

APOYO TÉCNICO A LA CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA EN LOS
PROCESOS DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL,
MODALIDAD REGULAR A LA GESTIÓN AMBIENTAL DIRIGIDO A LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
Y AL MUNICIPIO EL PATIA – CAUCA, CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA
2017

DANIELA MELO MUÑOZ
Código N° 104913021070



UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL
PROGRAMA DE INGENIERÍA AMBIENTAL
POPAYÁN
2018

APOYO TÉCNICO A LA CONTRALORÍA GENERAL DEL CAUCA EN LOS
PROCESOS DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL,
MODALIDAD REGULAR A LA GESTIÓN AMBIENTAL DIRIGIDO A LA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
Y AL MUNICIPIO DEL PATIA – CAUCA, CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA
2017

DANIELA MELO MUÑOZ
Código N° 104913021070

Informe final de trabajo de grado, modalidad de práctica profesional empresarial,
como requisito parcial para optar por el título de Ingeniería Ambiental

Director
Msc. Wilson Andrés Betancourt Villalobos



UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE INGENIERÍA CIVIL
PROGRAMA DE INGENIERÍA AMBIENTAL
POPAYÁN
2018

Nota de Aceptación

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Popayán, ____ de _____ de 2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
1. ANTECEDENTES.....	9
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4. MARCO TEORICO	13
5. MARCO LEGAL	14
6. METODOLOGÍA	16
6.1 Fase de Planeación.....	16
6.2 Fase de Ejecución	16
6.3 Fase de Informe	17
7. RESULTADOS	18
7.1 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA 18	
7.1.1 PGIRH – Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	18
7.1.2 Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS	26
7.1.3 Programa de Formación y Educación	27
7.1.4 Segregación en la Fuente.....	28
7.1.5 Unidad Técnica de Almacenamiento Temporal	33
7.1.6 Unidad Técnica de Almacenamiento Central	34
7.1.7 Movimiento Interno de los Residuos.....	39
7.1.8 Conocimiento de los Operarios de la E.S.E sobre la Segregación de Residuos	42
7.1.9 Conocimiento de los Usuarios sobre la Segregación de los Residuos	42
7.1.10 Manejo de Residuos Líquidos	43
7.1.11 Emisiones Atmosféricas	46
7.1.12 Programa de Seguridad Industrial y Plan de Contingencia	47
7.1.13 Auditorías Internas e Interventorías Ambientales y Sanitarias.....	48
7.1.14 Programa de Tecnologías Limpias	48
7.1.15 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	49
7.1.16 Otros Aspectos Ambientales.....	50

7.1.17 Inspección de Verificación Inmediata	53
7.1.18 Resultado de las Encuestas Aplicadas	56
7.2 MUNICIPIO EL PATIA – CAUCA	57
7.2.1 Sistema de gestión ambiental municipal – SIGAM.....	57
7.2.2 Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos	58
7.2.3 Política ambiental municipal.....	58
7.2.4 Plan de manejo ambiental del municipio.....	58
7.2.5 Plan de saneamiento y manejo de vertimientos - PSMV	59
7.2.6 Evaluación de prestación del servicio público de acueducto.....	59
7.2.7 Evaluación de prestación del servicio público de alcantarillado.....	62
7.2.8 Evaluación de la disposición de residuos sólidos y servicio de aseo.....	69
7.2.9 Evaluación a la Plaza de mercado del municipio.....	70
7.2.10 Planta de Beneficio Animal del Municipio	71
7.2.11 Plan de Gestión del Riesgo.....	72
7.2.13 Sanciones y Multas	73
7.2.15 Resultado de las encuestas aplicadas a los habitantes del municipio del Patía	75
7.3 HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E	76
8 CONCLUSIONES	77
9. RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS.....	80
Anexo A. Matriz Ambiental Hospital Susana López de Valencia E.S.E.....	80
Anexo B Matriz Ambiental Municipio El Patía - Cauca	85
Anexo C. Matriz Ambiental Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E	89
Anexo D. Documentos alterados por la entidad	94

TABLAS

Tabla 1. Evaluación Matriz Ambiental	18
Tabla 2. Contratación 058 disposición de residuos peligrosos	19
Tabla 3. Contratación 249 disposición de residuos peligrosos	19
Tabla 4. Características de la Unidad de Almacenamiento Temporal	33
Tabla 5 Características de la Unidad de Almacenamiento Central	34
Tabla 6 Tramite del permiso de vertimiento	45
Tabla 7 Resultado de Encuestas a Operarios sobre PGIRH.....	56

Tabla 8 Resultados de Encuesta a Usuarios sobre PGIRH.....	56
Tabla 9 Resultado de Encuestas a operarios sobre SG-SST	56
Tabla 10 Matriz Ambiental Municipio Patía	57
Tabla 11 Resultado de la encuesta aplicada.....	75

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 Registro RH1 con tachones.....	21
Figura 2 Registros RH1 con fechas iguales	21
Figura 3 Baterías sin su debida rotulación.....	28
Figura 4 Recipientes en mal estado	30
Figura 5 Recipientes sin su debido color de bolsa	31
Figura 6 Baterías inadecuadas para la segregación.....	32
Figura 7 Unidad de almacenamiento temporal	34
Figura 8 Unidad de almacenamiento central.....	36
Figura 9 Unidad de residuos reciclables	37
Figura 10 Desorden en la unidad de residuos reciclables	38
Figura 11 Unidad de residuos químicos.....	38
Figura 12 Unidad de residuos ordinarios	38
Figura 13 Residuos reciclables fuera de la zona asignada.....	38
Figura 14 Inexistencia de un carro recolector. Pediatría	40
Figura 15 Inadecuado manejo de residuos	41
Figura 16 Carro de recolección inadecuado.....	42
Figura 17 Inadecuada Segregación.....	43
Figura 18 Requerimiento y respuesta por parte de la CRC	45
Figura 19 Caldera Continental.....	47
Figura 20 Problemas de Infraestructura.....	48
Figura 21 Señalización de rutas de evacuación	49
Figura 22 Extintores	49
Figura 23 Falta de extintores y su señalización	50
Figura 24 Mala disposición de residuos	51
Figura 25 Residuos en la parte trasera del hospital.....	52
Figura 26 Residuos con inadecuada disposición	52
Figura 27 Desorden en la Unidad Técnica de Almacenamiento Central.....	53
Figura 28 Baterías sin su debida rotulación	53
Figura 29 Recipientes Inadecuados	54
Figura 30 Baterías dañadas y sin su respectivo color de bolsa	54
Figura 31 Inadecuada Segregación.....	54
Figura 32 Inadecuada disposición de residuos.....	55
Figura 33 Carencia de Extintores.....	55
Figura 34 Daños en la Infraestructura.....	55
Figura 35 Caudal captado, rejilla.....	60
Figura 36 Aplicación del coagulante. Canaleta Parshall (Mezcla Rápida)	60
Figura 37 Floculador Horizontal y Floculador Vertical	60

Figura 38 Sedimentadores y Reservorio.....	61
Figura 39 Filtros de tasa declinante.....	61
Figura 40 Desinfección.....	61
Figura 41 Tanque elevado de distribución.....	62
Figura 42 PTRA La Fonda.....	63
Figura 43 PTAR Patía.....	64
Figura 44 PTAR El Estrecho.....	64
Figura 45 Condiciones alrededor de la PTRA El Estrecho.....	65
Figura 46 PTAR El Estrecho Barrio La Paz.....	65
Figura 47 Aguas Residuales Vertidas a la Quebrada.....	65
Figura 48 PTAR El Bordo.....	66
Figura 49 PTAR Piedrasentada.....	66
Figura 50 PTAR Corregimiento La Mesa.....	67
Figura 51 Botadero a Cielo Abierto Clausurado.....	69
Figura 52 Botadero Corregimiento de La Mesa.....	70
Figura 53 Plaza de Mercado Municipio Patía.....	71
Figura 54 Cubierta Nueva en la Plaza de Mercado.....	71
Figura 55 Planta de Beneficio Animal Clausurada.....	72
Figura 56 Extintores sin señalización.....	74
Figura 57 Problemas de infraestructura en Alcaldía.....	74
Figura 58 Problemas de infraestructura en Almacén.....	75

INTRODUCCIÓN

El cuidado y la preservación del ambiente son temas de especial importancia para la humanidad, así mismo, su constante degradación ha llevado a los gobiernos y demás organizaciones a nivel mundial, a establecer políticas y parámetros de conservación y preservación de los recursos naturales.

A través de la normatividad se ha pretendido la adopción de mecanismos con el fin de lograr frenar los principales factores que afectan el ambiente. Esta preocupación ha trascendido a nivel nacional, haciendo que en Colombia se realicen acciones que deriven en la conservación de los recursos naturales, lo cual se refleja en la Constitución Política, que a través de su articulado, evidencia su interés por la protección del ambiente, desde los diversos sectores, tanto nacionales como territoriales. [6]

Igualmente se han establecido instituciones con este mismo propósito, así como entes de control encargados de vigilar y supervisar el cumplimiento de esta y la adecuada destinación de los recursos públicos asignados a aquellas entidades.

Por otro lado, el control fiscal es una función pública que ejerce la Contraloría General de la República, vigilando la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen bienes de la Nación.

Por ende, la Contraloría General del Cauca está regida por la Constitución Política de Colombia y las leyes de la República de Colombia, en especial las dirigidas al control fiscal como apoyo directo al control social, así mismo, ejerce en representación de la comunidad, la vigilancia de la gestión fiscal y de los particulares o entidades que manejen fondos públicos. [2]

Así bien, la gestión ambiental es un proceso que está orientado a resolver, mitigar y/o prevenir los problemas de carácter ambiental, con el propósito de lograr un desarrollo sostenible. Así mismo, está encargada de la planeación, formulación, ejecución y seguimiento de planes y proyectos ambientales.

El presente trabajo contiene los resultados obtenidos en el desarrollo del apoyo técnico a la Contraloría General del Cauca en ejecución al Plan General de Auditorías – PGA – del año 2018, para la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia y El Municipio El Patía, para lo cual se tomó como base los lineamientos establecidos en la Guía de Auditorías Territoriales – GAT – adoptada por la Contraloría General del Cauca, mediante la Resolución 043 de año 2013.

1. ANTECEDENTES

Las actividades orientadas a preservar el medio ambiente, siempre se han dado, sin embargo, los primeros y fundamentales actos destinados a la conservación de este, surgen en 1972, año en que se realizó en Estocolmo, la Conferencia Mundial del Medio Ambiente Humano de las Naciones Unidas. A partir de este evento los temas ambientales calan en la conciencia del mundo y adquieren una importancia notable. De igual manera, en el año de 1992 ocurre otro evento importante denominado “La Cumbre de la Tierra”, realizada en Rio de Janeiro (Brasil), en la cual se aprobó una declaración sobre los derechos y responsabilidades de los países, en donde se pretendía implantar políticas que llevaran a un crecimiento económico, y así mismo, realizar acciones para la protección del medio ambiente.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 tuvo un importante logro, el de haber elevado la protección del medio ambiente y de los recursos naturales a rango constitucional. Por otro lado, la expedición de la Ley 99 de 1993, con la creación del Ministerio de Medio Ambiente y del Sistema Nacional Ambiental, es considerada la primera gran herencia de la carta política del 91 en materia ambiental y de conservación de recursos; con esta se generaron los mecanismos de planificación y se fortaleció y reglamentó el área ambiental.

La legislación ambiental gira en torno a unos ejes articulados, que completan la gestión ambiental del estado y apuntan de manera directa hacia el desarrollo sostenible como premisa a seguir. Estos ejes son los que soportan la legislación en conservación, administración o manejo, vigilancia, control y parte sancionatoria a quienes incumplen la normativa [10]. Por lo tanto, para dar cumplimiento de lo mencionado anteriormente, el gobierno nacional crea autoridades ambientales y órganos ejecutores de la política, además, concibieron un control fiscal orientado a evaluar la gestión de las entidades estatales en materia medio ambiental e incluyeron bajo el manto de dicho control no solo a las autoridades, sino a todas las entidades del estado indiferentes de su actividad y de su nivel, sea este nacional, departamental o municipal.

Para las entidades fiscalizadoras o autoridades ambientales encargadas de velar por el cumplimiento de las funciones de todas las entidades públicas a su cargo, es muy importante conocer el marco normativo ambiental sobre el cual se rigen estas entidades, lo cual permite realizar de manera acertada las evaluaciones tanto para su gestión como para el control de las inversiones que se realicen en materia ambiental.

Para el desarrollo de este proyecto, se partió del PGA de la Contraloría General del Cauca, por medio de la cual se definieron las entidades o sujetos de control a

auditar. De igual manera, la línea de auditoria incluyo la evaluación de los ingresos, gastos y la valoración de los costos ambientales generados por el deterioro del medio natural, para ello se tuvieron presentes los siguientes factores: Saneamiento básico, agua potable, residuos sólidos, residuos hospitalarios, comparendo ambiental y tasa retributiva, entre otros. Así, se dio cumplimiento a la misión establecida por la Contraloría General, el de garantizar el buen manejo de los recursos públicos, la correcta gestión fiscal y el respeto al medio ambiente en el Departamento del Cauca.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se basa en una serie de auditorías realizada a la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia y al Municipio El Patía. Esta práctica empresarial surge del deseo de fortalecer los conocimientos adquiridos, así mismo, de prestar el apoyo en el área ambiental durante el proceso de la auditoría.

Cada día se observa un creciente número de organizaciones, que se comprometen e invierten en recursos para lograr un adecuado desempeño ambiental y contribuir al mejoramiento del entorno donde realizan sus actividades económicas, estas son organizaciones comprometidas con el ambiente.

Ahora bien, las diferentes organizaciones tanto públicas como privadas deben tener como objetivo mejorar dicho desempeño ambiental, es aquí donde se ve la importancia del aporte y participación del estudiante de Ingeniería Ambiental en el proceso de Auditorías.

De este modo, la práctica empresarial en la Contraloría General del Cauca, permite el fortalecimiento de los conocimientos que tiene un ingeniero ambiental en formación, ya que la participación como apoyo técnico en el proceso de la auditoría, permite poner en práctica los conceptos adquiridos en la academia. Además, esta práctica empresarial permitió adquirir nuevos conocimientos que atribuyeron a la formación profesional y personal dentro del lineamiento ambiental.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Brindar apoyo técnico a la Contraloría General del Cauca en los procesos de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, modalidad regular en la línea de la gestión ambiental en la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia y al Municipio El Patía – Cauca, según el Plan General de Auditorías, Vigencia 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Apoyar las fases de planeación, ejecución e informe de los procesos de Auditoría en su línea ambiental, a la Empresa Social de Estado Hospital Susana López de Valencia y al Municipio El Patía.
- ✓ Proporcionar acompañamiento técnico a los procesos de auditoría, en su línea ambiental, para evaluar, determinar y calificar la adecuada ejecución de los recursos públicos, en el sector de: residuos hospitalarios y similares, tasa retributiva y comparendo ambiental a la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia.
- ✓ Proporcionar acompañamiento técnico en el proceso auditor, en su línea ambiental, para evaluar, determinar y calificar la adecuada ejecución de los recursos públicos en los sectores de: agua potable y saneamiento básico, residuos sólidos, tasa retributiva y comparendo ambiental, en el Municipio El Patía – Cauca.
- ✓ Analizar el grado de cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos vigentes, por parte de la Empresa Social de Estado Hospital Susana López de Valencia y del Municipio El Patía.

4. MARCO TEORICO

Las auditorías ambientales son aquellas en las que se evalúa la eficiencia del sistema de gestión ambiental de las organizaciones o entidades, además, es un proceso sistemático que analiza la gestión y los resultados fiscales mediante la aplicación de los sistemas de control fiscal, para determinar el cumplimiento de los principios fiscales en la prestación de servicios o provisión de bienes públicos en desarrollo de los fines esenciales del estado, de manera que permita a la contraloría territorial fundamentar sus pronunciamientos, opiniones y/o conceptos. [3]

Por otro lado, el control fiscal es una función pública, la cual vigila la gestión de la administración de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes del estado, en todos sus órdenes y niveles. Los entes de control fiscal, tales como la Contraloría General de la República o sus entidades delegadas, las Contralorías Departamentales o Municipales, son los órganos encargados de adelantar las respectivas investigaciones encaminadas a obtener el resarcimiento de los bienes o recursos, que han sido objeto de desviación o detrimento patrimonial por parte de servidores públicos o particulares que tiene a su cargo la custodia y/o administración de estos. [9]

La ley 42 de 1993, facultó a la Contraloría General de la República, para establecer los métodos y procedimientos con los cuales evaluará la calidad, el nivel de confianza y eficiencia del sistema de control interno de las entidades públicas, como parte del ejercicio de su función fiscalizadora. Así mismo, la Contraloría, a través del Sistema Nacional de Control Fiscal – SINACOF – construyó una metodología adaptada a las necesidades y requerimientos propios del ejercicio de la función de control fiscal en el nivel territorial.

Dicha metodología, es un instrumento de apoyo a la gestión institucional de las Contralorías Territoriales, que ha sido elaborado para facilitar el ejercicio del proceso auditor, con el propósito de evaluar la gestión fiscal, el logro de los resultados y la eficiencia de sus impactos. [5]

La Contraloría General del Cauca es un organismo de carácter técnico con autonomía administrativa y presupuestal, está regida por la Constitución Política de Colombia y las leyes de la República de Colombia, en especial las dirigidas al control fiscal como apoyo directivo al control social. Esta ejerce en representación de la comunidad, la vigilancia de la gestión fiscal y ambiental, y de los particulares o entidades que manejan fondos o bienes públicos del estado.

Del mismo modo, esta entidad tiene como visión en el año 2019, “Destacarse por incrementar los resultados en el control fiscal y mejorar el nivel de confianza de las comunidades, mediante el fortalecimiento de los procesos misionales de la entidad y la potencialización de las herramientas de apoyo que permitan orientar la gestión a los resultados”. [2]

5. MARCO LEGAL

El artículo 272 de la Constitución Política de Colombia, establece que “Los contralores departamentales, distritales y municipales ejercerán, en el ámbito de su jurisdicción las funciones atribuidas al Contralor General de la República en el artículo 268”. De igual manera, el Artículo 274 de la Constitución, determina que “La vigilancia de la gestión fiscal de la Contraloría General de la Republica se ejercerá por un auditor elegido para periodos de dos años por el Consejo de Estado”. [1]

La Constitución Política de Colombia en el artículo 269 estipula que “En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”.

Posteriormente, La Ley 42 de 1993, en el artículo 4, nos dice “El control fiscal es una función pública, la cual vigila la gestión fiscal de la administración y de los particulares o entidades que manejen fondos o bienes del Estado en todos sus órdenes y niveles”. Este será ejercido en forma posterior y selectiva por la Contraloría General de la Republica, las contralorías departamentales y municipales, los auditores, las auditorías y las revisiones fiscales de las empresas públicas municipales, conforme a los procedimientos, sistemas y principios que establecen en la presente ley. [7]

La Ley 99 de 1993, por medio de la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiental, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables. [8]

De acuerdo con el Decreto 2676 de 2000, y sus modificaciones, el Decreto 4126 de 2005 y la Resolución 1164 de 2002, se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral del Residuos Hospitalarios y similares MPGIRH. [5]

La Resolución 2115 de 2007, por medio de la cual se señalan características, instrumentos básico y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano. [11]

La Resolución 1433 de 2004, por la cual se reglamenta el artículo 12 del Decreto 3100 de 2003, sobre Planes de Saneamiento y Manejo de Vertimiento, PSMV, y se adoptan otras determinaciones. [12]

Ordenanza 063 de abril de 2014, mediante la cual se establece obligatoriedad de la implementación del Sistema de Gestión de calidad de las entidades sujetas de control de la Contraloría General del Cauca.

Según el Decreto 1599 de 2005, por “el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano”, de acuerdo con el artículo, se adopta el modelo colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de control interno en las entidades y agentes obligados conforme al artículo 5 de la Ley 87 de 1993. [8] Y la Resolución interna 429 del 2008, “Por la cual se adopta el Modelo de Control Interno MECI 1000:2005 en la Contraloría Departamental del Cauca.

Finalmente, La Resolución 261 de 2016, mediante la cual se justifica la celebración de un convenio marco de cooperación académica interinstitucional suscrito entre la Contraloría General del Cauca y la Universidad del Cauca.

6. METODOLOGÍA

La metodología que se tuvo en cuenta como base para la realización de este trabajo fue la Guía de Auditorías Territoriales [4], ya que es una metodología adaptada a las necesidades y requerimiento propios del ejercicio de la función de control fiscal en el nivel territorial. Dicha metodología es un instrumento de apoyo a la gestión institucional de las Contralorías Territoriales, que ha sido elaborada para facilitar el ejercicio del proceso auditor.

Este proceso está conformado por tres fases: Fase de Planeación, de Ejecución e Informe, estas con el fin de lograr resultados eficientes y eficaces de dicho proceso.

6.1 Fase de Planeación

La Planeación es la fase inicial de la auditoria, este es un proceso continuo, en donde se realiza la selección de misiones y objetivos, como también, se determinan las estrategias, políticas, programas y procedimientos para lograr dichos objetivos.

En esta fase se tomó en cuenta la información suministrada por el sujeto o punto de control a auditar para determinar la estrategia y focalizar los componentes y factores a examinar, así mismo, se determina de manera anticipada los procedimientos que se utilizan, la extensión de pruebas a aplicar y los diferentes papeles de trabajo en los cuales se resumen los resultados.

6.2 Fase de Ejecución

La ejecución de la auditoría ambiental consiste de la etapa de trabajos en campo, en la cual se realiza una evaluación física de las operaciones, equipos, procesos y materiales que hagan parte de los procesos de la entidad a auditar, de igual manera, se realizan encuestas tanto a los operarios como a los usuarios que se encuentran en la entidad, tal como se define en el Plan de Auditorias.

En esta fase se realizaron las visitas correspondientes, inicialmente se visitó las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia E.S.E, llevando a cabo una verificación ambiental en los diferentes bloques pertenecientes a la entidad, posteriormente se realizó la respectiva visita al Municipio del Patía, donde se realizó la inspección ambiental en las instalaciones de la Alcaldía municipal, el acueducto, la planta de beneficio animal, la celda de contingencia clausurada, las plantas de tratamiento de aguas residuales ubicadas en los corregimientos de la Fonda, Patía, Estrecho, El Bordo, Piedrasentada y La Mesa del Municipio El Patía.

Así mismo, se verifica el cumplimiento de lo establecido en el PGIRH o PGIRS según sea el caso.

Al finalizar la fase de ejecución, se realiza una reunión de cierre de auditorías, esta reunión tiene como objeto presentar al personal de la entidad los diferentes aspectos identificados durante la auditoría, relativos a la no conformidad, y presentar las principales evidencias.

6.3 Fase de Informe

En esta fase, se realizó un informe preliminar con base en las presuntas observaciones obtenidas durante la fase de ejecución de la auditoría, estas se estructuran de la siguiente manera: condición, criterio, narración de la observación, causa y efecto.

Este informe preliminar se comunica a la entidad auditada para que esta de acuerdo al debido proceso presente sus controversias ante las observaciones establecidas. Posteriormente el equipo auditor teniendo en cuenta la respuesta aportada por la entidad, realiza el informe final de auditoría, el cual es comunicado al sujeto de control para que este emita el Plan de Mejoramiento sobre los respectivos hallazgos de auditoría administrativos, así mismo para los hallazgos disciplinarios, fiscales y penales, se realizan los respectivos traslados a las dependencias competentes.

7. RESULTADOS

De acuerdo a lo establecido en los objetivos planteados en el presente trabajo y en cumplimiento con la práctica empresarial basada en el apoyo técnico a la Contraloría General del Cauca en los procesos de Auditoría Gubernamental con enfoque integral, modalidad regular en la línea de la gestión ambiental en la Empresa Social del Estado Susana López de Valencia y el Municipio El Patía - Cauca, se presentan a continuación los resultados y hallazgos realizados durante las auditorías, así mismo, se anexan las matrices ambientales que permitieron dar la respectiva calificación a cada entidad.

7.1 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA

La Contraloría General del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, emite una opinión **Con deficiencias** en la gestión ambiental, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de **69,7**, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan en la tabla 1, teniendo en cuenta la matriz ambiental (Anexo A).

Tabla 1. Evaluación Matriz Ambiental

TABLA 1-4			
GESTION AMBIENTAL			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales.	66,1	0,60	39,6
Inversión Ambiental	75,0	0,40	30,0
CUMPLIMIENTO GESTIÓN AMBIENTAL		1,00	69,7

Con esta matriz se concluye que la entidad debe hacer mejoras en ciertos aspectos, a los cuales se les realizó sus respectivas observaciones, basadas en la visita de auditoría realizada al Hospital Susana López de Valencia ESE.

7.1.1 PGIRH – Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares

El Hospital Susana López de Valencia, cuenta con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, que a su vez cuenta con la viabilidad por parte de la CRC.

Dentro del PGIRH, el hospital adopta el formato RH1, este formato debe ser diligenciado por el funcionario de Servicios Generales de turno en la caseta de Almacenamiento Central; en estos se consigna las cantidades, peso y unidades recolectadas y dispuestas, entregadas para la disposición final al recolector municipal y al operador externo de residuos peligrosos -RESPEL.

Las estadísticas o registros de producción de Residuos Hospitalarios y Similares en cantidades (kg) y tipo de residuos, se realizan a diario de acuerdo al formulario establecido, pero con deficiencias en cuanto a legibilidad en los números.

Tabla 2. Contratación 058 disposición de residuos peligrosos

CONTRATOS 058 DE 2017					
OBJETO:	Prestar el servicio de recolección tratamiento y disposición final, incineración de los residuos anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes				TERMINO
VALOR INICIAL:	\$41'118.000				6 MESES
ADICION 1	\$20'559.000				3 MESES
ADICION 2					26/10/2017
ADICION 3					
TOTAL CONTRATO	\$61'677.00				
SUPERVISOR:	IVAN GERARDO VILLA VALVERDE				
Cargo:	Auxiliar Administrativo (área de servicios generales)				
FACTURAS	Valor Factura	Valor Factura con Dsto	CANTIDAD RH1 (Kg)	VALOR RH1 TOTAL	DIFERENCIA
Comprobante de Egreso 0024929	\$4'218.760	\$3'940.322	2.546	\$2'316.860	\$1'901.900
Comprobante de Egreso 0025391	\$7'080.710	\$6'613.384	7.686	\$6'994.260	\$86.450
Comprobante de Egreso 0025826	\$8'264.620	\$7'719.155	9.475	\$8'622.250	- \$357.630
Comprobante de Egreso 0026032	\$6'112.470	\$5'709.047	6.744	\$6'137.040	- \$24.570
Comprobante de Egreso 0026534	\$6'438.250	\$6'013.325	7.532	\$6'854.120	- \$415.870
Comprobante de Egreso 0026696	\$6'266.715	\$5'853.112	6.723	\$6'117.475	\$149.240
Comprobante de Egreso 0026927	\$5'985.070	\$5'590.056	6.837	\$6'221.761	- \$236.691
Comprobante de Egreso 0027340	\$6'496.808	\$6'068.019	7.104	\$6'464.958	\$31.850
Comprobante de Egreso 0027662	\$6'699.420	\$6'257.258	7.322	\$6'663.020	\$36.400
Comprobante de Egreso 0027971	\$4.114.110	\$3.842.579	7.636	\$6'948.760	- \$2'834.650
	\$61'676.933	\$57'606.257		\$61'023.781	\$ 2'205.840

Fuente: Hospital Susana López de Valencia, Nivel II ESE - Vigencia 2017

Elaboró: Daniela Melo

Tabla 3. Contratación 249 disposición de residuos peligrosos

CONTRATOS 249 DE 2017		
OBJETO:	Prestar el servicio de recolección tratamiento y disposición final, incineración de los residuos anatomopatológicos, biosanitarios y cortopunzantes	
VALOR INICIAL:	\$16'870.000	
ADICION 1		
		2 MESES
		31/12/2017

ADICION 2					
ADICION 3					
TOTAL CONTRATO		\$16'870.000			
SUPERVISOR:	IVAN GERARDO VILLA VALVERDE				
Cargo:	Auxiliar Administrativo (área de servicios generales)				
FACTURAS	Valor Factura	Valor Factura con Dsto	RH1 CANTIDAD	VALOR TOTAL	DIFERENCIA
Comprobante de Egreso 0027971	\$2'822.450	\$2'636.168			
Comprobante de Egreso 0028309	\$7'039.500	\$6'574.893	7.407	\$7'036.650	\$2.850
Comprobante de Egreso 0028789	\$7'007.200	\$6'544.725	--	--	--
	\$16'869.150	\$15'755.786		\$7'036.650	\$2.850

Fuente: Hospital Susana López de Valencia, Nivel II ESE - Vigencia 2017

Elaboró: Daniela Melo

7.1.1.1 Hallazgo de Auditoría N° 1. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Formatos RH1 no legibles

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.10 Monitoreo al PGIRH y Anexo 3. Art 83 de la Ley 1474 de 2011 y Numeral 2,5 y 15 del Art 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: Los formatos RH1 no son diligenciados correctamente, se puede evidenciar que estos presentan tachones (figura 1). Además, para el día 10 de marzo existen 2 formatos con cantidad de residuos diferentes (figura 2), lo cual no permite realizar una adecuada cuantificación.

Causa: Falta de gestión por parte de la Administración y GAGAS. Desinterés o descuido. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de capacitación. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Registros deficientes que, frente a pagos y cobros, generan incertidumbre financiera.

Observación con presunta connotación disciplinaria en atención a omisiones presentada en la labor de supervisión, conforme a lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, y en la aplicación y cumplimiento a la norma ambiental.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la auditoría realizada.

Nota: Registrar los kilogramos diarios productos por tipo de residuo y en caso de

FECHA (Mes-Día)	NO PELIGROSOS			Riesgo Biológico	
	Biodegradables	Ordinarios e Inertes	Reciclables	Riesgo Biológico	
				Biosanitarios	Corto Puntantes
01-16		10		20	1
		8		28	1
		2		6	1
		6		6	
		9		38	1
		4		31	1
		6		4	1
		8		29	1
		10		52	1
		9		45	1
		12		1	
		11		49	

Figura 1 Registro RH1 con tachones

Nota: Registrar los kilogramos diarios productos por tipo de residuo y en caso de no

FECHA (Mes-Día)	NO PELIGROSOS			Riesgo Biológico	
	Biodegradables	Ordinarios e Inertes	Reciclables	Riesgo Biológico	
				Biosanitarios	Corto Puntantes
10-10		2		21	1
		6		26	1
		6		25	
		8		4	
		1		1	
		6		29	1
		2		36	1
		8		6	
		9		52	
		10		38	
		9		12	
		11		1	
		10		22	

Nota: Registrar los kilogramos diarios productos por tipo de residuo y en caso de no

FECHA (Mes-Día)	NO PELIGROSOS			Riesgo Biológico	
	Biodegradables	Ordinarios e Inertes	Reciclables	Riesgo Biológico	
				Biosanitarios	Corto Puntantes
10-10		6		27	
		3		23	
		2		16	
		1		5	
		1		1	
		8		42	
		6		45	
		5		6	
		10		32	
		9		38	
		2		24	1
		6		1	
		8		33	2

Figura 2 Registros RH1 con fechas iguales

Respuesta de la Entidad: La resolución 1164 de 2002 describe respecto al formulario RH1: “Diariamente el generador debe consignar en el formulario RH1 el tipo y cantidad de residuos, en peso y unidades, que entrega al prestador del servicio especial de aseo, para tratamiento y/o disposición final o someterlos a desactivación para su posterior disposición en relleno sanitario, especificando tipo de desactivación, sistema de tratamiento y/o disposición final que se dará a los residuos.

El generador, en la gestión externa de sus residuos, verificará el cumplimiento de las condiciones en que se presta el servicio de recolección, reportando las observaciones pertinentes en el formulario a fin de mejorar las condiciones de recolección para la gestión externa”. Por ello el hospital en su Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud (Código: SLV-SR-09) ha adoptado el formulario RH1, el cual viene diligenciando y procesando ininterrumpidamente desde hace más de 8 años, tal como lo han evidenciado las auditorias de los diversos entes de control. Sin embargo los hallazgos referentes

a enmendaduras y falta de claridad en la información son casos puntuales que deben ser mejorados, por ello se incluirán al plan de mejora.

Posición de la Contraloría: La respuesta dado por la entidad no subsana, debido a que el mal diligenciamiento o la existencia de más de un formato por día, evitan realizar una adecuada cuantificación de los residuos, por lo cual la observación se mantiene en los términos descritos.

7.1.1.2 Hallazgo de Auditoría N° 2. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Formatos RH1 incompletos

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.10 Monitoreo al PGIRH – Componente interno. Art 27 y Numeral 2,5 y 15 del Art 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: Se solicitaron los formatos RH1 a la entidad con vigencia 2017, los cuales fueron analizados. De acuerdo a la normativa “el generador diariamente debe consignar en el formato RH1, el tipo y cantidad de residuos”. Se encontró que estos formatos están incompletos, faltando los días 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11 de enero; y los días 30 y 31 de Diciembre.

Causa: Descuido, omisión, falta de orden por parte del personal encargado. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de capacitación, Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto: No permite llevar una adecuada gestión de los residuos hospitalarios.

Observación con presunta connotación disciplinaria en atención a omisiones presentada en la labor de supervisión, conforme a lo dispuesto en el Art. 83 de la Ley 474 de 2011, y en la aplicación y cumplimiento a la norma ambiental.

Observación administrativa que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.

Respuesta de la Entidad: A la observación registrada donde se requieren unos soportes del RH1 de fecha Enero 2017 me permito informar que esta información fue enviada según oficio N° 1630 de Fecha 23 de Abril de 2018 radicado en la oficina de archivo de la E.S.E donde envió soporte solicitado por la Ingeniera Daniela Melo de la Contraloría Departamental correspondiente a las fechas indicadas.

Posición de la Contraloría: Se realiza una nueva revisión a los documentos entregados por la entidad, sin embargo se evidencia la falta de formatos en los días especificados por la contraloría, por lo cual se mantiene la observación en los términos descritos.

7.1.1.3 Hallazgo de Auditoría N° 3. Administrativa con presunta connotación disciplinaria.

Condición: Falencia en el diligenciamiento del Formato RH1

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.10 Formato RH1. Art. 27 y Numeral 2,5 y 15 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: Los registros RH1 deben diligenciarse diariamente y se debe consignar el tipo y la cantidad de residuos que se generen en la entidad. El hospital Susana López de Valencia ha entregado los formatos, una vez analizados se evidencia que las cantidades relacionadas en estos no corresponden a las canceladas al operador externo. Teniendo en cuenta que los formatos RH1 se encuentran incompletos, se realiza un análisis cuantitativo mensual exceptuando el mes de diciembre, debido a la falta de los formatos. Así mismo, para el mes de enero se analiza a partir de la fecha del contrato, es decir a partir del 24 de enero de 2017.

Según los registros efectuados en los formatos RH1, como se puede evidenciar en la tabla 2 y 3, en los meses de marzo, abril, mayo, julio y octubre la E.S.E paga al operador externo valores INFERIORES a los registrados en los formatos, por lo contrario en los meses de enero, febrero, junio, agosto, septiembre y noviembre la E.S.E paga un valor SUPERIORES a los registrados en los formatos, lo que con lleva a una información poco confiable.

Causa: Falencias en las labores de supervisión. Falta de gestión administrativa por parte del comité GAGAS. Falta de diligencia del supervisor del contrato a la hora de entrega de los residuos peligrosos al operador externo. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto: Las falencias presentadas conllevan desorden administrativo, falta de oportunidad en el manejo de las memorias institucionales e incertidumbre en la información suministrada respecto al cumplimiento del objeto contractual y al manejo financiero, situación que generó una observación administrativa que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la auditoria.

Respuesta de la Entidad: En relación a que las cantidades registradas no correspondan a los pagos realizados según formatos RH1 esto sucede por error de lapsus cálimi o error de pluma o digitación, pero se debe tener en cuenta que en los recibos “De control y registro en peso de residuos entregados por los generadores” el cual son entregados a diario por el operador, en ellos se evidencia la cantidad de kilos de residuos hospitalarios generados a diario por parte de la institución y son firmados por quien recibe y entrega en la E.S.E. y a final de mes

se cuantifica la cantidad de kilos que debe ser igual a la factura expedida por el contratista.

También se debe tener en cuenta que para la vigencia del 2017 la E.S.E. realizó los siguientes contratos con la empresa Aserhi donde se evidencia que el valor de los kilos de residuos hospitalarios aumenta de un periodo a otro

- Contrato N° 058 del ## Enero de 2017 donde el valor de los kilos de residuos Hospitalarios corresponde a \$910.00 por kilo
- Contrato N° 259 24 de Octubre de 2017 donde el valor de los kilos de residuos Hospitalarios corresponde a \$950.00 por kilo

Posición de la Contraloría: Se realiza un análisis cuantitativo a los formularios RH1 y a los recibos “de control y registro en peso de residuo entregados por los generadores” y se determina que estos no coinciden. Además se encuentran alterados los valores de los Formatos para los días 23, 25 de marzo; 1,5,7,8,12,14,16,22 de abril; 3,5,20,28,31 de mayo, por lo cual se mantiene la observación y se establece el hallazgo con presunta connotación penal. (Anexo D)

7.1.1.4 Hallazgo de Auditoría N° 4. Administrativa con presunta connotación disciplinaria y alcance fiscal

Condición: Omisión en el diligenciamiento de los Formularios RH1

Criterio: Arts. 6,90 y 209 CN/91. Ley 594 de 2000. Art. 27 y Numeral 2, 5 y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002. Art 8 de la Ley 42 de 1993 en concordancia con los Arts. 3 y 6 de la Ley 610 de 2000. Arts. 82 y 83 de la Ley 1474 de 2011; Manual de Supervisión e Interventoría de la ESE HSLV (Res. Interna N° 0696 de 2014). Resolución N° 1164 de 2002. Numeral 7.2.10

Narración de la observación: Según los registros evidenciados en los formatos RH1 en los meses de enero, febrero, junio, agosto, septiembre y diciembre se registraron 31.381 kg de residuos peligrosos que equivalen a \$28'556.710, el operador externo factura 33.805 kg de residuos que equivalen a \$30'762.550 encontrándose una diferencia por \$2'205.840, generando presunto detrimento al patrimonio institucional.

Causa: Falencia en la supervisión, evidencia en la falta de diligencia del supervisor del contrato al momento de entrega de los residuos al operador externo. Falta de gestión administrativa. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto:

Observación con presunto alcance fiscal en valor de \$2.205.840, ocasionado por la cancelación de recursos sin el pleno cumplimiento de requisitos legales establecidos para el pago de las obligaciones establecidas en el contrato.

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la

Infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.

Respuesta de la Entidad: Según los registros evidenciados en los recibos “De control y registro en peso de residuos entregados por los generadores” se aclara la cantidad y valores que corresponden a las cuentas y a las actas de incineración de los residuos hospitalarios, se anexa cuadro aclaratorio correspondiente a los meses citados en el informe de auditoría en la E.S.E:

Contrato N° 058

MES	CANTIDAD KILOS	VALOR KILO	TOTAL
ENERO	4.636	\$910.00	\$ 4.218.760.00
FEBRERO	7.781	\$910.00	\$ 7.080.710.00
JUNIO	6.886.5	\$910.00	\$ 6.266.715.00
AGOSTO	7.139.40	\$910.00	\$ 6.496.808.00
SEPTIEMBRE	7.362	\$910.00	\$ 6.699.420.00
TOTAL	33.804.90	\$910.00	\$ 30.762.413.00

Contrato N° 249

MES	CANTIDAD KILOS	VALOR KILO	TOTAL
DICIEMBRE	7.376	\$950	\$ 7.007.200.00
TOTAL	7.376	\$950	\$ 7.007.200.00

CONTRATOS	CANTIDAD TOTAL KILOS	VALOR KILO	TOTAL
Contrato N°058	33.804	\$910	\$30.762.200.00
Contrato N°249	7.376	\$950	\$7.007.200.00
TOTAL	41.180		\$37.769.613

Posición de la contraloría: Se realizó un análisis cuantitativo a los documentos enviados como respuesta por la entidad al informe preliminar de la auditoría, y se determinó que algunos formatos RH1 se encuentran alterados, los cuales no coinciden con los enviados por la entidad al iniciar la auditoría, estas alteraciones se pueden evidenciar en los formatos de los días 9, 15,18 de febrero; 12, 8 de junio; 3 diciembre. Debido a que estos formatos no coinciden y se evidencia una alteración en estos, se determina dejar la observación y se establece el hallazgo con presunta connotación penal. (Anexo D)

Mencionado anteriormente, se lleva un registro del formato RH1 de la producción diaria de los residuos en general para todo el Hospital pero no lo diligencian por cada área de la entidad de salud para evaluar la cantidad y la clase de residuos generados en cada una de ellas.

7.1.1.5 Hallazgo de Auditoría N° 5. Administrativa

Condición: Ausencia de los registros RH1 en cada bloque

Criterio: PGIRH de la E.S.E. Numeral 19 Monitoreo del plan de gestión integral de residuos hospitalarios. Numeral 19.1 Formato RH1

Narración de la observación: No se evidencia la existencia de formatos RH1 para el control y registro de los residuos generados por áreas (pediatría y adultos) de atención, lo cual no permite tener una estadística clara del tipo y cantidad de residuos producidos en cada una de ellas.

Causa: Falta de capacitación en las diferentes áreas de servicio generales. Poca efectividad del comité encargado de la gestión ambiental. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Falta de control y cuantificación de los residuos generados en cada área.

Observación administrativa, que implica la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribirá con motivo de la presente auditoría

Respuesta de la Entidad: El formato RH1 del PGIRGAS del hospital en su diseño e implementación, sí contempla el registro y control por áreas, la cual está ubicada en la primera columna denominada “Áreas” (derecha a izquierda) del citado formato.

Posición de la Contraloría: En el PGIRH en el numeral 19.1, el cual hace referencia los formatos RH1, dice “Se deberá realizar un registro del formato RH1 de forma discriminada por cada bloque (adultos y pediatría) que compone el hospital. El formato será el mismo que se viene manejando en el hospital, pero se generarán carpetas análogas por cada bloque para su registro independiente”. Sin embargo, se evidenció que solo existe un registro general de la cantidad de residuos generados por sectores, el cual se manipulan en la Unidad Técnica de Almacenamiento Central. Debido a que la respuesta dado por la entidad no subsana, la observación se mantiene en los términos descritos.

7.1.2 Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS

La entidad ha conformado el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria mediante la Res. No. 754 de 2003; esta resolución es actualizada mediante la Res. No.137 de 2007, las funciones tomadas para este grupo son las dispuestas por la norma en forma general.

En el Plan las funciones del Comité o Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS): es el ente de coordinación general del sistema, recopila, tabula, dirige, planea y estructura estrategias de mejoramiento del mismo, además rinde informes de gestión ante las entidades de control. En las actas de reunión se tiene en cuenta todos los temas que son necesarios para las buenas prácticas en la manipulación de los residuos hospitalarios.

7.1.2.1 Hallazgo de Auditoría N° 6. Administrativa

Condición: No existen firmas de asistencia del acta de reunión del comité, como tampoco evidencia de las reuniones mensuales del comité

Criterio: Res. 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.1 Grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria.

Narración de la observación: De acuerdo a los documentos entregados por la entidad se evidenció que estas no se encuentran firmadas por todos los integrantes del comité, lo que con lleva a que no haya evidencia de tal asistencia. Así mismo, tampoco existe evidencia de por lo menos una reunión mensual del comité.

Causa: Descuido por parte de GAGAS. Falta de compromiso. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto: No permite verificar un proceso claro y evidenciado por parte del comité.

Observación administrativa, que implica la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribirá con motivo de la presente auditoria.

Respuesta de la Entidad: La empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia ESE acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional con las siguientes actividades:

- Socializar a los integrantes del comité GAGAS procedimientos de documento de actas
- Realizar y ejecutar cronograma mensual de reunión del GAGAS.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos

7.1.3 Programa de Formación y Educación

Para el programa de formación y educación la entidad realizó el 28 de julio de 2017, “La novena feria de seguridad y salud en el trabajo – 2017”, donde abarcaron la socialización del PGIRH a cargo de la asociación sindical ASEQ.

7.1.4 Segregación en la Fuente

La segregación en la fuente es la base fundamental de la adecuada gestión de residuos y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación de los residuos. Para la correcta segregación de los residuos deben estar ubicados los recipientes correspondientes en cada una de las áreas de la E.S.E.

7.1.4.1 Hallazgo de Auditoría N° 7. Administrativa con presunta connotación disciplinaria.

Condición: Recipientes sin su debida rotulación.

Criterio: Res. 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral. 7.2.3. Segregación en la fuente. Art. 27 y Numeral. 2,5 y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La norma indica que “Los recipientes deben ir rotulados con el nombre del departamento, área o servicio al que pertenecen, el residuo que contiene y los símbolos internacionales”. En los diferentes bloques del hospital se encontraron que algunos recipientes no estaban rotulados debidamente. Así mismo, a la mayoría de recipientes les falta la identificación por áreas (figura 3).

Causas: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de gestión, seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Deficiencia en la segregación.

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implica la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribirá con motivo de la presente auditoria.



Figura 3 Baterías sin su debida rotulación

Respuesta de la Entidad: El hospital ha adquirido los recipientes para disposición de residuos, los cuales todos vienen diseñados y estampados de fábrica con los símbolos internacionales del tipo de residuos y lo que contienen. Estos elementos son de uso intensivo o de alto tráfico, por lo que los pictogramas estampados, tal como lo dice el informe de auditoría en “algunos” no están debidamente rotulado. Referente a la marcación del área a la que pertenecen, esto se realiza de forma manual por lo que su ubicación puede variar y la que generalmente está en la parte posterior o debajo de cada recipiente.

Dado que el hospital ya tenía identificadas las necesidades de reposición en los elementos de manejo de residuos hospitalarios y se habían realizado los respectivos pedidos de suministro, a la fecha ya se cuenta con nuevos recipientes y tapas con rótulos para la adecuada gestión de residuos.

Posición de la Contraloría: La observación se mantiene en los términos descritos, debido a que para la vigencia 2017, los recipientes no cumplían con la debida rotulación indicada en la normatividad.

7.1.4.2 Hallazgo de Auditoría N° 8. Administrativo con presunta connotación disciplinaria

Condición: Recipientes en mal estado

Criterios: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.3. Segregación en la fuente. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La norma indica que “los recipientes deben estar dotados de tapa con buen ajuste, bordes redondeados y boca ancha para facilitar su vaciado”. En la entidad se encontraron recipientes sin tapas (figura 4).

Causas: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de gestión, seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto: Deficiencia en la segregación

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implica la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribirá con motivo de la presente auditoría.



Figura 4 Recipientes en mal estado

Respuesta de la Entidad: El hospital cuenta con una dotación de recipientes para disposición de residuos, los cuales vienen con su respectiva tapa. Estos elementos son de uso intensivo o de alto tráfico, por lo que las tapas presentan fallas o en otros casos se extravían, pero son casos muy puntuales, principalmente con los recipientes grandes de 53 litros (lo correspondiente a la figura 4 del informe de auditoría), cuya tapa no fue fácil conseguir en el mercado en el presente año. Es de anotar que estos recipientes de 53 litros son la minoría en la institución, ya que la mayoría corresponden a los recipientes de 20 litros, según lo establecido por el PGIRGAS.

Dado que el hospital ya tenía identificadas las necesidades de reposición en los elementos de manejo de residuos hospitalarios y se habían realizado la gestión de adquisición, a la fecha ya se cuenta con nuevos recipientes y tapas con rótulos para la adecuada gestión de residuos.

Posición de la Contraloría: La observación se mantiene en los términos descritos, debido que para la vigencia 2017, los recipientes no cumplían con las características establecidas por la normatividad.

7.1.4.3 Hallazgo de Auditoría N° 9. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Incorrecta utilización del código de colores para bolsas y recipientes

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.3. Segregación en la fuente. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La norma indica que “El código de colores debe implementarse tanto para los recipientes rígidos reutilizables como para las bolsas y recipientes desechables”. En la entidad se encontraron recipientes con bolsas de diferente color (figura 5).

Causa: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de capacitación a los operarios, seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Deficiencia en la segregación.

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la Infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 5 Recipientes sin su debido color de bolsa

Respuesta de la Entidad: La figura 5 del informe de auditoría ilustra que los recipientes grandes de 53 litros no contaban con el adecuado color de bolsa; esto debido a que momentáneamente no se contaba con la totalidad de colores de esta referencia de bolsas, causado por falta de oportunidad en el suministro por parte del proveedor. Sin embargo son casos puntuales que no generan riesgo a pacientes y colaboradores, ya que uno de ellos corresponde a un área externa a los servicios asistenciales.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La normatividad ambiental especifica las características en las que deben ir los recipientes y bolsas, el incumplimiento de estas, puede causar una deficiencia en la segregación. Debido a que la entidad acepta la observación, esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.4.4 Hallazgo de Auditoría N° 10. Administrativo con presunta connotación disciplinaria

Condición: No se cuenta con recipientes adecuados

Criterio: Resolución 1164 de 2002, Numeral 7.2.3 Segregación en la fuente. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la auditoría: En algunos puntos de la entidad se observa que los recipientes no son los adecuados (figura 6), ya que estos recipientes no cumplen con las características establecidas.

Causa: Falta de compromiso de la administración. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Mala segregación en la fuente.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 6 Baterías inadecuadas para la segregación

Respuesta de la Entidad: En el PGIRGAS (Página 49) institucional se establecen las “Características de los Recipientes Reutilizables”, donde en el literal 1 refiere que los tipos de recipientes para disposición serán de 20 litros y 53 litros, los cuales según ficha técnica tienen las siguientes medidas: largo 38,5 cm x ancho 29,5 cm x alto 70 cm para el de 53 litros y largo 38 cm x ancho 32 cm x alto 35,5 cm para el de 20 litros; dichos recipientes están instalados en el 100% de los servicios, sin embargo dentro de algunos ambientes hospitalarios del bloque adultos como los baños de urgencias (lugar de la figura 6 del informe de auditoría), los cuales son estrechos por su diseño arquitectónico de más de 50 años de antigüedad, los mencionados recipientes no caben, incluso otros recipientes comerciales más pequeños no podrían entrar, no permiten levantar la tapa de pedal, ya que esta golpea contra el sanitario.

Por anteriormente descrito se cuenta con canastillas en dichos baños; sin embargo a medida que se ha mejorado la infraestructura en el bloque de adultos, se ha tenido en cuentas los espacios para garantizar una adecuada gestión de residuos.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La resolución 1164 de 2002 establece las características que deben tener los contenedores para evitar una mala segregación o una posible contaminación, debido a que la observación es aceptada por la entidad, esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.5 Unidad Técnica de Almacenamiento Temporal

La resolución 1164 de 2002, establece las características que deben cumplir las unidades técnicas de almacenamiento temporal, las unidades del Hospital Susana López de Valencia presentan las siguientes características:

Tabla 4. Características de la Unidad de Almacenamiento Temporal

Características	Estado de cumplimiento	Observación
Áreas de acceso restringido, con elementos de señalización	Parcial	Algunas áreas no cuentan con acceso restringido
Cubierto para protección de aguas lluvias	Si	
Iluminación y ventilación adecuadas	Parcial	Cumple parcialmente
Paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior	Si	
Acometida de agua y drenajes de lavado	Parcial	Solo algunos cuentan con acometida de agua
Elementos que impidan el acceso a vectores, roedores, etc	Si	
El recipiente para residuos infeccioso debe ubicarse en un espacio diferente del de los demás residuos	No	

7.1.5.1 Hallazgo de Auditoría N° 11. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Incumplimiento con las características establecidas en la normatividad

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.6.1 Almacenamiento intermedio. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La norma indica que “El recipiente para residuos infecciosos debe ubicarse en un espacio diferente del de los demás residuos, a fin de evitar contaminación cruzada” Los recipientes de residuos hospitalarios peligrosos se encuentran ubicados en el mismo sitio que los recipientes de residuos no peligrosos, en estos depósitos (tabla 4). Así mismo, en el depósito ubicado en adultos, solo cuenta con un recipiente tanto para residuos peligrosos como para no peligrosos (figura 7).

Causa: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de gestión y seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Contaminación cruzada.

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la Infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoria.



Figura 7 Unidad de almacenamiento temporal

Respuesta de la Entidad: En algunos almacenamientos temporales del hospital no se cuenta con ambiente independiente para almacenar el recipiente de residuos biosanitarios, dado que en el bloque de adultos la arquitectura de diseño es antigua (mayor a 50 años) y no involucraba estos conceptos, sin embargo las remodelaciones y/o adecuaciones que se tienen planeadas en dicho bloque asistencial, ya consideran la gestión de residuos dentro de los conceptos de diseño arquitectónico; para el caso del bloque pediátrico se requiere la adecuación de los almacenamientos temporales del 3 y 4 piso. La gestión del riesgo en este caso se realiza mediante adecuados procedimientos de limpieza y desinfección, tanto de la dotación como de la infraestructura, por ello la institución tiene indicadores positivos como una “tasa de infecciones asociadas a la atención en salud del 0,3% para el año 2017, siendo la meta institucional < al 1% muy por debajo de la media nacional” (Fuente: Programa de prevención de IAAS – HSLV).

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La Resolución 1164 de 2002, establece las características en las que se debe encontrar la Unidad de Almacenamiento Temporal, con el fin de evitar una contaminación cruzada. La respuesta aportada por la entidad no subsana por lo tanto la observación se mantiene en los términos descritos.

7.1.6 Unidad Técnica de Almacenamiento Central

El Hospital Susana López de Valencia cuenta con una unidad de almacenamiento temporal, que presenta las siguientes características:

Tabla 5 Características de la Unidad de Almacenamiento Central

Características	Estado de cumplimiento	Observación
Localizada al interior de la institución, aislado del edificio de servicios asistenciales y preferiblemente sin acceso al exterior	Si	

Disponer de espacio por clase de residuo, de acuerdo a su clasificación	Si	
Permitir el acceso de los vehículos recolectores	Si	
Disponer de bascula y llevar un registro para el control de la generación de residuos	Parcial	La bascula no es digital
De uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares y estar debidamente señalizados	Si	
Acceso restringido	Si	
Recipientes o soportes para disposición de los residuos	Si	
Paredes lisas de fácil limpieza	No	En las unidades de almacenamiento de residuos químicos, reciclables y ordinarios se cuenta con medio muro y terminación en rejas
Iluminación y ventilación	Parcial	La unidad de residuos biosanitarios no cuenta con una adecuada iluminación
Bordes redondeados o con media caña	Parcial	Solo dos unidades cuentan con estas características
Pisos rígidos con ligera pendiente al interior	Si	
Drenaje u otro sistema de recolección de agua de lavado	Si	
Cuenta con al menos una cometida de agua	Si	
Elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc	Parcial	Las unidades de almacenamiento químico y reciclables, cuentan con un encerramiento con rejas y muros, debido al tamaño de la abertura no garantiza el bloqueo de vectores
Equipo de extinción de incendios	Si	

7.1.6.1 Hallazgo de Auditoría N° 12. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: La UTAC presenta algunas falencias

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.6.2 Almacenamiento central. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La UTAC no tiene todas las condiciones estipuladas por el manual de procedimientos para el manejo de los residuos hospitalarios (tabla 5). Algunas unidades necesitan mejoras, de acuerdo a las características requeridas en la normativa, las unidades de almacenamiento químico, reciclable y ordinario no cuenta con paredes lisas de fácil limpieza (figura

8), así mismo, el área de residuos biosanitarios no cuenta con adecuada iluminación, para residuos anatomopatológicos se cuenta con una nevera para la refrigeración de estos residuos.

Causa: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Generación de contaminación.

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la Infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos al incurrir en presunta responsabilidad de carácter disciplinario.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 8 Unidad de almacenamiento central

Respuesta de la Entidad: El informe de auditoría presenta la tabla # 5 que refiere las características de la unidad del almacenamiento central, donde de los 15 criterios solo 1 presenta no cumple, el cual refiere que para la unidades de almacenamiento de residuos químicos, ordinarios y reciclables se cuenta con medio muro y terminación en reja; esto se debe a un diseño que permita mejorar la ventilación, tal como lo establece la resolución 1164 de 2002 en el numeral 7.2.6.3 y el cual ha funcionado satisfactoriamente. Respecto a algunos cumplimientos de forma parcial, se debe aclarar que la normatividad anteriormente citada no refiere el tipo de báscula que se debe tener, por tanto la báscula análoga que se tiene en la dotación del almacenamiento central de residuos cumple; toda la edificación del área UTAC cuenta con iluminación y esta funciona adecuadamente, y las unidades de almacenamiento de residuos ordinarios, biosanitarios y anatomopatológicos cuentan con media caña, tal como lo establece la normativa.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La unidad de almacenamiento central debe cumplir con ciertas características establecidas en la normatividad, la terminación en reja no garantiza el bloqueo de vectores, de igual manera no todas las unidades

cumplen con la terminación en media caña. Debido a que la entidad acepta la observación, esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.6.2 Hallazgo de Auditoría N° 13. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Falta de organización en la zona de residuos ordinarios, reciclables y químicos.

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.6.2 Almacenamiento central. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: Se observa en las zonas de residuos ordinarios, reciclables y químicos que estos no cuentan con el orden adecuado (figura 9,10 y 11). Además, algunos residuos reciclables se encuentran por fuera de la zona establecida para estos (figura 13), como también en la zona de residuos ordinarios las bolsas se encuentran por fuera de sus contenedores, así mismo, con bolsas y contenedores de colores no adecuada (figura 12).

Causa: Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de seguimiento por parte de la administración y GAGAS. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Posible accidentes laborales y contaminación

Observación con presunta connotación disciplinaria, en atención a la infracción de las normas ambientales vigentes, generando riesgos para el personal que labora en la ESE, y para los usuarios.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 9 Unidad de residuos reciclables



Figura 10 Desorden en la unidad de residuos reciclables



Figura 11 Unidad de residuos químicos



Figura 12 Unidad de residuos ordinarios



Figura 13 Residuos reciclables fuera de la zona asignada

Respuesta de la Entidad: Si bien hay aspectos logísticos por mejorar en la UTAC y por lo cual se han ajustado los procedimientos, no se debe desconocer que es un área donde llegan cientos de kilogramos diarios de residuos y que estos deben ser seleccionados y ordenados al finalizar la jornada laboral queden las unidades con un orden aceptable, para ello en el caso del cartón (Figura 13 del informe de auditoría) se usa el patio del área de residuos no peligrosos para desarmar y embalar las cajas como material reciclable cartón. El numeral 7.2.6.2 de la resolución 1164 de 2002 no refiere ningún criterio respecto a la condición que refiere el informe de auditoría.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: Las unidades dentro de la UTAC deben permanecer en orden para evitar contaminación alguna, en el momento de realizar la visita de campo se evidenció que se encontraban bolsas por fuera de los contenedores, observando que los contenedores aún tenían capacidad de almacenamiento. Debido a que la entidad acepta la observación, esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.7 Movimiento Interno de los Residuos

Para la recolección de los residuos se maneja una ruta por cada bloque. La recolección inicial, que consta de llevar los residuos a los diferentes puntos de almacenamiento temporales, está a cargo del personal de aseo. Se está realizando la recolección interna dos veces al día por cada bloque, en las horas de la mañana y en las horas de la tarde, esta recolección interna se realiza, en horas de menor circulación de pacientes, empleados o visitantes. Posteriormente estos residuos son recogidos y llevados al almacenamiento central.

Se realiza una recolección inicial, donde los residuos son almacenados en cuartos, en esta primera fase en el bloque de pediatría los encargados de servicio no cuentan con carro recolector.

7.1.7.1 Hallazgo de Auditoría N° 14. Administrativa

Condición: Falta de implementos de trabajo para realizar la recolección interna de los residuos.

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.5 Movimiento interno de residuos. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: Se lleva a cabo un recorrido por las instalaciones de la entidad y se encontró que el personal de aseo encargado de la recolección interna no cuenta con carro recolector para los residuos (figura 14). Lo que con

lleva a que el personal de aseo tenga que poner las bolsas en el suelo mientras realiza el cambio de bolsa de cada recipiente.

Causa: Falta de gestión por parte de la administración. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto: Se genera contaminación cruzada.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 14 Inexistencia de un carro recolector. Pediatría

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos.

7.1.7.2 Hallazgo de Auditoría N° 15. Administrativa

Condición: Inadecuada manipulación de los residuos y uso de implementos de protección.

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.5 Movimiento interno de los residuos. Numeral 7.2.9 Programa de seguridad industrial y plan de contingencia. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: El personal encargado del transporte interno de los residuos hospitalarios y el personal de lavandería, no utiliza los elementos de protección personal: máscara de cara completa con respirador, guantes mosquetero tipo industrial, botas plásticas y bata anti fluidos o delantal plástico PVC (figura 15). Así mismo, la normativa nos dice que “Los vehículos para el movimiento interno de los residuos debe facilitar un manejo seguro de los residuos sin generar derrames” el personal realiza una inadecuada manipulación de los residuos durante su transporte, generando derrames.

Causa: Falta de capacitación. Falta de gestión por parte administrativa. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Contaminación cruzada

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 15 Inadecuado manejo de residuos. Falta de PPA

Respuesta de la Entidad: La presente observación fundamenta el criterio en la resolución 1164 de 2002 (Manual de gestión de residuos hospitalarios), su narración de la observación se enfatiza en gestión de residuos y a su vez presenta la figura # 15 como evidencia de la presente observación; sin embargo las imágenes que sustentan la observación no corresponden a la gestión de residuos, dado que la imagen de la izquierda (figura 15) corresponde a carros #DURAKART” asignados a recolección de ropa y la imagen derecha ilustra manipulación de ropa en lavandería, por tanto y al ser ropa de uso hospitalario y no residuos hospitalarios no pueden ser evaluados con los criterios de la resolución 1164 de 2002.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: Los elementos de protección personal son de mucha importancia debido a que ayudan a evitar o prevenir, los riesgos a lo que se encuentran expuestos los operarios. La observación es aceptada por la entidad por lo cual se mantiene en los términos descritos.

7.1.7.3 Hallazgo de Auditoría N° 16. Administrativa

Condición: El recipiente para el traslado de los residuos es inadecuado.

Criterio: Resolución 1164 de 2002 expedida por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Ambiente. Numeral 7.2.5 Movimiento interno de residuos. Numeral 7.2.5.1 Planear y establecer rutas internas. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: El personal encargado de la recolección de los residuos, realiza una inadecuada recolección en el momento de recoger los residuos que salen de cocina, debido a que este lo realizan en una carretilla, recipiente inadecuado (figura 16). Además, el recipiente de color gris es llevado sin tapa, en el momento de realizar la recolección.

Causa: Falta de capacitación. Descuido por parte del personal de servicios. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad.

Efecto: Genera contaminación

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 16 Carro de recolección inadecuado

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.8 Conocimiento de los Operarios de la E.S.E sobre la Segregación de Residuos

De acuerdo a las encuestas realizadas en las diferentes áreas de la E.S.E, se encontró que el personal ha recibido capacitaciones sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios y similares, así mismo, tiene conocimiento de los residuos que se generan en su área de trabajo y en que recipiente deben depositarlo.

7.1.9 Conocimiento de los Usuarios sobre la Segregación de los Residuos

Se realizaron encuestas a los usuarios sobre el manejo de los residuos dentro de la entidad, donde se encontró que la mayoría de usuarios que se encuentran en la zona de hospitalización, conocen o han recibido charla por parte de la entidad

acerca de la correcta segregación, sin embargo, en la zona de urgencia se evidencia lo contrario, la mayoría de usuarios desconoce del tema, esto se corrobora con los residuos generados en estas zonas.

7.1.9.1 Hallazgo de Auditoría N° 17. Administrativa

Condición: Desconocimiento de los usuarios acerca de la segregación de residuos.

Criterio: Decreto 2981 de 2013, Artículo 1

Narración de la observación: Se realizaron encuestas a los usuarios de la entidad sobre el conocimiento acerca de la segregación de residuos, obteniéndose que más de la mitad (59%) de los usuarios especialmente los encontrados en urgencias desconocen el tema, además, manifiestan que no han recibido charlas o les han comentado acerca de cómo deben realizar el manejo de los residuos dentro de la entidad.

Causa: Falta de aplicar diferentes mecanismos de socialización sobre el manejo de los residuos a usuarios.

Efecto: Incorrecta segregación de residuos (figura 17).

Observación administrativa, que implica la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribirá con motivo de la presente auditoría.



Figura 17 Inadecuada Segregación

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos.

7.1.10 Manejo de Residuos Líquidos

Los vertimientos líquidos residuales son vertidos al alcantarillado con el fin de minimizar la contaminación hídrica, la entidad realizó una caracterización de estos

residuos y las concentraciones de contaminantes están por debajo de los valores que estipula la normativa, excepto para el valor del grasas y aceites

7.1.10.1 Hallazgo de Auditoría N° 18. Administrativa

Condición: Caracterización del efluente

Criterio: PGIRH de la E.S.E

Narración de la observación: De acuerdo al PGIRH de la entidad se establecen mínimo dos puntos para el monitoreo y la caracterización del efluente, sin embargo, el estudio presentado por la entidad solo corresponde a uno de los puntos.

Causa: Falta de gestión de presupuesto, Falta de actualización del PGIRH Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas.

Efecto: Aporte de información incompleta por parte de la entidad en la caracterización del efluente, debido a que solo existe estudio en un solo punto.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoria.

Respuesta de la Entidad: La caracterización del efluente en el año 2017 y la cual fue reportada al equipo al equipo auditor corresponde a un solo punto, debido a que esta se realizó solo con los criterios normativos (Decreto 3930 de 2010) para el trámite del permiso de vertimientos, es decir en el último punto de muestreo antes de la descarga al alcantarillado municipal. Los siguientes muestreos se realizan según el PGIRGAS, el cual busca ampliar la información con 2 puntos de muestreo como herramientas adicional para fortalecer la gestión ambiental institucional.

La Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual se mantiene en los términos descritos.

7.1.10.2 Hallazgo de Auditoría N° 19. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Ausencia del permiso de vertimientos

Criterio: Art. 41 del Decreto 3930. Art. 27 y Numeral 2,5, y 15 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002.

Narración de la observación: La entidad realizo el trámite y el pago para el permiso de vertimiento, sin embargo, se realizó un requerimiento a la CRC para verificar y constatar el estado del permiso de la entidad (figura 18), de acuerdo a la respuesta, la CRC afirma el estado de inicio del trámite pero no ha emitido el

permiso de vertimiento para la entidad. Encontrándose así, que el Hospital no cuenta con permiso de vertimientos para la vigencia 2017.

Causa: Falta de una gestión pertinente .Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de Control interno y Calidad

Efecto:

Observación con presunta connotación disciplinaria, debido al incumplimiento a la norma ambiental.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoria.

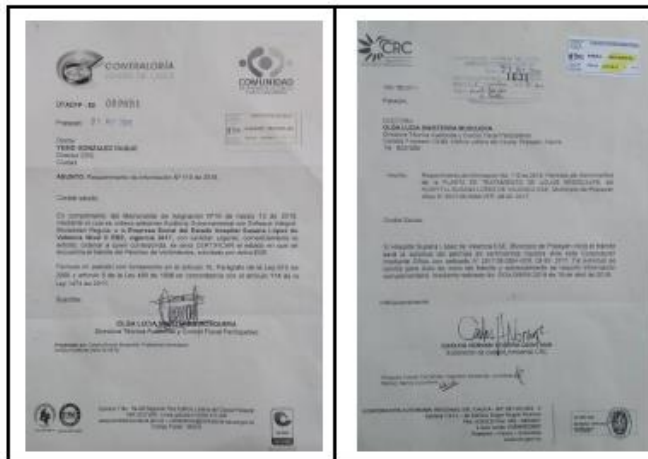


Figura 18 Requerimiento y respuesta por parte de la CRC

Respuesta de la Entidad: El hospital durante la vigencia 2017 ha gestionado el trámite para la obtención del permiso de vertimientos ante la Corporación Autónoma Regional del Cauca CRC, tal como lo pudo establecer el equipo auditor según comunicado de CRC y como lo ilustra la tabla 6 con sus respectivos soportes adjuntos; no obstante para la emisión de dicho permiso por parte de la autoridad ambiental, se requiere el desarrollo de diversas fases tanto de la Corporación como del solicitante, por lo cual el permiso de vertimientos se encuentra en trámite y con la asistencia técnica de CRC para culminar dicho proceso

Tabla 6 Tramite del permiso de vertimiento

FECHA	ACTIVIDAD	EVIDENCIA ADJUNTADA
26-05-2017	Se radica solicitud de permiso de vertimientos ante CRC. Radicado HSLV No.1319 y Radicado CRC No DTC-02990-2017	Copia de documento de radicado en CRC No. DTC-02990-2017

02-11-2017	El hospital recibe primera respuesta de la CRC, referente a la solicitud de permiso de vertimientos realizada, donde además entrega liquidación por concepto de Evaluación de Permiso de Vertimientos.	Copia de oficio de CRC de radicado CRC No SG-15259-2017
27-11-2017	Se radica en la CRC solicitud para modificar la fecha de emisión de la <i>liquidación por concepto de Evaluación Ambiental de Permiso de Vertimiento</i> , ya que esta tenía fecha de 31 de octubre y al recibirla en el mes de noviembre, generaba inconsistencias en el sistema contable del hospital para poder realizar el pago	Copia de oficio de radicado CRC No. SGA-08922-2017
27-12-2017	El hospital realiza pago a la Corporación Autónoma Regional del Cauca CRC por <i>concepto de Evaluación Ambiental de Permiso de Vertimientos</i>	Copia comprobante de pago transferencia electrónica
4-5-2018	El hospital es notificado por la CRC, donde se solicitan información adicional para continuar con el trámite de permiso de vertimientos	Copia del oficio con radicado: SGA-066655-2018

Posición de la Contraloría: La observación se mantiene en los términos descritos. Debido a que la respuesta dada por la entidad específica con claridad que el permiso de vertimientos se encuentra en trámites, lo cual, para la vigencia 2017 no se contaba con este requisito.

7.1.11 Emisiones Atmosféricas

El Hospital Susana López de Valencia ESE cuenta con dos calderas Continental y Colmaquinas de 40h/p cada una. La caldera Continental funciona con gas propano (figura 19) y la colmaquinas funciona con diésel, las cuales suministran vapor a los servicios de lavandería, cocina y central de esterilización.

El PGIRH de la entidad nos dice “Para realizar la evaluación de indicadores ambientales de las emisiones atmosféricas generadas en el área de calderas se debe realizar cada tres años”. El último estudio realizado por la entidad fue en el 2016.

Por otro lado, la entidad realiza una contratación (Contrato 223 de 2017) para el mantenimiento preventivo y correctivo para las dos calderas de 40 hp marca continental y colmaquinas.



Figura 19 Caldera Continental

7.1.12 Programa de Seguridad Industrial y Plan de Contingencia

El hospital Susana López cuenta con un plan de contingencia en donde se evalúa los factores de riesgo y así mismo, se realiza un plan de contingencia para cada factor. Analizando el documento se encuentra que todos los factores presentan la contingencia exceptuando la interrupción de la ruta de aseo municipal.

7.1.12.1 Hallazgo de Auditoría N° 20. Administrativa

Condición: Peligro para el personal de servicios generales, ya que existe problemas de infraestructura.

Criterio: Resolución 4445 de 1996 capítulo VIII. Condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros.

Narración de la observación: Existe un problema de infraestructura en el bloque de adultos, el punto donde se almacenan los residuos temporalmente presenta humedad, así mismo en lavandería se observa este mismo inconveniente. Por otro lado, se observó la existencia de ventanas rotas (figura 20).

Causas: Falta de una gestión. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de los Procesos de Mantenimiento, Control interno y Calidad.

Efectos: Posible lesiones al personal de aseo de la entidad.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 20 Problemas de Infraestructura

Respuesta de la Entidad: La resolución 4445 de 1996 en su capítulo 8 refiere las “condiciones de diseño y construcción de la infraestructura en pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros del sector hospitalario”, los cuales el HSLV cumple ampliamente, ya que toda la infraestructura del hospital ha sido diseñada y construida bajo los lineamientos de la resolución en mención y los criterios de habilitación en salud por parte de Secretaria de Salud Departamental.

La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: El problema de infraestructura en algunas zonas del hospital se evidencia mediante el registro fotográfico, así mismo, la humedad es un riesgo para la salud del personal que labora en la zona. Debido a que la entidad acepta la observación, esta se mantiene en los términos descritos.

7.1.13 Auditorías Internas e Interventorías Ambientales y Sanitarias

De acuerdo a los documentos entregados por la entidad, se hace evidencia que la entidad si ha realizado auditorías internas en cuanto al manejo y disposición de los residuos hospitalarios y similares, así mismo se evidencia la realización de un diagnóstico ambiental y sanitario y la realización del informe de recursos asignados y ejecutados para la gestión ambiental.

7.1.14 Programa de Tecnologías Limpias

El programa e tecnologías limpias no está presente en el PGIRH, sin embargo, la entidad cuenta con informe de mejoramiento ambiental, en la cual se especifica el programa de tecnologías limpias que ha implementado la E.S.E. El hospital gestionó la conversión de la caldera CONTINENTAL para pasar de alimentación de combustible DIESEL a alimentación por Gas Propano, lo cual conllevó a beneficios tanto económicos como ambientales.

7.1.15 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

La entidad cuenta con un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo con fecha de aprobación de octubre 23 de 2012. Lo aspectos que se tuvieron en cuenta dentro de la auditoria, fueron:

Rutas de evacuación. La entidad cuenta con su debida señalización de las rutas de evacuación (figura 21), estas se encuentran en los diferentes puntos de la E.S.E.



Figura 21 Señalización de rutas de evacuación

Equipo de extinción de fuego. Se observó la existencia de extintores dentro de la entidad (figura 22), sin embargo, se observó algunas falencias.



Figura 22 Extintores

7.1.15.1 Hallazgo de Auditoría N° 21. Administrativa

Condición: Carencia de extintores y su respectiva señalización

Criterio: Norma Técnica Colombiana NTC 2885, Capítulo 6 y 7

Narración de la observación: Se realizó un recorrido en la entidad y se observó que no se cuenta con algunos extintores y así mismo el extintor de la planta eléctrica de pediatría no cuenta con su debida señalización (figura 23).

Causa: Falta de una gestión. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Negligencia o descuido. Falta de control y seguimiento por parte de los procesos de Mantenimiento, Control interno y Calidad.

Efecto: Incendios, por la no contención del fuego. Alto riesgo para el personal que labora en la ESE, así como para sus usuarios.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoria.



Figura 23 Falta de extintores y su señalización

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Atendiendo el requerimiento dado por el equipo auditor se realizó ronda para verificar las necesidades de señalética y extintores, lo cual ya fue instalado según necesidad.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos

7.1.16 Otros Aspectos Ambientales

7.1.16.1 Hallazgo de Auditoría N° 22. Administrativa

Condición: Inadecuada disposición de algunos recipientes fuera de servicio y en mal estado, así como también de residuos reciclables.

Criterio: Resolución 1164 de 2002, numeral 8.1.5. Almacenamiento

Narración de la situación encontrada: Estos residuos son dispuestos en lugares inadecuados (figura 24).

Causa: Desinterés y falta de capacitación acerca de los riesgos, falta de gestión del GAGAS. Negligencia o descuido. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de los procesos de Mantenimiento, Control interno y Calidad.

Efecto: Desorden y posible generación de accidentes laborales

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 24 Mala disposición de residuos

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, acepta el hallazgo y lo incluye en plan de mejoramiento institucional.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos.

7.1.16.2 Hallazgo de Auditoría N° 23. Administrativa

Condición: Residuos con una inadecuada disposición en el punto de la zona verde, ubicada en la parte trasera del Hospital.

Criterio: Resolución 2400 de 1979, capítulo 1 edificios y locales, artículo 5. Resolución 4445 de 1996, capítulo 9 accesos, áreas de circulación, salidas y señalización. Resolución 1164 de 2002, numeral 7.2.5 Movimiento interno de los residuos.

Narración de la situación encontrada: En la zona verde ubicada en la parte trasera del hospital se encontraron diferentes tipos de residuos como lo son: tubos de PVC, recipientes plásticos, un automóvil en mal estado, residuos de madera, tejas, entre otros residuos (figura 25). Estos se encuentran con una inadecuada disposición, sin ningún tipo de señalización o protección (figura 26).

Causa: Desinterés y falta de capacitación acerca de los riesgos que genera esta situación, falta de gestión. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de los procesos de Mantenimiento, Control interno y Calidad.

Efecto: Posibles accidentes laborales o efectos sobre la salud de los trabajadores.

Observación administrativa, que implicó la inclusión de actividades de mejora inmediata en el Plan de Mejoramiento que la ESE suscribió con motivo de la presente auditoría.



Figura 25 Residuos en la parte trasera del hospital



Figura 26 Residuos con inadecuada disposición

Respuesta de la Entidad: La Empresa Social del Estado HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, acepta el hallazgo y lo incluye en el plan de mejoramiento institucional.

Atendiendo el requerimiento dado por el equipo auditor, se realizó recolección y limpieza de la zona verde que ilustra las figuras 25 y 26 del informe de auditoría.

Posición de la Contraloría: La entidad acepta la observación, por lo cual esta, se mantiene en los términos descritos.

7.1.17 Inspección de Verificación Inmediata

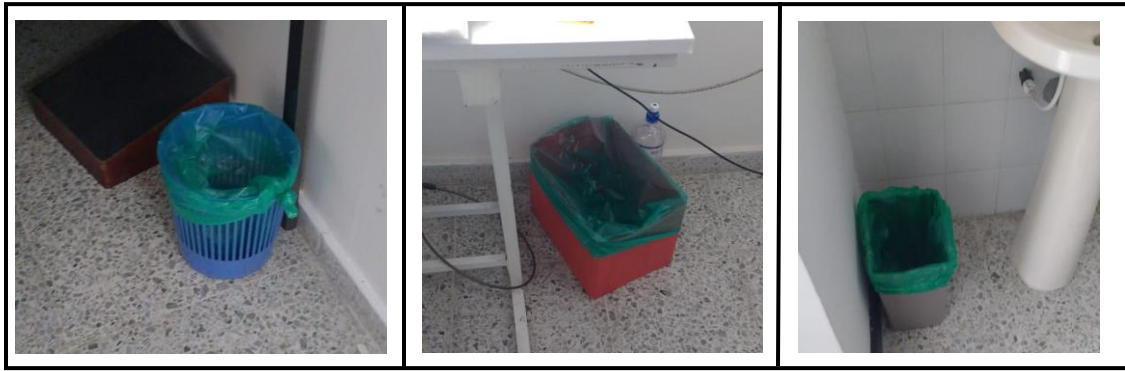
El día 13 de junio de 2018, se realizó nuevamente el recorrido por las diferentes sedes de la entidad, donde se evidencio que la entidad no ha realizado las acciones pertinentes para el mejoramiento inmediato de los aspectos ambiental del hospital, socializadas durante la mesa de cierre realizada el día 1 de junio de 2018. Las situaciones verificadas se evidencian mediante registro fotográfico, con lo cual se soportan los hallazgos establecidos.



Figura 27 Desorden en la Unidad Técnica de Almacenamiento Central



Figura 28 Baterías sin su debida rotulación



Figuran 29 Recipientes Inadecuados



Figura 30 Baterías dañadas y sin su respectivo color de bolsa

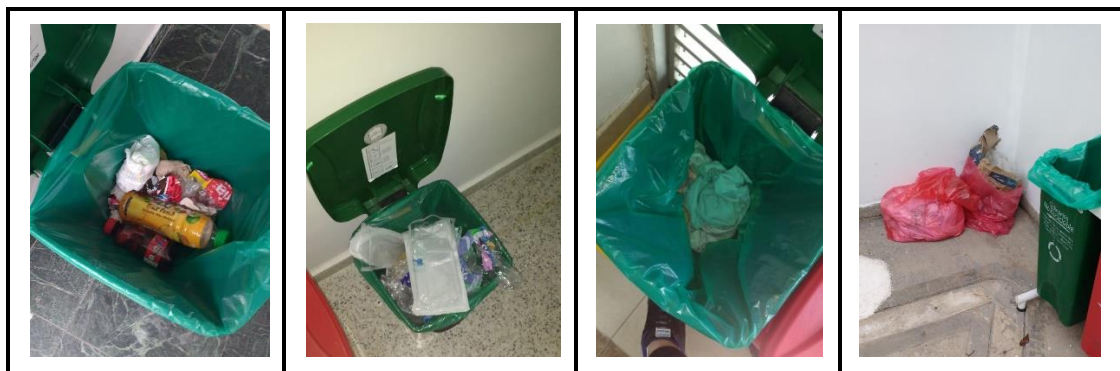


Figura 31 Inadecuada Segregación



Figura 32 Inadecuada disposición de residuos



Figura 33 Carencia de Extintores



Figura 34 Daños en la Infraestructura

7.1.18 Resultado de las Encuestas Aplicadas

7.1.18.1 PGI RH – Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

7.1.18.1.1 Operarios

Se realizaron encuestas a los operarios ubicados en los diferentes puntos de la E.S.E (tabla 7).

Tabla 7 Resultado de Encuestas a Operarios sobre PGI RH

PREGUNTA	OPCIÓN	PORCENTAJE
¿Conoce las enfermedades asociadas con la gestión inadecuada de residuos hospitalarios y similares?	Si	55%
	No	45%
¿Conoce que es la segregación?	Si	40%
	No	60%

7.1.18.1.2 Usuarios

Se aplicaron encuestas a los usuarios ubicados en los diferentes puntos de la E.S.E (tabla 8).

Tabla 8 Resultados de Encuesta a Usuarios sobre PGI RH

PREGUNTA	OPCIÓN	PORCENTAJE
¿Conoce usted que es un residuo orgánico?	Si	59%
	No	41%
¿Conoce usted que es un residuo peligroso?	Si	59%
	No	41%
Usted ha observado si en la sala de espera encuentra los mismos recipientes para desechos que en el consultorio medico	Si	50%
	No	50%
¿Conoce usted que es un punto ecológico?	Si	45%
	No	55%
¿Usted ha recibido charlas o le han comentado acerca de cómo debe realizar el manejo de los residuos dentro de este sede?	Si	41%
	No	59%

7.1.18.2 SG-SST – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

7.1.18.2.1 Operarios

Se realizaron encuestas a los operarios del Hospital Susana López de Valencia acerca del SG-SST (tabla 9).

Tabla 9 Resultado de Encuestas a operarios sobre SG-SST

PREGUNTA	OPCIÓN	PORCENTAJE
¿Conoce las normas que regula el SG-SST?	Si	20%
	No	80%
¿Conoce el nivel de riesgo en el cual se clasifica la entidad?	Si	55%
	No	45%
Cuenta con pausas activas durante su jornada laboral	Si	70%

	No	30%
Cuenta con los suficientes recursos físicos y tecnológicos para el desarrollo de sus actividades	Si	80%
	No	20%
Las medidas que se tienen como prevención contra accidentes de trabajo son las indicadas	Si	80%
	No	20%

7.2 MUNICIPIO EL PATIA – CAUCA

La contraloría general del Cauca como resultado de la auditoría adelantada, emite una opinión **con deficiencias** en la gestión ambiental, como consecuencia de los siguientes hechos y debido a la calificación de **64,8**, resultante de ponderar los aspectos que se relacionan en la tabla 10.

Tabla 10 Matriz Ambiental Municipio Patía

TABLA 1-4 GESTION AMBIENTAL			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales.	62,5	0,60	37,5
Inversión Ambiental	68,2	0,40	27,3
CUMPLIMIENTO GESTIÓN AMBIENTAL		1,00	64,8

Calificación	
Eficiente	2
Con deficiencias	1
Ineficiente	0

Con deficiencias

Fuente: Matriz de calificación – Municipio El Patía - Vigencia 2017
Elaboró: Comisión de auditorías

La entidad debe mejorar en algunos aspectos, que más adelante se hará las respectivas observaciones.

7.2.1 Sistema de gestión ambiental municipal – SIGAM

7.2.1.1 Observación de auditoría N° 1. Administrativa

Condición: El SIGAM no se encuentra actualizado

Criterio: Artículo 209 superior, Ley 99 de 1993, Artículo 65

Narración de la Observación: Del análisis efectuado a la gestión ambiental en el Municipio de Patía respecto a la implementación del SIGAM, se encontró que este no se encuentra actualizado, el plan presentado por el municipio es del año 2007, por lo que se evidencia que este no contempla los nuevos programas y proyectos propuestos en el Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019.

Causa: Falta de gestión por parte de la administración Municipal en la actualización del documento del SIGAM

Efecto: Baja capacidad de su operatividad para la coordinación y realización de las respectivas actividades ambientales.

7.2.2 Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos

7.2.2.1 Observación de auditoría N° 2. Administrativa

Condición: El municipio cuenta con Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) actualizado, y se encuentra adoptado por parte de la alcaldía municipal de Patía mediante Resolución número 090 de 2017. Sin embargo, no se encuentra registro de la aprobación por parte de la CRC.

Criterio: Resolución 754 de 2014. Por la cual se adopta la metodología para la formulación, evaluación, seguimiento, control y actualización de los PGIRS.

Narración de la Observación:

Causa: Falta de gestión por parte de la administración Municipal.

Efecto: Incumplimiento de la normatividad.

7.2.3 Política ambiental municipal

7.2.3.1 Observación de auditoría N° 3. Administrativa

Condición: El municipio no cuenta con una política ambiental para la vigencia 2017

Criterio: Ley 99 de 1993, Título 1. Fundamentos de la Política Ambiental Colombiana.

Narración de la Observación: Dentro de los documentos entregados por la entidad no se evidencia la existencia de una Política ambiental para el Municipio.

Causa: Falta de gestión por parte de la administración Municipal. Falta de recursos.

Efecto: Incumplimiento de la normatividad.

7.2.4 Plan de manejo ambiental del municipio.

7.2.4.1 Observación de auditoría N° 4. Administrativa con presunta connotación disciplinaria

Condición: Inexistencia del plan de manejo ambiental del municipio

Criterio: Informe de seguimiento al Plan de Desarrollo del Municipio Patía

Narración de la Observación: Se evidencia en el informe de seguimiento al Plan de Desarrollo que para la vigencia 2017 se formuló el plan de manejo ambiental del municipio, el cual tuvo un costo de \$13.250.000, Sin embargo, no se evidencia la existencia de este Plan de Manejo Ambiental para esta vigencia.

Causa: Falta de gestión por parte de la administración Municipal

Efecto: Presunto detrimento al patrimonio institucional. Infracción de las normas ambientales vigentes.

7.2.5 Plan de saneamiento y manejo de vertimientos - PSMV

7.2.5.1 Observación de auditoría N° 5. Administrativa

Condición: El Plan de saneamiento y manejo de vertimientos no se encuentra aprobado por parte de la CRC

Criterio: Artículo 1, Resolución 1433 de 2004

Narración de la observación: El día 19 de diciembre de 2017 se iniciaron los trámites administrativos para la solicitud del PSMV, mediante radicado número 07512 de 2017, sin embargo aún no ha sido aprobado por la CRC. Los tiempos en que se inició el trámite no fueron pertinentes

Causa: Falta de gestión por parte de la administración

Efecto: Incumplimiento de la normatividad.

7.2.6 Evaluación de prestación del servicio público de acueducto

La empresa EMPATIA es la responsable de prestar los servicios públicos de acueducto y alcantarillado en el Municipio El Patía, en atención a la Ley 142 de 1994, Decreto 1575 de 2007 y demás normas que regulan a prestación de servicio público, esta empresa sirve solo la cabecera municipal, es decir el Bordo, equivalente aproximadamente a un 33% de la población de Patía.

Se realizó una visita el día miércoles 25 de julio de 2018 a la PTAP de la Empresa EMPATIA, se evidenció que el proceso de captación, tratamiento, distribución y entrega de agua (conducción) consta de las siguientes etapas:

- **Captación:** El agua cruda es captada con un caudal de 52,56 L/s de la quebrada de los huevos (figura 35).
- **Tratamiento:** Se utiliza un tratamiento convencional cuyo proceso inicia en las rejillas evitando el paso de partículas de gran tamaño, posteriormente está el desarenador para eliminar las partículas de arena. Seguido se encuentra la unidad de mezcla rápida, que consta de una canaleta parshall (figura 36), en la cual se da el proceso de coagulación. Después se pasa a los floculadores, esta planta consta de dos tipos de floculadores (floculadores de tipo horizontal y floculador de tipo vertical). El floculador de tipo horizontal capta el 76% del caudal inicial que equivalen a 39 L/s, mientras que el floculador de tipo vertical capta el 24% del caudal inicial (figura 37). Posteriormente se pasa a unos reservorios que permiten finalizar el proceso de floculación, seguidamente se encuentran las unidades de sedimentación convencionales (figura 38).

De allí se encuentran los filtros rápidos de tasa declinante (figura 39) y finalmente se realiza la desinfección (figura 40) mediante la aplicación de cloro gaseoso (se aplican 12 libras/día de cloro gaseoso).



Figura 35 Caudal captado, rejilla



Figura 36 Aplicación del coagulante. Canaleta Parshall (Mezcla Rápida)



Figura 37 Floculador Horizontal y Floculador Vertical



Figura 38 Sedimentadores y Reservorio

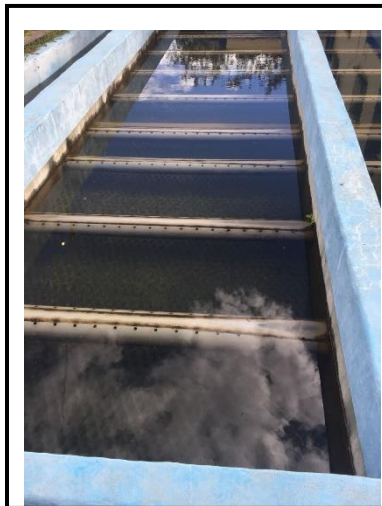


Figura 39 Filtros de tasa declinante



Figura 40 Desinfección

- **Conducción:** De la Planta de Tratamiento se bombea a un tanque elevado (figura 41) ubicado en el mismo sitio de la planta y posteriormente a la red de distribución.

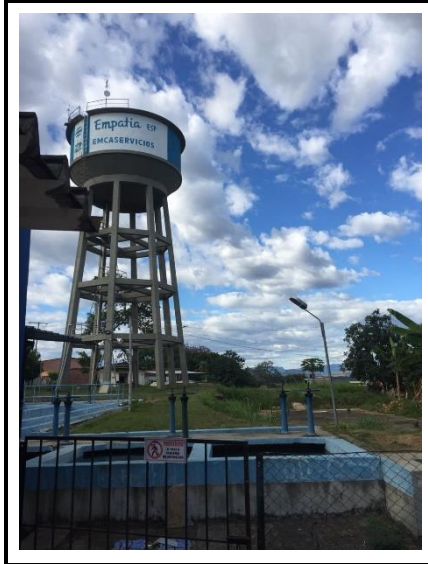


Figura 41 Tanque elevado de distribución

7.2.7 Evaluación de prestación del servicio público de alcantarillado

El manejo administrativo y técnico del alcantarillado está a cargo de la Empresa EMPATIA, el sistema de alcantarillado del Municipio Patía genera un gran contaminación al ambiente en especial al recurso hídrico de la zona, ya que carecen de un tratamiento eficiente de aguas residuales antes de su vertimiento, a pesar de que la cabecera municipal y varios corregimientos cuentan con una PTAR, estas no están realizando un tratamiento adecuado o por el contrario no están en funcionamiento.

PTAR La Fonda

El día 25 de Julio de 2018 se realizó la visita a la PTAR de la Fondo – Patía (figura 42), se establece que la PTAR está conformada con filtros granulares. Se observa que esta no cuenta con la seguridad necesaria, debido a que se encuentra ubicada al lado de un colegio y no se cuenta con ningún tipo de encerramiento.



Figura 42 PTAR La Fonda

PTAR Patía

El día 25 de Julio se realizó la visita a la PTAR en el corregimiento de Patía – Patía (figura 43), se observa que no se ha realizado mantenimiento, así mismo se puede concluir que esta PTAR no se encuentra en funcionamiento debido a que no está entrando el agua a la planta. De igual manera hay presencia de vectores y malos olores.



Figura 43 PTAR Patía

PTAR El Estrecho

El día 25 de julio de 2018 se realizó la visita a la PTAR ubicada en el corregimiento del Estrecho – Patía (figura 44 y 45), se evidencia que esta planta se encuentra en funcionamiento, sin embargo en la zona que rodea a la PTAR se observan residuos sólidos tales como vidrio y plástico en grandes cantidades, estos residuos no cuentan con ningún tipo de control ni encerramiento.



Figura 44 PTAR El Estrecho



Figura 45 Condiciones alrededor de la PTAR El Estrecho

PTAR El Estrecho Barrio La Paz

Se evidencio que la PTAR ubicada en el Barrio la Paz en el corregimiento del Estrecho – Patía (figura 46 y 47), no se encuentra en funcionamiento, se observa que el agua es vertida directamente a la fuente de agua sin ningún tipo de tratamiento.



Figura 46 PTAR El Estrecho Barrio La Paz



Figura 47 Aguas Residuales Vertidas a la Quebrada

PTAR El Bordo

El día 25 de Julio de 2018 se realizó la visita a la PTAR ubicada en la cabecera municipal El Bordo – Patía (figura 48), se evidenció que esta no se encuentra en

funcionamiento, observándose que esta presenta problemas de rebose, generando presencia de vectores y malos olores.



Figura 48 PTAR El Bordo

PTAR Piedrasentada

Se evidenció que esta PTAR ubicada en el corregimiento de Piedrasentada – Patía (figura 49) no se encuentra en funcionamiento, se observa la presencia de agua estancada y esta no cuenta con ningún tipo de seguridad.



Figura 49 PTAR Piedrasentada

PTAR La Mesa

El día 31 de Julio de 2018 se realizó la visita a la PTAR ubicada en el corregimiento de la Mesa (figura 50), se evidencio que esta no se encuentra en funcionamiento, de igual manera, se observaron tuberías de la PTAR por fuera de la planta.



Figura 50 PTAR Corregimiento La Mesa

7.2.7.1 Observación de auditoria N° 6. Administrativa

Condición: Las PTARs no cuentan con permiso de vertimientos

Criterio: Artículo 29, 30, 39, Capitulo VII, Artículo 41 del Decreto 3930 de 2010

Narración de la Observación: La normatividad nos dice: “Toda persona natural o jurídica cuya actividad o servicio genere vertimientos a las aguas superficiales, marinas, o al suelo, deberá solicitar y tramitar ante la autoridad ambiental competente, el respectivo permiso de vertimientos”, Se solicitaron los permisos de vertimiento de las diferentes PTAR ubicadas en el municipio, sin embargo, se evidencia que dichos documentos no ha sido solicitados ante la autoridad ambiental competente.

Causa: Diligencia administrativa. Falta de compromiso

Efecto: Incumplimiento de la normatividad. Contaminación del recurso hídrico sin ningún tipo de control

7.2.7.2 Observación de auditoria N° 7. Administrativa

Condición: Las PTARs no cuentan con una licencia ambiental

Criterio: Ley 99 de 1993. Decreto 2041 de 2014

Narración de la Observación: La normatividad nos dice que la autoridad ambiental competente podrá otorgar o negar la licencia ambiental de la construcción y operación de sistemas de tratamiento de aguas residuales, sin embargo se evidencia que las PTAR no cuentan con esta licencia ambiental.

Causa: Falta de gestión por parte de la administración.

Efecto: Incumplimiento de la normatividad.

7.2.7.3 Observación de auditoria N° 8. Administrativa con presunta connotación disciplinaria.

Condición: No se está realizando tratamiento a las aguas residuales domesticas

Criterio: Artículo 209 superior. Ley 99 de 1993, Art 85. Ley 1333 de 2009.

Narración de la Observación: Durante las visitas realizadas a las diferentes PTARs ubicadas en el Municipio de Patía, se puede observar que la mayoría como son la del corregimiento de El Bordo, El Patía, La Mesa, Piedrasentada, El Estrecho no se encuentran en funcionamiento, por lo cual se evidencia que las aguas residuales son vertidas sin ningún tipo de tratamiento.

Causa: Falta de gestión y descuido por parte de la administración municipal.

Efecto: Contaminación de las fuentes hídricas. Imposición de las medidas preventivas y sancionatorias que haya lugar en los términos del artículo 85 de Ley 99 de 1993 y Ley 1333 de 2009 por parte de las entidades correspondientes.

7.2.7.4 Observación de auditoria N° 9. Administrativa

Condición: No se ha realizado el pago de la tasa retributiva a la CRC

Criterio: Artículo 209 superior. Ley 99 de 1993, art 42. Decreto 1450 de 2011, art 211

Narración de la Observación: La Empresa Empatía como entidad encargada de prestar el servicio de acueducto y alcantarillado, le corresponde realizar el pago de la tasa retributiva, sin embargo para la Vigencia 2017 no se evidencia el pago.

Causa: Falta de gestión por parte de la empresa prestadora de servicio

Efecto: Sanciones e interés cobrados por el pago no oportuno.

7.2.7.5 Observación de auditoria N° 10. Administrativa

Condición: En el Barrio Postobon – Bajo ubicado en la cabecera municipal El Bordo – Patía, existen aguas residuales no canalizadas por el sistema de alcantarillado, afectando directamente a la comunidad.

Criterio: Decreto 302 de 2000. RAS 2000. Título D. Sistemas de recolección y evacuación de aguas residuales domésticas y pluviales.

Narración de la Observación: El día 26 de Julio de 2018 se atendió una denuncia por parte de un veedor, el cual presenta una inconformidad causado por un problema ambiental, que es generado por aguas residuales que no se encuentran

conectadas a la red de alcantarillado, lo cual genera en la zona malos olores, daños o hundimientos en los suelos pertenecientes a los predios cercanos, de igual manera genera un peligro para la comunidad.

Causa: Falta de gestión y seguimiento por parte de la administración municipal y la empresa prestadora del servicio de acueducto y alcantarillado.

7.2.8 Evaluación de la disposición de residuos sólidos y servicio de aseo

El Municipio Patía contaba con un botadero a cielo abierto el cual actualmente se encuentra clausurado (figura 51). Por consiguiente los residuos sólidos generados en el casco urbano son llevados al relleno sanitario Los picachos, el cual se encuentra localizado en La Yunga, en el sector rural del Municipio de Popayán, Cauca. El área total del sitio es 51,5 Ha de los cuales 31 Ha se dedicaron a zona de aislamiento y protección ambiental y 20,5 Ha a la infraestructura del relleno.



Figura 51 Botadero a Cielo Abierto Clausurado

Sin embargo, la empresa EMPATIA solo realiza la recolección de los residuos en los corregimiento del Estrecho, Patía y en el cabecera municipal El Bordo. En los otros corregimientos pertenecientes al Municipio no cuenta con el sistema de recolección por tal motivo, la comunidad adecua una zona para el vertimiento de las basuras y posteriormente su quema (figura 52), esto se puede evidenciar en el Corregimiento de La Mesa.



Figura 52 Botadero Corregimiento de La Mesa

7.2.8.1 Observación de auditoría N° 11. Administrativa

Condición: Botaderos a cielo abierto incontrolados

Criterio: Decreto 1077 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Vivienda, Ciudad y Territorio. Título 2. Servicio público de aseo.

Narración de la Observación: En los diferentes corregimientos en el municipio de Patía, como lo son el corregimiento de La Fonda, La mesa, se observan botaderos a cielo abierto sin ningún tipo de tratamiento para estos residuos o control sobre estos. Estos botaderos como su nombre lo indica no cuentan con membrana impermeable que impida el paso de los lixiviados, generando así, la contaminación del suelo, como tampoco se cuenta con un tratamiento para los lixiviados.

Causa: Falta de gestión para la recolección de estos residuos. Falta de recursos

Efecto: Contaminación e incumplimiento de la normatividad

7.2.9 Evaluación a la Plaza de mercado del municipio

La plaza de mercado o galería del Municipio Patía se encuentra en liquidación (figura 53). Sin embargo, durante la visita realizada el día 25 de julio de 2018, se evidencia la existencia una nueva cubierta (figura 54).



Figura 53 Plaza de Mercado Municipio Patía



Figura 54 Cubierta Nueva en la Plaza de Mercado

7.2.10 Planta de Beneficio Animal del Municipio

Se realizó la visita el día 25 de julio de 2018 a la Planta de Beneficio Animal del Municipio Patía (figura 55), la cual se encuentra clausurada desde el 2007, y se encontró que esta se encuentra sellada y no se evidencia el uso de las instalaciones para realizar el sacrificio animal. Sin embargo, se observa un tanque lleno de agua lo que puede con llevar a la presencia de vectores como larvas de zancudos, entre otros vectores.



Figura 55 Planta de Beneficio Animal Clausurada

7.2.11 Plan de Gestión del Riesgo

El municipio cuenta con un Plan de Gestión del Riesgo actualizado para la vigencia 2016 – 2019, mediante el Decreto número 038 del 24 de Julio de 2012, se crea el consejo municipal de la gestión del riesgo de desastre.

7.2.12 Cumplimiento del Comparendo Ambiental

7.2.12.1 Observación de auditoria N° 12. Administrativa

Condición: En el Municipio Patía no está realizando la implementación del comparendo ambiental.

Criterio: Ley 1259 de 2011, reglamento por decreto 3695 de 2009 y Ley 1466 de 2011 que adiciona el inciso 2 del artículo 1 y el inciso 2 del artículo 8 de la Ley 1259 de 2011.

Narración de la Observación: Existe incumplimiento a la Ley 1259 de 2011, capítulo IV entidades responsables de la instauración y aplicación del comparendo ambiental, puesto que no se evidencio el documento de reglamentación del comparendo ambiental por parte del consejo municipal, aunque se manifestó su existencia, aun si dicho documento existe, no se realizó la aplicación de la herramienta para la vigencia 2017 y por tanto no hay registro de aplicación del mismo.

Causa: Incumplimiento de la Norma de Comparendo Ambiental.

Efecto: Afecciones no controladas a los recursos naturales y a el estado ambiental del municipio.

7.2.13 Sanciones y Multas

7.2.13.1 Observación de auditoria N° 13. Administrativa

Condición: Conforme al oficio de respuesta N° radicado SDP-05937-2018 del 9 de Julio de 2018, emitido por la corporación autónoma regional del cauca, el municipio de Patía tiene las siguientes sanciones: en el año 2017 en cobro persuasivo por valor de \$10.871.168, en el año 2016 en cobro persuasivo por valor de \$53.232.820, en el año 2016 en cobro persuasivo por valor de \$46.522.986,70, en el año 2016 en cobro persuasivo por valor de \$28.428.722, en el año 2018 en cobro persuasivo por valor de \$27.219.635, en el año 2017 en cobro persuasivo por valor de \$11.371.488, en el año 2018 en cobro persuasivo por valor de \$49.613.984

Criterio: Artículo 83 - 85 de la ley 99 de 1993. Parágrafo transitorio del artículo 47 de la ley 1551 de 2012

Narración de la observación: De acuerdo a la respuesta emitida por la Corporación Autónoma Regional del Cauca al oficio, el municipio no ha realizado el pago de las sanciones emitidas durante los años 2016, 2017 y 2018.

Causa: Incumplimiento de la normatividad

Efecto: Perdida de recursos tanto naturales como financieros para el municipio

7.2.14 Otros aspectos ambientales

7.2.14.1 Observación de auditoria N° 14. Administrativa

Condición: Carencia de señalización de los extintores

Criterio: Norma Técnica Colombiana NTC 2885, Capítulo 6 y 7

Narración de la observación: Se realizó un recorrido en la entidad y se observó que falta la señalización en los extintores ubicados dentro de la alcaldía, además estos no se encuentran en lugar visible (figura 56).

Causa: Negligencia o descuido, falta de gestión. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de los procesos de Mantenimiento.

Efecto: Incendios, por la no contención del fuego. Alto riesgo para el personal que labora en la entidad.



Figura 56 Extintores sin señalización

7.2.14.2 Observación de auditoría N° 15. Administrativa

Condición: Peligro para el personal, ya que existe problemas de infraestructura.

Criterio: Resolución 4445 de 1996 capítulo VIII. Condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros.

Narración de la observación: Existe un problema de infraestructura de los pasillos y baños ubicados dentro de la entidad (figura 57), como también se puede evidenciar un problema de infraestructura en almacén (figura 58).

Causa: Falta de gestión. Omisión en el cumplimiento de funciones y actividades asignadas. Falta de control y seguimiento por parte de los procesos de mantenimiento, control interno y calidad.

Efectos: Posible lesiones al personal de la entidad.



Figura 57 Problemas de infraestructura en Alcaldía

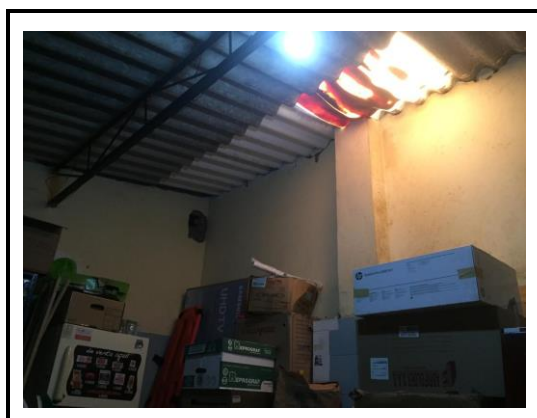


Figura 58 Problemas de infraestructura en Almacén

7.2.15 Resultado de las encuestas aplicadas a los habitantes del municipio del Patía

Durante la visita realizada al municipio El Patía, se realizaron encuestas a la comunidad (tabla 11) para determinar el grado de satisfacción en los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo.

Tabla 11 Resultado de la encuesta aplicada

PREGUNTA	OPCIÓN	PORCENTAJE
¿Considera que el Agua suministrada por el acueducto es buena?	Si	37%
	No	63%
¿La empresa da atención oportuna a los inconvenientes reportados?	Si	44%
	No	56%
¿Se realizan suspensiones a los servicios periódicamente?	Si	52%
	No	48%
¿Recibe servicio de alcantarillado?	Si	67%
	No	33%
¿Se encuentra satisfecho con el servicio prestado por la empresa de acueducto, alcantarillado y aseo?	Si	44%
	No	56%
¿Se presentan malos olores en las alcantarillas?	Si	70%
	No	30%
¿Ha recibido alguna capacitación por parte de la empresa en el manejo de las basuras?	Si	4%
	No	96%
¿Realiza algún tipo de separación en el origen?	Si	22%
	No	78%

Con el resultado de las encuestas, se determinó que el servicio prestado por la Empresa de Servicios Públicos debe mejorar, para poder tener una mayor cobertura de la población tanto urbana como rural.

7.3 HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E

Dentro del desarrollo de la práctica profesional se brindó apoyo en la ejecución de una auditoria regular vigencia 2017, en la evaluación de la Gestión Ambiental en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco de Paula Santander, para la cual se emitió una opinión **Con Deficiencias** con una calificación de **66,7**, resultante de la evaluación de la matriz ambiental (Anexo C).

8 CONCLUSIONES

- ✓ De acuerdo a las matrices ambientales empleadas a las entidades Hospital Susana López de Valencia E.S.E y el Municipio Patía, con base en el cumplimiento de planes, programas y proyectos, inversión y legalidad ambiental, se emite un concepto deficiente para ambas entidades con un valor de 69,7 y 64,8 respectivamente, esto debido a la falta de gestión pertinente e inadecuada implementación de la normatividad ambiental, por lo cual se concluye que las entidades tienen aspectos por mejorar dentro de la línea ambiental y así prevenir los efectos y/o impactos negativos que se generan sobre el medio ambiente.

- ✓ Se brindó apoyo técnico en las fases de planeación, ejecución e informe de Auditoría con modalidad regular en la línea de gestión ambiental a la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia y al Municipio del Patía, concluyendo que este proceso es de gran importancia ya que brinda a la entidad oportunidades de mejora dentro de los lineamientos establecidos, en este caso dentro de la línea ambiental.

- ✓ Dentro del proceso de auditoría con énfasis en el lineamiento ambiental, se establece que las entrevistas y las encuestas son una base fundamental para el desarrollo dentro del proceso debido a que la comunidad ayuda a detectar las falencias que presenta la entidad y así permitir el mejoramiento de esta.

- ✓ En la Empresa Social del Estado Hospital Susana López de Valencia, se establece un hallazgo administrativo con presunta connotación disciplinaria y penal dentro del informe final, debido a que los documentos presentados por la entidad en respuesta al informe preliminar, se encontraban alterados, esto se conoce como falsedad de documentos e impide realizar un proceso transparente y tener certeza de los valores establecidos en los Formatos RH1, por lo cual este hallazgo será trasladado a las dependencias correspondientes.

- ✓ La base fundamental para una adecuada gestión de residuos es la segregación en la fuente, las entidades tienen falencias dentro de este proceso en especial las Empresas Sociales del Estado. Por lo cual, una mala segregación es una causante de contaminación de los recursos naturales, de igual manera, se genera otro impacto negativo, ya que afecta a los usuarios u operarios que se encuentran dentro de la entidad.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ Se sugiere tanto a la Contraloría General del Cauca, como, a la Universidad del Cauca, realizar un convenio general entre las dos instituciones, ya que esto permitirá que los trámites que deban realizar los futuros estudiantes que estén interesados en desarrollar su práctica profesional empresarial en esta entidad, sean menos dispendiosos.
- ✓ Se recomienda hacer seguimiento a los planes de mejoramiento que son suscritos por las entidades auditadas, y realizados en base a las observaciones administrativas establecidas en las auditorias.
- ✓ Se recomienda a las entidades del estado evitar la alteración de documentos públicos, ya que esto conlleva a hallazgos penales que posteriormente serán trasladados a la entidad correspondiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Título X: De los organismos de control.
- [2] CONTRALORIA GENERAL DEL CAUCA. Acerca de la entidad, Estructura organizacional, misión, visión y objetivo.
- [3] CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA – CGR – por atribución constitucional, y en forma externa, le corresponde conceptuar sobre la calidad y eficiencia del control fiscal de las entidades y organismos públicos en su respectiva jurisdicción.
- [4] DECRETO 2676 DE 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- [5] GUÍA DE AUDITORÍA PARA LAS CONTRALORÍAS TERRITORIALES. Sandra Morelli Rico. Contralora General de la República. Noviembre de 2012.
- [6] IMPACTOS DE CONTROL FISCAL AMBIENTAL EN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS NATURALES Y EL AMBIENTE. Cabrera Garavito, Diana Marcela. 2014.
- [7] LEY 042 DE 1993. Sobre organizaciones del sistema de control fiscal financiero y los organismos que lo ejercen.
- [8] LEY 99 DE 1993. Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente.
- [9] MANUAL BÁSICO DE CONTROL FISCAL. Resumen. Sergio Luis Mondragón – Duarte.
- [10] MARCO LEGAL DEL CONTROL FISCAL AMBIENTAL EN COLOMBIA. Ricardo Botero Villegas, Director de estudios sectoriales, Contraloría General de la República.
- [11] RESOLUCIÓN 2115. Por medio de la cual se señalan características, instrumentos básicos y frecuencias de sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano.
- [12] RESOLUCIÓN 1433 DE 2004. Sobre Planes de Saneamiento y Manejo de Vertimientos, PSMV, y se adoptan otras determinaciones.

ANEXOS

Anexo A. Matriz Ambiental Hospital Susana López de Valencia E.S.E

Anexo A-1. Cumplimiento de planes y proyectos de gestión ambiental.

CUMPLIMIENTO PLANES Y PROYECTOS GESTIÓN AMBIENTAL			
Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales.			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	Observaciones
1	El funcionario (os) encargado del área ambiental cuenta con la competencia para desarrollar sus funciones	2	El Coordinador ambiental es un Ingeniero Ambiental con especialización
PGIRHS			
2	La E.S.E. cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y Similares actualizado y aprobado por la autoridad ambiental (CRC) (art 88 del Decreto 2981 de 2013, Resolución 754 de 2014, Resolución 1164 de 2002, decreto 351 de 2014)	2	Cuenta con PGIRH actualizado y aprobado por la CRC
GAGAS			
3	El comité GAGAS, se encuentra adecuadamente conformado como se especifica en el PGIRH	2	Resolución 754 de 2003, con actualización mediante la Resolución 137 de 2007
4	El comité GAGAS, cumple con las funciones de manera oportuna y se reúne en la periodicidad establecida en el PGIRH	1	No se encuentra evidencia que los conformantes del comité asistan a las reuniones, debido a que solo está firmado por dos personas, así mismo de acuerdo a los documentos entregados el comité no se reúne por lo menos una vez al mes
PRODUCCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS			
5	Se tiene adoptado e implementado el formato RH1	2	
6	el formato RH1 se diligencia adecuadamente	1	Cumple parcialmente, debido a que se encuentran incompletos los registros, además, algunos presentan tachones, y no permite diferenciar los residuos para una adecuada cuantificación

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN			
7	Existen y funciona el programa de formación y educación para la E.S.E	2	La E.S.E realizo "la novena feria de seguridad y salud en el trabajo - 2017" donde abarcaron la socialización del PGIH a cargo de la asociación sindical ASEQ
SEGREGACION EN LA FUENTE			
8	Los recipientes para residuos en la institución se encuentran debidamente señalizados e identificados.	1	En la ESE se encontró que algunos recipientes no se encuentran debidamente rotulados, a la mayoría les falta la identificación de la entidad según lo establecido en el PGIH
9	Todos los recipientes se encuentran en buenas condiciones y con los requerimientos exigidos como tapa, pedal, capacidad adecuada para el sitio, color, calidad adecuados.	1	Se encontró en la E.S.E algunos recipientes no cuentan con tapa, ni pedal o tiene los pedales dañados.
10	Las bolsas son adecuadas en calidad, color y estándares de calidad	2	Cumple
11	El personal tiene conocimiento sobre la adecuada segregación de residuos dentro de la institución	2	De acuerdo a las encuestas realizadas se encontró que el personal tiene conocimiento de los residuos generados en su área
12	Los usuarios tienen conocimiento sobre la adecuada segregación de residuos dentro de la institución.	1	Se realizó una encuesta a usuarios acerca del manejo de los residuos, donde se encontró que algunos usuarios, en especial en Urgencias desconocen del tema. Esto se evidencia con los residuos generados en salas de espera o pasillos donde transitan los pacientes; se pudo observar que no se hace una clasificación adecuada dentro de los recipientes dispuestos para tal fin.
13	Los recipientes son utilizados de acuerdo al código de color e identificación establecida en el manual (Resolución 1164 de 2002)	1	cumple parcialmente
DESACTIVACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES			
14	Se realiza desactivación de placentas	2	

MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS			
15	La E.SE tienen ruta de residuos diferenciada , señalizada y publicada en cartelera	1	No se encuentra totalmente señalizada y los horarios de las rutas no coinciden con los establecidos
16	Se cuenta con vehículos adecuados para el movimiento interno de los residuos.	1	Cumple parcialmente, debido a que internamente en los bloques no se encuentra el vehículo
ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES			
17	Las unidades técnicas de almacenamiento temporal cumplen con las exigencias de la normatividad (Resolución 1164 de 2002)	1	Cumple parcialmente
18	La unidad técnica de almacenamiento central cumplen con las exigencia de la normativa (Resolución 1164 de 2002)	1	En la ESE se encontró que se la UTAC tiene algunas falencias de acuerdo a las exigencia de la normatividad
MANEJO DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFERICAS			
19	Se realizó caracterización y análisis técnico de los vertimientos de la ESE	1	La caracterización de vertimientos líquidos fue realizada por la CRC, en el PRGIRH se encuentra establecido que se debe hacer monitoreo a mínimo 2 puntos, de acuerdo al estudio entregado solo se evidencia monitorio en el punto 2, corroborado por la coordenadas
20	Los parámetros de caracterización de vertimientos cumplen con los límites permisibles	1	De acuerdo al estudio realizado, no cumple para grasas y aceites según lo establecido en la normatividad vigente
21	Se cuenta con permiso de vertimientos para la vigencia 2017	0	No existe el permiso físico emitido por la CRC
22	Existe control y evaluación de emisiones atmosféricas	2	Cumple
PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y PLAN DE CONTINGENCIA			
23	Cuenta con un plan de contingencia contemplado en el PGIRH	2	

24	Los encargados de servicios generales utilizan los Elementos de Protección Personal adecuados.	1	No se utilizan los delantales plásticos, caretas, en algunas ocasiones no se utilizan los guantes
25	Se cuenta con una infraestructura segura para la operación y adecuada prestación del servicio de salud	1	Infraestructura inadecuada en el almacenamiento temporal en el área de adultos
INDICADORES DE GESTION INTERNA			
26	Se tienen campañas visuales alusivas al buen uso de recursos en la entidad, acerca de ahorro y uso eficiente de agua y de la electricidad.	1	Cumple parcialmente
SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD			
27	Se realizan pausas activas en la entidad	2	Cumple
28	Se encuentran extintores en cantidad suficiente, debidamente señalizados y ubicados en la institución	1	No todos los extintores se encuentran
29	La entidad cuenta con un comité paritario de salud ocupacional y seguridad en el trabajo COPASST	2	Cumple
OTROS			
30	Se tiene debidamente identificados y ubicados los recipientes de químicos y líquidos para realizar el aseo general y se realiza una adecuada manipulación de estos	1	Los recipientes se encuentran debidamente señalizados, sin embargo en el momento de realizar su manipulación esta se realiza sin guantes
31	Se realiza una adecuada disposición final de los recipientes, en mal estado y desechados	0	De acuerdo a lo observado en la entidad, estos recipientes son dispuestos inadecuadamente

Anexo A-2. Inversión Ambiental

INVERSIÓN AMBIENTAL			
Inversión Ambiental			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	
1	Se realiza inversión en la actualización del PGIRHS	0	
2	Se realiza inversión para recolección, transporte y disposición final de residuos	2	Contrato 058 y 249, SERVICIO DE TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, CON EL PROPÓSITO DE PREVENIR, MITIGAR Y COMPENSAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES Y SANITARIOS
3	Se realiza inversión en elementos de aseo	2	
4	Se realiza inversión en estudios de caracterización de vertimientos	2	Se realizó estudio por parte de la CRC, El 31 de mayo de 2017, con fecha de análisis del 19 de mayo al 30 de mayo de 2017.
5	Se realiza inversión en estudios de emisiones atmosféricas	2	El estudio de emisiones atmosféricas está establecido que para la entidad se deben realizar cada 3 años, El último estudio fue realizado en el año 2016
6	Se realiza inversiones para adecuaciones y mejoras en las UTACs	0	
7	Se realiza inversión en fumigación y control de plagas en la entidad	2	Contrato N° 094 de 2017 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FUMIGACIÓN LA UNICA, PARA EL CONTROL DE ROEDORES Y PLAGAS
8	Se realiza inversión para el mantenimiento de las calderas	2	Contrato N° 223 de 2017, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LAS DOS CALDERAS DE 40 hp MARCA CONTINENTAL Y COLMAQUINAS

Anexo B Matriz Ambiental Municipio El Patía - Cauca

Anexo B-1. Cumplimiento de planes y proyectos de gestión ambiental.

CUMPLIMIENTO PLANES Y PROYECTOS GESTIÓN AMBIENTAL			
Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales.			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	Observaciones
1	El funcionario (os) encargado del área ambiental cuenta con la competencia para desarrollar sus funciones	1	La persona encargada de llevar los registros del acueducto es una Química, sin embargo la persona encargada de las PTARS en el municipio, no cuenta con los conocimientos necesarios sobre estas
2	El alcalde presentó rendición de cuentas de la vigencia 2017, incluyendo los programas del plan de desarrollo referentes a la gestión ambiental. (Art 43 de la Ley 152 de 1994)	1	El municipio realizó un informe de gestión para la vigencia 2017
3	El Municipio cuenta con Política Ambiental	0	
4	El Municipio cuenta con un Plan de Gestión Ambiental	2	El municipio cuenta con un Plan de acción para el componente ambiental, Vigencia 2017
CALIDAD DEL AIRE			
5	El Plan de desarrollo municipal, contempla acciones tendientes a mejorar y/o conservar la calidad del aire	0	
CALIDAD DEL AGUA			
6	El Plan de desarrollo municipal, contempla acciones tendientes a mejorar y/o conservar la calidad del agua	2	El plan de desarrollo contempla programas para la conservación del agua
7	El Municipio cuenta con el Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos (PSMV) aprobado por la autoridad ambiental	1	Mediante Radicado 07512 se inician los trámites para la solicitud del PSMV, con fecha 19 de diciembre de 2017
8	El Municipio cuenta con tratamiento de aguas residuales municipales (PTAR)	1	La PTARS con las que cuenta el municipio no se encuentran en buen estado, la mayoría no están en funcionamiento
9	El Municipio cuenta con permiso de vertimientos para la PTAR	0	Ninguna PTAR cuenta con permiso de vertimiento o licencias ambientales

10	El Municipio tiene aprobado el Plan de Uso Eficiente y Ahorro de Agua (PUEAA)	2	Resolución 11652 de Septiembre 8 de 2017
11	En la vigencia 2017, el Municipio realizo adquisición de áreas de interés hídrico para la conservación de las fuentes que abastecen los acueductos del municipio (1% del ingreso corriente conforme a la Ley 99 de 1993, Art 210, Lay 1450 de 2011, Decreto Nacional 953 de 2013)	2	El municipio adquirió dos predios, las Juntas con numero de escritura 403 de 2017 y Camino florida con número de escritura 480 de 2017
INVERSIONES EN AGUA POTABLE, SANEAMIENTO BASICO Y MEDIO AMBIENTE			
12	Pago por concepto de tasa retributiva para la vigencia 2017	0	No se ha realizo el pago de la tasa retributiva para la vigencia 2017
ASEO			
13	El Municipio cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Municipales actualizado y aprobado por la autoridad ambiental (Art 88 del Decreto 2981 de 2013, Resolución 754 de 2014)	2	
14	El Municipio tiene adoptado el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos, PGRIS, a través de acto administrativo (Art 5 de la Resolución 754 de 2014)	2	Mediante Decreto número 090 de 2017, con fecha del 29 de diciembre de 2017
15	Cumplimiento de proyecto: Plan de cierre, clausura y restauración ambiental del botadero a cielo abierto dispuesto para los residuos sólidos.	2	Se observa que en el botadero a cielo abierto se están realizando las actividades de cierre
GESTIÓN DEL RIESGO			
16	Existe acto administrativo de creación del Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo en Desastres (Ley 1523 de 2012)	2	Decreto 038 del 24 de Julio de 2012, por la cual se crea el consejo municipal de la gestión del riesgo de desastres
17	Existe actas de reunión del Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres	2	
18	El Municipio cuenta con PGRD actualizado (Decreto 1974 de 2013)	2	
RUIDO			
19	El Plan de desarrollo municipal, contempla acciones tendientes a mejorar y/o conservar los niveles permisibles de ruido	0	
PLANTA DE BENEFICIO ANIMAL (PBA)			

20	Cumplimiento del plan de cierre de la PBA	2	La PBA se encuentra sellada y sin evidencia de que se esté realizando sacrificio animal
EDUCACIÓN AMBIENTAL			
21	El plan de desarrollo municipal, contempló el componente de educación ambiental	2	
22	Los PRAES desarrollados en el municipio se relacionaron con contaminación del agua, del aire, deterioro del suelo, espacio público, contaminación visual, por ruido	0	
23	El municipio adelantó proyectos ciudadanos de Educación Ambiental (PROCEDAS)	2	
24	Se han realizado cursos de capacitación ambiental a obreros, campesinos y trabajadores de los sectores productivos	1	
25	La administración ha adelantado programas de educación ambiental	2	
COMPARENDO AMBIENTAL			
26	Existe acuerdo municipal de aprobación de la reglamentación del instrumento de comparendo ambiental por parte del Consejo Municipal (art. 8 ley 1259 de 2008)	0	
27	Existe delegado por el Alcalde para ejecutar el Comparendo Ambiental.(art. 9 Ley 1259 de 2008, art. 3 decreto 3695 de 2009)	2	
28	Se ha realizado sanciones a través del Comparendo Ambiental para la vigencia 2017 (art 26 ley 1259 de 2008, art. 4 ley 1466 de 2011, art. 11 Decreto 3695 de 2009)	0	Para la vigencia 2017 el municipio no ha ejecutado ningún comparendo ambiental

Anexo B-2. Inversión Ambiental

INVERSIÓN AMBIENTAL			
Inversión Ambiental			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	Observaciones
	CALIDAD DEL AIRE		
1	La administración municipal realizó inversiones relacionadas con el mejoramiento y/o conservación de la calidad del aire en su jurisdicción	0	
	LEY 1450 DE 2011 ARTICULO 210		
2	El municipio realizó inversiones relacionadas con adquisición o mantenimiento de predios para protección de micro cuencas	2	
	GESTIÓN DEL RIESGO		
3	Se realizaron inversiones para atención y prevención de desastres en el municipio	2	
4	El municipio contribuye al financiamiento del cuerpo de bomberos	2	
	ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO		
5	Se realizaron inversiones para la prestación del servicio de acueducto	2	
6	Se realizaron inversiones para la prestación del servicio de alcantarillado	2	
7	Se realizaron inversiones para la prestación del servicio de aseo	2	
	CONTROL DE RUIDO		
8	Se realizan inversiones en tecnologías para controlar los niveles de ruido en el municipio	0	
	AGROPECUARIO		
9	Se realizan inversiones en programas y proyectos productivos	2	
	PLANTA DE BENEFICIO ANIMAL		
10	Se realizan inversiones para el mantenimiento y operación de la planta de beneficio animal	0	

Anexo C. Matriz Ambiental Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E

Anexo C-1. Cumplimiento de planes y proyectos de gestión ambiental.

CUMPLIMIENTO PLANES Y PROYECTOS GESTIÓN AMBIENTAL			
Cumplimiento de planes, programas y proyectos ambientales.			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	Observaciones
1	El funcionario (os) encargado del área ambiental cuenta con la competencia para desarrollar sus funciones	2	La encargada del área ambiental en una Ingeniería ambiental
	PGIRHS		
2	La E.S.E. cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y similares actualizado y aprobado por la autoridad ambiental (CRC) (art 88 del Decreto 2981 de 2013, resolución 754 de 2014, resolución 1164 de 2002, decreto 351 de 2014)	2	El Hospital cuenta con un PGIRH
	GAGAS		
3	El comité GAGAS, se encuentra adecuadamente conformado como se especifica en el PGIRH	2	Resolución 117 de abril 11 de 2017
4	El comité GAGAS, cumple con las funciones de manera oportuna y se reúne en la periodicidad establecida en el PGIRH	2	Se evidencia que el comité GAGAS se reúne en la periodicidad establecida en el normatividad
	PRODUCCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS		
5	Se tiene adoptado e implementado el formato RH1	1	Se tiene adoptado el formato RH1, sin embargo, este no contempla todas las características de acuerdo a la normatividad.

6	el formato RH1 se diligencia adecuadamente	1	Cumple parcialmente, debido a que se encuentran incompletos los registros, además, algunos presentan tachones, y no permite diferenciar los residuos para una adecuada cuantificación, así mismo, los encontrados en la UTAC no contemplan residuos ordinarios, ni reciclables
PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN			
7	Existen y funciona el programa de formación y educación para la E.S.E	1	Se evidencia la realización de capacitaciones en la entidad, sin embargo estas no cuentan con el desarrollo de los temas tratados.
SEGREGACION EN LA FUENTE			
8	Los recipientes para residuos en la institución se encuentran debidamente señalizados e identificados.	1	En la ESE se encontró que algunos recipientes no se encuentran debidamente rotulados
9	Todos los recipientes se encuentran en buenas condiciones y con los requerimientos exigidos como tapa, pedal, capacidad adecuada para el sitio, color, calidad adecuados.	1	Se encontró en la E.S.E algunos recipientes no cuentan con tapa, ni pedal o tiene los pedales dañados.
10	las bolsas son adecuadas en calidad y color y estándares de calidad	2	cumple
11	El personal tiene conocimiento sobre la adecuada segregación de residuos dentro de la institución	2	De acuerdo a las encuestas realizadas se encontró que el personal tiene conocimiento de los residuos generados en su área
12	Los usuarios tienen conocimiento sobre la adecuada segregación de residuos dentro de la institución.	1	Se realizó la encuesta a usuarios acerca del manejo de los residuos, donde se encontró que la mayoría de usuarios desconoce del tema. Esto se evidencia con los residuos generados en salas de espera o pasillos donde transitan los pacientes; se pudo observar que no se hace una clasificación adecuada dentro de los recipientes dispuestos para tal fin.

13	los recipientes son utilizados de acuerdo al código de color e identificación establecida en el manual (resolución 1164 de 2002)	1	cumple parcialmente
DESACTIVACION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES			
14	Se realiza desactivación de placentas	0	De acuerdo a lo evidenciado, se pudo observar que no se realiza esta desactivación
MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS			
15	La E.SE tienen ruta de residuos diferenciada , señalizada y publicada en cartelera	1	No se encuentra totalmente señalizada, ni publicada en cartelera
16	Se cuenta con vehículos adecuados para el movimiento interno de los residuos.	2	
ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES			
17	Las unidades técnicas de almacenamiento temporal cumplen con las exigencias de la normatividad (resolución 1164 de 2002)	1	Cumple parcialmente
18	Las unidades técnicas de almacenamiento central cumplen con las exigencias de la normatividad (resolución 1164 de 2002)	1	En la ESE se encontró que se la UTAC tiene algunas falencias de acuerdo a las exigencias de la normatividad
MANEJO DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFERICAS			
19	Se realizó caracterización y análisis técnico de los vertimientos de la ESE	2	
20	Los parámetros de caracterización de vertimientos cumplen con los límites permisibles	0	De acuerdo al estudio realizado, no cumple para DBO5, DQO, SST, mercurio y grasas y aceites. según lo establecido en la normatividad vigente
21	se cuenta con permiso de vertimientos para la vigencia 2017	0	Se cuenta con el permiso de vertimientos emitido por la CRC, para vigencia 2018, sin embargo, para la vigencia 2017 no se cuenta con permiso.
22	existe control y evaluación de emisiones atmosféricas		No aplica

	PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y PLAN DE CONTINGENCIA		
23	Cuenta con un plan de contingencia contemplado en el PGIRH	2	
24	Los encargados de servicios generales utilizan los Elementos de protección personal adecuados.	2	
25	se cuenta con una infraestructura segura para la operación y adecuada prestación del servicio de salud	1	Infraestructura inadecuada
INDICADORES DE GESTION INTERNA			
26	Se tienen campañas visuales alusivas al buen uso de recursos en la entidad, acerca de ahorro y uso eficiente de agua y de la electricidad.	2	cumple
SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD			
27	Se realizan pausas activas en todos los puntos de atención	1	De acuerdo a lo evidenciado en las encuestas no todos los operarios cuentan con pausas activas
28	se encuentran extintores en cantidad suficiente, debidamente señalizados y ubicados en la institución	1	Falta señalización en algunos extintores
29	la entidad cuenta con un comité paritario de salud ocupacional y seguridad en el trabajo COPASST	2	Cumple
OTROS			
30	Se tiene debidamente identificados y ubicados los recipientes de químicos y líquidos para realizar el aseo general y se realiza un adecuada manipulación de estos	2	Lo recipientes se encuentran debidamente señalizados, sin embargo en el momento de realizar su manipulación esta se realiza sin guantes
31	Se realiza una adecuada disposición final de los recipientes, en mal estado y desechados	1	De acuerdo a lo observado en la entidad, estos recipientes se encuentran en la caseta del operario de servicios generales encargado de la UTAC

Anexo C-2. Inversión Ambiental.

INVERSIÓN AMBIENTAL			
Inversión Ambiental			
ENTIDAD O AUDITOR	Criterio	Resultado	
1	se realiza inversión en actualización del PGIRHS	0	
2	se realiza inversión para recolección, transporte y disposición final de residuos	2	Contrato 2,350,546 y 767, SERVICIO DE TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, CON EL PROPÓSITO DE PREVENIR, MITIGAR Y COMPENSAR LOS IMPACTOS AMBIENTALES Y SANITARIOS
3	se realiza inversión en elementos de aseo	2	
4	se realiza inversión en estudios de caracterización de vertimientos	2	
5	se realiza inversión en estudios de emisiones atmosféricas		No aplica
6	se realiza inversiones para adecuaciones y mejoras en las UTACs	0	
7	se realiza inversión en fumigación y control de plagas en la entidad	2	
8	Se realiza inversión para el mantenimiento de las calderas		No aplica

