periódica, ni el registro histórico de estas.	Añadió, que actualizó el documento "política, normativa y procedimientos" del departamento de tecnologías de la información, en sus secciones "procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la "normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones". Junto con ello, el servicio respondió que las normas y políticas institucionales serán definidas por el comité informático, el cual se encuentra en proceso de constitución.			
	Se constató que se carecía de un procedimiento formal para eliminar usuarios, y de retiro inmediato de los permisos de acceso a quienes se han desvinculado del hospital. Asimismo, la dirección no contaba con un proceso formal y frecuente de revisión de permisos de acceso.				
3.1.3. Integridad del sistema	Se comprobó la carencia de un registro de los errores y de los eventos que ha cometido el usuario dentro del sistema, tampoco se indicaba la hora de inicio y término de una sesión.	El servicio adjuntó el documento "política, normativa y procedimientos" del Departamento de Tecnologías de la Información del hospital, con la actualización de sus secciones "procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la "normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones".	En la visita de validación, no se certificó la puesta en marcha del sistema, así como tampoco realizar pruebas a las mejoras, dado que el servicio no entregó el registro de estas.	En atención a lo anterior, se mantiene lo advertido.	La revisión de las pruebas a las mejoras será verificada en una próxima auditoría.
	Al ingresar a los menús del sistema, se detectó que no se validan los campos, impidiendo detectar valores fuera de rango. Asimismo, algunos formularios de ingreso del software, no realizan validaciones para detectar datos incompletos.				
	Se determinó la presencia de datos basura dentro de las tablas del sistema lo que representa falta de integridad en el mismo.				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.2. Admisión de hospitalizados					
3.2.1. Cuentas de usuarios	Se advirtió que los registros del sistema, no poseen el campo RUT de modo de poder identificar a los usuarios. Asimismo, se constató que la cuentas de usuarios poseen inconsistencias, según se precisa en el Informe Final N° 179, de 2011, además de la existencia de otras genéricas que imposibilitan la identificación del usuario. Finalmente, la tabla que identificaba a los usuarios, no presentaba información respecto a la fecha de creación ni caducidad de las cuentas.	El establecimiento hospitalario manifestó que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre de 2013, considerando un período de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Añadió, que actualizó el documento	Solicitada la certificación de la puesta en marcha de la ficha clínica, esta no fue acompañada. Complementariamente, no se entregó la bitácora de mejoras efectuadas, de acuerdo a lo requerido en reunión con las autoridades del hospital.	En virtud del análisis, no es posible subsanar las observaciones.	La implementación del referido sistema será materia de una próxima fiscalización.
3.2.2. Control de acceso	Se estableció la falta de una política de segregación de funciones en el sistema, y un manual de usuario.	"política, normativa y procedimientos" del departamento de tecnologías de la información, en sus secciones "procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la	No se proporcionaron los documentos formalizados que comprueben políticas de segregación de funciones y su manual.		
	No se contaba con un documento de control de acceso lógico a las cuentas de usuarios, y un procedimiento formal de validación de asignación de cuentas y contraseñas. Se verificó la carencia de un procedimiento formal para eliminar usuarios. Adicionalmente, se debe mencionar que la dirección no contaba con un proceso frecuente de revisión de permisos de acceso. Además, no era obligatorio que al primer ingreso de un nuevo usuario, este deba cambiar la contraseña.	"normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones". No obstante lo anterior, puntualizó que las normas y políticas institucionales referentes a los documentos electrónicos importantes serán definidas por el comité informático, el cual se encuentra en proceso de constitución.	En atención a que el HCUCH no entregó antecedentes que respalden la utilización del sistema de ficha clínica electrónica y las mejoras correctivas solicitadas, no fue posible desarrollar las pruebas al respecto.		



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.2.3. Integridad del sistema	Se advirtió que no se registraban los errores que han cometido los usuarios dentro del sistema, ni las acciones realizadas por éstos.	La respuesta del servicio indicó que con la instalación de la ficha clínica electrónica, se mejoraron las advertencias. Reiteró que todos los arranques han sido realizados, quedando pendientes sólo la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre de 2013, considerando un periodo de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio.	El servicio no suministró documentos que acrediten las mejoras informadas, imposibilitando su evaluación.	En mérito que la entidad no aportó antecedentes de respaldo, se mantiene la observación.	El aludido sistema será validado en una futura auditoría.
3.3. Estaciones de enfermería					
3.3.1. Cuentas de usuarios	Se constató que existían cuentas genéricas y por áreas, lo que dificultaba el seguimiento del responsable de cometer algún error y/o falta en caso de producirse. Se observó que ningún registro poseía RUT como identificador y que no se consignaba la fecha de creación ni caducidad de las cuentas. Se comprobó que las claves de las cuentas no están ocultas y/o encriptadas.	Sobre estos puntos, el hospital auditado señaló que las situaciones analizadas fueron corregidas con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Adjuntó documento denominado "política, normativa y procedimiento del departamento de tecnología de la información", cuya sección procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios se encuentra en etapa de implementación.	No fue posible verificar la puesta en marcha del sistema, ya que no se proveyó la bitácora de avances solicitados, en reunión efectuada con autoridades del HCUCH.	Conforme lo expuesto, la observación se mantiene.	La implementación del aludido sistema será materia de una futura auditoría.
3.3.2. Control de acceso	Se determinaron cuentas genéricas para cada estación de enfermería y la falta de un documento formal que establezca las normas para asignar accesos al sistema y crear usuarios. Tampoco se obliga en el primer ingreso a modificar inmediatamente la contraseña temporal. Además, no se encontraba habilitado el cambio de contraseñas a intervalos de tiempo regulares, ni el registro histórico de estas. Se detectó que el sistema utilizaba contraseñas con un máximo de 4 caracteres. Asimismo, no se retiraban inmediatamente los permisos de acceso a las cuentas a quienes no pertenecen al área; y tampoco la dirección contaba con un proceso frecuente de revisión de los aludidos permisos de acceso y eliminación de usuarios.				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.3.3. Integridad del sistema	Se observó que no se registraban los errores cometidos por el usuario en el sistema, ni las acciones realizadas por estos, consignando la hora de inicio y término de una sesión.	El establecimiento fiscalizado indicó que la situación fue mejorada con la implementación del sistema de ficha clínica electrónica.	El HCUCH no proporcionó la minuta de avances solicitada al subgerente de operaciones y tecnologías de la información, lo que determinó la imposibilidad de examinar el sistema.	De acuerdo a lo expuesto, este Organismo de Control mantiene lo observado.	La validación de las medidas adoptadas será verificada en una próxima auditoría.
3.4. Farmacia					
3.4.1. Cuentas de usuarios	Se determinó que los registros del sistema, no poseía el campo RUT de modo de poder identificar a los usuarios. Asimismo se constató que la cuentas de usuarios presentaban inconsistencias, según se precisa en el Informe Final N° 179 de 2011, además de la existencia de otras genéricas que imposibilitan la identificación del usuario. Finalmente, la tabla que identificaba a los usuarios, no presentaba información respecto a la fecha de creación ni caducidad de las cuentas.	El servicio auditado comunicó que desarrolló el sistema de ficha clínica electrónica. Añadió, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.			
3.4.3. Integridad del sistema	Se determinó que no existía un registro de errores cometidos por el usuario dentro del sistema y las acciones ejecutadas por estos.	En su respuesta, el hospital expresó que los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre de 2013, considerando un período de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio.	Durante la revisión, se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras efectuadas, los que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema ERP y de ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.5. Prestaciones médicas					
3.5.1. Cuentas de usuarios	Se constató que existían cuentas de usuario que no estaban identificadas por RUT, tampoco se señalaba el cargo ni la dependencia de estos. Además, se observaron inconsistencias y falta de mantención de las cuentas y no se registraba la fecha de su creación ni caducidad.	El establecimiento hospitalario reiteró que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregando, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre de 2013, considerando un período de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Añadió, que actualizó el documento política, normativa y procedimiento del departamento de tecnología de la información, en sus secciones "procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la normativa para el manejo de contraseñas en las aplicaciones.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha. Cabe hacer presente que el citado sistema incluiría la política de segregación de funciones.	Al respecto, procede mantener lo objetado, por no existir pruebas que respalden las medidas correctivas.	La verificación de las medidas incorporadas para las observaciones formuladas será realizada en una próxima fiscalización.
3.5.2. Control de acceso	Se detectó la carencia de una política de segregación de funciones en el sistema, y de un manual de usuario, así como un documento oficial de control de acceso lógico, además, el hospital no contaba con un procedimiento para validar la asignación de usuarios y contraseñas, ni los cambios regulares de claves de acceso.				
3.5.3. Integridad del sistema	El sistema de prestaciones médicas no contaba con un registro de errores en que ha incurrido el usuario, ni de las acciones realizadas por este.	Al igual que para las observaciones anteriores, el complejo asistencial manifestó que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Añadió, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.	Sobre el particular, el sistema de planificación de recursos empresariales, ERP, comprometido en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, a la fecha del seguimiento no se ha puesto en marcha.	En consecuencia, se mantiene la situación observada.	La implementación del sistema ERP, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.6. INFORMAT					
3.6.1. Cuentas de usuarios	Se detectó que ningún registro posía RUT y no se identificaba el cargo, el perfil y sus características, así como la fecha de creación ni la caducidad de las cuentas.	El establecimiento hospitalario indicó que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre del presente año, considerando un período de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Añadió, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.			
3.6.3. Integridad del sistema	Se verificó que no existía un registro que precise la hora de inicio y de término de cada sesión, como tampoco que advirtiera los errores que ha efectuado el usuario dentro del sistema. Se constató que existían registros de proveedores donde el campo no tiene un estándar definido, identificando de manera parcial el RUT.	La institución informó de la actualización del documento política, normativa y procedimiento del departamento de tecnología de la información, en sus secciones "procedimiento para dar de baja cuentas de usuarios" y "uso de identificadores de usuarios y contraseñas", además de la normativa para el manejo contraseñas en las aplicaciones. Adicionalmente, manifestó que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación. Sin dejar de lado que las normas y políticas institucionales referentes a los documentos electrónicos importantes serán definidas por el comité informático, el cual se encuentra en proceso de constitución.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras ejecutadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha.	En consecuencia, se mantienen las situaciones observadas.	La implementación del sistema ERP y de ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
3.7. Insumos					
3.7.1. Cuentas de usuarios	Los registros del sistema, no poseían el campo RUT de modo de poder identificar a los usuarios. Asimismo, se constató que las cuentas de usuarios tenían inconsistencias, de acuerdo a lo señalado en el Informe Final N° 179, de 2011, y en otros existían genéricas o usuarios de prueba que imposibilitaban la identificación del usuario.	La entidad auditada reiteró que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre del presente, considerando un periodo de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Añadió, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.	Durante la revisión se requirió la certificación de la puesta en marcha del sistema de ficha clínica electrónica y la bitácora de mejoras realizadas, requerimientos que no fueron entregados por la institución. Junto con ello, se evidenció que a la fecha del seguimiento, el sistema ERP no se ha puesto en marcha.	En virtud de lo indicado, se mantienen las observaciones formuladas.	La implementación del sistema ERP y de ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
3.7.3. Integridad del sistema	Se verificó que no existía un registro de errores en que ha incurrido el usuario dentro del sistema, ni de las acciones realizadas por estos.				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
4.	Verificación de información				
4.1.	Sistema farmacia	Al igual que para las observaciones anteriores, el establecimiento hospitalario comunicó que la situación fue solucionada con la implantación del sistema de ficha clínica electrónica. Agregó, que todos los arranques han sido realizados, quedando pendiente la evaluación de uso y satisfacción de los usuarios, que se estima debe ser desarrollada durante diciembre del presente año, considerando un periodo de consolidación mientras se completan todas las mejoras que se propusieron en las actividades de gestión del cambio. Añadió, que el proyecto ERP se encuentra en etapa de implementación.	El hospital informó que el sistema ERP aún no se encuentra implementado. Además no se proporcionó documentación que permita corroborar las mejoras efectuadas en el sistema de ficha clínica electrónica.	En atención a que no se pudieron comprobar las mejoras realizadas al sistema, procede mantener lo advertido.	La implementación del sistema ERP y de ficha clínica, será verificada en una próxima auditoría a realizar por este Organismo de Control.
4.2.	Sistema agenda hospital				
5.	Observaciones generales				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
VI. MACROPROCESO DE RECURSO HUMANO					
I. ASPECTOS DE CONTROL INTERNO					
1.3. Control de asistencia y cumplimiento de la jornada	Se verificó que el control horario de los funcionarios en calidad de profesionales se realiza a través de hojas, que permiten registrar diariamente su entrada y salida, pero no se ejerce ningún tipo de vigilancia que garantice el cumplimiento y permanencia en su lugar de desempeño.	El complejo asistencial señaló, que se dictó un instructivo para controlar la asistencia de médicos y académicos, el cual se dio a conocer a la comunidad hospitalaria vía correo electrónico institucional, adjuntando copia del original para su conocimiento y aplicación.	Sobre el hecho descrito, se constató la existencia del mencionado instructivo, el cual establece que todos los funcionarios del establecimiento deberán marcar personalmente su entrada y salida mediante la tarjeta universitaria, sin embargo, se determinó mediante memorándum enviados a los jefes de los distintos servicios de la organización, que continúan sin enrolarse la totalidad de los médicos y académicos.	Pese al instructivo dictado por la autoridad, no resulta pertinente salvar lo objetado, ya que el enrolamiento en el nuevo sistema de marcación no se ha concretado para todos los médicos y académicos.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo de 30 días hábiles, sobre el completo enrolamiento de los médicos y académicos al sistema de control horario, lo que será verificado en una próxima auditoría.
	Se observó que en general, los profesionales no registran horario, sin embargo, aquellos que lo hacen, consignan su ingreso y salida al mismo tiempo, impidiendo cuantificar la jornada efectivamente desarrollada. Además, en el servicio de vigilancia existe un libro de asistencia, produciendo constantes irregularidades, ya que según indagaciones los funcionarios se firmarían entre ellos.	La entidad fiscalizada indicó que el libro de asistencia para contingencias se mantiene en el servicio de vigilancia, pero el departamento de personal está ejerciendo mayor resguardo y control, lo que se ha reflejado en el menor número de registros, repetición de personas y lapso de tiempo que lo utiliza.	Se revisaron las hojas de asistencia, correspondientes a los meses de abril y mayo de 2013, de algunos profesionales que consignan horario, detectándose que estos han firmado de manera regular su registro. Adicionalmente, se comprobó que el centro asistencial culminó las investigaciones sumarias indicadas en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, relativas a los hechos ocurridos en torno al libro de asistencia situado en el servicio de vigilancia. Pese a lo anterior, en el citado informe final la institución comprometió la utilización de un sistema de marcación electrónica homogénea, el cual comenzaría a operar dentro del ejercicio 2011, no obstante, a la data de las validaciones, no se ha concretado el enrolamiento de todos los funcionarios, por ende no existe un método único de registro horario.	En atención a que la implementación del sistema de marcación homogénea se encuentra en proceso, se mantiene lo observado.	Esta materia será verificada en una futura auditoría.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
1.3. Control de asistencia y cumplimiento de la jornada	Se detectó el caso de un profesional, que no tenía constancia ni registro de asistencia que reflejara la estadía en su lugar de trabajo, además, según la información proporcionada, los lunes y martes de 8:00 a 14:00 horas y jueves de 14:00 a 20:00 horas, cumplía funciones en la Clínica Quilín, dependiente del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sin embargo, no informó donde se encontraba el resto del tiempo de su horario semanal. Además, se advirtió el caso de una profesional que atendía consultas médicas en la Clínica Dávila en horas que debía cumplir en el hospital, sin que se hayan realizado los descuentos por el tiempo no trabajado o se haya analizado la procedencia de perseguir las eventuales responsabilidades administrativas que de tal hecho se derivaran.	La autoridad solicitó el 13 de mayo de 2013, los antecedentes a la Unidad de Asesoría Jurídica del hospital, sin que a la fecha exista respuesta. Por otra parte, el complejo asistencial señaló que dictó un instructivo para el control de asistencia de médicos y académicos, el cual se dio a conocer a la comunidad hospitalaria vía correo electrónico institucional, adjuntando copia del original para su conocimiento y aplicación.	En la visita de seguimiento, la entidad no acreditó la finalización de los respectivos procedimientos disciplinarios. Por otra parte, se constató la existencia de un instructivo, que instruye que todos los funcionarios del HCUCH deberán marcar personalmente su entrada y salida mediante tarjeta universitaria, sin embargo, se evidenció mediante memorándum, enviados a los jefes de servicios de la organización que a la fecha de validación, continúan sin enrolarse ciertos médicos y académicos.	No obstante, las acciones adoptadas, se mantiene lo objetado mientras no se cumpla con la instrucción de las investigaciones sumarias correspondientes.	Acreditar a la Unidad de Sumarios de la Fiscalía de esta Contraloría General, en un plazo no superior a 30 días hábiles, el estado de los procedimientos disciplinarios iniciados a través de las resoluciones exentas N°s 263, 768, 770, 796 y 798, todas de 2010, así como los que dicen relación con los profesionales E. Aguilera Villagrán y P. Aravena Rodríguez.
2. EXAMEN DE CUENTAS					
2.1. Remuneraciones					
2.1.1. Incremento previsional	Se determinó que a los profesionales funcionarios con 28 horas, regulados por la ley N° 15.076, que prestaban servicios en calidad de suplentes, se les otorgó el incremento previsional establecido en el artículo 2°, del decreto ley N° 3.501, de 1980, no teniendo derecho a ello.	La autoridad informó que se remitió al Sr. Rector de la Universidad de Chile la propuesta de oficio a este Organismo Contralor, en la que solicita la condonación masiva de este beneficio, por tratarse de personas que realizan reemplazos transitorios, la que se encuentra en la dirección jurídica de la casa de estudios. Agregó, que la situación se corrigió en el sistema de personal, SISPER, y ya no se contempla este incremento a los profesionales suplentes con 28 horas.	Atendiendo la respuesta del establecimiento, se comprobó que existe una propuesta del documento para presentar a esta Contraloría General, con el fin de que se condonen las deudas por los reintegros pendientes de las personas detalladas en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen. Del mismo modo, se revisaron algunas liquidaciones de sueldo, correspondientes al año 2013, verificándose en ellas que el complejo de salud no paga el citado incremento previsional a quienes ejercen funciones de suplencia.	Pese a que la situación detectada ha sido corregida, no es posible subsanar lo observado, puesto que no se han efectuado los reintegros respectivos, ni se ha gestionado en este Organismo de Control, la solicitud de condonación de estos.	Acreditar a esta Unidad de Seguimiento, en un plazo de 30 hábiles, la materialización de los aludidos reintegros o la autorización de condonación de estos.
2.2. Contratos a honorarios	Se observó que los actos administrativos que autorizaban los contratos a honorarios eran dictados extemporáneamente, respecto a la fecha de iniciación de las labores encomendadas.	El centro asistencial expresó que actualmente se agrega en el cuerpo de los convenios, en el artículo 3° el siguiente párrafo "Sin embargo, por razones de buen servicio, las obligaciones del contrato podrán prestarse con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que lo apruebe".	En virtud de la respuesta de la entidad, se examinaron algunos contratos a honorarios del año 2013, identificándose que continúan existiendo convenios aprobados en forma posterior al inicio de los servicios. No obstante ello, cabe hacer presente que el tiempo de demora en la confección del documento ha disminuido en relación a los casos detectados.	Considerando la persistencia de la situación, se mantiene lo observado.	Esta materia será verificada en una próxima auditoría.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

N° OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA Y VERIFICACIONES REALIZADAS	CONCLUSIÓN	ACCIÓN DERIVADA
2.3. Recuperación de subsidios por incapacidad laboral	Se observó que la unidad de personal recibía e ingresaba las licencias médicas en una base de datos y luego enviadas a la unidad de remuneraciones, para calcular y recuperar los montos por este concepto, impidiendo detectar contablemente los montos rendidos y a recuperar por el hospital.	La organización indicó que mediante el oficio N° 353 de 2011, realizó un requerimiento a la vicerrectoría de asuntos académicos y gestión institucional, el cual fue contestado en el oficio N° 408 de 2011.	Se comprobó que el oficio N° 353 de 2011, ya mencionado en el Informe Final N° 179, de 2011, de este origen, fue respondido por el vicerrector de asuntos económicos y gestión institucional, el 30 de junio del mismo año, manifestando que se hizo el requerimiento al servicio de tecnología de la información y que en el momento que se habiliten las vistas solicitadas se comunicará al hospital, sin embargo durante el seguimiento al referido Informe Final N° 179, de 2011, la entidad no acreditó que la modificación se encuentre disponible.	No obstante, la petición efectuada al área de tecnología de la información de la universidad, se mantiene lo observado, en atención a la falta de acreditación del cambio realizado.	Acreditar la habilitación de las vistas solicitadas en un plazo de 30 días hábiles, informando a esta Unidad de Seguimiento.
2.4. Viáticos	Se advirtió que los viáticos de enero de 2011 se emitían, en su generalidad, con posterioridad a la materialización de las comisiones respectivas, encontrándose en este caso, entre otros, los siguientes decretos exentos N°s 3.428 y 3.167, ambos de 2011.	La autoridad aseguró que se instruyó a las jefaturas de servicios para actuar en forma oportuna respecto de las comisiones de viáticos.	Durante el examen practicado al área de recursos humanos, se analizaron los viáticos correspondientes al primer trimestre del año 2013, sobre los cuales se corroboró que la situación continúa ocurriendo, ya que los decretos que autorizan las comisiones se dictaron posteriores al hecho que dio lugar a la asignación.	Por lo expuesto, se mantiene lo observado.	Informar a esta Unidad de Seguimiento, sobre las medidas adoptadas en relación a la materia, en un plazo máximo de 30 días hábiles.
2.5 Obligaciones legales					
2.5.1. Declaración de intereses	Se verificó que los directivos individualizados en el Informe Final N° 179, de 2011, de este Organismo de Control, a la fecha de la auditoría no habían efectuado la presentación de la declaración de intereses o su respectiva actualización.	La entidad comunicó que no se han cursado acciones disciplinarias sobre la materia y que por ende se pondrá a disposición del director del hospital el listado de funcionarios que no han dado cumplimiento a los reiterados requerimientos, verbales y escritos, para definir las acciones a seguir.	De acuerdo a lo manifestado por el complejo asistencial, se evidenció que no se han cursado investigaciones sumarias por la no presentación de las declaraciones de intereses y patrimonio que da cuenta el Informe Final N° 179, de 2011, precitado. Asimismo, en atención a los datos entregados por el hospital durante este seguimiento, relativos a las personas obligadas a presentar declaración de intereses y patrimonio, cabe indicar la existencia de declaraciones proporcionadas fuera de plazo, ello en relación a la data de presentación de tales documentos y la fecha de inicio de los actuales cargos.	Producto de que no se realizaron las investigaciones sumarias y que en la actualidad existen declaraciones presentadas en forma extemporánea, no resulta posible salvar la objeción.	Remitir a esta Contraloría General, en un plazo de 15 días hábiles las resoluciones de inicio de todos los procesos disciplinarios correspondientes a la presentación fuera de plazo de las declaraciones de intereses y patrimonio, así como informar acerca de las medidas adoptadas para dar cumplimiento al plazo de presentación de tales declaraciones.
2.5.2. Declaración de patrimonio	Se constató que los directivos mencionados en el Informe Final N° 179, de 2011, a la fecha de la auditoría no habían presentado las declaraciones de patrimonio o su respectiva actualización.				



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

3. OTRAS OBSERVACIONES

N°	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA DEL SERVICIO	ANÁLISIS DE LA RESPUESTA, VERIFICACIONES REALIZADAS Y ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN OBSERVADA
I. MACROPROCESO DE FINANZAS			
1. Aspectos generales			
1.1. Deudas hospital	Si bien según sus registros, el hospital presenta un índice de liquidez del orden de 1,18 y un capital de trabajo positivo, se advirtió que no responde oportunamente a sus obligaciones con terceros en el corto plazo, por lo que ha debido renegociar sus deudas en el año 2010, por la suma de M\$ 1.503.174. El establecimiento de salud mantenía una cartera de cuentas por cobrar en estado de incobrabilidad y judicializadas que alcanzaba el 48,79%, de los pacientes atendidos al 31 de diciembre de 2010. Distintas entidades públicas, tales como FONASA y el Servicio de Salud Metropolitano Norte, mantienen deudas con el hospital del orden de los M\$ 3.807.107, por lo que sus compromisos pueden llegar a hacerse insostenibles en el tiempo.	El complejo asistencial señaló que ha mejorado las acciones de control sobre documentos en proceso de cobranza externa, a través de informes mensuales de control en línea, a través de página web de empresa de gestión de cobranza. Agregó, que ha llevado a cabo mejoras importantes en sus procesos de devengamiento y recuperación de las cuentas por cobrar, reduciendo los tiempos entre el egreso y la disponibilidad de la cuenta para su cobro. Esto dado por la nueva estructura y cambios de procedimientos en los departamentos de cuenta de paciente y de cobranzas, que permiten una mayor recaudación. En cuanto al cumplimiento de las obligaciones con terceros, a partir del año 2012 realiza reuniones frecuentes con proveedores para revisar la deuda vencida y generando programaciones de pago según la disponibilidad de caja y recuperación. Añadió, que respecto a la deuda que mantienen instituciones como el Fondo Nacional de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Norte con el Hospital, este último ha realizado constantes reuniones mensuales a nivel de sus autoridades para poder revisar y disminuir dicho endeudamiento. Asimismo, adjuntó las bases del nuevo proceso de licitación para la contratación de servicios de cobranza prejudicial y judicial para el hospital aprobadas por la resolución exenta N° 253, de 2013. Además, acompañó el informe de estado de cheques y pagarés judicializados, del periodo año 2012-2013, junto con el informe de sancionamiento de cuentas.	Al respecto, la situación financiera del hospital al 31 de diciembre de 2012 exhibió un índice de liquidez de 0,88 y un capital de trabajo negativo de M\$ (4.917.014). Su apalancamiento financiero presentó un índice de -6,32, lo que se explica principalmente por la pérdida acumulada de M\$ (15.503.283). Sobre su cartera por cobrar, el establecimiento mantiene una cartera en cobranza y judicializada que alcanza el 35,77% a la fecha antes indicada. A su vez, al 31 de diciembre de 2012, existía una deuda de M\$ 5.400.031 de entidades públicas con el hospital.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE SEGUIMIENTO

CONCLUSIONES

En mérito de lo expuesto, cabe concluir que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile implementó medidas que permitieron subsanar las observaciones contenidas en el cuadro N° 1 del presente informe.

No obstante lo anterior, se mantienen las situaciones informadas en el cuadro N° 2, con las acciones derivadas que para cada caso se señalan.

En relación a las observaciones 2.5.1, Declaraciones de intereses y 2.5.2, Declaraciones de patrimonio, del Macroproceso de Recurso Humano, la institución auditada deberá incoar las investigaciones sumarias correspondientes, con el fin de determinar las eventuales responsabilidades administrativas, remitiendo a la Unidad de Sumarios de la Fiscalía de esta Contraloría General, copia de la resolución que formalice su inicio, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción del presente documento.

Asimismo, acerca de las materias en que se ha otorgado un nuevo plazo, este comenzará a regir a partir de la misma fecha anteriormente indicada.

Saluda atentamente a Ud.,


Por Orden del Contralor General
MARIA ISABEL CARRIL CABALLERO
Abogado
Jefe de la División de Auditoría Administrativa



www.contraloria.cl