

**INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON
ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR**

**HOSPITAL FONTIBON II NIVEL DE ATENCIÓN
VIGENCIAS AUDITADAS 2003 Y 2004**

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL 2005
I FASE**

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

JULIO DE 2005

AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL FONTIBON II NIVEL DE ATENCION

Contralor de Bogotá	Oscar González Arana
Contralor Auxiliar	Guillermo Ernesto Tuta Alarcón
Director Sectorial	Olga Lucía Jiménez Orostegui
Subdirector de Fiscalización	Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez
Subdirector de Análisis Sectorial	Carmen Sofía Prieto
Asesor Jurídico	Edgar Vargas Gutiérrez
Equipo de Auditoria	Jairo E. Pasachoa Moreno (Líder) Luz Marina Bernal Piñeros María Herminda González Nieto María Yolanda García Soto Oneida Castro Hernández
Analistas Sectoriales	Gustavo Sarmiento Maldonado Jalil Vargas Brand

	CONTENIDO	PAGINA
	INTRODUCCION	
1.	ANALISIS SECTORIAL	5
2.	HECHOS RELEVANTES VIGENCIA 2004	23
3.	DICTAMEN AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR – VIGENCIA 2004	25
4.	RESULTADOS DE LA AUDITORIA A LA VIGENCIA 2004	31
4.1.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	31
4.2.	Evaluación al Sistema de Control Interno	35
4.3.	Evaluación a los Estados Contables	47
4.4.	Evaluación al Presupuesto	56
4.5.	Evaluación a la Contratación	60
4.6.	Evaluación a la Gestión y Resultados	66
4.7.	Balance Social	73
4.8.	Evaluación a la Gestión Ambiental	78
5.	ANEXO Cuadro de hallazgos detectados y comunicados	81
6.	HECHOS RELEVANTES VIGENCIA 2003	83
7.	DICTAMEN AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR - VIGENCIA 2003	84
8.	RESULTADOS DE LA AUDITORIA A LA VIGENCIA 2003	88
8.1	Evaluación a los Estados Contables	88
8.2.	Evaluación al Presupuesto	89
8.3.	Evaluación a la Contratación	92
8.4.	Evaluación a la Gestión y Resultados	93
9.	ANEXO Cuadro de hallazgos detectados y comunicados	98

ACIE 4/28



INTRODUCCION

La Contraloría de Bogotá, en desarrollo de su función constitucional y legal, y en cumplimiento de su Plan de Auditoría Distrital 2005, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Fontibón II nivel de atención ESE sobre la gestión desarrollada durante las vigencias 2003 y 2004.

La auditoría se centró en la evaluación de la contratación, presupuesto, Estados Contables, Sistema de Control Interno, gestión ambiental y gestión y resultados.

Los Componentes de Integralidad seleccionados responden al análisis de la importancia y riesgos asociados a los procesos y actividades ejecutadas.

Dada la importancia estratégica de los hospitales de la Red Distrital, para el sector y la ciudad, la Contraloría de Bogotá espera que este informe contribuya al mejoramiento continuo y con ello a una eficiente administración de los recursos públicos, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

ACIF 5/98



1. ANALISIS SECTORIAL

La Dirección Técnica de Salud, a través de la Subdirección de Análisis Sectorial, ha considerado necesario realizar el seguimiento al desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en el Distrito. Por tanto, en este primer Capítulo del presente informe se realizará el análisis del alcance en el cumplimiento del decreto 2309 de 2002 y sus disposiciones complementarias en Bogotá

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.

1.1 ANTECEDENTES

La discusión acerca de la necesidad de contar con un sistema de garantía de la calidad (SGC) en Colombia se inició en 1993, con la promulgación de la Ley 100. En ese momento se visualizaba un sistema constituido por un conjunto de partes que actuara armónica y coordinadamente con el sano propósito de mejorar progresivamente la calidad de atención en salud, logrando de esta manera influir positivamente en la salud de los colombianos.

En el año 1999 el entonces Ministerio de Salud, contrató la realización de este trabajo al consorcio integrado por el Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense para Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed de México. Así, dos años después este Consorcio entregó el resultado de su trabajo en forma de recomendaciones y cristalizado el 15 de Octubre de 2002 mediante la expedición del Decreto No. 2309 *"Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*.

Es de resaltar que el país invirtió en este proyecto recursos por mas de 1,5 millones de dólares¹, lo que representa un factor que sumado al imperativo moral de prestar servicios de atención en salud de alta calidad, compromete a todos y en especial al Ministerio de la Protección Social, así como en el nivel distrital a la Secretaría de Salud, a través de los mecanismos establecidos en la normatividad vigente, para que los resultados sean exitosos.

El Decreto 2309 de 2002 define al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Las disposiciones de dicho Sistema son aplicables a los Prestadores de

¹ Revista Vía salud No. 29. Centro de Gestión Hospitalaria. Pág. 3-6

Servicios de Salud², a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, extiende su alcance sobre la atención de salud, definida como el conjunto de servicios que se presta al usuario en los marcos de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Igualmente, la calidad de dicha atención en salud es contemplada como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

A efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el sistema dispone de las siguientes características: accesibilidad³, oportunidad⁴, seguridad⁵, pertinencia⁶ y continuidad⁷.

El Sistema está constituido por cuatro componentes:

- Sistema Único de Habilitación: Conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales, se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnica y administrativa; indispensable para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales son de obligatorio cumplimiento por las IPS y por las aseguradoras, ya sean del régimen contributivo o subsidiado.
- La Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Esta auditoría es obligatoria tanto para las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, a las IPS como a los

² Son las instituciones prestadoras de servicios de salud, Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de pacientes.

³ Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁴ Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

⁵ Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

⁶ Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

⁷ Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

aseguradores, e implicará la realización de actividades de evaluación y seguimiento a procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

- El Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, Estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación. Mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de los niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En Bogotá, la entidad acreditadora es la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Sistema de Información para la Calidad: Este sistema debe ser implantado por el Ministerio de Salud, con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y sus deberes y en los niveles de calidad de las IPS, con el fin de que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos.

1.2 COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Dentro del “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, fueron establecidas responsabilidades a los entes gubernamentales, de acuerdo con su jurisdicción y competencia así:

Ministerio de Salud, encargado de expedir las normas de calidad; de reglamentación necesaria para el decreto 2309 de 2002; velar por su permanente actualización y aplicación para el beneficio de los usuarios; al igual que, como prestador de asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el fin de orientarlos en el cumplimiento de sus obligaciones.

Superintendencia Nacional de Salud, ejerce las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y aplicará las sanciones de su competencia.

Entidades Departamentales y Distritales de Salud (Secretaría Distrital de Salud para Bogotá), son las instancias encargadas de cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el Decreto 2309/02 y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

Entidades Municipales de Salud, encargadas de realizar la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud a los Prestadores de dichos servicios a la población no afiliada en sus jurisdicciones.

1.3 AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2309 DE 2002

1.3.1 Habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Con el fin de registrar, verificar y controlar el cumplimiento de las condiciones básicas indispensables para la entrada y permanencia en el sistema por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, se creó el "Sistema de Habilitación". De acuerdo a lo anterior, dichos prestadores realizaron al finalizar el año 2002 y parte del 2003 una autoevaluación de las condiciones exigidas para su habilitación con el fin de establecer sus necesidades y lograr su cumplimiento. Las deficiencias identificadas en el ejercicio de autoevaluación debieron ser ajustadas en su oportunidad, y en caso de encontrarse con la imposibilidad de hacerlo, debieron abstenerse de prestar u ofrecer los servicios en los cuales se presentaba esta condición.

Los Prestadores del Servicio de Salud se auto evaluaron en torno a:

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica: Son los requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan, que son considerados como suficientes y necesarios para reducir los riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios.

Suficiencia Patrimonial y Financiera: Son las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras del servicio de salud en el mediano plazo, su competitividad y liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa: Se refiere al cumplimiento de requisitos legales como su existencia y representación legal, de acuerdo a su naturaleza jurídica, e igualmente el cumplimiento de requisitos financieros y administrativos como la existencia de un sistema contable que genere estados financieros según la normatividad financiera y contable vigente.

1.3.1.1 .Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Las IPS tuvieron plazo hasta el 15 de abril de 2003, es decir seis meses después

de entrar en vigencia la norma, para radicar el formulario de inscripción⁸ ante la Secretaría de Distrital de Salud, a efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A partir de la radicación de la inscripción en la Secretaría de Salud, las IPS se consideran habilitadas para ofrecer y prestar los servicios declarados.

La vigencia de la inscripción es de tres años contados a partir de la fecha de la radicación del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Igualmente, son responsables por la veracidad de la información suministrada y están obligadas a mantener las condiciones de habilitación durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de las autoridades competentes para llevar a cabo la respectiva verificación, a renovar su Registro cuando pierda su vigencia y a reportar las novedades presentadas o a actualizar su información ante la Secretaría Distrital de Salud.

La SDS está facultada para revocar la habilitación obtenida mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento.

Como resultado del anterior proceso, en Bogotá se han inscrito 15.235⁹ prestadores de servicios de salud, correspondiendo 12.474 a profesionales independientes, 2.703 a IPS, y 36 a empresas de transporte de pacientes, encontrándose habilitados por el término de tres años para ofrecer y prestar únicamente los servicios inscritos¹⁰.

Las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, con los resultados de su auto evaluación, requirieron recursos adicionales para lograr el cumplimiento de los requisitos mencionados y poder inscribirse dentro de los términos señalados por el Decreto. Es así como se inscribieron con el compromiso de destinar recursos propios en cuantía de \$17.967.740.987; con el mismo propósito las UEL aportaron \$2.428.961.491 y la SDS \$6.719.363.332, para un total de \$27.116.065.810, detallados en el siguiente cuadro por nivel y hospital.

⁸ El formulario de inscripción y el de reporte de novedades es el adoptado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución 1439 de 2002.

⁹ Según información reportada por la SDS.

¹⁰ artículo 17 del Decreto 2309.

TABLA 1
RECURSOS DESTINADOS POR LAS ESE PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS
HABILITACION DE SERVICIOS DURANTE EL PERIODO 2002 - 2004

NIVEL I										
HOSPITAL	VIGENCIA	Capacidad Tecnológica			Suficiencia Patrimonial			Capacidad Técnico Administrativa		
		Propios	UEL	SDS	Propios	UEL	SDS	Propios	UEL	SDS
CHAPINERO	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	187.691.291	0	41.173.785	0	0	0	0	0	0
	2.004	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBA	2.002	33.375.097	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	179.521.348	220.345.097	100.000.000	0	0	0	0	0	0
	2.004	300.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0
USAQUEN	2.002	206.445	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	178.881.778	0	27.531.250	0	0	0	0	0	0
	2.004	44.948.898	0	0	0	0	0	0	0	0
USME	2.002	69.471.489	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	543.061.043		37.304.850	0	0	0	0	0	0
	2.004	665.861.920		0	0	0	0	0	0	0
SUR	2.002	393.041.426	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	1.342.460.542	0	71.743.125	0	0	0	0	0	0
	2.004	1.323.402.778	0	0	0	0	0	0	0	0
NAZARETH	2.002	29.900.000	60.100.000	90.000.000	0	0	43.900.000	0	0	0
	2.003	103.700.000	72.449.913	72.449.913	0	0	54.000.000	0	0	0
	2.004	90.100.000	21.300.000	21.300.000	0	0	0	0	0	0
PABLO VI	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	67.015.875	0	13.838.410	0	0	0	0	0	0
	2.004	46.122.209	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN CRISTOBAL	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	224.715.352	0	30.327.660	0	0	0	0	0	0
	2.004	15.000.000	19.930.604	0	0	0	0	0	0	0
RAFAEL URIBE	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	397.638.957	313.000.000	93.899.920	706.000.000	0	0	0	0	0
	2.004	99.400.000	0	0	0	0	0	0	0	0
VISTA HERMOSA	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	554.851.568	0	94.541.980	0	0	0	0	0	0
	2.004	262.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.002	525.994.457	60.100.000	90.000.000	0	0	43.900.000	0	0	0
	2.003	3.779.537.754	605.795.010	582.810.893	706.000.000	0	54.000.000	0	0	0
	2.004	2.846.835.805	41.230.604	21.300.000	0	0	0	0	0	0

NIVEL III										
HOSPITAL	VIGENCIA	Capacidad Tecnológica			Suficiencia Patrimonial			Capacidad Técnico Administrativo		
		Propios	UEL	SDS	Propios	UEL	SDS	Propios	UEL	SDS
	2.003	334.264.269	0	65.306.760	0	0	0	0	0	0
	2.004	2.154.000.000	0	0	0	0	0	0	0	0
S. BOLIVAR	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	508.028.652	0	725.181.108	0	0	0	0	0	0
	2.004	1.544.939.332	0	0	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	716.347.656	0	866.100.000	0	0	0	0	0	0
	2.004	773.445.589	0	0	0	0	0	0	0	0
S. CLARA	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	306.400.500	0	303.112.360	0	0	0	0	0	0
	2.004	929.224.201	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.002	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.003	1.964.778.577	0	2.247.078.388	0	0	0	383.497.456	0	0
	2.004	5.401.609.122	0	0	0	0	0	178.943.996	0	0

Fuente: Hospitales Red Distrital de Salud. Elaboró SAS Salud- Contraloría Distrital.-2004.

Teniendo presente que las ESE contaron con los recursos necesarios para el cumplimiento de los requisitos para la habilitación, encuentra la contraloría que sólo los hospitales de Usaquén, El Tunal y Pablo VI Bosa, han sido certificados, situación que pone en riesgo los recursos destinados para tal fin en los 19 restantes, si se tiene en cuenta que no existe adecuada verificación y seguimiento a la inversión en la destinación de esos recursos; así las cosas, pueden generarse situaciones en las que pese a haberse destinado recursos para el mejoramiento de la infraestructura estos no se inviertan adecuadamente, lo cual podría generar un daño patrimonial como ocurrió en el Hospital de Usme, por lo cual ya cursa un proceso de Responsabilidad Fiscal¹¹.

Los servicios de salud inscritos y que actualmente se prestan en los hospitales adscritos a la red pública distrital, se presentan en el siguiente cuadro, clasificados por niveles de atención:

¹¹ A pesar de haberse destinado una cantidad importante de recursos para la adecuación del CAMI Santa Librada, la misma SDS en visita del 9 de febrero de 2005 estableció el no cumplimiento de condiciones de habilitación y la necesidad de realizar nuevas inversiones.

TABLA 2
SERVICIOS HABILITADOS EN LAS ESE DE LA RED PUBLICA DISTRITAL

SERVICIOS PRESTADOS	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	TOTAL
HOSPITALARIO	19	28	48	95
QUIRÚRGICO	3	26	48	77
CONSULTA EXTERNA	97	130	137	364
ATENCION EXTRAMURAL	11	4	4	19
URGENCIAS	9	7	5	21
TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES	9	9	7	25
APOYO DIAGNÓSTICO	72	50	64	186
TOTAL	220	254	313	787

Fuente: Información suministrada por las ESE de la red distrital. -2004.
Cálculos Subdirección de Análisis Sectorial Salud Contraloría Distrital. Datos a 31-12-2004

Para la Red Distrital se encuentran habilitados 787 servicios, representados el 46% en servicios asociados a consulta externa.

En cuanto a los servicios hospitalarios habilitados, corresponden en mayor número a “General Adulto” y “obstetricia” con 15 en total y “General Pediátrico con 13; se encuentran habilitados 11 Servicios de Cirugía General dentro de los Quirúrgicos, con igual peso para los niveles II y III.

En Consulta Externa se destaca la habilitación de servicios de “Terapia Respiratoria” (19) y “Enfermería”, “Nutrición y Dietética”, “Odontología” y “Vacunación” con 17. En el caso de los Servicios relacionados con apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se destacan en cuanto a habilitación de servicios, “Laboratorio Clínico” con 21, “Toma de muestras de Laboratorio” con 17, y “Servicio Farmacéutico” con 16.

1.3.1.2 Novedades.

La SDS como entidad habilitadora, en ejercicio de las funciones de vigilancia y control, para mantener actualizado el registro, y de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud, tiene asignadas funciones específicas como el reporte y control de novedades presentadas en el Registro Especial, originadas en el cierre o apertura de servicios, el cambio de representante legal o de domicilio y la disolución o liquidación de la entidad.

Al respecto, mediante información suministrada por la SDS, la Contraloría de Bogotá pudo establecer que desde la entrada en vigencia el Decreto 2309/02, hasta el 5 de abril de 2005, las ESE han reportado 93 novedades por supresión de

servicios, destacándose casos de servicios hospitalarios¹² en El Tunal, San Blas, Usaquén, San Cristóbal, Suba, Usme, Rafael Uribe, UPA Bellavista, Boyacá Real y Española, y finalmente la totalidad de los servicios prestados por el CAMI de La Granja con ocasión de su cierre; estos últimos prestados en la actualidad por el Hospital de Engativá.

De otra parte, las EPS, las ARS, las Entidades Adaptadas y las Entidades de Medicina Prepagada, deberán mantener y actualizar permanentemente las condiciones exigidas por la ley para su habilitación.

1.3.1.3 Inspección, Vigilancia y Control del S.O.G.C.

La Secretaria Distrital de Salud, en desarrollo de sus funciones, debe velar por el respeto a los derechos de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios de salud, función que se lleva a cabo en el área de Vigilancia y Control de la oferta de la entidad, mediante la realización de visitas, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de Habilitación. Por otra parte realiza el trámite de quejas por deficiencias de la calidad en la prestación de los servicios de salud presentadas por los usuarios, y la imposición de medidas de seguridad en situaciones de riesgo para la salud de los usuarios.

En este sentido, la SDS debe verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a las IPS en lo relativo a las condiciones de Capacidad Tecnológico y Científica, de Suficiencia Patrimonial y Financiera y Capacidad Técnico-Administrativa, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes presentados por las mismas.

Los estándares y respectivos componentes que se deben verificar son: Estándares de las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica (Recurso Humano, Infraestructura, Dotación y mantenimiento, Insumos Y Gestión De Insumos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la Prestación del Servicio.

Serán verificados igualmente los estándares de las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera que comprenden: certificado de suficiencia patrimonial y financiera, estados financieros de la vigencia fiscal 2003, Balance detallado y/o anexos al balance general, dictamen del revisor fiscal y fotocopia de la tarjeta profesional, certificación de estados financieros firmados por el representante legal y el contador público, reporte certificado por el revisor fiscal de las cuentas por pagar a proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un periodo de

¹² Servicios suspendidos: Ginecobstetricia (Hosp. Suba, Usaquén, San Cristóbal, Engativá). Terapia Respiratoria (Tunal, Usaquén, Suba, Usme) Ortopedia (Engativá, Suba). Optometría (Usaquén, Tunal, Suba). Hospitalización General Adulto (Usaquén, Suba, Engativá). Hospitalización General Pediátrico (Usaquén, Suba). Cuidado Intermedio Neonatal (Usaquén, Centro Oriente).

360 días, declaración de renta del año gravable inmediatamente anterior a la fecha de habilitación y verificación, anexo de conciliación entre la renta fiscal y la utilidad contable y acta de aprobación de estados financieros a 31 de diciembre de 2003.

De igual manera, se contempla la verificación de los estándares de las Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa que comprenden existencia y representación legal, certificado de registro del revisor fiscal en Supersalud, última renovación de Cámara de Comercio y última renovación de Establecimiento de Comercio.

Para realizar estas labores, la SDS a finales del año 2004 contaba con un equipo humano de carácter interdisciplinario responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, conformado por un grupo de 5 médicos, 7 bacteriólogas, 5 ingenieros sanitarios, 4 odontólogos, 1 química farmacéutica, 2 enfermeros, 1 optómetra y 3 contadores.

Con relación a la responsabilidad de la SDS para certificar las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud que cumplen con los estándares del sistema obligatorio de garantía de calidad, a través de las visitas realizadas, la Contraloría evidenció que de 15.235 prestadores de servicio de salud habilitados, solamente se han visitado 1.473 lo cual significa que el grado de avance a la fecha es del 9.6%, transcurridos 24 meses de haberse registrado y 30 meses desde la fecha de promulgación del Decreto 2309/02. Como resultado se tiene a la fecha un total de 1.213 certificados de los cuales tan solo tres corresponden a hospitales de la red pública distrital, a saber: Tunal, Pablo VI Bosa y Usaquén. Es decir que, para este último año, le corresponde a la SDS visitar el 90.4% restante, para lo cual deberá realizar ingentes esfuerzos, a fin de lograr la certificación de todos los inscritos, evitando el vencimiento de términos, con lo cual, las IPS inscritas perderían su vigencia de habilitación.

Es pertinente destacar que además del recurso humano disponible en la entidad, el 30 de diciembre de 2004 la SDS, suscribió contrato de consultoría No. 482 con la firma HEALTH SERVICE MANGEMENT PROVIDERS S.A. HESMAPROV S.A., por la suma de \$350.000.000, con el fin de realizar la primera fase del proceso de verificación al cumplimiento de las condiciones establecidas en el Decreto 2309 de 2002, cuyo objeto se orientó a la verificación de 178 puntos de atención de Prestadores de Servicios de Salud, distribuidos en 117 puntos de atención ambulatorios con servicios de bajo y mediano nivel de complejidad, 50 puntos de atención hospitalarios con servicios de bajo y mediano nivel de complejidad y 11 puntos de atención hospitalarios con servicios de alto nivel de complejidad.

Con los resultados descritos anteriormente, se presenta para la SDS la necesidad de implementar una estrategia agresiva para abordar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones en salud para la oferta de servicios de salud de Bogotá, denominado “plan de choque” para lo cual, según información suministrada por la misma entidad, la licitación que para tal efecto se encuentra en curso tiene un costo aproximado de \$4.428.130.801 millones de pesos, calculados así: Recurso Humano \$2.955.781.300; Gastos generales \$794.051.073; e Impuestos \$678.298.428, suma que se acerca a los \$5.000 millones de pesos incluyendo otros gastos imprevistos.

El Plan planteado establece como meta, que antes de octubre de 2005 la Secretaría deberá haber verificado el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación y desarrollada la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en el 100% de los prestadores de servicios del Distrito Capital.

1.3.2. La Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las IPS, las EPS, las ARS, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica los siguientes procesos: Realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud igualmente incluye el concepto de Auditoría Médica.

Para el desarrollo de los Procesos de Auditoría se han previsto niveles de operación: autocontrol¹³, auditoría interna¹⁴ y auditoría externa¹⁵. Las instituciones obligadas a desarrollar los procesos de auditoría tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia del Decreto 2309/02 (25 de Octubre de 2002), para diseñar e implantar los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de

¹³ Cada miembro de la Entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

¹⁴ Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

¹⁵ Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

la Calidad de la Atención de Salud.

En desarrollo de la auditoria, las Empresas Sociales del Estado de la red distrital han avanzado en la planeación, ejecución y verificación de los procedimientos médico - asistenciales con el fin de revisar el cumplimiento de los nueve estándares del Sistema Único de Acreditación, labor esta que ha sido adelantada por las Oficinas de Control y Gestión de la Calidad de cada uno de los Hospitales y/o por las Oficinas de Gestión Pública y Autocontrol de la SDS, dependencias que realizaron verificación y control de la calidad los servicios asistenciales en salud que ofrece en sus componentes de demanda, oferta, procesos, resultados e impactos, a través de auditorías médicas en las áreas de atención al usuario, historias clínicas, sistema de referencia y contrarreferencia.

Para la realización y monitoreo permanente al Sistema de Garantía de la Calidad algunos hospitales como el de Engativá, han implementado un sistema de control estratégico y de calidad denominado "Balanced Scorecard", el cual permite a través de 19 tableros de mando observar el comportamiento de los indicadores de resultados y evaluar la gestión y calidad de la salud, constituyéndose en una herramienta de gran ayuda para monitorear cada una de las variables de la gestión de calidad. Sin embargo debe mantenerse actualizada, a fin de permitir un seguimiento a la planeación realizada por las ESE en cumplimiento de la misión y visión propuesta.

Para la vigencia fiscal 2004, las ESE presentaron informes anuales de habilitación por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol e informes del programa financiero, los cuales han sido objeto de revisión por parte del ente territorial, encontrando los avances que hasta la fecha reportaron.

La SDS por su parte durante la vigencia Fiscal 2004 realizó el ajuste y apoyo a la implementación del Sistema de Mejoramiento de la Calidad a los Prestadores de Servicios de Salud, para lo cual practicó visitas a 14 IPS públicas y/o privadas de III Nivel de atención, prestando asistencia técnica para el fortalecimiento de los programas de auditoría; presentó los lineamientos y estándares de humanización en algunos hospitales de la red adscrita; realizó 9 capacitaciones a prestadores de servicios de salud, en temas relacionados con calidad de la atención en salud. Se cumplió con el sexto programa de control de calidad externo en inmunohematología mediante la entrega a los bancos de sangre de la red distrital de paneles de control de calidad y se contrató el control de calidad de los componentes sanguíneos procesados en el Hemocentro, con un laboratorio especializado en hemostasia.

En cuanto a la asesoría y apoyo en la definición de acciones y estrategias de mejoramiento para disminuir barreras de acceso en las ESE adscritas en los servicios considerados prioritarios, se evaluaron los Hospitales San Blas y Occidente de Kennedy, definiendo planes de mejoramiento. Se evaluó el

IACTP 18
/ 9



cumplimiento del plan de mejoramiento del hospital Engativá en cada punto de atención.

Se culminó con el programa de certificación de médicos generales de las ESE realizado a través de ASCOFAME con la participación de 170 médicos.

No obstante estas acciones de auditoría desplegadas por la SDS, se observó la atomización de actividades, sin ninguna planeación estratégica para cumplir un Plan de Auditoría preciso con programas y procedimientos específicos, que permitan evaluar el cumplimiento de requisitos y comparar entre la calidad observada y la calidad esperada.

1.3.3 Sistema Único de Acreditación.

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, de las EPS, las ARS, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

El Sistema Único de Acreditación se guía por los principios de Confidencialidad¹⁶, Eficiencia¹⁷ y Gradualidad¹⁸ y estará orientado y dirigido por una única Entidad Acreditadora, seleccionada por el Ministerio de Salud, la cual, para el caso del Distrito Capital, es la Secretaría Distrital de Salud, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación a las entidades que se acojan a este proceso¹⁹.

Durante los primeros tres (3) años contados a partir del 25 de Octubre de 2002, la entidad acreditadora debe aplicar los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto adoptó el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social. con posterioridad a esta fecha se aplicarán los estándares que defina el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC)²⁰.

Para efectos de ejercer las funciones de vigilancia, inspección y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para

¹⁶ La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones.

¹⁷ Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

¹⁸ El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

¹⁹ Decreto 2309 de 2002, Artículo 48

²⁰ Decreto 2309 de 2002, Artículo 49.

realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.²¹

Los procedimientos de evaluación de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud son los señalados en el Manual de Estándares que establecen las Condiciones Tecnológicas y Científicas y Suficiencia Patrimonial para la Habilitación y la Acreditación de los servicios ofrecidos²².

Con relación a estas condiciones, como ya se mencionó pudo la Contraloría evidenciar que para las ESE adscritas a la red distrital, se asignaron los recursos necesarios para cumplir con tales condiciones, lo cual permitió que efectuaran la respectiva inscripción, lo propio hicieron las IPS particulares, quedando pendiente la verificación del cumplimiento para el otorgamiento de la certificación.

1.3.4 Sistema de Información para la Calidad.

La SDS como entidad acreditadora tiene la competencia y la responsabilidad del manejo de los sistemas de información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para lo cual a través del área de Vigilancia y Control de la Oferta desarrolló las acciones que van desde la socialización de la normatividad, capacitación a prestadores, divulgación de estándares que han obtenido la acreditación.

- Socializó la normatividad inherente al Proceso de Habilitación dentro de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- Capacitó a los Prestadores de Servicios de Salud en temas relacionados con la calidad de la atención en salud.
- Divulgó los estándares de evaluación y del procedimiento operativo que deben efectuar las organizaciones de Salud para presentarse al proceso de acreditación.
- Elaboró y actualizó de manera permanente un censo de las IPS con el fin de verificar la Información contenida en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Remitió a la Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, la información correspondiente a las novedades presentadas en este registro especial.
- Diseñó, sistematizó y mantuvo actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participan en el sistema Unico de Acreditación.

²¹ Decreto 2309 de 2002. Artículo 50.

²² Resolución 1439 de 2002. Artículos 1 al 5. Resolución 1474 de 2002. Artículo 1.



- Realizó la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la Acreditación.
- Promovió el Sistema Unico de Acreditación.

Es de anotar que la SDS implantó un sistema operativo que permite mantener actualizada la base de datos correspondiente a la información relacionada con el registro y las evaluaciones del cumplimiento de los estándares de habilitación y el componente de auditoría de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Este programa se desarrolló en el Programa operativo ORACLE denominado "Módulo de Vigilancia y Control"; el cual permite adelantar todas las etapas del proceso de verificación a las entidades de salud incluidas en el proceso de habilitación, sin embargo a la fecha del presente informe falta verificar el 90% de las IPS inscritas.

1.4 CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES

El presente capítulo hace mención únicamente al estándar correspondiente a la suficiencia patrimonial y financiera.

1.4.1 Suficiencia Patrimonial y Financiera

Se realizó análisis de la suficiencia patrimonial de las Empresas Sociales del Estado - ESE del D.C. con corte a 31 de Diciembre de 2004, con base en las certificaciones expedidas por los Revisores Fiscales de cada una de las ESE de la red pública distrital.

**TABLA 3
ANALISIS DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO A 31-12-2004**

SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA						
HOSPITAL	Suficiencia Patrimonial 31 Dic 2004		Obligaciones Mercantiles 31 Dic 2004		Obligaciones Laborales 31 Dic 2004	
Simón Bolívar	20,394,790	207.61%	0	0.00%	0	0.00%
	9,823,431		26,501,979		26,501,979	
La Victoria	6,916,200,724	298.70%	0	0.00%	0	0.00%
	2,315,452,551		6,068,793,311		6,068,793,311	
El Tunal		148.89%		0.00%		21.47%
Kennedy III Nivel	29,330,233,000	312.80%	11,650,759	0.07%	0	0.00%
	9,376,551,000		15,783,697,000		15,783,697,000	
Santa Clara	16,632,654,080	456.07%	1,252,236,002	17.40%	74,979,731	1.04%
	3,646,982,703		7,195,454,693		7,195,414,693	
San Blas	7,170,741,906	165.20%	1,327,375,840	29.95%	339,891,000	7.67%
	4,340,609,403		4,431,914,491		4,431,914,491	
Tunjuelito	6,526,637	248.65%	1,021,877	29.82%	781,265	22.80%

ACTIF 21/08



SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA						
HOSPITAL	Suficiencia Patrimonial 31 Dic 2004		Obligaciones Mercantiles 31 Dic 2004		Obligaciones Laborales 31 Dic 2004	
	2,624,786		3,426,431		3,426,431	
Bosa	3.927.245.634	111.46%	0	0.00%	0	0.00%
	3.523.329.742		2.601.160.926		2.601.160.926	
Fontibón	7,879,222	135.46%	2,731	0.09%	0	0.00%
	5,816,724		2,892,080		2,892,080	
Engativá	11,244,618	296.21%	48,899	0.94%	2,016,920	38.62%
	3,796,128		5,222,532		5,222,532	
Meissen	10,618,692	125.28%	349,161	4.45%	1,376,123	17.53%
	8,475,663		7,848,006		7,848,006	
Centro Oriente	496,035,400	142.92%	0	0.00%	0	0.00%
	3,470,777		4,927,795		4,927,795	
Usaquén	3,714,610,813	126.95%	0	0.00%	0	0.00%
	2,926,112,101		2,757,543,643		2,757,543,643	
Chapinero	2,816,259	154.24%				
	1,825,953					
San Cristóbal	4,607,018	362.15%				
	1,272,136					
Usme	10,099,335	203.83%				
	4,954,719					
Pablo VI Bosa	8,730,770	93.63%	354,235	83.46%	1,008,151	237.52%
	9,325,130		424,446		424,446	
Sur	4,340,916	80.19%	0	0.00%	1,750,712	23.03%
	5,413,310		7,600,779		1,600,779	
Suba	10,247,829,954	127.60%	10,114,711	0.21%	0	0.00%
	8,031,463,487		4,930,643,237		4,930,643,237	
Rafael Uribe Uribe	3,621,082	84.80%	1,627	9.00%	0	0.00%
	4,269,912		1,839,116		1,839,116	
Vista Hermosa	10,213,079	123.02%	0	0.00%	0	0.00%
	8,301,895		3,046,300		3,046,300	
Nazareth	1,692,357	112.81%	0	0.00%	0	0.00%
	1,500,201		51,139		51,319	

Fuente: Certificados expedidos por los Revisores Fiscales de las ESE- 31 Diciembre de 2004.
Elaboró: SAS Salud- Contraloría Distrital 2005.

Del cuadro anterior, puede observarse con base en los parámetros fijados en el artículo 5 de la Resolución No 1439 del 1º. De Noviembre de 2002 emanada del Ministerio de Salud, que de los 22 hospitales de la red pública distrital, 21 cumplen con esta condición a 31 de diciembre de 2004 a excepción de Pablo VI Bosa, donde sus obligaciones mercantiles mayores a 360 días son del 83,46% superando en 33,46% el tope establecido en la citada norma, situación similar se

IA CIP 20
/ 98



presenta con las obligaciones laborales de más de 360 días que no pueden superar el 50% del pasivo corriente, sin embargo corresponden 237,52% de esta obligación, sobrepasando en forma exagerada lo señalado en el numeral 3 del artículo 5 de la resolución mencionada.

La anterior situación amerita que la SDS en su proceso de auditoria y seguimiento, establezca la pertinencia de aplicar en este caso, lo establecido en el artículo 18 del Decreto 2309/ 02, relacionado con la revocatoria de la habilitación. Es por lo expuesto, que esta Contraloría reitera sobre la necesidad de ejercer un adecuado control y seguimiento a fin de que las ESE adscritas a la red pública distrital y en general todas las IPS prestadoras en Bogotá cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en beneficio de los usuarios de este servicio.

2. HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO – VIGENCIA 2004

La Empresa Social del Estado, Hospital Fontibón II Nivel, es una entidad pública descentralizada de categoría especial del orden Distrital dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., quien ejerce sobre ella el control de tutela. Es integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se encuentra sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1.993 y sus decretos reglamentarios, y el acuerdo 17 de 1,997 del Concejo de Bogotá.

En el año 1990 por medio del Acuerdo 19 del Consejo Distrital, se consolida estructural y orgánicamente el Hospital San Pablo I nivel de atención, en 1997 los hospitales del Distrito se transforman en Empresas Sociales del Estado con categoría especial de Entidad Pública descentralizada del Orden Distrital y se establecen los lineamientos bajo los cuales se descentralizan los Hospitales del Distrito tanto en su manejo presupuestal, financiero, de control y de prestación de servicios. A partir de 1998 se cambia el nombre del Hospital Fontibón II Nivel de Atención por el de "Hospital Fontibón II nivel ESE.

Mediante Acuerdo 11 de Junio 22 de 2000, el Concejo de Bogotá D.C. ordenó la fusión de los Hospitales Fontibón II nivel y San Pablo I Nivel ESEs, con la denominación HOSPITAL FONTIBÓN ESE. Así mismo los CAMI, UPAS Y UBAS adscritos a estos Hospitales, pasaron a formar parte de la nueva Empresa. La estructura orgánica esta encabezada por una Junta Directiva como órgano máximo de Dirección y de un gerente como representante legal del cual dependen en línea de autoridad directa un grupo de soporte técnico en planeación, una oficina de Gestión Pública y Autocontrol, una oficina de Participación Social y Atención al usuario y las Subgerencias de Servicios de Salud y Administrativa y Financiera.

Con respecto a su gestión durante la vigencia 2004, el hospital presentó activos totales por valor de \$10.869.3 millones, que comparados con los correspondientes al año 2003 reportan un incremento de \$1.400.6 millones, equivalente al 67%, participando los activos corrientes con un 66% y los no corriente con el restante 34%. La cuenta más representativa dentro de los activos es la de deudores con el 28.3% del total.

La cuenta que presento mayor variación en el 2004 con respecto a la vigencia 2003, es la de otros activos, en la que sobresalen los gastos pagados por anticipado que reflejan un aumento superior al 128%, al pasar de \$1.847.7 millones a \$3.290.2 millones.

El pasivo del Hospital registró un saldo de \$2.892.0 millones, representados por las Cuentas por Pagar a acreedores y obligaciones laborales, ésta última integrada por salarios y prestaciones sociales- laborales por valor de \$1.111.8 millones, siendo la más representativa.

Así mismo, durante el 2004 fueron incorporados a los estados contables del hospital edificaciones que cumplieron su trámite de legalización, así: Predio de la carrera 104 No.29-31 por valor de \$110. 2 millones, predio de la carrera 104 No.29-41 (CAMI I) por valor de \$1.204.1 millones y predio de la carrera 104 No. 29-53 por valor de \$75.4 millones; quedando pendiente la legalización de cinco (5) predios que suman \$2.159.9 millones, los cuales se encuentran en trámite.

El Patrimonio institucional para el año 2004, fue positivo de \$7.879.2 millones, que representa el valor de los aportes en dinero o especie de los entes públicos, privados o personas naturales, donde se incremento el Capital Fiscal en 118% con respecto a la vigencia del 2003.

Se presentaron Gastos por valor de \$9.362.6 millones, siendo los más representativos en un 88% los Gastos Administrativos equivalentes a \$8.297.8 millones. Los Costos por Venta de Servicios sumaron \$10.463.7 millones, equivalentes al 59% del total de los ingresos por venta de servicios.

VACIF 25
/ 98



**3. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE
INTEGRAL A LA GESTION DE LA VIGENCIA 2004**

ACIF 26/8



Dra. LILIANA MARCELA MEZA

Presidente Junta Directiva

Dr. REYES MURILLO HIGUERA

Gerente

Hospital Fontibón II nivel de atención

Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital Fontibón II nivel de atención, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2004 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2004.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno junto con la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoría, deberán ser corregidos por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por consiguiente en la eficiente y efectiva producción y prestación de servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de auditoría gubernamentales compatibles con las de general aceptación, así como las políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá, por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto sobre la gestión y los resultados

En los resultados relacionados con la cobertura en la prestación de servicios, el hospital reporta disminución durante el 2004 con respecto a la vigencia 2003, en los servicios de: consulta de medicina general, consulta de medicina especializada, consulta de urgencias, partos y cirugías en los porcentajes descritos en el capítulo de Balance Social del presente informe, lo cual contrasta con el aumento en los costos de prestación de servicios (mano de obra e insumos).

Las objeciones para el año 2004 ascienden a \$602.6 millones, de los cuales el 56.07% (\$479.0 millones) corresponde a glosa definitiva del FFDS. El valor de la glosa definitiva alcanza el 3.09% de los ingresos recaudados en la vigencia. El monto total facturado para la vigencia 2004 fue de \$12.597.28 millones, por concepto de pagadores por evento y radicó facturas por capitación por la suma de \$3,724.2 millones y la glosa definitiva y aceptada fue de \$123,6 (3.32% de la facturación).

El Sistema de Control Interno del hospital obtuvo una calificación de 2.9 que lo ubica en la escala de REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO, observándose debilidades en las políticas de mejoramiento continuo; es así como se observa un bajo nivel de impacto de las recomendaciones relacionadas con el mejoramiento del sistema, la no formulación ni adopción de acciones de mejoramiento, el elevado número de procedimientos desagregados e independientes y no estructurados hacia el desarrollo de procesos administrativos, las debilidades de los sistemas de información y de archivo documental, el incumplimiento de las normas de contratación por parte de los supervisores de los contratos, la falta de definición de líneas de autoridad, responsabilidad y funciones por grupos operativos; aspectos a reforzar para garantizar el mejoramiento de la gestión institucional. No obstante se resaltan como fortalezas del Sistema de Control Interno, el buen nivel de cobertura y calidad de los informes de auditoría interna.

Con respecto al Sistema de Control Interno ambiental se evidencian fallas en la etapa de control a los establecimientos vigilados y controlados (líneas de intervención del PAB), específicamente en los proyectos especiales del Frigorífico Guadalupe y la leche en el Distrito. Con respecto a la gestión de los residuos hospitalarios de la institución, se observa un ineficiente resultado en la labor de segregación y registro de los residuos generados por la entidad, con lo que se evidencia que el hospital no ejecuta sus actividades bajo parámetros adecuados de sostenibilidad ambiental.

Los hallazgos presentados en los párrafos anteriores, nos permiten conceptuar que en la gestión adelantada por la administración de la entidad, no se ha



implementado un Sistema de Control Interno que le ofrezca garantía en el manejo de los recursos; lo cual ha incidido en que no se hayan cumplido en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Opinión sobre los Estados Contables Hospital Fontibón

Una vez analizadas las cifras presentadas en los estados financieros del Hospital Fontibón II nivel del año 2004 y evaluado el sistema de control interno contable se puede observar lo siguiente:

Según conciliación bancaria, se encontró en las cuentas de ahorros Nos. 007300524704 y 007369999813 del Banco DAVIVIENDA, consignaciones por valor de \$6.07 millones y \$459 mil sin registrar en los libros contables, generándose a 31 de diciembre de 2004, una subestimación en esta cuenta.

Se observó que la cuenta de Responsabilidad en Procesos, presenta un saldo de \$70.9 millones, evidenciándose que se encuentra subestimada en \$11.0 millones, que corresponden a elementos que han sido hurtados por valor de \$10.7 millones y los faltantes por valor de \$ 0.374 mil del inventario realizado a Farmacia, que no han sido registrados en esta cuenta.

Según verificación hecha a la cuenta de Responsabilidad Fiscal, se observó que se encuentra registrada la investigación contra la Jefe de Enfermería de la Unidad Primaria de Atención, por la pérdida de un detector Doppler fetal avaluado en \$941 mil. Según comunicación de la Subdirección de Jurisdicción Coactiva de la Contraloría de Bogotá, este proceso fue fallado mediante el expediente No.1124 con fallo de Responsabilidad, que de conformidad con sus constancia quedó en firme desde el 23 de noviembre de 1999, habiéndose pagado \$718 mil por concepto de capital y \$774 mil por concepto de intereses; con lo que se evidencia una sobrestimación en la cuenta de Responsabilidad Fiscal por valor de \$941 mil.

No fueron registrados en la cuenta Pasivos Estimados – Provisión para contingencia, los procesos laborales administrativos por valor de \$40.5 millones y los procesos de reparación directa por valor de \$971.1 millones, generándose una subestimación en esta cuenta. Dicha situación evidencia debilidades en los canales de comunicación entre las diferentes dependencias.

En desarrollo del contrato No. 020 de 2003 suscrito entre el Hospital Fontibón y el FFDS, se efectuó reservas de Glosa a la Entidad por concepto de POS \$588.8 millones y por concepto de PAB \$231.4 millones, correspondientes a la facturación presentada por la venta de servicios de salud entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2004, evidenciándose que no están registradas contablemente en la cuenta de orden deudores, generándose una subestimación en esta cuenta.

En la cuenta Propiedad Planta y Equipo – Equipo de Quirófano de Sala, se encuentra registrada una Máquina de Anestesia por valor de \$1, debido a su depreciación. Igualmente se encuentra esta maquina registrada en la cuenta: Bienes Inmuebles en Comodato por valor de \$52.3 millones, sin tener en cuenta que durante el año 2003, este bien fue cedido por parte del Hospital Santa Clara, generándose una sobre estimación en esta última cuenta.

Igualmente se observa un registro de anticipo por valor de \$9.9 millones en la cuenta de Avances y Anticipos Entregados, producto del Convenio suscrito con la Escuela de Ingenieros, el cual fue legalizado el 14 de octubre de 2004, evidenciándose una sobreestimación en dicha cuenta y una subestimación en la cuenta de Gastos a 31 de diciembre de 2004.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los estados contables del hospital Fontibón II nivel, presentan razonablemente la situación financiera por el año terminado el 31 de diciembre de 2004, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el cuadro de hallazgos (capítulo 5), se establecieron 22 hallazgos administrativos, de los cuales 4 tienen alcance disciplinario que serán puestos en conocimiento de la Personería de Bogotá.

Concepto sobre fenecimiento

Por el concepto desfavorable emitido en cuanto a la gestión realizada, el incumplimiento de normas contractuales, la no implementación de un efectivo Sistema de Control Interno que ofrezca garantía en el manejo de los recursos, el cumplimiento parcial de metas y objetivos propuestos, el equipo auditor conceptúa que la cuenta rendida por el hospital Fontibón correspondiente a la vigencia 2004, no se fenece.

A fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas en la auditoría a la vigencia 2004, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los quince días al recibido del presente informe.

ACTP 30
92



El Plan de Mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto a cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución, de conformidad con las Resoluciones No.053 de 2001 y 023 de 2002 emanadas de este ente de control.

Bogotá, D.C., Julio de 2005

OLGA LUCIA JIMENEZ OROSTEGUI
Directora Técnica Sector Salud y Bienestar Social

4. RESULTADOS DE LA AUDITORIA A LA VIGENCIA 2004

4.1 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

TABLA 4
SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR CUENTA ANUAL VIGENCIA 2002.

OBSERVACION	ACCION PROGRAMADA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	RAN -GO
4.2.2.2. En el plan de manejo de riesgos del hospital se observó, que no han sido incorporados la totalidad de los riesgos que se puedan presentar en las diferentes áreas y además no han socializado una matriz de riesgos generales con los funcionarios, para que tengan un conocimiento claro de los diferentes riesgos que puedan afectar el normal desarrollo de las actividades realizadas en el hospital.	Realizar revisión de cada uno de los procesos que componen en todas las áreas. Ajustar los procesos al nuevo sistema de operación de Dinámica Gerencial. Definir los riesgos ya establecidos previamente así como su priorización. Establecer los factores de prevención para los riesgos priorizados, así como realizar seguimiento a los mismos. Socializar con cada uno de los funcionarios los nuevos procesos con sus respectivos riesgos y factores de prevención	Noviembre de 2.003	Diciembre de 2.004	En el año 2003 se incorporaron dentro de los procedimientos los riesgos debidamente ponderados por: Frecuencia, probabilidad, intensidad, valor, priorización, factor crítico y prevención. Falta el seguimiento y la sensibilización e interiorización por parte de cada uno de los funcionarios	1
4.2.2.3. Con un nivel de riesgo mediano, la dependencia de Gestión Pública y Autocontrol evalúa el trabajo desarrollado en cada una de las áreas y efectúa observaciones; Sin embargo pese a lo anterior se refleja que el proceso de revisión y seguimiento a los riesgos presentados a cada una de las áreas no se ha afectado; por cuanto no existe continuidad de parte de los coordinadores al no efectuar reuniones periódicas con los funcionarios para que con su participación hagan su aporte, para lograr el mejoramiento continuo de cada uno de los procesos.	Comunicado a funcionarios involucrados en los procesos	Noviembre de 2.003	Diciembre de 2.004	En la auditoria a la vigencia 2004 se determinó que la inconsistencia se sigue presentando, al no socializarse las observaciones producto de las auditorias internas, entre los funcionarios de nivel operativo y las áreas no realizan los planes de mejoramiento.	0
4.2.3.4. El hospital cuenta con una planta total de 273 cargos, de los cuales 251 están ocupados actualmente. En relación con este aspecto la Oficina de Talento Humano posee un archivo manual de hojas debidamente actualizado, pero que presenta deficiencias en cuanto a su plena identificación, específicamente en su foliación.	Clasificación de las hojas de vida, ordenadas en orden cronológico e identificadas a través de sistema numérico	Noviembre 1° de 2003	Enero 30 de 2004	En la auditoria a la vigencia 2004 se detectó que la inconsistencia se sigue presentando, al incumplirse por parte del Hospital la normatividad general para el manejo de expedientes de historia laboral, como se puede evidenciar en la evaluación del Sistema de Control Interno, fase de operacionalización de los elementos componente Desarrollo del Talento Humano.	0

OBSERVACION	ACCION PROGRAMADA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	RAN -GO
4.2.4.3. El hospital no cuenta con una oficina o responsable central para recopilar, almacenar y archivar esta normatividad en forma técnica, física y sistematizada, que facilite su oportuna consulta. De otra parte existen deficiencias en la socialización de las normas lo que puede afectar la debida protección y utilización racional de los recursos con cuenta el hospital.	Implantación del servicio de microent en el hospital para consulta de la normatividad.	Noviembre de 2003	Noviembre de 2003	No obstante la implementación del Internet en algunas dependencias de la entidad, se registra el incumplimiento a la designación de una dependencia encargada de la administración de las normas, lo cual se hace más evidente en el manejo de la normatividad externa (Evaluación del Sistema de Control Interno, fase de Documentación componente Normas y Disposiciones Internas).	1
4.3.1.1. En el Acta de apertura firmada en el mes de Octubre de 2002, se aprecia que están avalando al mismo tiempo los tres (3) libros Oficiales, a saber: Mayor y Balances (hojas foliadas útiles de 1 a 200 folios); el Diario (Hojas foliadas útiles de 1 a 200 y el libro Inventario y Balances (hojas foliadas útiles de 1 a 5000, situación que no es procedente por cuanto debe ser acta por cada libro haciendo mención solamente a los registros allí contenidos. (Pág. 54)	-Habilitar un acta independiente para el libro Mayor -Realizar habilitación de los folios utilizados en el libro de Inventarios y proceder a su cierre.	Octubre de 2,003	Octubre de 2,003	Se hicieron actas firmadas y separadas para cada uno de los libros Mayor y Balances y Diario, para la vigencia del 2004.	2
4.3.1.5. "Se evidenció que el hospital no cuenta con libros auxiliares debidamente impresos, que contengan el detalle de los registros contables necesarios para el control de las operaciones, como por ejemplo el correspondiente a deudores y a las cuentas por pagar, infringiendo de esta manera lo normado en el numeral 1.2.7.2. del Plan General de Contabilidad Pública adoptado mediante Resolución 400 de 2000, expedida por el Contador general de la Nación, referente a los libros auxiliares". (Pág. 58)	El nuevo sistema de información garantiza copias automáticas a diario de la información producida, lo cual facilita en un momento determinado la impresión del libro auxiliar solicitado. Sin embargo, teniendo en cuenta lo extenso de estos libros y las políticas de austeridad estos serán conservados en medio magnético (copias de seguridad y se imprimirán de acuerdo a los requerimientos).	Septiembre de 2003	Septiembre de 2003	El hospital no cuenta con libros auxiliares impresos que contengan los registros contables para el control de operaciones, dado el volumen que ellos representan. No obstante se conserva la información en medio magnético y son impresos en el momento en que son necesitados.	1
4.3.1.6 4.3.1.10 "Se presentó una diferencia por valor de 31.1 millones en la Subcuenta Depósitos recibidos de Terceros a 31 de diciembre de 2002, entre los datos reportados en el Balance General en el cual figura un saldo de cero (0) mientras que en el libro Mayor y Balances aparecen registrados 31.1 millones..." (Pág. 58)	Incluir de forma inmediata los ajustes realizados al sistema de información a fin de que los mismos no se realicen únicamente sobre los informes a validar sino que queden registrados en los Libros Oficiales.	Junio de 2003	Junio de 2003	Se realizo la revisión a los libros Mayor y Balance con los datos reportados en el Balance General a 31 de diciembre de 2004, donde coinciden con los registros de los libros oficiales. Esta situación no se presento para las siguientes vigencia	2
4.3.1.9 En el Grupo Ingresos Operacionales, subcuenta Operaciones Interinstitucionales de Traspaso de Bienes, derechos y obligaciones, se evidenció una diferencia por valor de \$1.1	Incluir de forma inmediata los ajustes realizados al sistema de información a fin de que los mismos no se realicen únicamente sobre los informes a	Junio de 2003	Junio de 2003	La misma situación anterior Se realizo la revisión a los libros Mayor y Balance con los datos reportados en el Balance General a 31 de diciembre de	2

OBSERVACION	ACCION PROGRAMADA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	RAN -GO
millones, entre los datos reportados en el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social a 31 de Diciembre de 2002 que ascienden a \$225.1 millones, y los registros del Libro Mayor y Balances que alcanzan los 224.4 millones".	validar sino que queden registrados en los Libros Oficiales.			2004, donde coinciden con los registros de los libros oficiales.	
4.3.1.10 Al comparar los registros del Estado de Actividad Financiera Económica y Social, correspondiente al Grupo de los Otros Ingresos Extraordinarios por valor de \$70.3 millones y los registros del Libro Mayor y Balances que ascienden a \$71.5 millones, se observó que existe una diferencia por valor de \$1.1 millones	Incluir de forma inmediata los ajustes realizados al sistema de información a fin de que los mismos no se realicen únicamente sobre los informes a validar sino que queden registrados en los Libros Oficiales.	Junio de 2,003	Junio de 2,003	La misma situación se ha corregido para que las cifras reportadas en los formatos entregados a la contraloría Distrital coincidan con los registros de los libros oficiales. Esta situación fue corregida para las siguientes vigencias.	2
4.3.1.7. "En la subcuenta Resultado de Ejercicios anteriores se observó una diferencia por valor de \$1.351.9 millones; por cuanto en los datos reportados en el Balance General figura un valor de \$1.351.9 millones y en el libro Mayor y Balances no figura saldo alguno..."	Realizar el traslado de la utilidad o pérdida del ejercicio de forma simultánea al reporte a los entes de control.	Cierre de cada ejercicio contable	Cierre de cada ejercicio contable	La diferencia corresponde a la utilidad que el Hospital generó para esa vigencia, que el aplicativo Sigma no reflejaba, por cuanto este registro debe hacerse manual inconsistencia que fue corregida..	2
4.3.1.8. En la subcuenta Resultados del ejercicio se observó una diferencia por valor de \$406.2 millones; por cuanto en el libro Mayor y Balances hay registrados 1.351.9 millones; y en el Balance General figura un valor de \$945.7 millones ...". (Pág. 58).	Verificar la exactitud del proceso de cierre de cuentas temporales.	NO SE ESTABLECE	NO SE ESTABLECE	Estas cifras que presentaba el Balance corresponden a las utilidades ó pérdidas que presentan los Estados financieros y que venían acumuladas de vigencias anteriores, la de la vigencia auditada se registran manualmente en el cierre del mes de enero de la siguiente vigencia	2
4.3.1.11. "La certificación de la información Financiera del Hospital exigida por la Contaduría General de la Nación, carece de firma del Representante Legal como responsable de la situación financiera, económica y social de la Entidad; así mismo carece de la firma del Respectivo Revisor Fiscal..." (Pág. 60).	Firmar la certificación mencionada.	Inmediato	Octubre de 2003	En la actualidad no opera el certificado de la información financiera, la Contaduría General exigió para la vigencia 2004, una certificación de los Formatos CGN 96-001 y CGN-96-002 en donde consta que los valores fueron validados con éxito a 31 de diciembre de 2004.	2
4.3.1.12. "En las Notas a los Estados Contables a 31 de Diciembre de 2002, no se revela la información adicional necesaria de los hechos financieros, económicos y sociales más relevantes, como la falta de consistencia y razonabilidad del inventario físico a 31 de Diciembre de 2002 y en las cuentas de orden no se especifica cuales son los predios que están en proceso de legalización.	Se realizaron Las Notas generales y las específicas, las cuales se orientaran a describir partida por partida, y aquellos hechos económicos de relevancia que puedan afectar la situación de la entidad.	Diciembre 2,003	Cortes semestral es	Las notas a los Estados Financieros 31 de diciembre de 2004 no se mencionó algunos de los hechos más relevantes en la institución, como la legalización de los predios y los que quedan pendientes de legalizar.	1
4.3.1.15 al 4.3.1.19 Los mencionados en	Creación de los grupos de	Año 2001	Diciembre	Efectuada la revisión a los	0

ACTE 34
8

OBSERVACION	ACCION PROGRAMADA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	RAN -GO
el informe en los numerales relacionados.	bienes de acuerdo al plan general de Contabilidad Publica		2003	activos físicos del área de Recursos Físicos , se evidencia que continúan algunos elementos sin ser clasificados por grupo	
4.3.1.20. Elaborar acta o informe final de toma física	Elaborar un manual para las personas responsables del conteo	Diciembre de 2003	Diciembre de 2003	Para el año 2004 , se verificó el acta , en donde se imparten las instrucciones para la toma física de los Inventarios .	2
4.3.1.21. Al revisar el libro auxiliar de contabilidad, se observó que los inmuebles y a los elementos devolutivos en depósito; como son los bienes muebles en bodega, no se les cálculo los correspondientes ajustes por inflación.	Recalcular ajustes por inflación. Reconocimiento de bienes inmuebles según precio actual de mercado.	Octubre de 2003	Diciembre de 2003	No fueron suministrado los documentos de las correcciones de los ajustes por inflación.	0
4.3.1.22. Se observo que el hospital no tiene documentos donde amerite la propiedad de los bienes inmuebles.	Oficio CID 438-03 de octubre 1de 2003	Permanente	Permanente	Si se tienen y durante el año 2004, se realizó el avalúo de todos los predios del Hospital y se legalizaron 3 de los 8 predios.	2
4.3.2.1. "En el transcurso de la vigencia se realizaron 12 modificaciones presupuestales que sumaron 1.162.9 millones, igualmente se presentaron 6 adiciones que ascendieron a \$1.415.1 millones y 4 resoluciones de anulación de registros presupuestales por valor de 5.2 millones, lo cual, si bien es permitido en el Decreto Distrital 1138 del 29 de Diciembre de 2000, demuestra una deficiente planeación y programación presupuestal que este más acorde a la realidad de sus actividades misionales e institucionales, donde se programen unos aforos que permitan ejecuciones más acertadas tanto en sus ingresos como en los gastos".	El presupuesto aprobado inicialmente está condicionada por los techos aprobados por el CONFIS, por tal razón a medida que se obtiene un buen nivel de recaudó se permite realizar adiciones a los rubros deficitarios.	Permanente	Permanente	Se sigue presentando la necesidad de adicionar el presupuesto, dadas las dificultades del hospital para la obtención de recursos por venta de servicios.	1
En el área de Tesorería se presentan riesgos que no están identificados en los procedimientos y se ven abocados a dar soluciones no previstas, lo que significa que manejan el riesgo en la medida que se va presentando. "Falta cuantificar los riesgos de cada proceso según metodología gerencial de procesos con su respectiva prevención".	Realizar revisión de cada uno de los procesos que componen el Área Financiera. Ajustar los Procesos al nuevo Sistema de Información Dinámica gerencial. Redefinir los riesgos ya establecidos previamente así como su priorización. Establecer los factores de prevención para los riesgos priorizados, así como realizar seguimiento a los mismos.	Noviembre de 2003	Diciembre de 2003	Durante la vigencia 2003 se actualizaron los procedimientos administrativos de la entidad involucrando los riesgos a nivel de actividades. No obstante no son actualizados los riesgos, como tampoco se socializa a los funcionarios del nivel operativo las auditorias de la Oficina de Control Interno, a los diferentes procesos; con lo que se pierde la oportunidad de lograr la mejora continua.	1
El área Financiera no cuenta con matrices de riesgo, por lo tanto no se cuenta con acciones que permitan establecer que está operando y funcionando y así lograr su pertinencia y validez	Realizar revisión de cada uno de los procesos que componen el área financiera. Ajustar los Procesos al nuevo Sistema de Información Dinámica	Noviembre de 2003	Diciembre de 2003	Durante la vigencia 2003 se actualizaron los procedimientos administrativos de la entidad involucrando los riesgos a nivel de actividades.	1

OBSERVACION	ACCION PROGRAMADA	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	RAN -GO
	Gerencial. Redefinir los riesgos ya establecidos previamente así como su priorización.			No obstante no son actualizados los riesgos, como tampoco se socializa a los funcionarios del nivel operativo las auditorias de la Oficina de Control Interno, a los diferentes procesos; con lo que se pierde la oportunidad de lograr la mejora continua	
No existen mecanismos de protección y custodia de los libros de contabilidad, comprobantes y demás soportes. "Se nota la ausencia de copias de los libros contables tanto en medio físico como magnético para garantizar su custodia y conservación".	Solicitar copias mensuales en medio magnético de la información contable de la entidad.	Noviembre de 2003	Permanente	Los Libros Contables se mantienen bajo adecuadas condiciones de seguridad, tanto en medio físico como en medio documental (a raíz de la implementación del nuevo sistema de Información DINAMICA GERENCIAL	2

Cero (0) Puntos: No cumplido o la acción ejecutada no fue efectiva
 Uno (1) punto: Cumplido parcialmente o acción ejecutada efectiva parcialmente.
 Dos (2) puntos: Acción cumplida.

RANGO:	1.28
Cumplido	10
Cumplimiento Parcial	7
No Cumplido	4
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	64.3%

El cumplimiento de actividades comprometidas en el Plan de Mejoramiento suscrito por el hospital Fontibón II nivel ESE producto de la auditoría fiscal a la gestión adelantada durante la vigencia 2002, alcanzó un rango de 1.28, que indica un cumplimiento parcial del Plan con una eficacia del 64.3%.

4.2 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se evaluaron las cinco fases del Sistema de Control Interno con sus respectivos componentes, de acuerdo a los lineamientos contenidos en las Resoluciones 030 del 21 de mayo de 2003 y 051 del 30 de diciembre de 2004; las cuales establecen los procedimientos del Proceso de Prestación de Servicio Micro de la Contraloría de Bogotá.

Como metodología para evaluar el Sistema de control Interno, El grupo auditor aplicó cuestionarios y verificaciones en la etapa de ejecución en el 60% de las dependencias de la entidad, concentrando las pruebas en la Subgerencia Administrativa (Coordinación Financiera, Área de Presupuesto y Coordinación de Talento Humano), en la Subgerencia de Servicios de Salud – UPA 50 y en la

Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. La evaluación se complementó con los resultados de la ejecución de los programas de auditoría por componentes de integralidad, concluyéndose que el Sistema de Control Interno del Hospital Fontibón II nivel de atención obtuvo una calificación promedio de 2.9 (de 1 a 5), que lo ubica en la escala REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

A continuación se presenta el resultado de la evaluación discriminado por fases y componentes:

4.2.1. Ambiente de control

Una vez evaluada la fase, la calificación promedio obtenida fue de 2.8, que la sitúa en un nivel de desarrollo REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.1.1. Principios y Valores Institucionales

El Hospital adoptó el Código de Ética mediante Resolución No. 628 de octubre 3 de 2002, el cual ha sido socializado a los funcionarios a través de las reuniones de inducción y reinducción. Se evidencian deficiencias en los canales de socialización de los valores éticos y los principios que orientan la dinámica de la organización, así como debilidad en la aprehensión de los mismos por parte de la mayoría de los funcionarios evaluados.

En el personal de planta, se observa un conocimiento parcial de la plataforma estratégica del Hospital y en especial de lo relacionado con el control interno y el autocontrol, el cual es inmediatamente reconocido, como una función de propia de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol.

Con respecto al personal de contrato, es evidente el desconocimiento de las políticas, principios, valores y estrategias que orienta el accionar del hospital, además de la alta rotación que impide el crecimiento de ese capital humano en detrimento de los fines económicos y sociales de la Entidad.

Este componente obtuvo una calificación de 2,9 considerada REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.1.2. Compromiso y respaldo de la alta dirección

Se resalta la buena calidad de los informes de auditoría que elabora la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol sobre los procesos administrativos y asistenciales del hospital, no obstante haberse evidenciado durante el 2004, que muchas de las recomendaciones planteadas en dichos documentos no fueron tenidas en cuenta por parte de cada una de las dependencias o áreas evaluadas; situación que se

evidencia en la reiteración de observaciones en los informes de auditoría, perdiéndose la oportunidad de implementar mecanismos de mejoramiento continuo.

Así mismo se observa en el Comité Directivo, la adopción de decisiones sobre la implementación de mecanismos de control a procesos, sobre las cuales no se hace seguimiento a su implementación, generando que se sigan presentando indefinidamente las observaciones ya planteados (p ej: informes de supervisores de los contratos, listados de precios de los elementos, materiales o insumos utilizados por el hospital).

Se concluye que el nivel directivo acepta las propuestas de mejoramiento pero no las gerencia, hay poco compromiso por parte de la Alta Dirección para alcanzar mayores niveles de eficiencia en su gestión y no se le da mayor importancia al mejoramiento del Sistema de Control Interno. Analizadas las actas de los Comités de Control Interno y de Junta Directiva de la vigencia 2004, no se encuentra referencia a los planes de mejoramiento relacionados con los informes de auditoría interna, ni se toman medidas para que las observaciones no sean reiterativas.

Este componente obtuvo una calificación de 2.8 considerada REGULAR con un MEDIANO riesgo.

4.2.1.3. Cultura de Autocontrol

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol realizó durante de la vigencia 2004 charlas de sensibilización y capacitación sobre autocontrol en las dependencias.

Son evidentes las fallas en la supervisión de los contratos, al ser reiterado que no se cumple con las actas de liquidación contractual, ni con los informes que deben presentar los supervisores sobre la correcta ejecución de los contratos, lo cual deja de manifiesto la omisión de los funcionarios que han sido delegados precisamente para controlar su correcto desarrollo. Así mismo se pone en riesgo la estabilidad económica de la entidad al expedirse certificados de aprobación de pólizas en fechas anteriores a la de su expedición y se oculta la fecha de expedición de las mismas, mediante firmas sobre el registro.

En este componente se obtuvo una calificación de 2.8 considerada REGULAR con un nivel de riesgo MEDIO.

4.2.1.4 Cultura de Diálogo

A pesar de la sencilla estructura administrativa de la entidad y de la creación de los Comités de Área cuyo objetivo es socializar entre los funcionarios del nivel

operativo las directrices de la alta gerencia, se evidencian barreras en la comunicación entre el nivel directivo y el nivel operativo. Así mismo se observa como debilidad del sistema, la falta de socialización de los informes elaborados por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol entre los funcionarios de nivel operativo, quienes deben ser los primeros en conocer las fallas de sus procesos y las desviaciones de sus planes, con el fin de realizar los ajustes oportunamente.

En este componente se obtuvo una calificación promedio de 2.9 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.2. Administración del riesgo

Una vez evaluada esta fase, la calificación promedio obtenida fue de 3.1, situándola en escala BUENA, con un nivel de MEDIO.

4.2.2.1. Valoración del riesgo

La entidad no tiene formulada la estructura del riesgo global a la que está expuesta, que parte de los riesgos de nivel estratégico relacionados con su macroentorno (factores económicos, sociales, políticos, legales y tecnológicos a que esta expuesta). Así mismo no cuenta con la identificación de los riesgos del entorno inmediato que tienen que ver con los competidores, proveedores y clientes. Los esfuerzos del hospital durante el año 2003, se concentraron en la implementación de una metodología para la identificación y valoración de riesgos internos asociados al desarrollo de actividades por dependencias. De esta manera se identifican riesgos por actividades de cada proceso, priorizados cuantitativamente bajo parámetros de frecuencia, intensidad y posibilidad de ocurrencia.

Es necesario evaluar periódicamente la vigencia del Plan de Manejo de Riesgos por parte de los funcionarios involucrados en el desarrollo de los procesos y procedimientos, ya que aunque estos nunca dejan de representar una amenaza para la institución, su impacto variará en la medida que se adelanten acciones efectivas para su mitigación.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.1 considerada BUENA con un riesgo MEDIANO.

4.2.2.2. Manejo del riesgo

Es adecuado el manejo de los riesgos internos, al hacer parte de la totalidad de los procedimientos administrativos de la entidad, pero se dificulta su control, dado que la mayoría de actividades que conforman los 213 procedimientos de la entidad

están asociadas a un riesgo. Adicionalmente como se mencionó en el numeral anterior, la entidad no ha identificado los riesgos del ambiente externos y por ende no cuenta con registro de plan que los mitigue.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.1 considerada BUENA, riesgo MEDIANO.

4.2.2.3. Monitoreo

Es de resaltar el esfuerzo hecho por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, en relación con el seguimiento que durante la vigencia 2004 realizó sobre la implementación de los procedimientos administrativos de la entidad. A pesar de la labor desarrollada, llama la atención el bajo nivel de eficacia de los informes de auditoría como insumo para la implementación de acciones de mejoramiento, además de la escasa socialización de los mismos entre los funcionarios de nivel operativo.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.1 considerada BUENA con un riesgo MEDIANO.

4.2.3. Operacionalización de los elementos

Una vez evaluada la fase, la calificación promedio obtenida fue de 3.2 situándola en escala BUENA, con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.3.1. Esquema Organizacional

Mediante Acuerdo No. 004 de 2000 la Junta Directiva del Hospital Fontibón determina la estructura organizacional y dicta otras disposiciones. Dicha estructura orgánica esta encabezada por la Junta Directiva y la Gerencia, de la cual dependen dos Oficinas (Gestión Pública y Autocontrol y Participación Social y Atención al Usuario) y dos Subgerencias (Servicios de Salud y Administrativa y Financiera). Adicionalmente, la Gerencia cuenta con dos grupos de soporte técnico (Jurídico y Planeación, Mercadeo y Sistemas).

Dada la diversidad funcional de las Subgerencias se han creado Grupos de trabajo bajo la coordinación de un funcionario de nivel profesional (Talento Humano, Financiera, Recursos Físicos, Control interno Disciplinario, Coordinación de CAMI, Coordinación de UPA, Coordinación Centro Día, Coordinación Salud Pública y Farmacia), los cuales a su vez cuentan con funcionarios responsables de procesos (Nómina, Salud Ocupacional, Bienestar Social, Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Cartera, Facturación, Almacén, Trabajo Social y los Coordinadores de los diferentes servicios hospitalarios). No obstante haberse definido mediante la

Resolución 154 de 2001 las funciones generales de los coordinadores de grupo, no se han definido las funciones de los grupos operativos, las cuales siguen asignadas a las subgerencias.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 2.8 considerada REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.3.2 Planeación

El Hospital Fontibón formuló el Plan Indicativo para el período 2002-2004, el cual se compone de cuatro políticas: Optimización del clima organizacional, Atención al usuario con vocación del servicio, Productividad y Gestión eficiente y con resultados; el plan se estructura por subgerencias y áreas y su seguimiento se realiza a través: Política, producto, metas, nivel de referencia, indicadores, cronograma, porcentaje de ejecución y observaciones.

En concordancia con el Plan de Gestión Ambiental –PGA-, adoptado mediante el Decreto Distrital No. 061 del 13 de marzo de 2003, que desarrolla los aspectos ambientales del POT, define y orienta la gestión ambiental en el Distrito Capital, quien es el marco en política ambiental para la ciudad. En la entidad no se cuenta con un instrumento acorde con esta política en el desarrollo de su gestión ambiental.

La gestión ambiental, al exterior de la entidad es ejecutada a través del Plan de Atención Básica y se desarrolla teniendo en cuenta las directrices de la Administración Central, organizando los portafolios entregados a las necesidades de la zona.

Para el desarrollo de las actividades del PAB, hay un grupo multidisciplinario de planta (10) y contratistas (23), dirigido por un funcionario cuyo cargo corresponde a referente en medio ambiente figura que esta creada dentro de la planta de personal.

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol se encarga del seguimiento interno a las actividades Contratadas en el PAB y una auditoría Contratada por la SDS efectúa la vigilancia del cumplimiento desde el exterior

Este componente obtuvo una calificación de 3.5 considerada BUENA con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.3.3 Procesos y Procedimientos

Mediante Resolución No. 225 del 2 de septiembre de 2003, el Hospital Fontibón

modificó el manual de procesos y procedimientos que estaba vigente desde el año 2002, aprobando 213 procedimientos para las áreas administrativas (103) y misionales (110), delegando en cada responsable de área acompañada de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol su actualización, de acuerdo a las necesidades de la entidad, asignándosele a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol la función de participar en la autorización de procedimientos administrativos de la entidad. Es de recalcar que las funciones desarrolladas por las oficinas de control interno tienen un carácter netamente asesor, por tal razón la Ley 87 de 1993 en su artículo No. 12 (párrafo) define: "...en ningún caso podrá el asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces, participar en los procedimientos administrativos de la entidad a través de autorizaciones o refrendaciones".

El elevado número de procedimientos obedece a que la entidad no se encuentra orientada bajo el enfoque por procesos, sino que se estructuró de acuerdo a sus actividades, razón por la cual en algunas dependencias como Talento Humano, Financiera, Subgerencia de Servicios y Salud Pública, en promedio se ejecutan 39 procedimientos, lo que origina dificultad en el control y monitoreo de los mismos. Se observa que no han sido identificados los procedimientos y/o actividades que no generan valor agregado para la entidad o que son innecesarios.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.0 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.3.4 Desarrollo del Talento Humano

El Manual de Funciones y Requisitos del Hospital Fontibón fue aprobado mediante Acuerdo No. 06 de octubre 3 de de 2000, emanado de la Junta Directiva. La planta de personal esta conformada por 273 cargos (20 trabajadores oficiales), de los cuales 27 están vacantes.

Mediante Resolución No. 183 de junio 22 de 2004, se adoptó el Plan de Capacitación 2004-2005 para los servidores públicos del Hospital, basado en un diagnóstico de necesidades elaborado por las diferentes dependencias, el cual está siendo ejecutado con la colaboración de entidades externas como: EPS, ARS, Secretaría de Salud, Caja de Compensación y esta orientado a temas relacionadas con desarrollo personal, atención a clientes, relaciones interpersonales y aspectos laborales.

Adicionalmente, mediante la Resolución No. 107 de abril 16 de 2004 se adoptó el Plan de Bienestar Social 2004-2005 para los hospitales de la Red Suroriente en conjunto con la Caja de Compensación COMPENSAR, que contempla el desarrollo de actividades de integración para los niños, vacaciones recreativas,

celebración del día por profesiones y oficios, incentivos a los mejores funcionarios e integración de adultos, con una asignación presupuestal de \$28 millones.

Como debilidad en desarrollo de este componente se evidencia el incumplimiento del Hospital a la Circular No. 004 de 2003 expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Archivo General de la Nación, que establece los parámetros mínimos para el manejo de los expedientes de historia laboral de funcionarios y exfuncionarios vinculados a las entidades de la rama ejecutiva del orden nacional. Las omisiones reiteradas del área de Talento Humano, en relación con las historias laborales son:

- Desactualización de los registros que componen las hojas de vida con respecto a la información contemplada en la norma.
- Más de un número consecutivo de foliación en las hojas de vida, lo cual desvirtúa la utilidad de dicho mecanismo de control de registros.
- Soportes sueltos y sin foliar, corriéndose el riesgo de pérdida de documentos.
- Documentos repetidos y/o no ordenados de acuerdo a la secuencia de su producción.
- Documentos archivados en orden inverso a lo requerido (el primer documento será el que registre la fecha más antigua y el último, el más reciente).
- No está implementado el formato de control de la historia laboral.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.2 considerada BUENA con un riesgo MEDIANO.

4.2.3.5 *Sistemas de información*

- A pesar de contar con el programa, en un alto porcentaje, la información es procesada a través de otros programas como el EXCEL o se hace necesaria su revisión manual, debido a los errores del módulo de liquidación de nómina que duplica o disminuye el valor de los aportes o descuentos; situación que genera alta probabilidad de error, duplicidad de tareas y dependencia de otros programas para procesar y consolidar la información.
- Los módulos del área administrativa no están funcionando completamente en Interfase, lo que genera la necesidad de procesar la información en EXCEL.

Con el fin de mitigar las inconsistencias del programa, el hospital suscribió durante la actual vigencia un contrato con la empresa SYAC por valor de \$37 millones de pesos con el objeto de obtener el servicio de mantenimiento, actualización y soporte técnico del software, así como capacitación a todos los funcionarios de la entidad.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.0 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.3.6. *Democratización de la Administración Pública*

La Oficina de Atención al Usuario y Participación tiene como misión lograr la completa satisfacción del usuario ofreciendo respuesta oportuna y efectiva a sus expectativas y necesidades sobre la prestación de los servicios de salud. Durante el año 2004 fortaleció los mecanismos de participación social por medio de capacitación a sus usuarios internos y externos, conformó los grupos de veeduría para los proyectos UEL incluido el de la construcción del CAMI II, respondió las quejas y reclamos y realizó jornadas de acercamiento de la comunidad al Hospital por medio de recorridos, propició reuniones con las ARS, colaboró en la implementación del nuevo modelo de atención "Salud a su hogar" y realizó plan de mejoramiento a las observaciones del informe de auditoría de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.8 considerada BUENA con un riesgo MEDIANO.

4.2.3.7 *Mecanismos de verificación y evaluación*

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol esta conformada por el Jefe de la Oficina, dos Profesionales Especializados de planta encargados de las auditorías médicas y administrativas, una profesional en Odontología recién contratada a través de la Cooperativa y una Secretaria de tiempo parcial.

La Oficina contó con un plan de trabajo para la vigencia 2004, capacitó al 80% de los funcionarios, estableció criterios de calidad del servicio frente a las expectativas del cliente, realizó 27 informes de auditoría.

El seguimiento a los planes indicativo, de acción y de desarrollo, reportan un buen nivel de cumplimiento.

Este componente obtuvo una calificación promedio de 3.5 considerada BUENA con un riesgo MEDIANO.

4.2.4. Documentación

Una vez evaluada la fase, la calificación promedio obtenida fue de 2.7 que la sitúa en la escala REGULAR, con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.4.1 Memoria institucional

El hospital Fontibón no ha asignado el personal suficiente para avanzar en la organización de sus archivos documentales, lo cual se hace más crítico si se tiene en cuenta la magnitud y antigüedad de la información correspondiente a todas las áreas del hospital (Facturas, recibos de caja, historias clínicas, informes, etc.). A la fecha no han sido aprobadas las Tablas de Retención Documental, lo cual implica que cada dependencia maneja de manera discrecional sus archivos documentales.

El Archivo principal de la sede administrativa se encuentra organizado en un salón sin medidas de seguridad y por tanto sin ningún tipo de restricción para su acceso. Así mismo no se han fijado parámetros para la organización de la información, la cual es almacenada en cajas de cartón que no cuentan con registro de trazabilidad y no hay medidas de control para el préstamo de documentos.

Al revisar las carpetas correspondientes a los contratos de la muestra de presupuesto se evidenció: Varias de las carpetas no están foliadas, existen documentos duplicados, fotocopias en papel de fax, ganchos, pastas, no tiene marbetes, hay carpetas con más de doscientos folios lo que dificulta su manejo y consulta. El Hospital no ha adoptado por acto administrativo pautas para el manejo de su archivo y correspondencia, transgrediéndose la Ley 594 de 2000, en especial el artículo 13, que establece: "La administración Pública deberá garantizar los espacios y las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de sus archivos".

La información de Gestión Ambiental reposa en A-Z, carpetas y medio magnético, con la identificación de los establecimientos visitados, información que es archivada por periodos y socializada por los Comités de Área y de Gerencia.

Este componente obtuvo una calificación de 2.9 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.4.2. Manuales

El Manual de Funciones y Requisitos de los diferentes empleos de la planta global de personal del Hospital Fontibón, fue aprobado mediante Acuerdo No. 06 de 2000 emanado de la Junta Directiva. Sin embargo no existe manual de funciones por dependencias, lo cual genera la falta de definición de competencias y responsabilidades. A pesar de contarse con un gran número de procedimientos asistenciales y administrativos, no se cuenta con procedimientos claves como la actualización de los manuales, formulación y seguimiento de planes, dentro de los que se incluyen los planes de mejoramiento. Por lo anterior se observa falta de

priorización y de definición de los procedimientos claves para la organización, estructurados bajo enfoque de procesos que facilite su monitoreo y control.

De acuerdo a la valoración, se obtuvo una calificación de 2.9 considerada REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.4.3 Normas y disposiciones internas

La entidad dispone de normas internas como Acuerdos y Resoluciones emitidas por la Junta Directiva y la Gerencia respectivamente, que son administradas por la Gerencia y socializadas a través de comunicados internos.

Al no existir la asignación de responsabilidad en cabeza de alguna dependencia o funcionario para la administración de la normatividad, es necesario que cada funcionario responsable de proceso, de acuerdo a la competencia de su Grupo, obtenga y aplique las normas externas de acuerdo a su criterio. Dicha omisión de la entidad contraviene lo establecido en la Ley 87/93, artículo 4°, literal I: "Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno: I) Simplificación de normas y procedimientos".

Este componente obtuvo una calificación promedio de 2.3 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.5 Retroalimentación

Una vez evaluada la fase, la calificación promedio obtenida fue de 2.7 que la ubica en escala REGULAR, con un nivel de riesgo MEDIANO.

4.2.5.1 Comité de coordinación del sistema de control interno

El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno se conformó mediante Resolución No. 034 del 13 de febrero de 2001. Durante la vigencia fiscal 2004, se reunió dos veces de conformidad con lo establecido en la Ley, tratándose aspectos relativos a los indicadores de gestión, sin hacer mayor énfasis en el tema de mejoramiento de sistema de control interno.

Igualmente se evidenció el desconocimiento de los funcionarios del nivel operativo sobre los aspectos tratados y desarrollados en los comités, así como la falta de acompañamiento en los procesos de la entidad.

Este componente obtuvo una calificación de 2.9 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.5.2 Planes de mejoramiento

Durante la vigencia 2004 el Hospital suscribió solamente un Plan de Mejoramiento resultado de la auditoría de la Revisoría Fiscal. Las evaluaciones de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, no produjeron planes de mejoramiento (excepto la Oficina de Atención al Usuario), a pesar de estar establecido en el procedimiento. La Oficina de Control Interno diligenció una planilla de seguimiento a los hallazgos, sin consecuencias en caso de incumplimiento de correctivos.

Los resultados de los informes de gestión y de los planes de mejoramiento formulados por parte del área de medio ambiente, son socializados periódicamente entre los funcionarios del grupo.

Este componente obtuvo una calificación 2.9 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

4.2.5.3 Seguimiento

No hay mecanismos de seguimiento a las observaciones de la auditoría interna.

Este componente obtuvo una calificación 2.3 considerada REGULAR con un riesgo MEDIANO.

TABLA 5
AGREGACION GENERAL DE RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL CONTROL INTERNO,
CONSOLIDACION EVALUACION POR FASES Y COMPONENTES

FASE AMBIENTE DE CONTROL		
COMPONENTES	Calificación	Riesgo
Principios Éticos	2.9	Mediano
Compromiso y respaldo de Alta Dirección	2.8	Mediano
Cultura de Autocontrol	2.8	Mediano
Cultura de Dialogo	2.9	Mediano
Total Calificación Fase	2.8	Mediano
FASE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO		
COMPONENTES	Calificación	Riesgo
Valoración del Riesgo	3.1	Mediano
Manejo del Riesgo	3.1	Mediano
Monitoreo	3.1	Mediano
Total Calificación Fase	3.1	Mediano
FASE OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS		
COMPONENTES	Calificación	Riesgo
Esquema Organizacional	2.8	Mediano
Planeación	3.5	Mediano
Procesos y Procedimientos	3.0	Mediano
Desarrollo del Talento Humano	3.2	Mediano
Sistema de Información	3.0	Mediano
Democratización de la Administración Pública	3.8	Mediano
Mecanismos de Verificación y Evaluación	3.5	Mediano

FASE AMBIENTE DE CONTROL		
Total Calificación Fase	3.2	Mediano
FASE DOCUMENTACIÓN		
COMPONENTES	Calificación	Riesgo
Memoria Institucional	2.9	Mediano
Manuales	2.9	Mediano
Normas y Disposiciones Internas	2.3	Mediano
Total Calificación Fase	2.7	Mediano
FASE RETROALIMENTACIÓN		
COMPONENTES	Calificación	Riesgo
Comité Coordinación del S.C.I.	2.9	Mediano
Planes de Mejoramiento	2.9	Mediano
Seguimiento	2.3	Mediano
Total Calificación Fase	2.7	Mediano
TOTAL CALIFICACION POR FASES	2.9	Mediano

4.3.EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES

4.3.1 Cuenta 1110 Bancos y Corporaciones. La cuenta bancos y corporaciones presenta un saldo de \$491.5 millones a diciembre de 2004. Según conciliaciones bancarias con corte a la misma fecha, se encontró en las cuentas de ahorros No. 007300524704 y 007369999813 del Banco DAVIVIENDA, consignaciones por valor de \$6.1 millones y \$459 mil sin registrar en los libros contables, generándose una subestimación en esta cuenta y en los ingresos debido a falta de gestión e inoportunidad en la aclaración de dichas partidas.

Lo anterior evidencia que la información contable pública no cumple con los postulados de confiabilidad y utilidad, ni con lo establecido en los numerales 1.1.3.2, 1.1.3.4, 1.1.3., aspectos conceptuales de los procedimientos relativos a los principios de los Capítulos I Parte II del Plan General de Contabilidad, adoptado mediante resolución No. 400 de diciembre 1° de 2000, emanada de la Contaduría General de la Nación, así como a lo contemplado en los literales a) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

La administración acepta en su respuesta que efectivamente se presentan las inconsistencias observadas por la Contraloría e indica las acciones correctivas a tomar.

4.3.2. Cuenta 1996 – Bienes y Derechos en investigación. Existe una diferencia en la cuenta bienes y derechos en investigación por valor de \$181.4 millones, entre los datos registrados en contabilidad por valor de 43.9 millones y los valores reportados por cartera por valor de \$225.3, lo que evidencia la falta de controles y análisis al cierre de la vigencia, generándose incertidumbre. Lo anterior incumple lo normado en los numerales 1.2.5.3. en cuanto a la consistencia de la información contable y 1.2.4.4, referente a ser comparable la información, contemplada en el

ACIF 48
98



Plan General de Contabilidad Pública, adoptada mediante la resolución 400 de 2000, expedida por el Contador General de la Nacional.

No se acepta la respuesta de la administración, ya que no fueron suministrados los soportes por parte del área de cartera.

4.3.3. Cuenta 1920 - Bienes Entregados a Terceros. En la cuenta propiedad planta y equipo- equipo de quirófano de sala, se encuentra registrada una maquina de anestesia por valor de \$1, que se encuentra depreciada. Igualmente se encuentra registrada en la cuenta: bienes y muebles en comodato por valor de \$52.3 millones, sin tener en cuenta que durante el año 2003 este bien fue cedido por parte del hospital Santa Clara, situación que genera sobreestimación en esta ultima cuenta.

Lo anterior incumple lo normado en los numerales 1.2.5.3. relacionado con la consistencia de la información contable y 1.2.4.4, referente a ser comparable la información, del Plan General de Contabilidad Pública, adoptado mediante resolución No. 400 de 2000, expedida por el Contador General de la Nación.

La administración acepta en su respuesta que efectivamente se presenta la inconsistencia observada por la Contraloría e indica las acciones correctivas a tomar.

4.3.4. Cuenta 1950 –Responsabilidades. No se encuentra registrado el hurto de un vaporizador ISO serie D1101299 ocurrido el 2 de junio por valor de \$7.7 millones, el hurto de la CPU QBEX, ocurrido el 27 de octubre por valor \$2.0 millones y un equipo de órganos de los sentidos ocurrido el 8 de marzo, por valor de \$917 mil en el 2004, según el inventario realizado a la farmacia con corte a 31 de diciembre de 2004, situación que se presenta por la falta de controles, gestión y oportunidad en los registros contables, reflejándose en esta cuenta una subestimación de \$11.0 millones, lo que incumple lo establecido en el numeral 5.5 de la resolución 01 del 20 de septiembre de 2001 de la Secretaria de Hacienda y el instructivo 031 de 2003 de la Secretaria de Hacienda.

La administración en su respuesta acepta que se presentan las inconsistencias señaladas en la cuenta de responsabilidad. El hospital deberá adoptar las medidas correctivas para evitar que se continúen presentando dicha inconsistencias.

4.3.5. Según verificación hecha a la cuenta de responsabilidad fiscal, se observó que se encuentra registrada la investigación contra la jefe de enfermería de unidad primaria de atención por la perdida de un detector doppler fetal avaluado en \$941 mil. Según comunicación de la subdirección de jurisdicción coactiva de la Contraloría Distrital, este proceso fue fallado mediante el expediente No. 1124 con

fallo de responsabilidad, que de conformidad con sus constancias quedo en firme desde el 23 de noviembre de 1999, habiéndose pagado \$718 mil por concepto de capital y \$774 mil por concepto de intereses; con lo que se evidencia una sobre estimación en la cuenta de responsabilidad fiscal por valor de \$941 mil.

La respuesta de la administración corrobora la observación formulada por el Ente de Control, y pone en evidencia las diferentes irregularidades que se presentan por la falta de comunicación y conciliación con la subdirección de jurisdicción coactiva de la Contraloría Distrital.

4.3.6 Se presenta una diferencia en la cuenta responsabilidad fiscal por valor de \$1.29 millones entre los datos registrados en contabilidad por valor de \$2.18 millones y los valores reportados por la Subdirección de Jurisdicción Coactiva de la Contraloría de Bogotá por valor de \$3.49 millones, lo que demuestra la falta de controles y análisis de los saldos al cierre de la vigencia, generándose incertidumbre. Lo anterior incumple lo normado en los numerales 1.2.5.3. en cuanto a la consistencia de la información contable y 1.2.4.4, referente a ser comparable la información, contemplada en el Plan General de Contabilidad Publica, adoptada mediante resolución No. 400 de 2000, expedida por el Contador General de la Nación.

La respuesta de la administración corrobora la observación formulada por el Ente de Control y pone en evidencia las diferentes irregularidades que se presentan por la falta de comunicación y conciliación con la Subdirección de Jurisdicción Coactiva de la Contraloría Distrital.

4.3.7. Obligaciones Contingentes. No fueron registrados en la cuentas de orden-responsabilidades contingentes, los procesos laborales administrativos por valor de \$40.5 millones y los procesos de reparación directa por valor de \$971.1 millones, generándose una subestimación por valor de \$1.011.6 millones en esta cuenta. Dicha situación evidencia la falta de coordinación y comunicación entre el grupo de contabilidad y las demás áreas que alimentan la información contable.

Lo anterior evidencia que la información contable pública no cumple con los postulados de confiabilidad y utilidad ni con lo establecido en los numerales 1.1.3.2, 1.1.3.4, 1.1.3., aspectos conceptuales de los procedimientos relativos a los principios de los Capítulos I Parte II del Plan General de Contabilidad, adoptado mediante la resolución No. 400 del 1° de diciembre de 2000, emanada de la Contaduría General de la Nación., así como lo contemplado en los literales a) y e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

4.3.8. Glosas. En desarrollo del contrato 020 de 2003, suscrito entre el Hospital Fontibón y el FFDS, se efectuó reservas de glosa al hospital por concepto de POS

ACIF 50
9



\$588.8 millones y por concepto de PAB \$231.4 millones, correspondientes a la facturación presentada por el hospital por la venta de servicios de salud entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004, evidenciándose que no están registrados en las cuentas de orden, cuenta deudores, lo que conlleva a que los estados contables no reflejen los saldos reales, generándose una subestimación en esta cuenta por valor de \$820.2 millones.

No se acepta la respuesta dada por el sujeto de control, ya que las reservas de glosa no se registraron oportunamente con base en los documentos soportes que emite el Hospital, como es la Cuenta de Cobro mensual por venta de servicios al FFDS y las ordenes de pago o autorizaciones de giro expedidos por el FFDS, sino que se realizó un solo ajuste en enero de 2005 (no en el año 2004), lo que da lugar a que no se lleve un debido control sobre las mismas.

4.3.9. Cuentas Recíprocas. Al revisar de manera selectiva los saldos de las operaciones recíprocas presentados por el Hospital y cruzados con los saldos del FFDS, se presentó una diferencia de \$641.3 millones, al registrar el hospital un saldo de \$1.111.5 millones y el FFDS un saldo de 1.752.8 millones por concepto de venta de servicios de salud (POS Y PAB), generándose una subestimación en la cuenta del hospital.

El Hospital no garantiza el cumplimiento de los postulados establecidos en los numerales 1.1.3.3. y 1.1.3.4. de los aspectos conceptuales de los procedimientos relativos a los principios del capítulo I, parte II del Plan de Contabilidad Pública, adoptado mediante Resolución 400 de diciembre de 2000 del Contador General de la Nación y la Circular Externa No.035 de 27 de diciembre 2000 expedida por el Contador General de la Nación, al no reconocer la totalidad de las operaciones, ni conciliar con las existencias reales.

La administración en su respuesta acepta que se presentan las inconsistencias.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Ambiente de Control

En el área financiera persisten diferencias de saldos, descoordinación y falta de comunicación con los demás grupos que alimentan la información contable, como son la oficina jurídica y el grupo de tesorería, situación evidenciada al revisar los procesos de demandas de tercero contra la entidad, los cuales no están registrados contablemente. Así mismo se evidenció la falta de respaldo del nivel directivo en el mejoramiento y seguimiento del Sistema de Control Interno.

Operacionalización de los elementos

Las actividades de control establecidas por la administración del Hospital para minimizar la ocurrencia de riesgos de carácter contable han sido aceptables; no obstante se siguen presentando errores tales como: la pérdida o hurto de elementos que no se encuentran registrados en las cuentas de responsabilidad en proceso, la falta de registros de ingresos y salidas de elementos por parte del Almacén y Farmacia para evitar diferencias entre los saldos contables y lo reportado por estas áreas.

Se verificó la existencia de los libros de contabilidad, los cuales se encuentran debidamente registrados de acuerdo a las normas de contabilidad pública. Se encuentran las actas de apertura del libro Mayor y del Balance en orden consecutivo del No. 001 al 100, firmadas el 10 de enero de 2004, por parte del Gerente, el Contador y el Coordinador Financiero. Respecto del Diario Mayor, se encuentra foliado del 001 al 100 mediante acta del 10 de enero de 2004, siendo posteriormente adicionado del No. 101 al 200 mediante acta del 30 de julio de 2004. Se observa que el Hospital no cuenta con libros auxiliares debidamente impresos, que contengan el detalle de los registros contables necesarios para el control de las operaciones, infringiéndose de esta manera lo normado en el numeral 1.2.7.2 del Plan General de Contabilidad Pública adoptado mediante Resolución 400 de 2000, expedida por el Contador General de la Nación.

Los listados del inventario físico valorizado a 31 de diciembre de 2004, no están totalmente clasificados por grupos de bienes, incumplándose de esta manera el numeral 4.10.1.3. de la resolución No. 01 de 2001, manual de procedimientos administrativos y contables para el manejo y control de los bienes en los entes Públicos del Distrito Capital, expedido por el Contador General.

El flujo de información de las diferentes áreas hacia contabilidad, presenta deficiencias en su trámite, a pesar de que se encuentran definidos los términos de entrega, generándose retraso en la entrega de la información, debido a que el Software DINAMICA GERENCIAL, no ha sido ajustado para poner en línea los módulos de costos, presupuesto, hospitalizaciones, historias clínicas y laboratorios. Igualmente se denota la falta capacitación y conocimiento de los funcionarios sobre el manejo de los diferentes aplicativos del nuevo sistema, incumplándose con los objetivos de confiabilidad, consistencia y utilidad de la información contable.

Procesos y Procedimientos de Gestión Financiera

En cuanto a las medidas de protección de copias de la información contable, el Hospital cuenta con dos copias de seguridad de los libros contables en medio magnético (una en la coordinación financiera y otra en el área del sistema).



Igualmente la entidad efectuó la depuración de los saldos de cartera; sin embargo se continúan presentando diferencias con Contabilidad.

Así mismo durante el 2004, fueron incorporados a los estados contables del Hospital, edificaciones que cumplieron su trámite de legalización (el predio de la kr 104 No.29-31 por valor de \$110.2 millones, El CAMI I de la kr.104 No.29-41 por valor de \$1.204.1 millones y el predio de la kr. 104 No.29-53 por \$75.4 millones), quedando pendiente la legalización de cinco (5) predios que suman \$2.159.9 millones.

Dando cumplimiento a los principios contables establecidos en el PGCP, el Hospital registró todos sus hechos económicos (ingresos, gastos y costos) bajo el principio de la causación contable, los cuales son causado acorde a su naturaleza.

Mediante Resolución de Gerencia No. 0007 de enero de 2004, se constituyó la caja menor del Hospital, por valor de siete millones cien mil pesos (\$7.100.000), cumpliendo así con los lineamientos del Decretos 686 del 4 de agosto de 1998 emanado de la Alcaldía Mayor de Bogotá, referente al manejo y reglamentación de cajas menores. Esta caja menor fue cerrada el 28 de diciembre de 2004.

El área de contabilidad concilia mensualmente los movimientos bancarios de las cuentas corrientes y de ahorro, el registro de mayor antigüedad que se presenta es de 90 días.

Retroalimentación.

El área financiera ha tomado las medidas pertinentes para subsanar las inconsistencias formuladas por el ente de control dentro de su Plan de Mejoramiento. Sin embargo se evidencia la falta de controles, de gestión, de cultura del autocontrol y de planes de mejoramiento continuos, con el fin de lograr confianza, eficacia y eficiencia en las operaciones financieras de la institución.

Saneamiento Contable.

En el año 2004, se adelantaron las siguientes acciones tendientes a lograr el proceso de depuración contable: A través de la oficina de control disciplinario se gestionó el trámite de recuperación de la cartera por los servicios prestados a las diferentes entidades (INPEC, Fiscalía General de la Nación y Policía Antinarcóticos), sin que ninguna de estas instituciones reconociera la deuda, igualmente se adelantó el proceso de cobro de los títulos valores (letras) con una antigüedad superior a 360 días, sin obtener una respuesta favorable por parte de los deudores. Durante la vigencia 2005 se adelantará el proceso de saneamiento de dichas partidas, apoyados en las diferentes pruebas sumatorias para el

correspondiente castigo.

Proceso de Saneamiento Contable

En relación con la Ley 716 de 2001 sobre aplicación del saneamiento contable y la Ley 863 de 2003 que prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2005 el cumplimiento de saneamiento con el fin de que las entidades logren la depuración de la información contable. En el Hospital Fontibón no se suscribió Plan de Saneamiento durante el 2004-2005. El Hospital Fontibón II nivel E.S.E. conformó el comité de saneamiento contable mediante la Resolución No. 186 de 2001, así:

TABLA 10
INTEGRANTES COMITÉ DE SANEAMIENTO CONTABLE

NOMBRE	CARGO	CARGO COMITÉ
EDGAR ZAMULIO PULIDO	Gerente	Presidente del comité.
CLARA INES PARDO	Subg Adiva y Financiera	Miembro Activo.
SANDRA SANDOVAL BARON	Coordinadora Financiera	Miembro Activo.
ELBA SALAMANCA	Asesor oficina jurídica	Invitada.
CLARA INES RODRÍGUEZ	Asesor Oficina autogestión y Control	Miembro Pasivo.
ELIZABETH ARIZA LEON	Técnico en Cartera	Invitada
ELIZABETH VILLABONA DIAZ	Profesional Universitario Contador	Secretaria Técnica de Comité.
CARLOS HERRERA	Asesor Oficina Autogestión y Control Asesor	Invitado.

Fuente: Coordinación Financiera

El proceso de saneamiento contable se inició en el año 2003, con letras y pagares de entidades en liquidación y cartera correspondiente a los hospitales San Pablo Fontibón I y II nivel antes de la fusión (octubre 1 de 2.000), afectando las cuentas contables de la siguiente manera:

TABLA 11
CUENTAS CASTIGADAS AÑO 2003

(valor en pesos)

CUENTA CONTABLE	NOMBRE	VALOR	OBSERVACION
147090013	DEUDORES(letras por cobrar)	\$32.949.346	Corresponde al proceso de saneamiento de las vigencias: 1999 \$864.679 2000 \$8.971.815 2001 \$22.112.852
140907001	DEUDORES (pagares)	57.365.883	Este valor corresponde a los pagares del Hospital Fontibón II nivel de las vigencias de 1997 al año 2000.
147511001	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO (A.R.S)	89.393.026	Cartera del Hospital Fontibón San Pablo, correspondientes a entidades que



CUENTA CONTABLE	NOMBRE	VALOR	OBSERVACION
			finalizaron proceso de liquidación
199603001	BIENES Y DERECHO EN INVESTIGACIÓN (ARS.)	59.139.227	Cartera correspondiente al Hospital Fontibón II nivel, entidades que finalizaron el proceso de liquidación.
147511001	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO (A.R.S)	1.469.610	Cartera de San Pablo Fontibón
147511002	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO (E.P.S)	2.943.156	Cartera de San Pablo Fontibón
147511003	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO (SOAT)	1.612.557	Cartera de San Pablo Fontibón
147511004	DEUDAS DE DIFÍCIL COBRO (otros)	2.647.583	Cartera de San Pablo Fontibón
199603001	BIENES Y DERECHO EN INVESTIGACIÓN (A.R.S)	16.989.233	Valor correspondiente a la cartera de Hospital Fontibón II Nivel
199603002	BIENES Y DERECHO EN INVESTIGACIÓN (E.P.S)	33.869.232	Valor correspondiente a la cartera de Hospital Fontibón II Nivel
199603003	BIENES Y DERECHO EN INVESTIGACIÓN (SOAT)	35.198.959	Valor correspondiente a la cartera de Hospital Fontibón II Nivel
199603004	BIENES Y DERECHO EN INVESTIGACIÓN (otros)	23.991.835	Valor correspondiente a la cartera de Hospital Fontibón II Nivel

Fuente: Coordinación Financiera

A continuación se presenta el resumen de los rubros que se llevaron a castigar y el numero de actas mediante las cuales se aprobó el castigo en el proceso de saneamiento 2003:

TABLA 12
RUBROS CASTIGADOS – SANEAMIENTO CONTABLE 2003

(Valor en pesos)

CONCEPTO	VALOR CASTIGADO	ACTA No.
LETRAS	\$ 32.949.	2
PAGARES	57.365.863	1 y 2
ENTIDADES EN LIQUIDACIÓN	148.532.253	3
ENTIDADES SAN PABLO FONTIBON y HOSPITAL FONTIBON II NIVEL	118.722.185	3
TOTAL CASTIGADO	357.569.647	

Fuente: Coordinación Financiera

Para llevar a cabo el Saneamiento Contable se presentó en cada reunión del comité, informe técnico realizado por la Técnica de Cartera, la Contadora del Hospital y aprobado por la Coordinadora Financiera, fichas técnicas elaboradas según la norma vigentes y papeles de trabajo debidamente organizados.

TABLA 13
RUBROS A CASTIGAR EN EL 2005

(valor en pesos)

CUENTA CONTABLE	NOMBRE	VALOR	OBSERVACION
147511004	DEUDORES DE DIFÍCIL COBRO	71.333.998	Correspondiente a las entidades: INPEC \$7.420.825 FISCALÍA \$56.425.005 POLICÍA ANTINARCÓTICOS \$7.488.168
147090013	DEUDORES(letras por cobrar)	28.666.746	Segunda etapa de saneamiento de letras de las vigencias 1999.2000 y 2001.
147012001	OTROS DEUDORES (Fontibon II nivel)	3.612.037	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro.
147090007	OTROS DEUDORES (otros II nivel)	5.096.366	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro
147090008	OTROS DEUDORES (otros san pablo)	7.356.380	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro
147090010	OTROS DEUDORES (incapacidades de San Pablo)	6.766.479	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro
147012001	RESPONSABILIDADES (Fontibón II nivel)	3.612.037	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro
195002003	RESPONSABILIDADES (CREDINALCO)	1.825.900	Valor de balance de Hospital Fontibón II nivel, sin hallarse soporte para este registro

Fuente: Coordinación Financiera

No se realizaron actas de comité de saneamiento para el 2004 – 2005

La Cuenta 1996 – Bienes y Derechos en Investigación, refleja un saldo de \$43.9 millones que corresponde a empresas en proceso de liquidación como: Unimec ARS ,Unimec EPS, .,Asfamilia ARSs, Caja Agraria EPS, Concaja ARS Convida EPS, Cooesperanza ARS, Coopsolsa ARS, Fondos Solidario Loteros, los proceso de liquidación se iniciaron en los años 1999,2000 y 2001.

Igualmente la cuenta 2996-Obligaciones de investigación administrativa, refleja un saldo de \$48.7 millones que corresponde a una cuenta por cobrar por servicio medico del Seguro Social.

ACIFJ6
ES



La cuenta 195002- Responsabilidades Fiscales refleja un saldo de \$4.1 millones a 31 de diciembre de 2004, donde se presenta una diferencia por valor \$1.31 millones entre los datos registrados en contabilidad por valor de \$3.49 millones y los valores reportados por la Subdirección de Jurisdicción Coactiva de la Contraloría de Bogotá por valor \$2.18 millones.

4.4. EVALUACIÓN PRESUPUESTAL

La ejecución presupuestal del Hospital Fontibón para la vigencia 2004, se realizó según lo dispuesto en el Decreto 1138 de 2000 sobre armonización de las normas presupuestales para las ESE y el memorando del 9 de octubre de 2003, mediante el cual la Secretaria Distrital de Salud comunicó los techos presupuestales aprobados por el CONFIS para la vigencia 2004.

El proceso de armonización fue dispuesto por la Secretaria de Hacienda en la Circular del 26 de mayo de 2004 y la Secretaria Distrital de Salud mediante la Circular 012 de 25 de julio de 2004 que estableció como fecha límite el 30 junio del mismo año para finalizar el proceso, la cual fue aclarada mediante oficio del 12 de julio del 2004.

Para la vigencia fiscal 2004, el CONFIS liquida el presupuesto aprobado mediante Resolución 122 de 23 Diciembre 2003 y la gerencia del hospital lo adopta mediante la Resolución No. 349 de 30 diciembre 2003, por valor de \$12.913.7 millones.

El alcance de la evaluación realizada por esta Contraloría incluyó las cuentas de Ingresos Corrientes, Rentas contractuales, Venta de bienes, servicios y productos; los contratos de los meses de abril, junio, noviembre y diciembre para verificar que las disponibilidades, los registros presupuestales, las modificaciones, adiciones y soportes se ajustaran a las normas presupuestales, el proceso de armonización presupuestal y el acta del cierre presupuestal. El porcentaje de verificación alcanzó el 80% de la ejecución presupuestal del año 2004.

Ejecución Activa

El presupuesto del Hospital Fontibón presentó adiciones durante 2004 por valor de \$3.295.1 millones, quedando aforado definitivamente en \$16.208.7 millones, así:

**TABLA 14
MODIFICACIÓN DE INGRESOS 2004**

(millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	PPTO INICIAL	ADICION	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO

ACIF 57
B

DESCRIPCIÓN	PPTO INICIAL	ADICION	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO
INGRESOS +DISPONIBILIDAD INICIAL	12.913.4	3.295.1	16.208.7	16.262.8	100.33
DISPONIBILIDAD INICIAL	0	690.7	690.7	690.7	100
VENTA DE BIENES, SERVICIOS Y PRODUCTOS.	12.905.9	2.460.1	15.366.2	15.436.3	100.45
- FFDS	9.033.0	566.6	9.599.6	9.602.8	100.03
- EPS	60.4	127.6	188.1	143.2	76.13
- ARS	1.850.4	763.3	2.613.7	2.707.4	103.58
- Otros pagadores por venta de servicios	935.9	221.8	1.157.7	1.066.8	92.14
CUENTAS POR COBRAR	1.026.2	780.8	1.807.1	1.915.9	106.02
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	0	60.9	60.9	36.7	60.26
TRANSFERENCIAS	0	0	0	0	0
RECURSOS CAPITAL	7.5	83.4	90.9	99.3	109.24
Rendimientos por operaciones financieras	7.5	52.7	60.2	68.6	113.93
Otros recursos de capital	0	30.7	30.7	30.7	100
TOTAL	12.913.4	3.295.1	16.208.7	16.262.8	100.33

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2004

Los ingresos corrientes y los recursos de capital fueron adicionados en \$3.295.1 millones, es decir el 25.5% del presupuesto inicialmente aprobado.

Los ingresos corrientes están conformados básicamente por los rubros: Venta de bienes, servicios y productos que son el 94,91% de los ingresos recaudados, en los cuales se destaca como el mayor pagador el FFDS con el (59.04%), seguido por las ARS con (16,64%) y Cuentas por Cobrar con (11.78%).

Los precitados ingresos del FFDS son resultado de los contratos de atención a vinculados, Plan de Atención Básica –PAB-, convenio de desempeño condiciones estructurales, atención prehospitalaria –APH-, promoción y prevención P&P afiliados al régimen subsidiado, venta de servicios sin situación de fondos y otros ingresos; además el 72.67% del rubro cuentas por cobrar (\$1.395,4 millones); incrementa su participación total dentro de los ingresos al 67,62%. Esta estructura de ingresos implica una alta dependencia económica del Hospital al FFDS.

TABLA 15
ANÁLISIS EJECUCIÓN INGRESOS 2004

(millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO	SALDO X RECAUDAR
INGRESOS + DISPONIBILIDAD	16.208.7	16.262.8	100.33	-54.1

DESCRIPCIÓN	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO	SALDO X RECAUDAR
INICIAL				
DISPONIBILIDAD INICIAL	690.7	690.7	100	0
VENTA DE BIENES, SERVICIOS Y PRODUCTOS.	13.559.1	13.520.2	99.71	38.9
CUENTAS POR COBRAR	1.807.1	1.915.9	106.02	-108.8
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	60.9	36.7	60.26	24.2
RECURSOS CAPITAL	90.9	99.3	109.24	-8.4
Rendimientos por operaciones financieras	60.2	68.6	113.93	-8.4
Otros recursos de capital	30.7	30.7	100	0
TOTAL	16.208.7	16.262.8	100.33	-54.1

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2004

Como resultado de la implementación de estrategias de cobro por parte del Hospital, los ingresos recaudados por el rubro cuentas por cobrar superaron con \$108.8 millones su presupuesto definitivo y jalonaron la ejecución del recaudo de los ingresos por venta de servicios.

La apropiación definitiva de ingresos de la vigencia 2004, ascendió a \$16.208.7 millones, con un incremento del 10.15% en relación con la vigencia 2003.

Ejecución Pasiva

La ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento e inversión del Hospital Fontibón presentó adiciones durante 2004 por valor de \$3.295.1 millones, quedando aforado definitivamente en \$16.208.7 millones, así:

TABLA 16
MODIFICACIONES PRESUPUESTALES
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN 2004

(millones de pesos)

RUBRO	PTO INICIAL	CONTRACREDITOS	CREDITOS	ADICIONES	MODIFICACION NETA	PTO DEFINITIVO
GASTOS + DISPONIBILIDAD FINAL	12.913.7	5.207.4	5.207.4	3.295.4	3.295.4	16.209.2
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	3.709.9	548.5	548.8	743.5	743.5	4.453.5
- Cuentas x pagar funcionamiento	150.0	3.0	175.7	0	172.6	322.6
INVERSIÓN	9.203.8	4.658.8	4.658.8	2.551.9	2.551.9	11.755.7
- Servicios personales	7.468.0	4.161.6	3.327.4	2.389.7	1.555.5	9.023.5

RUBRO	PTO INICIAL	CONTRACREDITOS	CREDITOS	ADICIONES	MODIFICACION NETA	PTO DEFINITIVO
-Materiales y suministros asistenciales y ambientales	1.480.9	357.7	590.4	131.4	364.0	1.844.9
-Desarrollo de la dirección del sistema territorial de salud y fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria	54.9	116.3	135.5	30.7	49.9	104.9
-Sistema distrital de información	0	0	54.9	0	54.9	54.9
-Cuentas por pagar inversión	200	23.0	550.4	0	527.4	727.4

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2003

Analizadas las anteriores modificaciones se observa como en el presupuesto definitivo, mientras los gastos de funcionamiento que participan con el 27.47%, la inversión participa en el 72.52%, la cual se orientó a sufragar los gastos del personal asistencial y los materiales y suministros asistenciales de la vigencia.

TABLA 17
EJECUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSION
DICIEMBRE 31 DE 2004

(millones de pesos)

DESCRIPCION	PPTO DEFINITIVO	PPTO EJECUTADO	% EJECUCION	GIROS	% DE GIROS	COMPROMISOS X PAGAR
GASTOS FUNCIONAMIENTO	4.453.5	4.431.3	99.5	3.860.2	87.1	571.1
INVERSION	11.755.5	11.665.6	99.2	10.640.5	91	1.025.2
-Servicios personales	9.023.5	9.010.4	99.86	8.534.6	94.72	475.8
Materiales y suministros asistenciales y ambientales	1.844.9	1.818.6	98.5	1.371.7	75.43	446.9
-Desarrollo de la dirección sistema territorial de salud y fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria	104.9	73.8	70.3	38.6	52.2	35.2
-Ctas por pagar inversión	727.4	711.4	97.8	676.9	95.14	34.5
GASTOS INVERSION DISPONIBILIDAD FINAL	16.209.2	16.097.1	99.30	14.500.7	90.08	1.596.4

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2004

La ejecución pasiva durante 2004 ascendió a \$16.097.1 millones, correspondientes al 99.3% del presupuesto, distribuidos entre gastos de funcionamiento (27.52%) e inversión (72.47%). Lo ejecutado por inversión se

concentra básicamente en el pago de los servicios Personales Asistenciales (55.97%) y Materiales y suministros asistenciales y ambientales (11.29%).

Proceso de Armonización Presupuestal

Para la realización del proceso de armonización, la Secretaria Distrital de Salud mediante la Circular 012 de 25 de julio de 2004 estableció como fecha límite el 30 junio del mismo año para terminar el proceso de armonización, pero la Secretaria Distrital de Salud con fecha 12 de julio del 2004 remitió un oficio aclarando la circular de la referencia y la Entidad mediante el Acuerdo 010 del 29 de julio del 2004 culminó el proceso con corte al 19 de julio, justificado por la necesidad de cancelar la nomina de la primera quincena del mes de julio.

El Hospital realizó acreditación de los saldos presupuestales a 30 de junio por valor de \$4.137.9 millones al plan de Desarrollo de “Bogotá contra la pobreza y la exclusión” prioridades: Eje social - Salud para la vida digna, proyecto universalización de la atención integral en salud con enfoque familiar, Eje Reconciliación – Participación para la decisión y Objetivo Gestión Pública Humana – Sistema Distrital de Información.

A diciembre 31 de 2004 la ejecución del Plan de Desarrollo: “Bogotá para vivir todos del mismo lado” fue de \$6.217.4 millones (52.88% de la inversión) y el Plan “Bogotá sin indiferencia” fue de \$5.538.3 millones (47.11% de la inversión).

Se concluye que el proceso presupuestal del Hospital es confiable, caracterizado por el cumplimiento de las normas y principios presupuestales en cada una de sus etapas, la exactitud y oportunidad de sus registros. Así mismo se determina que el sistema de control interno del área de presupuesto es confiable.

4.5. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

El Hospital Fontibón II Nivel ESE celebró durante el año 2004 contratos por valor total de \$15.244.7 millones, distribuidos entre ordenes de compra, ordenes de prestación de servicios, contratos de suministro y compraventa entre otros. De estos se evaluaron contratos por valor de \$2.277.3 millones, que representan una muestra del 15% del valor de la contratación. Producto de la auditoría se evidenciaron los siguientes hallazgos:

4.5.1. durante la vigencia 2004, el Gerente del Hospital Fontibón suscribió seis contratos con la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Salud COOPINTRASALUD, con el objeto de obtener el suministro de personal para la prestación de servicios asistenciales y operativos del Hospital, así:

ACT# 61/9



TABLA 18
CONTRATOS SUSCRITOS COOPINTRASALUD, VIGENCIA 2004
 (millones de pesos)

No.	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	PLAZO INICIAL	PLAZO FINAL
063	267.3	337.2	Feb 3 -Abr 30	Feb 3 - May 24
266	52.0	100.8	May 25 - Jun 10	May 25 -Jun 25
339	106.0	203.9	Jul 1 - Jul 31	Jul 1 - Ago 31
396	117.5	222.0	Sep 1 - Sep 30	Sep 1 - Oct 31
515	107.0	156.5	Nov 1 - Nov 30	Nov 1 - Dic 15
624	59.0	118.0	Dic 16 - Dic 31	Dic 16 - Ene 15

Fuente: Información contractual del Hospital.

TABLA 19
RESULTADOS EJECUCION CONTRATOS COOPINTRASALUD,
VIGENCIA 2004
 (millones de pesos)

MES	No. PERSONAS CONTRATADAS	VALOR CONTRATADO
ENERO	112	90.1
FEBRERO		85.7
MARZO	104	86.0
ABRIL	109	91.1
MAYO	111	95.7
JUNIO	119	100.1
JULIO	123	97.0
AGOSTO	116	107.0
SEPTIEMBRE	112	102.6
OCTUBRE	119	110.6
NOVIEMBRE	126	97.6
DICIEMBRE	122	103.3
TOTAL		1.167.5

Fuente: Información contractual del Hospital.

Con respecto a las pólizas de garantía, el parágrafo primero de la cláusula décimo novena de los contratos antes citados establece: "Las pólizas, deberá el contratista constituir las y entregarlas al Hospital para su aprobación para iniciar la ejecución del contrato". Adicionalmente la cláusula sexta establece que el contrato iniciará su ejecución, previa aprobación de las garantías que presente el contratista.

No obstante lo pactado, se pudo evidenciar que en ninguna de las carpetas de los contratos suscritos con COOPINTRASALUD se presentan las PÓLIZAS DE MANEJO pactadas contractualmente por un monto equivalente al 20% del valor del contrato, con una vigencia igual a la duración del contrato y tres meses más contados a partir de la fecha de perfeccionado del mismo, con lo cual el Hospital incumple la cláusula décimo novena de los contratos suscritos con dicha

Cooperativa, así como lo normado en el artículo 29 del Acuerdo No. 003 del 28 de febrero de 2001 emanado de la Junta Directiva del Hospital Fontibón, por medio del cual se expide el reglamento interno para la suscripción de contratos.

Adicionalmente dicha omisión de la Asesora Jurídica quien expidió el acto de aprobación de las pólizas sin el lleno de los requisitos, se constituye en falta disciplinaria gravísima por incumplimiento de su deber (artículo 34, numeral 1°) e incurrir en prohibición (artículo 35, numeral 1°) de la Ley 734 de febrero 5 de 2002 (Código Disciplinario Único), de conformidad con lo establecido en el artículo 48 (parágrafo) de la misma norma.

4.5.2. Con el objeto de obtener los servicios profesionales especializados para cubrir la prestación de los servicios de anestesiología, ginecoobstetricia, cirugía y ortopedia, el Hospital de Fontibón suscribió contratos por valor de \$551.7 millones con COOPINTRASALUD, CIRUGIA CRITICA E.U. Y ANESTECOOP, donde se evidencia que las pólizas pactadas contractualmente (Responsabilidad Extracontractual y de Cumplimiento y Calidad del Servicio), fueron expedidas en promedio de 25 días después de iniciada la ejecución contractual, lo cual indica que se constituyeron las pólizas finalizando el plazo de ejecución de los contratos, que en promedio fueron suscritos por un plazo inicial de 30 días, como se relaciona en la siguiente tabla:

**TABLA 20
FECHAS SUSCRIPCION DE POLIZAS**

N° CONTRATO Y PLAZO	FECHA PERFECCIONAMIENTO CONTRATO	FECHA EXPEDICION POLIZAS	FECHA APROBACION POLIZAS
COOPINTRASALUD			
063 (2 meses)	Febrero 3 de 2004	Marzo 3 de 2004	Febrero 3 de 2004
266 (15 días)	Mayo 25 de 2004	Junio 17 de 2004	Mayo 25 de 2004
339 (1 mes)	Julio 1 de 2004	Julio 26 de 2004	Mayo 25 de 2004
339 (Adición 1 mes)	Agosto 1 de 2004	Agosto 27 de 2004	Agosto 1 de 2004
396 (1 mes)	Septiembre 1 de 2004	Sept/bre 16 de 2004	Sept/bre 1 de 2004
396 (Adición 1 mes)	Septiembre 30 de 2004	Octubre 27 de 2004	Sept/bre 30 de 2004
515 (1 mes)	Nov/bre 1 de 2004	Nov/bre 30 de 2004	
624 (15 días)	Dic/bre 16 de 2004	Enero 5 de 2005	No presentó registro
CIRUGIA CRITICA EU.			
061 (Adición 3 meses)	Febrero 2 de 2004	Febrero 6 de 2004	Febrero 2 de 2004
365 (1 mes)	Julio 30 de 2004	Agosto 25 de 2004	
365 (Adición 1 mes)	Septiembre 1 de 2004	Sept/bre 6 de 2004	Sept/bre 1 de 2004
516 (Adición 1 mes)	Enero 1 de 2005	Febrero 8 de 2005	
ANESTECOOP			
364 (Adición 1 mes)	Agosto 30 de 2004	Octubre 20 de 2004	Agosto 30 de 2004

Fuente: Información contractual de la entidad

Adicionalmente se evidenciaron las siguientes inconsistencias:

ACIF 63
98

- En el contrato No. 266 se ejecutó la totalidad del contrato inicial, sin el amparo de las obligaciones surgidas y sólo se constituyeron las pólizas cuando se adicionó el mismo.
- El 30 de septiembre de 2004, el contrato No. 396 fue adicionado en \$104.5 millones y prorrogado en un mes (hasta octubre 31 de 2004), bajo el compromiso de ampliar previamente las pólizas. Sin embargo sólo hasta el 27 de octubre de 2004, se ampliaron las garantías, que se hicieron efectivas a partir de esa misma fecha. El contrato No. 339 suscrito el 1° de julio de 2004, fue adicionado en el 100% de su valor y prorrogado en un mes a partir del 1° de agosto de 2004, y sólo hasta el 27 de agosto de 2004 se ampliaron las garantías, efectivas a partir del 27 de agosto de 2004 (para el caso de la póliza de cumplimiento y calidad del servicio). Lo anterior significa que durante 43 y 53 días respectivamente, quedaron sin amparo las obligaciones surgidas del contrato, exponiéndose el Hospital al riesgo de incumplimiento de las obligaciones contraídas por el contratista, así como a los riesgos derivados por los daños a terceros que pudieran ocasionar en el Hospital los trabajadores asociados a las entidades contratistas.
- Las pólizas de cumplimiento y calidad del servicio y responsabilidad civil extracontractual correspondientes al contrato No. 624 de diciembre 16 de 2004, fueron expedidas el 5 de enero de 2005, fecha en la cual ya había expirado el plazo inicial del contrato. La misma situación se presenta en el contrato No. 516 suscrito con CIRUGIA CRITICA E.U. y el contrato No. 364 suscrito con ANESTECOOP.

A pesar de las omisiones presentadas en relación con las pólizas, la Asesora Jurídica del Hospital, expidió los actos administrativos de aprobación de las garantías constituidas por el contratista de conformidad con las exigencias del contrato, adicionalmente a que se tachó la fecha de expedición de las pólizas con una firma de recibido.

Por lo anterior, se evidencia el incumplimiento de los contratistas al iniciar la ejecución del contrato sin haber constituido los amparos correspondientes, de conformidad con lo establecido contractualmente, como requisito para iniciar la ejecución contractual cláusula 19°, parágrafo 1° de los contratos, así como incumplimiento de los contratistas y de los supervisores de los contratos (Subgerente Administrativo y Financiero para el caso de los contratos suscritos con COOPINTRASALUD y Subgerente de Servicio de Salud para el caso de los contratos suscritos con CIRUGIA CRITICA EU. Y ANESTECOOP), al artículo 29 del reglamento interno para la celebración de contratos (Acuerdo No 003 de febrero 28 de 2001 expedido por la junta Directiva del Hospital de Fontibón), que establece: "Solo podrá iniciarse la ejecución de los contratos, cuando estén

debidamente firmados y en el caso de ser obligatoria la constitución de pólizas... a más de las firmas requerirá aprobación de las mismas para iniciar su ejecución...No podrá el contratista iniciar labores, mientras no se haya dado cumplimiento a los requisitos y formalidades que aquí se establecen..." y a la cláusula décima novena, numeral 3° de los contratos.

Se observa incumplimiento del supervisor del contrato al artículo 24 de la misma norma, al no comunicar la ocurrencia de la situación irregular presentada, contribuyendo con su omisión a dejar expuesto al Hospital, al riesgo de incumplimiento de las obligaciones contraídas por el contratista, así como a riesgos derivados por los daños a terceros que pudieran ocasionar los trabajadores asociados a las entidades contratistas en el Hospital.

Se evidencia el desconocimiento del nivel directivo del Hospital sobre las cláusulas pactadas contractualmente, al preguntar el gerente del Hospital a los demás miembros del Comité de Compras (acta No. 025 de diciembre 16 de 2004), cuyo objeto es la adjudicación del contrato para el suministro de personal de los servicios asistenciales y operativos del Hospital, si se cuenta con una certificación del Supervisor de los contratos suscritos con COOPINTRASALUD, que determine el grado de cumplimiento de la Cooperativa contratada, a lo que responden que no se tiene; siendo que la cláusula tercera de los contratos suscritos establece la forma de pago así: "El Hospital pagará al contratista al vencimiento del presente contrato, el valor que resulte de facturar por los servicios prestados durante el periodo contratado, pagos que se efectuarán previa certificación de cumplimiento de las obligaciones pactadas por parte del contratista, expedida por el Supervisor General del contrato" (Subgerente Administrativo y Financiero del Hospital).

Se incurre además del incumplimiento de funciones por parte de los Supervisores de los contratos y de la Asesora Jurídica, a los objetivos del Sistema de Control interno establecidos en la Ley 87 de 1993 (artículo 2°, literales a), b), d), e), f) y g), en incumplimiento de sus deberes por parte de la Asesora Jurídica, al expedir el acto de aprobación de las pólizas sin que éstas hubiesen sido suscritas, así como de los supervisores de los contratos al permitir la iniciación y ejecución de los contratos sin el cumplimiento de los requisitos legales, poniéndose en riesgo al hospital por los daños que pudieran ocasionarse a sus usuarios, se constituye en falta disciplinaria gravísima por incumplimiento de su deber (artículo 34, numeral 1°) e incurrir en prohibición (artículo 35, numeral 1°) de la Ley 734 de febrero 5 de 2002 (Código Disciplinario Único), de conformidad con lo planteado en el artículo 48 (párrafo) de la misma norma.

La entidad acepta el hallazgo planteado que deberá ser objeto de tratamiento en el Plan de Mejoramiento.

4.5.3. Respecto de la obligación de liquidación contractual pactada se observó que los contratos Nos 338 del 26 de junio de 2004 y 396 del 1° de septiembre de 2004 suscritos con COOPINTRASALUD, así como los contratos Nos. 004 de enero 16 de 2004, 061 de febrero 2 de 2004, 350 de julio 14 de 2004 y 365 de julio 30 de 2004 suscritos con CIRUGIA CRITICA, no se presenta acto administrativo que evidencie el cumplimiento de la cláusula de liquidación. Igual situación se presenta en los contratos Nos. 060 de febrero 2 de 2004 y 364 de julio 30 de 2004 suscritos con ANESTECOOP; incurriendo los Subgerentes Administrativo y de Servicios de Salud en su calidad de Supervisores de los contratos, en incumplimiento del los artículos 30 y 31 del Acuerdo No 003 de 2001 expedido por la Junta Directiva del Hospital, por medio del cual se expide el reglamento interno para la celebración de contratos.

Es necesaria la liquidación, no solo de los contratos mencionado en la respuesta del sujeto de control, sino de todos los contratos suscritos por el hospital donde se pactó la liquidación contractual. Por lo anterior se ratifica el hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria por el incumplimiento de los Subgerentes Administrativo y de Servicios de Salud en su calidad de Supervisores de los contratos, de su deber de liquidar los contratos, de conformidad con el artículo 34, numeral 1° y artículo 48 (parágrafo) de la Ley 734 de febrero 5 de 2002 (Código Disciplinario Único).

4.5.4. Durante la vigencia 2004, el Hospital Fontibón suscribió con INGENIERIA MEDICO HOSPITALARIA contratos por valor de \$227.6 millones, con el objeto de realizar el mantenimiento preventivo y correctivo a la tecnología biomédica y a la planta física del Hospital, incluyendo el suministro de repuestos. Producto de la evaluación a dichos contratos se observan omisiones en las cláusulas contractuales pactadas y en los mecanismos de supervisión y control a la ejecución del contrato, que dejan de manifiesto debilidades en los procesos de identificación de riesgos y de protección y utilización racional de los recursos de la entidad, las cuales se hacen evidentes en los siguientes aspectos:

- No se especifica en las cláusulas de los contratos el número de operarios mediante los cuales el contratista daría cumplimiento al objeto contractual, así como tampoco el valor de mano de obra discriminado por tipo de operario contratado (Ingeniero, Técnico o Auxiliar de mantenimiento), dejándose en libertad del contratista el valor a cobrar por concepto de mano de obra una vez prestado el servicio. Estos vacíos demuestran la debilidad del hospital en cuanto a la protección de sus recursos.
- Falta de control sobre las obras ejecutadas y los materiales utilizados, ya que el formato: "listado de ejecución de trabajos de mantenimiento en pisos" formulado para controlar el recibido de trabajos a satisfacción, en la mayoría de

los casos no es diligenciado totalmente, no se registran las fechas ni horas de ejecución de las obras, no se registran los datos del funcionario que da el recibido de las obras, no se firma el recibido a satisfacción, el formato es diligenciado por operario de mantenimiento contratado siendo que el formato establece como medida de control que debe ser diligenciado por el funcionario de la dependencia que recibe el trabajo.

- No se presentó evidencia de la labor de recotización de materiales y repuestos, ni del listado de precios de mercado actualizado de conformidad con la recomendación planteada por la Jefe de la oficina de Gestión pública y Autocontrol en el Comité de Compras de febrero 2 de 2004 (Acta No. 02), quien sugiere un listado de precios actualizado de los repuestos más utilizados, como medida de control a la ejecución del contrato. Tampoco se evidencia control a la ejecución de los contratos de mantenimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

Por lo anterior se incurrió en incumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 2°, literales a), f), g), al no aplicarse medidas para prevenir los riesgos a pesar de ser identificados, al no garantizarse los mecanismos de verificación y evaluación por parte del Supervisor del contrato; así como del artículo 4°, literal e) al no adoptarse medidas para la protección y utilización racional de los recursos.

La entidad no se pronunció al respecto, por lo que se ratifica este hallazgo administrativo, el cual deberá ser objeto del Plan de Mejoramiento

4.6. EVALUACION A GESTION Y RESULTADOS

Mediante el Acuerdo 017 de 1997, el Hospital Fontibón II Nivel se incorporó al Sistema Distrital de Salud de Bogotá D.C., transformándose en una Empresa Social del Estado del orden Distrital, cuyo objeto es la prestación de los servicios asistenciales de los Niveles I y II, beneficiando a los usuarios residentes en la localidad novena de Fontibón y municipios aledaños.

Gestión Presupuestal.

El presupuesto de gastos e inversión para la vigencia 2004 fue de \$16.209.2 millones de los cuales se ejecutaron \$16.097.1 millones que representan el 99.31%.

Debido al cambio de administración Distrital a partir del 01 de enero del 2004, durante la vigencia fiscal evaluada, el Hospital ejecutó dos planes de desarrollo: Plan de Desarrollo "Bogotá para vivir todos del mismo lado", el Hospital asignó \$6.217.4 millones, de los cuales a junio 30 de 2004 ejecutó \$6.236.1 millones que

corresponden a 100.3% y el Plan de Desarrollo “Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” con una asignación de \$5.538.3 millones, ascendió a \$3.306.2 (59.70%) . El proceso de armonización se realizó en el mes de julio de 2004.

La ejecución de los dos planes se observa en la siguiente tabla:

TABLA 22
EJECUCIÓN DE PLANES DE DESARROLLO VIGENCIA 2004

(millones de pesos)

INVERSION	PPTO DEFINITIVO	TOTAL EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ PARA VIVIR TODOS DEL MISMO LADO 2004			
INVERSIÓN			
JUSTICIA SOCIAL	6.490.0	6.602.6	100.23
SALUD CON CALIDAD			
MEJORAMIENTO DE LA RED DE ATENCION	14.4	14.4	100
Infraestructura	14..2	14..2	100
Dotación	0.2	0.2	100
Participación Social	0	0	0
MATERIALES Y SUMINISTROS ASISTENCIALES	1123.1	1136.6	101.11
- Medicamentos	549.1	5.52.9	100.69
- Insumos Hospitalarios	573.9	5.82.6	101.52
INVERSIÓN SOCIAL	4.462.3	4.462.3	101.10
SERVICIOS PERSONALES	3.668.2	3.668.2	100
APORTES PATRONALES	7.94.1	7.94.1	100
TOTAL DE LA INVERSIÓN	6.217.4	6.236.1	100.30
BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA, UN COMPROMISO SOCIAL CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN 2004			
INVERSION	PPTO DEFINITIVO	TOTAL EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
EJE SOCIAL SALUD PARA LA VIDA DIGNA	5.538.3	3306.2	59.70
UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO	5.538.3	3.306.2	59.70
Servicios personales	32.84.9	2089.1	63.60
Aportes patronales	13.86.1	576.7	41.61
Materiales y suministros	7.21.8	549.3	76.09
Desarrollo de la dirección del sistema territorial de salud y fortalecimiento de la red pública hospitalaria	90.4	58.5	64.72
OBJETIVO GESTIÓN PÚBLICA HUMANA	54.9	32.4	59.10
Sistema Distrital de Información	54.9	32.4	59.10
Desarrollo del Sistema Integrado de información en Salud	54.9	32.4	59.10
Desarrollo de la infraestructura Tecnológica	54.9	32.4	59.10
Gestión de información en Salud	0	0	0
TOTAL DE LA INVERSIÓN	5.538.3	3.306.2	59.70

Fuente: Ejecución presupuesto ingresos y gastos 2003. Hospital Fontibón I y II Nivel ESE

El valor ejecutado del Plan de Desarrollo “Bogotá para vivir todos del mismo lado”

entre el primero de enero y el 30 de junio de 2004, alcanzó el 47.48% del presupuesto de gastos e Inversión de la vigencia.

Se concluye que el Hospital, en desarrollo de los dos Planes, alcanzó la suma de \$9.542.3 millones, de los cuales \$5.757.3 millones (60.33%) se destinan al pago de los servicios personales. Los proyectos ejecutados son coherentes con las líneas de trabajo definidas en el Plan Nacional de Desarrollo: Educación sexual y reproductiva con énfasis en la reducción de embarazos en adolescentes, la disminución de enfermedades de transmisión sexual, la disminución de las muertes maternas y el control de los riesgos ambientales.

La diferencia básica de los dos planes radica en que en el “Plan de Desarrollo Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”, el factor riesgo es abordado a través de un enfoque preventivo que se inicia en el inventario casa a casa para determinar el estado de salud de los integrantes de la familia, para que a través de sus empresas prestadoras del servicio de salud, se controlen los riesgos existentes y se logren mejores condiciones de salud, dando cumplimiento al precepto constitucional relacionado con el enfoque preventivo en el manejo de la salud.

La estructura del Plan de Desarrollo “Bogotá sin indiferencia...” se enmarca en el Eje social, programa salud para la vida digna que tiene como metas:

- Garantizar el acceso y la atención integral en salud a familias no aseguradas sin capacidad de pago.
- Reducir las muertes maternas.
- Lograr coberturas útiles de vacunación.
- Ampliar y mejorar el servicio de la red de hospitales suroccidente
- Promover la implementación del sistemas distrital de promoción y prevención en salud.

Proyecto Mejoramiento Infraestructura CAMI II

Este proyecto se originó en las necesidades planteadas por los usuarios relacionadas con el mejoramiento de las instalaciones físicas de este centro de atención para mejorar la prestación de los servicios asistenciales, teniendo en cuenta el Plan de Desarrollo 2001-2004 de la Localidad.

El proyecto tenía fecha de inicio el mes de mayo de 2004 con un plazo de 12 meses, sin embargo por problemas de diseño, tan sólo se inició la obra el 8 de abril de 2005. El contrato ha sido adicionado en cinco veces y prorrogado en dos oportunidades. El proyecto fue financiado por el Fondo de Desarrollo Local y la Secretaria Distrital de Salud en las vigencias 2003 y 2004, así:

TABLA 23
FINANCIACIÓN OBRA CAMI II

(millones de pesos)

ENTIDADES	RECURSOS			
	2003	2004	TOTAL	%
Fondo de Desarrollo Local	2.598	600	3.198	63
Secretaría Distrital de Salud	550	1240	1.884	37
Valor	3.242	1.840	5.082	100

Fuente Hospital Fontibón revista de junio del 2004

El 27 de noviembre de 2003 se modificó el convenio interadministrativo para que sea el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo FONADE el que gerencie y administre el proyecto en lo que resta por ejecutar, entidad que recibió los fondos a los 30 días de perfeccionado el convenio. Es de anotar que a partir de esta fecha la interventoría y supervisión del proyecto lo ejerce FONADE.

Debido a la remodelación de su centro de atención CAMI II, el Hospital elaboró un plan de contingencia para trasladar sus servicios a otras sedes, tratando de asegurar la prestación de los servicios asistenciales de II nivel a partir del 15 del diciembre de 2004. No obstante dicho plan, la prestación de los servicios asistenciales se ha venido viendo afectada desde mayo de 2004, debido a las remodelaciones necesarias del CAMI I, lo cual se evidencia en hacinamiento, dispersión de los centros de atención, desinformación a los usuarios sobre la ubicación los servicios y de los especialistas, incumplimiento en los horarios programados, entre otros.

Facturación versus Recaudo

La facturación por venta de servicios de salud durante la vigencia 2004 fue de \$13.671.7 millones y el valor recaudado de \$11.307.1 millones, lo que representa un porcentaje de eficacia en el recaudo del 82.7%. Este mismo porcentaje de recaudo se obtuvo durante la vigencia 2003, al obtenerse ingresos de \$10.469.1 millones de un total facturado de \$12.644.0.

Una vez analizada la composición de la cartera recaudada por pagador en los años 2003 y 2004, se observa lo siguiente

TABLA 24
RECAUDO POR PAGADOR

(millones de pesos corrientes)

CONCEPTO	RECAUDOS 2003	RECAUDOS 2004	VARIACIÓN %
FFDS	7.023.5	7.389.5	5.21
ARS	2.455.9	2.707.4	10.24
EPS	109.7	143.2	30.53
SOAT	47.0	56.7	20.63

CONCEPTO	RECAUDOS 2003	RECAUDOS 2004	VARIACIÓN %
OTROS	59.6	147.3	147.14
EFFECTIVO	773.0	862.8	11.61
TOTAL	10.469.1	11.307.0	8.00

Fuente: informe final plan indicativo 2002-2004 Hospital de Fontibón 2004

El mayor crecimiento porcentual (147%) corresponde al rubro OTROS pagadores, seguido por las EPS con incremento del 30.53%. Dicho mejoramiento del recaudo obedece al plan de choque (Decreto 050 de 2003) realizado en el 2004 por el hospital.

Cartera

Durante las vigencias 1999 a 2004 la cartera por concepto de ventas de servicios presenta el siguiente comportamiento:

TABLA 25
CARTERA POR VIGENCIAS Y CONCEPTOS A DICIEMBRE DEL 2004
(millones de pesos)

CONCEPTO	1999-2000		2001		2002		2003		2004	
	(1) ⁽¹⁾	(2) ⁽²⁾	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
ARS	0.6	1.1	31.3	0	39	13.2	112.1	106.1	347.0	145.2
EPS	5.2	0.2	11.8	5.8	7.8	3.5	32.2	19.5	82.8	36.6
SOAT	8.5	0	11.4	0	9.5	0	16.5	0	23.2	7.1
ARP	1.1	0	1.5	0	0.5	0.06	2.9	0	8.2	2.1
OTROS	0.4	6.9	18.1	64.8	7.8	34.2	1.3	6.1	27.6	0.8
FFDS	0	0	0	0	0	0	0.1	0	641.4	469.9
TOTAL	16.0	8.3	74.3	70.7	64.7	51.1	165.2	131.8	1.130.2	661.7

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2004

Como se puede observar en la tabla anterior, desde 1999 el valor de la cartera objetada se ha incrementado considerablemente hasta llegar a \$1.130.2 millones en el 2004, lo que representan un incremento del 584.3% con respecto a la vigencia 2003.

TABLA 26
CARTERA CONSOLIDADA VIGENCIAS 1999 A 2004
A 31 DE DICIEMBRE DEL 2004
(millones de pesos)

CONCEPTO	SALDO EN CARTERA DE OBJECIONES	SALDO SIN OBJECCIÓN	SALDO TOTAL	PARTICIPACIÓN %
ARS	328.2	467.5	795.8	33.5
EPS	93.9	112.1	206.1	8.6

⁽¹⁾ Valor cartera saldo con objeciones: Es la cartera que ha sido objetada por los diferentes pagadores

⁽²⁾ Valor cartera con saldos no objetados: Es la cartera que no ha sido objeto de glosa y que los pagadores aceptan pagar al Hospital.

CONCEPTO	SALDO EN CARTERA DE OBJECIONES	SALDO SIN OBJECCIÓN	SALDO TOTAL	PARTICIPACIÓN %
SOAT	53.2	23.2	76.5	3.2
ARP	8.2	8.2	16.5	0.6
OTROS	28.5	139.9	168.4	7.0
FFDS	470.0	641.4	1111.4	46.7
TOTAL	882.3	1392.6	2374.9	100

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2004

El FFDS es la entidad con mayor saldo de cartera durante el periodo 1999-2004 con el 46.7%; en razón a que es la entidad a la que el Hospital vende la mayor parte de sus servicios asistenciales. Dicho nivel de dependencia económica al FFDS ha venido disminuyendo con el incremento del número de afiliados al régimen subsidiado de salud, que representó durante la vigencia 2004 el 33.5%.

Glosas.

Durante la vigencia evaluada el comportamiento de las glosas definitivas, fue el siguiente:

TABLA 27
OBJECIONES VIGENCIA 2004

(millones de pesos)

RESUMEN POR PAGADORES	VALOR GLOSA INICIAL	VALOR GLOSA DEFINITIVA
ARS Evento	\$134.6	\$13.0
ARS Capitalización	235.2	104.0
EPS	44.2	5.2
SOAT	9.9	0.8
Otros	5.4	0.4
Subtotal	429.5	123.6
FFDS POS-UEL	1.590.4	479
Total	2.019.9	602.6

Fuente: Hospital de Fontibón cartera 2004

4.6.1 Las objeciones definitivas durante el 2004 ascendieron a \$602.6 millones, como a continuación se discrimina:

Glosas definitivas FFDS por valor de \$479 millones que corresponden al 79.4% del total de las glosas, que a su vez representa el 3.50% del total de facturación en la vigencia 2004 (\$13.671.7 millones).

Dentro de las actividades glosadas definitivamente por el FFDS, las que generan

mayor impacto económico son en orden de importancia: actividad no soportada – intermedias con el 38.54%, actividad no contratada 19.09%, régimen subsidiado 8.91%, régimen contributivo 7.56% y no remite RIPS correspondientes - identificación errada el 7.16%. Lo anterior evidencia la ausencia de: análisis exhaustivos de cada una de las actividades glosadas, de planes de manejo con indicadores, monitoreos e informes periódicos de resultados y de determinación de responsables tanto internos como externos con el objetivo de minimizar su impacto económico.

Glosas definitivas por evento

TABLA 28
MOTIVOS OBJECCIÓN DE GLOSA OTROS PAGADORES EVENTO
VIGENCIA 2004

(millones de pesos)

MOTIVOS DE GLOSA	GLOSA DEFINITIVA	PORCENTAJE / VALOR FACTURADO
Sin pertinencia médica	1.6	0.04
Servicios capitados facturados por eventos	3.1	0.08
Mayor valor cobrado en procedimientos o tarifas	3.8	0.10
Falta de autorización	0.4	0.01
Consultas no realizadas	3.0	0.08
TOTAL	\$11.9	3.32

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2004

De acuerdo a los soportes evaluados se constató que las glosas por pertinencia medica, algunas veces también son responsabilidad del personal asistencial de la entidad, como lo determinó el hospital mediante informe de marzo 26 de 2004: "Verificación de ordenes medicas y soporte versus facturación de urgencias": que evidencia facturas donde la orden médica no corresponde a los cargos, por ejemplo en la orden No. 4667 del 20 de marzo de 2004, se encontró que las micronebulizaciones suministradas por enfermería no corresponden a las ordenadas por el médico; en la orden No. 46150 del 18 de marzo del 2004 se realizan micronebulizaciones que no fueron facturadas, así mismo algunas historias clínicas no tienen secuencialidad, racionalidad científica ni oportunidad, se esta facturando sala de observación por medicina especializada siendo que los pacientes están siendo vistos por médico general.

Verificados los soportes de conciliación y cobro de las cuentas glosadas, se observa que no existen informes donde se determinen las razones de aceptación de objeciones, análisis de sus causas y toma de acciones correctivas para controlar y disminuir las cuentas glosadas, incurriéndose en incumplimiento del artículo 2°, literales a), f) y g) de la Ley 87 de 1993.

4.6.2. Evaluado el contrato No. 020 del 2003, suscrito entre el Hospital Fontibón y el FFDS se observó que se efectúa reserva de glosa por concepto de POS por

\$588.8 millones y por concepto de PAB, \$231.4 millones, que corresponden a la facturación radicada por venta de servicios de salud entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2.004. Al revisar los libros contables se evidenció que estos valores no están registrados en la Cuenta de Orden Deudores, lo que evidencia falta de gestión contable y debilidades en el sistema de control interno, conllevando a que los estados contables no reflejen saldos reales.

No se acepta la respuesta dada por el sujeto de control, debido a que no se realizó el registro oportuno con base en los documentos soportes que emite el Hospital como es la Cuenta de Cobro mensual por venta de servicios al FFDS y las Ordenes de pago o autorizaciones de giro expedidos por el FFDS; la entidad realizó un solo ajuste en enero de 2005, lo que da lugar a que no se lleve un debido control sobre las cuentas, y que la información adolezca de los requerimientos que aseguren su fiabilidad. Además el no ingreso de estos recursos al presupuesto de la Entidad la debilidad en su viabilidad económica y financiera requisito para su habilitación, transgrediendo lo normado en la Ley 087 de 1993, Artículos 1,2 literal E Resolución 2306 de 1993

4.7. BALANCE SOCIAL

4.7.1. Durante la vigencia 2004, el hospital se propuso como meta atender a 158.070 usuarios, que representan un crecimiento del 19.6% con relación a la meta 2003. No obstante el aumento en la meta se observa una notoria disminución en la población atendida al pasar de 163.397 a 134.817 usuarios, lo que denota una ineficaz gestión durante el 2004, como se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 29
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE DEMANDÓ LOS SERVICIOS EN EL 2004
COMPARADO CON LA VIGENCIA ANTERIOR

SERVICIOS	2003	2004	VARIACIÓN %
Población que demandó el servicio	163,397	134,817	-21
Población que se propuso atender	132,137	158,070	16
Población atendida	163,397	134,817	-21
Cobertura general del servicio	100%	100%	0
Cumplimiento de cobertura	123,66%	85%	42,63

Fuente: Hospital de Fontibón Informe Balance Social 2004

No se acepta la respuesta dada por el sujeto de control ya que las metas se constituyen en prerrequisito esencial para la adecuada operación de un sistema de gestión. Sin ello las actividades de control corren el riesgo de convertirse en un ejercicio estéril, sin posibilidad alguna de influir realmente en el desempeño de la organización.

4.7.2. Los indicadores presentados por el Hospital Fontibón para la vigencia 2004

reportaron el siguiente comportamiento con respecto a la vigencia 2003:

TABLA 30
INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

NOMBRE	CLASE	PRINCIPIO MEDIDO	RESULTADO DE APLICACION	
			% DIC./2003	% DIC./2004
Egresos Hospitalarios	Cuantitativo	Eficacia	85	92
Consulta Medicina General	Cuantitativo	Eficacia	165	94,7
Consulta Medicina Especializada	Cuantitativo	Eficacia	107	83,6
Consulta Urgencias	Cuantitativo	Eficacia	105	56,6
Total Cirugías	Cuantitativo	Eficacia	82	63
Partos	Cuantitativo	Eficacia	88	54,7
Porcentaje de Ocupación	Cuantitativo	Eficiencia Técnica	87,57	94,2
Giro Cama	Cuantitativo	Eficiencia Técnica	134,06	132,39
Promedio Estancia	Cuantitativo	Eficiencia Técnica	2,4	2,65
Infección Intrahospitalaria	Cuantitativo	Eficiencia	36	0,6
Mortalidad Perinatal	Cuantitativo	Eficiencia	1,1	0,9

Fuente: Contraloría de Ficha técnica 2003. Hospital de Fontibón Oficina de Gestión Pública y Autocontrol

Producto del análisis a los indicadores de gestión correspondientes a la vigencia 2004 se puede concluir que los servicios de Consulta de Medicina General, Medicina Especializada, Urgencias, Partos y Total de Cirugías, bajaron con relación a la vigencia 2003, lo cual contrasta con el aumento en los costos por concepto del personal contratado y de materiales e insumos requeridos para la prestación del servicio.

La respuesta dada por el sujeto de control contradice la información suministrada en el informe de gestión enviado en la cuenta anual 2004, por lo que adicional al bajo nivel de gestión durante el 2004, evidencia bajo nivel de confiabilidad de la información. Por lo anterior se configura hallazgo administrativo.

4.7.3. La información se consolida determinando el criterio de calidad más vulnerado por la unidad estratégica de negocios, sin embargo no se priorizan las acciones correctivas para disminuir el impacto de insatisfacción de los usuarios, ni los indicadores para establecer las causas de su aparición, ni el registro de los procedimientos empleados para resarcir las fallas o errores cometidos de forma estructural, así como tampoco se promueve el mejoramiento de servicios y procesos con base en las quejas, peticiones y reclamos de los clientes internos y externos, en incumplimiento del artículo 2, literal f) de la Ley 87 de 1993.

La respuesta dada por el sujeto de control no desvirtúa lo observado por este ente de control y ratifica debilidades del hospital, que aunque obedecen a factores externos, evidencian la falta de medidas correctivas por parte del hospital.

4.8. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN AMBIENTAL

Para el desarrollo de la gestión ambiental externa durante la vigencia fiscal del 2004, área de gasto público ambiental inmersa en el Programa de Atención Básica, el Hospital de Fontibón obtuvo recursos por valor de \$1.574.2 millones (marzo/04 a febrero de 2005) producto del contrato No. 020/03 celebrado con el Fondo Financiero Distrital de Salud, destinándose dichos recursos principalmente al cubrimiento de las actividades enmarcadas dentro del proyecto de inversión 7431 Mejoramiento de la calidad del espacio público que se ejecuta a través del seguimiento a los riesgos de consumo, en el cual se encuentran incluidos los cuatro (4) proyectos Especiales Distritales con mayor inversión dentro del presupuesto programado y ejecutado así: Terminales Portuarios, Frigorífico Guadalupe, Refrigerios y leche en el Distrito. Otras líneas de intervención a ser ejecutadas con los mismos recursos fueron los riesgos químicos y físicos.

El segundo proyecto con menor inversión fue el 7432- Control de Factores de Riesgo ambientales y biológicos - donde se realizaron inspección, vigilancia y control –IVC- en aspectos tales como: vigilancia epidemiológica de la rabia, con la intervención en la recolección de perros callejeros y disminución de la población canina por medio de esterilizaciones y control de la proliferación de vectores y roedores.

La gestión ambiental interna de la entidad se adelanta a través del manejo de los residuos hospitalarios y similares, como lo exige el Decreto 2676/00, para lo cual creó mediante Resolución No. 010/03, el Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario.

Gestión Ambiental

La gestión ambiental ejecutada en la vigencia 2004, al interior del Hospital de Fontibón se encuentra definida en el plan de manejo de los residuos hospitalarios y al exterior de la entidad, en el desarrollo de las actividades contratadas con el Fondo Financiero Distrital de Salud, para el desarrollo del Plan de Atención Básica PAB.

La Normatividad vigente que regula la gestión interna de los residuos en el Hospital es la Resolución No. 010 del 13 de enero de 2003, que crea el Comité Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario e implementa el Plan de Gestión Ambiental de Residuos Hospitalarios y similares.

Gestión Ambiental externa

ACIP 76
/ 9



La armonización los planes de desarrollo, “Bogotá todos para Vivir del Mismo Lado” y “Bogotá sin Indiferencia un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión”, se adelantó en el Hospital Fontibón por medio de la resolución No. 0010 del 29 de julio de 2004, observándose las siguientes variaciones:

TABLA 31
ARMONIZACION DE LOS PLANES DE DESARROLLO

PROYECTOS BPVTML		PROYECTOS BICSPE	
7431 Mejoramiento de la calidad del espacio Público	Riesgos físicos Riesgos químicos Riesgos del consumo	340 Universalización	Servicio de salud Hábitat Industria y Ambiente Saneamiento básico Enfermedades compartidas Seguridad Alimentaria -Frigorífico -Leche -Consumo -Refrigerios -Terminales
7432	Riesgos Biológicos	343 Riesgos Biológicos	Operativización -Esterilización -Vacunación -Manejo de Accidentes por agresión -Control de vectores y roedores -Grupos informados

Fuente: Informe Presupuesto PAB

En el proyecto No. 340 Universalización, quedaron incluidos todas las líneas de intervención del anterior proyecto No. 7431 y en el proyecto No. 343 se incluyen las líneas que venían incluidas en el proyecto No. 7432, lo que indica la continuidad a cada una de las actividades ejecutadas en medio ambiente.

La inversión para la gestión ambiental en la vigencia 2004 presentó un ingreso a través del Fondo Financiero Distrital de Salud por un valor \$1.574.1 millones, de los cuales se programaron para el primer semestre de marzo a agosto/04 \$981.3 millones para los proyectos No.7431 y No. 7432. El II semestre (septiembre a febrero/05) contó con \$592.8 millones para los proyectos No. 340 Universalización y el No. 343 Riesgos Biológicos.

Los proyectos que presentaron mayor inversión fueron: el No. 7431 y No. 340 con un total de \$1.372.3 millones equivalente al 87.1% del presupuesto asignado. En estos dos se encuentran incluida la línea de intervención para la inspección y vigilancia y control de los riesgos del consumo a los que se destinaron \$1.215.9 millones que corresponden al 88.6, siendo la participación más representativa para el Proyecto Especial Frigorífico Guadalupe con un valor de \$ 512.8 millones.

Existen otros dos (2) proyectos especiales con un alto porcentaje de participación en el presupuesto ejecutado: Terminales Portuarios con \$202.3 millones y Leche en el Distrito con \$143.4 millones que también están incluidos en el riesgo del consumo. En conclusión la inversión de los proyectos especiales ascendió a \$858.5 millones.

La mayor prioridad en medio ambiente para el Hospital estuvo enfocada hacia la prevención de enfermedades producidas por transmisión de alimentos contaminados o mal manipulados por la comunidad, principalmente carnes y leches.

En el ámbito de terminales portuarios, se vigila el transporte de cadáveres, visitas integrales de verificación de condiciones higiénico sanitario de los puertos, establecimiento vigilados y controlados, elaboración de procesos a desarrollar en la ICV de importaciones y exportaciones con énfasis en riesgo del consumo, principalmente en alimentos y medicamentos.

En los riesgos del consumo el proyecto especial con menor presupuesto ejecutado correspondió a la IVC de refrigerios con un monto de \$22.8 millones durante el período septiembre/04 a febrero/05, debido a que en el primer semestre no contó con asignación presupuestal.

Para los otros tres (3) tipos de riesgos del ambiente (biológicos \$201.8 millones; físicos \$53.9 millones y químicos \$39 millones) la ejecución ascendió a \$294.7 millones correspondiente al 18.7% del presupuesto ejecutado.

Por la implementación de los recursos del PAB, se pudo obtener cambios en el medio ambiente tanto a nivel colectivo como individual:

- Se vigilaron y controlaron 4482 establecimientos con riesgos ambientales de consumo, físicos y químicos, capacitación en el mismo tema a 73 grupos informados, alcanzando una ejecución del 100%.
- Vigilancia y control de 5 establecimientos con riesgos biológicos con una ejecución del 100%
- Capacitación a 12 grupos informados en riesgos Biológicos ejecutado el 72%.

En la prevención y vigilancia en rabia se realizaron las siguientes metas:

- Vacunación canina a 6681 animales con un porcentaje de cumplimiento del 76.4%.
- Se recolectaron 207 de perros callejeros con una ejecución del 100%.
- En manejo integrado de focos, se fumigaron 391.360 m², correspondiente al 86.5% de la meta programada.



La población beneficiada por el control de roedores y artrópodos ascendió a 14.000 personas de los estratos 2 y 3 ubicados en zonas de mayor riesgo como riveras de los ríos Fucha y Bogotá.

La capacitación dictada a los 85 grupos informados en los riesgos ambientales benefició a 1.100 personas en temas relacionado con la manipulación de alimentos principalmente. La población canina beneficiada por acción de la vacunación ascendió a 25.000 animales.

Participación ciudadana

Los mecanismos de participación ciudadana en el Hospital de Fontibón están canalizados fundamentalmente a través del Comité de participación ciudadana-COPACO- el cual realizó control social (veeduría) al 100% del proyecto UEL y 98% de los proyectos del PAB. Así mismo participó activamente en los talleres de cartografía social y caracterización para la elaboración del diagnóstico local en salud con participación social.

La asociación de usuarios designó una subcomisión para realizar veeduría ciudadana a los proyectos relacionados con el medio ambiente.

Gestión Ambiental Interna

Una vez verificadas las acciones realizadas por el Hospital en cuanto al manejo de los residuos hospitalarios se evidenció:

4.8.1 Mala disposición de los residuos en el almacenamiento central en el sitio destinado para el almacenamiento temporal de los residuos hospitalarios y similares, no existe separación por clases de residuos segregados o producidos por el Hospital, los cuales son almacenados en un mismo depósito que tampoco se encuentra señalizado, incumpléndose lo establecidas en el numeral 7.2.6.2. Almacenamiento Central Resolución Reglamentaria No. 1164 de 2002 Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares, emitida por los Ministerios del Medio Ambiente y de Protección Social y la Ley 09 de 1979 Código Único Sanitario.

La administración en su respuesta acepta que se presentan irregularidades en el almacenamiento central, debiendo adoptar las medidas correctivas para evitar que se continúen presentando dichas inconsistencias.

4.8.2. Los sitios de disposición no cuentan con la infraestructura necesaria para almacenar todos los residuos generados en el Hospital, lo que origina una

contaminación en la misma fuente, debido a que los patógenos no están colocados en canastillas, sino dispuesto en forma desordenada e indiscriminada.

El hospital acepta que se presenta la situación planteada.

4.8.3. Falta de recipientes reutilizables en buen estado e identificados según la norma. Se observó que los recipientes no cuentan con tapa y/o pedal ni con los colores exigidos por la norma, careciendo de identificación por área y tipo de desecho que almacenan, de conformidad con lo exigido en el numeral 7.2.3 de la resolución No. 1164 de noviembre de 2002 Manual de Procedimiento para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH, ocasionando inadecuada clasificación de los residuos en la fuente. Lo anterior ocasiona un alto riesgo de contaminación del ambiente y un mal manejo de los desechos generados por estar expuestos a cielo abierto.

En el momento de esta auditoria (abril de 2005) no se encontraban la canecas distribuidas, lo que indica que a pesar de la compra realizada, esta no ha sido efectiva, por lo que persiste el problema. Por lo anterior se deberán adoptar medidas efectivas para evitar que se continúen presentando dichas inconsistencias.

4.8.4. La información reportada en el formato RH1 esta incompleta. El formato RH1 "fuentes de generación y clases de residuos; registro diario de generación de residuos hospitalarios y similares" no se diligenció oportuna y continuamente durante el período febrero - agosto de 2004, lo cual origina un indicador sesgado de la gestión interna de los residuos, omitiéndose el cumplimiento al numeral 7.2.10. Monitoreo el PGIRH componente interno de la Resolución No.1164 de 2002.

El hospital deberá verificar el diligenciamiento del RH1 con la nueva empresa de aseo contratada, por lo que la irregularidad no esta subsanada aún, debiendo adoptar medidas correctivas para que no se presente dicha inconsistencia.

4.8.5. No destrucción de los empaques farmacéuticos. Se cuenta con un procedimiento para la destrucción de los empaques de medicamentos que no se cumple, ya que se están reciclando los empaques completos. Este procedimiento esta siendo realizado en el momento de la recolección por parte del personal de aseo y no por los generadores, incumpliendo con el artículo 8° del Decreto 2676 de 2000 y el numeral 7.2.3. Segregación en la fuente Servicio Farmacéutico. Anexo 2. Resolución No. 1164 de 2002. Manual de Procedimiento para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia MPGIRH. Dicha omisión origina que los empaques puedan ser utilizados por persona



inescrupulosa para reempacar medicamentos, con los daños que se producirían a la salud humana.

La administración en su respuesta acepta que se presentan irregularidades en el la disposición de los empaques de farmacia.

5. ANEXOS

CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION		
ADMINISTRATIVOS	22		4.3.1. 4.3.2. 4.3.3. 4.3.4. 4.3.5. 4.3.6. 4.3.7.	4.3.8. 4.3.9. 4.5.1. 4.5.2. 4.5.3. 4.6.1. 4.6.2.	4.7.1. 4.7.2. 4.7.3. 4.8.1. 4.8.2. 4.8.3. 4.8.4. 4.8.5.
FISCALES	0				
DISCIPLINARIOS	4		4.5.1. 4.6.1.	4.5.2.	4.5.3
PENALES	NA				

NA: No aplica.

ACIF 82/98



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ D.C.

**AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD
REGULAR A LA VIGENCIA FISCAL 2003**

ACIF 83
/ 58



6. HECHOS RELEVANTES DEL PERIODO AUDITADO – VIGENCIA 2003

A diciembre 31 de 2003, los activos del hospital Fontibón ascendieron a \$9.468.6 millones, conformados por las cuentas: Efectivo \$1.191 millones equivalente al 19%, Deudores por \$3.575.4 millones, el valor de los inventarios ascendió a \$211.8 millones, Propiedad, Planta y Equipos alcanzó la suma de \$2.443.0 millones y Otros Activos \$2.047.3 millones. El pasivo fue de \$2.594.8 millones, conformado por cuentas por pagar (\$1.171.2 millones) y Obligaciones Laborales por \$1.273.5 millones. El patrimonio fue de \$6.428.2 millones, representado por en Capital Fiscal por valor de \$4.279.5 millones, Superávit por Donaciones \$1.020.4 millones y Ajustes por Inflación que asciende a \$1.128.2 millones.

La ejecución activa del presupuesto presentó adiciones durante 2003 por valor de \$3.046.0 millones, quedando aforada definitivamente en \$14.713.7 millones, que representa un incremento del 13.2% con relación a la vigencia 2002. El presupuesto de funcionamiento e inversión presentó modificaciones por valor de \$2.218.8 millones, quedando aforado en \$14.713,7 millones, ejecutándose en el 98% distribuido en gastos de funcionamiento (27.4%) e inversión (72.6%).

ACIF 84
/



**7. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
A LA VIGENCIA 2003**



Dra. LILIANA MARCELA MEZA

Presidente Junta Directiva

Dr. REYES MURILLO HIGUERA

Gerente

Hospital Fontibón II nivel de atención

Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó auditoria gubernamental con enfoque integral, modalidad regular al Hospital Fontibón II nivel de atención, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2003.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la Administración de la Entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales, junto con la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoria, deberán ser corregidos por la Administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por consiguiente a la eficiente y efectiva producción y prestación de servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoria Gubernamentales compatibles con las de general aceptación, así como las políticas y procedimientos de auditoria establecidos por la Contraloría de Bogotá, por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales.

Concepto sobre la gestión y los resultados

A pesar de lograrse una mayor facturación por venta de servicios durante el 2003

respecto al 2002, se observaron debilidades en el área de facturación del hospital, al carecer de controles adecuados y de comunicación eficaz que permita la fluidez de la información, así como de los controles para el recaudo de efectivo en cada uno de los centros de venta de servicios, en razón a que permanece el efectivo en poder de los cajeros hasta 11 días, en espera de ser retirados por la Tesorera del Hospital para ser consignado en Bancos, constituyéndose dicha situación factor de riesgo para la salvaguarda de estos recursos, máxime si se tiene en cuenta las dificultades de liquidez del hospital.

Según la prueba física realizada a la farmacia del hospital, se observan sobrantes de medicamentos que no han sido ingresados al inventario, originados en los pacientes que son trasladados a otro hospital, sin que la enfermera haga devolución formal de los medicamentos que no fueron utilizados en dicho paciente. Esta situación conlleva a que los inventarios no reflejen los saldos reales de existencia, evidenciándose incumplimiento del Artículo 2º literal a) de la Ley 87 de 1993 que establece como uno de los objetivos del sistema de control interno, la protección de los recursos de la organización.

Las actividades de control establecidas por la administración del hospital para minimizar la ocurrencia de riesgos de carácter contables han sido aceptables; a pesar de seguirse presentando errores tales como la pérdida o hurto de elementos sobre los cuales se ha venido recuperando su valor reconocido por las compañías de seguros, sin que se estén registrado en las cuentas de responsabilidad en proceso a los presuntos responsables.

Los resultados del examen nos permiten conceptuar que la gestión adelantada por la administración del hospital Fontibón durante 2003, acata las disposiciones que regulan sus actividades y refleja un adecuado manejo de los recursos puestos a su disposición empleando en su administración acertados criterios de economía, eficiencia y equidad.

Evaluación Estados Contables

La evaluación a los Estados Contables con corte a diciembre 31 de 2003 permitió determinar:

Según el análisis realizado a la cuenta No. 1470 Otros Deudores, a 31 de diciembre de 2003 quedaron reflejadas 6 empresas con mora en el pago de más de 360 días de antigüedad, sin ser clasificada en la cuenta Activo no Corriente por valor de \$265.8 millones.

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el cuadro de hallazgos (Capítulo 9 Anexo), se establecieron 6 hallazgos administrativos, de los cuales uno (1) tienen alcance disciplinario que será puesto en conocimiento de la Personería de Bogotá.

Concepto sobre fenecimiento

Conforme a lo establecido en el párrafo 2 del artículo 21 de la Resolución Reglamentaria 052 del 8 de Noviembre de 2001 y como consecuencia de la inexistencia de hechos irregulares que hubiesen afectado de manera importante los recursos puestos a disposición de la administración durante el año fiscal 2003 reflejado en el concepto favorable con observaciones emitido en cuanto a la gestión realizada, la calidad y eficiencia del sistema de control interno y el cumplimiento de la normatividad, la calidad y la evaluación realizada en el área contable, la cuenta rendida por la entidad correspondiente a la vigencia 2003 mantiene su **fenecimiento**.

A fin lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad deberá diseñar **un plan de mejoramiento único** que permita solucionar las deficiencias puntualizadas en el presente informe, tanto en el capítulo de la vigencia fiscal 2004, como en el capítulo correspondiente a la vigencia fiscal 2003, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los quince días al recibo del presente informe

El plan de mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución.

Bogotá, D.C., Julio de 2005.

OLGA LUCIA JIMENEZ OROSTEGUI
Directora Técnica Salud y Bienestar Social

8. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

8.1. EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES

DEUDORES

8.1.1. Cuenta 140000- Deudores: La cuenta 147000 otros deudores, presenta un saldo de \$1.309.1 millones a diciembre 31 de 2003. Según el análisis realizado se registraron seis empresas con deudas de más de 360 días de antigüedad sin ser clasificadas en la cuenta Activo no Corriente por valor de 265.8 millones, situación que continúa igual en el 2004, incumpliendo lo estipulado en los numerales 1.2.5.5, 1.2.6.4 del marco conceptual de la Contabilidad Pública y el ordinal 3.2.1.1 del manual de procedimiento del PGCP, generando que no se tenga confiabilidad ni genere la utilidad social de la información; de igual manera no permite construir indicadores reales de seguimiento y evaluación, que satisfaga a los usuarios de la información.

8.1.2. Cuenta 80000 Cuenta de Orden Deudora. En desarrollo del contrato No. 020 de 2003 suscrito entre el hospital Fontibon y el FFDS, se efectuó reservas de Glosa al Hospital por concepto de POS \$521.2 millones y por concepto de PAB \$149.6 millones, correspondientes a la facturación presentada por el Hospital por la venta de servicios de salud entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2003. Se evidenció que no están registrados en la cuenta de orden - cuenta deudores, evidenciándose deficiencias en el sistema de control interno que conllevan a que los estados contables no reflejen los saldos reales y se genere una subestimación en esta cuenta por \$670.8 millones. Los entes públicos deben velar por la información Contable cumpla con los postulados y utilidad, reconocer la totalidad de las operaciones y conciliar con existencias reales, según lo establecido en los numerales 1.1.3.3. y 1.1.3.4. de los aspectos conceptuales de los procedimientos relativos a los principios del capítulo I, parte II del Plan de Contabilidad Pública, adoptado mediante Resolución 400 de diciembre de 2000 del Contador General de la Nación y la Circular Externa No.035 de 27 de diciembre 2000 expedida por el Contador General de la Nación.

Resultados de la Evaluación al Proceso de Saneamiento Contable

La administración del Hospital Fontibon II nivel en cumplimiento a la Ley 716 de 2001 realizó las siguientes actividades:

Mediante resolución No. 186 de 2002, se creó el comité de saneamiento contable y se establecieron las funciones de sus integrantes, mediante Acta No. 1 de septiembre de 2003, se instaló el comité y se comunicaron las funciones a sus integrantes.

Igualmente, mediante Acta No.2 de octubre de 2003, se identificaron y aprobaron las cuentas objeto de saneamiento contable, así:

Código Cuenta	Nombre de la Cuenta	Valor (\$)
147090	Deudores (letras por cobrar)	32.9 millones
147090	Deudores (pagarés)	57.4 millones
147511	Deudas difícil cobro	148.5 millones
199603	Bienes y derechos en investigación	118.7 millones
	TOTAL	357.5 millones

Mediante Acta No.3 de diciembre de 2003, se establecieron las políticas y procedimientos para el proceso de saneamiento contables.

Se realizó Saneamiento Contable de las cuentas No.147090013 – otros deudores (letras por cobrar) por valor de \$32.8 millones y la cuenta No.1409070-otros deudores (pagares) por valor de \$57.4 millones, correspondientes a los años 1997,1998, 1999, 2000 y 2001; partidas que correspondían a saldos reportados por los Hospitales antes del proceso de fusión con el Hospital San Pablo I Nivel. Situación que impidió determinar los posibles responsables.

8.2. EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

Para la vigencia fiscal 2003, el CONFIS liquidó el presupuesto aprobado mediante Resolución No. 78 del 29 octubre de 2002 y la gerencia del hospital lo adoptó mediante la Resolución No. 0318 de diciembre 9 de 2003 y Resolución de Junta Directiva No. 018 de 11 de octubre de 2002, quedando aforado en \$11.667.7 millones. El presupuesto del Hospital presentó adiciones durante 2003 por valor de \$3.046.0 millones, quedando un presupuesto definitivo en \$14.713.7 millones, así:

TABLA No. 33
MODIFICACIÓN DE INGRESOS 2003

(millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	P/PTO INICIAL	ADICION	P/PTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO
DISPONIBILIDAD INICIAL	0	299.0	299.0	299.0	
VENTA DE BIENES, SERVICIOS Y PRODUCTOS.	9.979	2.449.4	12.428.4	11.672.4	94
- FFDS	7.124.2	1.213.8	8.338	6.795.7	82
- EPS	98.2	0	98.2	109.7	112
- ARS	1.177.9	654.5	1.832.4	2.455.9	134
- Otros pagadores por venta de servicios	907.0	0	9.07	1.107.0	122

DESCRIPCIÓN	P/PTO INICIAL	ADICION	P/PTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO
CUENTAS POR COBRAR	671.5	581	1.252.5	1203.3	96
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS	0	0	0	25.1	0
TRANSFERENCIAS	1.668,7	283,2	1952	1952	0
RECURSOS CAPITAL	20.0	14.3	34.3	107.4	3,13
Rendimientos por operaciones financieras	20.0		20.0	92.3	4,62
Otros recursos de capital	0	14.3	14.3	15	0
INGRESOS +DISPONIBILIDAD INICIAL	11.667.7	3.046.0	14.713.7	14.056	96

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2003

El alcance de la evaluación incluyó las cuentas de Ingresos Corrientes, Rentas contractuales, Venta de bienes, servicios y productos; los registros presupuestales, las modificaciones presupuestales y el acta de cierre presupuestal. El porcentaje de verificación alcanzó el 80% de la ejecución presupuestal del año 2003.

Los ingresos corrientes están conformados básicamente por el rubro: Venta de bienes, servicios y productos que equivale al 83% del total de los ingresos. Los mayores recaudos correspondieron, al FFDS con el (58,22%), seguido por las ARS con (21,04%) y Cuentas por Cobrar con (10,30%).

TABLA No.34
ANÁLISIS EJECUCIÓN INGRESOS 2003

(millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO	% EJEC RECAUDO	SALDO X RECAUDAR
DISPONIBILIDAD INICIAL	299.0	299	0	0
VENTA DE BIENES, SERVICIOS Y PRODUCTOS.	12.428.4	11.672.4	94	756
CUENTAS POR COBRAR	1.252.5	1.203.3	96	49.2
TRANSFERENCIAS	1.952.0	1.952	100	
OTROS INGRESOS NO TRIBUTARIOS		25.1	0	(25.1)
RECURSOS CAPITAL	34.3	107.4	3,13	(73.1)
Rendimientos por operaciones financieras	20.0	92.3	4,62	(72.3)
Otros recursos de capital	14.3	15	105	(0.7)
INGRESOS +DISPONIBILIDAD INICIAL	14.713.7	14.056.0	96	657.8

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2004

Los ingresos recaudados por el rubro ventas de bienes, servicios y productos

superaron el 94% con \$11.672.4 millones del presupuesto programado, quedando pendiente por recaudar \$756 millones. El rubro cuentas por cobrar alcanzó un recaudo del 96% quedando pendiente por recaudar tan sólo \$49.2 millones, gracias a la implementación de estrategias de cobro por parte del Hospital.

Los ingresos de la vigencia 2003, ascendieron a \$14.713.7 millones con un incremento del 13.2% con relación al 2002 que fue de \$12.768.0 millones.

Ejecución Pasiva

La ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento e inversión del Hospital Fontibón presentó modificaciones durante 2003 por valor de \$2.218.8 millones, quedando aforado definitivamente en \$14.713,7 millones, así:

TABLA No. 35
MODIFICACIONES PRESUPUESTALES
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN 2003.

(millones de pesos)

RUBRO	PTO INICIAL	CONTRA CREDITO	CREDITOS	ADICIONES	PTO DEFINITIVO
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	3.308.9	461.7	543.0	671.5	4.061.7
- Ctas x pagar funcionamiento	300	9.2	0	69.8	360.5
INVERSIÓN	8.358.8	1.757.1	1.675.8	2.374.2	10.652.0
- Servicios personales	4.867.0	1.222.3	1.188.1	1.381.7	6.214.5
Aportes pstronales	1.830.8	511.9	329.3	284.4	1.932.7
-Materiales y suministros asistenciales	1.120.9	0	153	231.8	1.505.8
-Mejoramiento de la red de atención, Infraestructura , Dotación, Participación social, cultura del servicio mercadeo corporativo.	40	5.3	5.3	247.2	287.2
-Ctas por pagar inversión	500	17.5	0	229.1	711.5
GASTOS + DISPONIBILIDAD FINAL	11.667.7	2.218.8	2.218.8	3.046.0	14.713.7

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2003

Como se observa en la tabla anterior, los gastos de funcionamiento participaron con el 27.6% y la inversión con el 72.6% del presupuesto definitivo, el cual se orientó básicamente a sufragar gastos de personal asistencial y materiales y suministros asistenciales de la vigencia.

TABLA No.36
EJECUCION GASTOS DE FUNCIONAMIENTO E INVERSION
DICIEMBRE 31 DE 2003

(millones de pesos)

DESCRIPCION	P/PTO DEFINITIVO	P/PTO EJECUTADO	% EJECUCION	GIROS	% DE GIROS	COMPROMIS OS X PAGAR
GASTOS FUNCIONAMIENT O	4.061.7	3.943.7	97	3.608.2	91	335.5
INVERSION	10.652.0	10.444.9	98	9.662.8	92	782.1
-Servicios personales	6.214.5	6.157.1	99	5.904.8	96	252.3
Materiales y suministros asistenciales	1.505.8	1.500.5	100	1.286.7	86	213.7
Mejoramiento de la red de atención	287.2	287.2	100	67.3	23	219.8
Aportes patronales	1.932.7	1.788.5	93	174.3	95	84.2
-Ctas por pagar inversión	711.5	711.3	100	699.7	98	11.8
GASTOS DE INVERSION MAS DISPONIBILIDAD FINAL	14.713.7	14.388.6	98	13.271	92	1.117.6

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal Hospital Fontibón 2003

La ejecución pasiva durante 2003 alcanzó el 98% del presupuesto definitivo, distribuyéndose entre gastos de funcionamiento (27.4%) e inversión (72.6%). Lo ejecutado por inversión se concentró básicamente en el pago de los servicios Personales Asistenciales (42,89%) y Materiales y suministros asistenciales y ambientales (10,42%). Al concluir la vigencia 2003 el Hospital registró compromisos por pagar por valor de \$1.117.3 millones, distribuidos entre funcionamiento (\$335.5 millones) e inversión (\$782.17 millones).

De acuerdo a las pruebas y análisis de auditoría realizados se concluye que el Hospital Fontibón cumplió con las normas presupuestales y sus registros fueron exactos, veraces, oportunos y confiables.

8.3. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

El Hospital Fontibón II Nivel ESE celebró durante el año 2003 contratos por valor inicial de \$2.906 millones, distribuidos entre contratos de compraventa, de arrendamiento y de suministro, de los cuales se evaluó una muestra del 44% por valor definitivo de \$1.282 millones. Producto de la auditoría se concluye que la contratación suscrita por el Hospital durante la vigencia 2003 se realizó bajo los parámetros legales establecidos en su etapa precontractual, contractual y postcontractual, salvo las siguientes inconsistencias:

ACIF 93/98



8.3.1. El contrato No. 293 de 2003 suscrito con Ingeniería Medico Hospitalaria con el objeto de realizar el mantenimiento del hospital, el contrato No. 09/03 suscrito con CASALIMPIA con el objeto de prestar el servicio de aseo, el contrato No. 214 de 2003 suscrito con BDO AUDIT AGE S.A. y el contrato No. 116 de 2003 suscrito con CB&S S.A. con el objeto de suministrar combustible al hospital, no presentan acto administrativo que evidencie el cumplimiento de la cláusula de liquidación contractual, incurriendo el gerente del y los supervisores de los contratos señalados, en incumplimiento de los artículos 30 y 31 del Acuerdo No 003 de 2001 expedido por la Junta Directiva del Hospital, por medio del cual se expide el reglamento interno para la celebración de contratos, además de las cláusulas de los contratos que pactan su liquidación. Por lo anterior, el gerente del hospital durante la vigencia evaluada incurrió en falta disciplinaria de conformidad con el artículo 34, numeral 1° y artículo 48 (parágrafo) de la Ley 734 de febrero 5 de 2002 (Código Disciplinario Único) por el incumplimiento del deber de liquidar los contratos.

8.3.2. El hospital suscribió el contrato No. 028 de 2003 con la firma MULTISERVICIOS TECNICOS ASOCIADOS por valor de \$5 millones, de los cuales \$2 millones corresponden a aceite y grasa sin haber presentado los documentos soportes que evidencien la realización del mantenimiento preventivo; evidenciando debilidades en el sistema documental de la entidad, en incumplimiento de la los artículos 2° y 3°, literales e) de la Ley 87 de 1993.

8.4. EVALUACIÓN A LA GESTIÓN Y RESULTADOS

Frente a la facturación por venta de servicios de salud, se observó que durante la vigencia 2003 fue de \$12.428.4 millones y el valor del recaudo fue de \$10.469.1 millones, cifra que representa el 84% frente a lo facturado. Este nivel de recaudo aumentó un 13% con respecto a la vigencia 2002, de acuerdo al comportamiento que a continuación se observa:

**TABLA No. 37
RECAUDO POR PAGADOR**

(millones de pesos corrientes)

CONCEPTO	RECAUDOS 2002	RECAUDOS 2003	VARIACIÓN %
FFDS	6.432.444	7.023.6	9
ARS	1.759.7	2.455.9	40
EPS	138.9	109.8	-21
SOAT	71.4	47.0	-88
OTROS	122.5	59.6	-51
EFFECTIVO	769.8	773.0	0
TOTAL	9.294.9	10.469.1	13

Fuente: informe final plan indicativo 2002-2004 Hospital de Fontibón 2003

El aumento en el nivel de recaudo obedece al incremento en la venta de servicios

a las ARS y al número de afiliados al régimen subsidiado de salud, el cual se duplicó; así mismo es consecuencia de la contratación por capitación. Sin embargo se observa una disminución en el nivel de recaudo a EPS, SOAT y otros pagadores.

De otra parte durante el periodo 2001 - 2003, la cartera por concepto de ventas de servicios presentó el siguiente comportamiento:

TABLA No. 38
CARTERA POR VIGENCIAS Y CONCEPTOS A DICIEMBRE DEL 2003

(millones de pesos corrientes)

CONCEPTO	2001		2002		2003	
	OBJETADA	NO OBJETADA	OBJETADA	NO OBJETADA	OBJETADA	NO OBJETADA
ARS	31.3	0	39	13.2	112.1	106.1
EPS	11.8	5.8	7.8	3.5	32.2	19.5
SOAT	11.4	0	9.5	0	16.5	0
ARP	1.5	0	0.5	0.06	2.9	0
OTROS	18.1	64.8	7.8	34.2	1.3	6.1
FFDS	0	0	0	0	0.1	0
TOTAL	74.3	70.7	64.7	51.1	165.2	131.8

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2003

Como se puede observar el valor de la cartera se incrementó hasta llegar a \$165.2 millones en el 2003, lo que representa un incremento del 100% con respecto a la vigencia 2002.

TABLA No. 39
CARTERA CONSOLIDADA
A 31 DE DICIEMBRE DEL 2003

(millones de pesos corrientes)

CONCEPTO	SALDO EN CARTERA CON OBJECIONES	SALDO SIN OBJECIONES	SALDO TOTAL	PARTICIPACIÓN %
ARS	112.1	106.1	218.2	73.5
EPS	32.2	19.5	51.7	17.4
SOAT	16.5	0	16.5	5.6
ARP	2.9	0	2.9	1.0
OTROS	1.3	6.2	7.5	2.5
FFDS	0.1	0	0.1	0
TOTAL	165.2	131.8	296.9	100

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2003

Las ARS, entidades con mayor saldo de cartera durante la vigencia 2003, fueron las entidades a las que el Hospital vendió en mayor proporción sus servicios asistenciales, disminuyéndose el nivel de dependencia con el FFDS.

Analizado el comportamiento de las glosas, se observó que las principales causas de generación de las mismas por parte de las ARS y EPS al hospital durante la vigencia 2003, fueron entre otras: sobrecobro en procedimiento y paquete, mayor valor en UPC y usuarios, mayor valor en procedimientos, consulta incluida en atención, parto y medicamentos incluidos en derecho sala, pacientes capitados facturados por evento y pertinencia médica. En la siguiente tabla se resumen los motivos de glosa con las ARS y EPS:

TABLA No. 40
MOTIVOS DE GLOSA VIGENCIA 2003

(millones de pesos corrientes)

MOTIVOS	TOTAL GLOSA DEFINITIVA	% GLOSA DEFINITIVA
Usuarios capitados cobrados por evento	13.0	12
Mayor cobro en procedimientos	18.7	17
Falta lectura de radiólogo	0.04	0
Factura cobrada a las ARS y EPS	8.1	7
Servicios no realizados	0.10	0
Pertinencia medica	16.6	15
Recobros, descontados por autorización o pertinencia, mayor valor en UPC y en Usuarios	53.1	48
Totales	109.8	100

Fuente: Hospital Fontibón facturación 2003

Respecto a las glosas con el Fondo Financiero Distrital se encontró que las principales causales de glosas son:

- No aparece el usuario en la base de datos.
- Clasificación socioeconómico 4, 5 o 6.
- Doble facturación por el mismo evento.
- Actividad equivocadamente facturada dentro del paquete.
- Valor que excede la tarifa pactada.
- Equivocada facturación entre régimen contributivo o subsidiado.
- Actividad no soportada.
- Epicrisis que no corresponde al evento.
- Procedimiento o actividad no pertinente.
- Actividad no contratada, no remite RIPS correspondientes.
- Factura no correspondiente al mes auditado.

Otros aspectos que afectan la generación de glosas y el volumen de anulación de facturas son: cambio de pagador o empresa responsable del pago, reestratificación del usuario. Es así como en la vigencia 2003 se presentaron 3.789 anulaciones de facturas.

A continuación se presenta la discriminación de las glosas definitivas correspondientes a las vigencia 2003:

TABLA No. 41
GLOSAS DEFINITIVAS VIGENCIA 2003

Millones corrientes \$

RESUMEN POR PAGADORES	TIPO DE CONTRATO	VALOR DE LA GLOSA	VALOR GLOSA DEFINITIVA	% GLOSA DEFINITIVA
ARS Evento	Evento	327.5	93.6	14
ARS Capitalización	Capitalización			
EPS	Evento	46.2	5.2	1
SOAT	Evento	10.7	7.1	1
Otros	Evento	29.3	3.69	1
SUBTOTAL		413.8	109.8	16
FFDS	POS	60.6	549.0	4
FFDS	PAB	2.336.6	29.2	80
FFDS UEL	PYP	3.6	0	
Subtotal		2.401.0	578.3	84
TOTAL		2.814.9	688.10	100

Fuente: Hospital de Fontibón cartera 2004

Las objeciones definitivas durante la vigencia 2003 ascendieron a \$688.1 millones, de los cuales el 84% (\$578.3 millones) corresponden a glosas definitivas del FFDS, que representan a su vez el 4.6% del total de facturación (\$12.644.millones).

El valor de la glosa definitiva del FFDS aceptada por el hospital durante la vigencia 2003, fue de \$578.3 que representa el 73% del total de la facturación radicada al FFDS (\$8.291.2 millones).

Por concepto de pagadores por evento y capitalización se radicó facturación por valor de \$3.461.7 millones, de los cuales la glosa definitiva fue de \$109.8 (3.2% del valor facturado por este concepto).

A pesar de lograrse una mayor facturación por venta de servicios durante la vigencia 2003 con respecto a la inmediatamente anterior, se observan deficiencias en el proceso así:

8.4.1. El área de facturación carece de controles adecuados y de comunicación eficaz que permita la fluidez de la información. No fue posible establecer las causas de anulaciones o de reemplazos de facturas, ya que no se cuenta con documentos soportes que muestren la cantidad de facturas anuladas y remplazadas y los motivos de anulación, habiéndose perdido la trazabilidad de la información en razón a que la persona que manejaba dicha información durante la vigencia 2003, ya no hace parte del área, evidenciándose incumplimiento del artículo 3°, literal e) de la Ley 87 de 1993.

8.4.2. No existe control adecuado al recaudo de efectivo en cada uno de los centros de prestación de servicios del hospital, como se pudo evidenciar al realizar los arqueos a las cajas del hospital Fontibon II Nivel (Centro día, Cajas Nos. 023, 127 y 090, IPS Caja No.084 y Farmacia Cajas Nos.105 y 311) los días 7 y 8 de junio de 2005, donde se observó que los dineros recaudados por venta de servicios permanecen entre 4 y 11 días en espera de ser retirados por la Tesorera del Hospital y entregarlos al carro de valores, incurriéndose en riesgo de pérdida y/o ineficiente administración de los recursos, en incumplimiento del artículo 2°, literal a) y artículo 4°, literal e) de la ley 87 de 1993. Dicha omisión se observa adicionalmente en la elaboración de pagarés a los usuarios sin la firma del codeudor.

9. ANEXO

CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION
ADMINISTRATIVOS	6		8.1.1. 8.1.2. 8.3.1. 8.3.2. 8.4.1. 8.4.2.
FISCALES	0		
DISCIPLINARIOS	1		8.3.2.
PENALES			

NA: No aplica.