

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

**HOSPITAL TUNAL III NIVEL DE ATENCION
E.S.E**

VIGENCIA AUDITADA 2009

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL 2009
CICLO II**

**DIRECCION SECTOR
SALUD E INTEGRACION SOCIAL**

BOGOTA, SEPTIEMBRE DE 2010

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
AL HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ATENCION E.S.E

Contralor de Bogotá D.C	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Director Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector de Fiscalización Salud	Juan Guillermo Plata Plata
Subdirector de Fiscalización Integración Social	José Vicente Guzmán Gómez
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoria	Gerlein Adán Beltrán Delgado- Líder María del Pilar Serrano Vargas Ana Matilde Soledad Cabrera Sandra Marcela Suarez Arley Xiomara Jaime Ortiz Yaneth Bernal

CONTENIDO

		Pág.
1	DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	4
2	ANALISIS SECTORIAL	11
3	RESULTADOS DE LA AUDITORIA	27
3.1	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	27
3.2	SEGUIMIENTO CONTROL ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS	27
3.3	EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	27
3.3.1	Evaluación a la Transparencia	38
3.3.2	Seguimiento al Cumplimiento Ético	38
3.4	EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	38
3.5	EVALUACIÓN PRESUPUESTAL	47
3.5.1	Ejecución Activa	48
3.5.2	Ejecución Pasiva	51
3.5.3	Plan Anual de Caja PAC	59
3.5.4	Presupuesto Orientado a Resultados PMR	60
3.6	EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	62
3.7	EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	87
3.7.1	Plan de Desarrollo	87
3.7.2	Balance Social	92
3.7.3	Salud a su Hogar	96
3.7.4	Salud al Colegio	96
3.7.5	Plan de Ordenamiento Territorial	96
3.8	EVALUACION A LA GESTION AMBIENTAL	97
3.9	EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	111
3.10	CONCEPTO SOBRE LA RENDICION DE LA CUENTA	115
3.11	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	116
4	ANEXOS	121
4.1	CUADRO DE HALLAZGOS	
4.2	TRANSPARENCIA	
4.3	PLAN DE MEJORAMIENTO	

**1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE
INTEGRAL**

Doctora

OLGA LUCIA VANEGAS SANTOS

Presidenta Junta Directiva

Doctora

GLADYS MIRYAM SIERRA PEREZ

Gerente

Hospital El Tunal E.S.E

Ciudad.

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 El Tunal III 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 2009, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009, la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación al Sistema de Control Interno.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de este organismo de control, consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración del Hospital EL Tunal III nivel de Atención que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y 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, fueron corregidos o serán corregidos por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por consiguiente en la eficiente y efectiva prestación de los servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de general aceptación, así como con las políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, requirió, acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el exámen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El Control incluyó el exámen 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

La aplicación de la metodología para la evaluación de la gestión y los resultados, arrojó la siguiente consolidación:

VARIABLES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
Plan de Desarrollo y Balance Social	35	28.00
Contratación	20	18.5
Presupuesto	15	13.00
Gestión Ambiental	10	8.00
Sistema de Control Interno	10	7.00
Transparencia	10	8.00
SUMATORIA TOTAL	100	82.5

Fuente: Metodología Contraloría Bogotá.

Como resultado de la auditoría adelantada, El Hospital El Tunal III Nivel de Atención obtuvo una calificación de 82.5 por lo tanto la Contraloría de Bogotá D. C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2009 es favorable con observaciones.

El resultado enunciado se fundamenta en los siguientes elementos:

El Sistema de Control Interno de la entidad obtuvo una valoración de 3.52 que corresponde a un SCI regular de mediano riesgo, que comparado con el resultado obtenido a partir del proceso auditor sobre la vigencia 2008, que había logrado una calificación de 2.13 evidencia un avance producto de las mejoras implementadas tanto en el Plan de mejoramiento como en el levantamiento de procedimientos buscando la acreditación.

En cuanto corresponde al plan de mejoramiento sobre un total de 170 observaciones, 159 observaciones cumplieron en su totalidad con las acciones de mejoramiento, 11 observaciones cumplieron parcialmente las acciones para una calificación de 1.94 esto es el 94.7 % de cumplimiento.

En lo referente a la transparencia, la ponderación de la calificación ubica a la entidad en un nivel de riesgo bajo.

Con respecto a las actividades desplegadas por el área de contratación en cada una de las etapas precontractual, contractual y postcontractual se evidencia su cumplimiento y ajuste al manual de contratación de la entidad, así como el ajuste de los contratos tanto al plan de compras como a los objetivos misionales.

Se estableció que el manejo del presupuesto se ajusta a la normatividad en cuanto a registros y apropiaciones presupuestales como también en la generación de información consolidada que se registra en el sistema HIPOCRATES, el cual cumple con las necesidades tanto operativas como de control requerido por el área. Por lo mencionado anteriormente, el desarrollo del proceso presupuestal en el Hospital El Tunal, se considera confiable.

En cuanto se refiere al Plan de desarrollo se observó que existe coherencia entre los objetivos estratégicos establecidos en el POA y los gastos efectuados en los apartes tanto de Funcionamiento, Operación e Inversión. Los gastos efectuados en Inversión y que corresponden básicamente a Infraestructura y Dotación están enmarcados dentro de los proyectos definidos por la SDS-FFDS y guardan coherencia con el POT.

La entidad incurrió en presuntas inversiones ambientales que se podían haber programado en otros vigencias en las cuales se contara con presupuesto para estas actividades esto se soporta con la situación presupuestal que ha venido atravesando el hospital y que afecta su prestación de servicios, dejando de realizar arreglos prioritarios como el arreglo de los tanques subterráneo de facturación.

Los profesionales contratados presentaron en su gestión debilidades en la aplicación de normatividad ambiental, como en la confiabilidad de la información que generó gestión ambiental durante el periodo auditado, además de las debilidades en los controles para las actividades ambientales ejecutadas por el hospital como el proyecto de compostaje cuantificándose un presunto detrimento de \$15.000.000

Sin embargo, se destaca el aporte del hospital durante la vigencia 2009 en la comunidad del sector del Tunal en especial con la población estudiantil y la Asociación de Usuarios con el propósito de crear y motivar la conciencia ambiental en niños, jóvenes y usuarios del hospital entre las que se encuentran la semana ambiental que se llevo a cabo en junio de 2009, donde se realizó entre otras actividades el concurso de dibujo sobre temas alusivos a la protección del medio ambiente con niños y niñas de tercer grado de básica primaria, la elaboración del decálogo ambiental del hospital el cual se encuentra inmerso en el PIGA institucional.

Durante la vigencia 2009 se presentaron un total de 1012 escritos, correspondientes a quejas, reclamos, solicitudes, sugerencia y felicitaciones. En relación con el año inmediatamente anterior hay una leve disminución de escritos

Los escritos se centran en: mala atención por parte de algunos funcionarios, falta de oportunidad en la atención y en la entrega de medicamentos, solicitud de aplicación de la gratuidad en los servicios de salud.

En lo referente a las tutelas y correspondientes a la acción directa del hospital estas se cumplieron, en cuanto a los derechos de petición se verifico que el tiempo de respuesta se ajustase a lo establecido por la norma.

La información suministrada por la administración a través del área de sistemas del Hospital Tunal, en cuanto a cargos no facturados, la administración tiene 140.618 registros reportados como cargos no facturados de pacientes egresados por valor de \$6.997.7 millones de los cuales 126.234 por valor de \$4.093.4 millones corresponden a vigencias posteriores a enero de 2006, estos últimos que pueden configurarse como un posible detrimento al patrimonio por no haberse facturado en su oportunidad.

Los hallazgos citados en el informe no inciden de manera significativa en los resultados de la administración, lo que nos permite conceptuar que la Gestión adelantada salvo lo expresado en ellos, acata las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, sin embargo cuentan con un Sistema de Control Interno regular con riesgo medio que soportan la calificación de su Gestión y en la adquisición y uso de los recursos conserva acertados criterios de economía, eficiencia y equidad. Así mismo cumplió en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Se encontraron incoherencias en la información reportada en el formato CB-0710, Inventario de Equipos Complementarios, así mismo la entidad no reportó adecuadamente los formatos 20091231 402 CB0705 Inventarios de Aplicaciones Sistematizadas en Producción y CB0706 Inventarios de Aplicaciones Sistematizadas en Desarrollo, al igual que inconsistencias en el formato CB-0712, Seguridad Informática.

Por lo tanto es importante que la entidad se ajuste a lo establecido en la normatividad respecto a la presentación de los informes, toda vez que si bien la información es reportada, la misma no cumple con la metodología establecida por la Contraloría de Bogotá.

Opinión sobre los Estados Contables

De conformidad a lo evaluado en la vigencia 2009 se establece que:

Partidas conciliatoria con elevada antigüedad representadas en consignaciones pendientes de identificar, en cuantía de \$29.4 millones

Facturación pendiente de radicar de vigencias que datan desde 2003 en cuantía de \$91.1 millones.

El hospital cuenta con glosa definitiva con posible detrimento por \$15.3 millones, por lo cuales no se inició proceso disciplinario alguno con el fin de establecer la responsabilidad del caso.

Sobreestimación en las cuentas por pagar por concepto de anticipo de ventas y servicios en cuantía de \$3.585.4 millones por cuanto allí se registran pagos efectuados por parte de los responsables de pago, donde no se identifica la factura a la cual se le aplica este abono.

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes, los estados contables, del Hospital el Tunal III Nivel de Atención E.S.E., presentan razonablemente, la situación financiera y los resultados de las operaciones, en sus aspectos mas significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2009, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación y los principios de Contabilidad generalmente aceptados en Colombia.

Consolidación hallazgos

En desarrollo de la presente auditoria tal como se detalla en el anexo 4. 1 Cuadro de hallazgos, se establecieron 27 hallazgos administrativos, de los cuales 3 corresponde a hallazgos con alcance fiscal en cuantía de \$4.199.8 millones, que se trasladara a la dirección de responsabilidad fiscal, tres con alcance disciplinario los cuales se trasladaran a la Personería Distrital

Concepto Sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones emitido en cuanto a la gestión realizada, el resultado de la evaluación del Control Interno que se estableció en un nivel regular de riesgo mediano, la confiabilidad de la información presupuestal, el acatamiento de las normas en el manual de contratación y la opinión razonable con observaciones de los estados contables, la cuenta rendida por el Hospital El Tunal III N.A. ESE, correspondiente a la vigencia 2009, **SE FENECE**.

A fin de lograr que la labor de la auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que logre solucionar las deficiencias puntualizadas, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los cinco (5) días al recibo del presente informe.



El Plan de mejoramiento debe detallar las medidas que se tomaran 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, Septiembre de 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud e Integración Social

2. ANÁLISIS SECTORIAL

SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

2.1 Fundamentos

En la última década, la administración distrital planteó como componente en la política sanitaria “entregar salud para todos y todas”, buscando la universalización del acceso a los servicios y un acercamiento directo y efectivo a las familias y comunidades.

Esta intención se corresponde con los lineamientos trazados desde la Declaración de Alma Ata¹, donde se afirmaba que la atención primaria en salud se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias. Las más recientes declaraciones suscritas a nivel internacional no se apartan de este propósito, aunque con las precisiones y modificaciones propias del contexto. Así se encuentran, por ejemplo la denominada Declaración de las Américas, que habla de una APS renovada y la Declaración de Buenos Aires 30-15 suscrita en el marco de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo² y que enfatiza en una estrategia de salud para la equidad basada en la atención primaria.

Entonces, en Bogotá se profundizó en la atención primaria en salud y promocional de calidad de vida, que son los fundamentos que sostienen a los proyectos de salud a su casa y salud al colegio. Esta política busca reordenar los recursos del sistema, la manera de prestar los servicios brindándolos de manera integral a la población con énfasis en acciones de promoción en salud y prevención de enfermedades según el ciclo vital de las personas, induciendo la demanda, y tratando de superar el enfoque asistencialista.

En la operacionalización de la atención primaria en salud, la administración distrital, adoptó el enfoque de atención primaria integral en salud APIS³ e inició en los territorios de estratos 1 y 2 que concentran la población en mayor vulnerabilidad, con gestión desde los espacios de vida cotidiana de las comunidades, los denominados ámbitos de familia, barrio, escuela, jardín infantil y puesto de trabajo⁴.

Para concretar estas acciones se requiere desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico

¹ Organización Mundial de la salud OMS-UNICEF 1978. “Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud”. En: Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Series, No. 1, WHO, Génova, 1978

² La Conferencia se realizó en la Ciudad de Buenos Aires los días 16 y 17 de agosto del 2007.

³ Vega Romero Román et al. “La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral en salud”. En Revista Medicina Social, volumen 3, número 2. Bogotá, mayo de 2008.

⁴ Ibid.

y social⁵, componentes sobre los que se ha ido avanzando, en algunos con mayor dificultad, como el caso de la intersectorialidad, que se comenta más adelante.

Un sustento teórico del enfoque de atención primaria en salud presupone que las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles y se reconoce que la salud es un resultante del proceso social, económico y político y que es también un derecho humano fundamental. A su vez la buena salud tiene un efecto benéfico sobre el nivel educacional, la productividad en el trabajo y el bienestar general de la población⁶.

Este enfoque que contempla la estrecha relación entre la salud y el desarrollo, considera necesariamente sus múltiples factores determinantes estructurales de una forma integrada, que en muchos casos no son modificables desde el sector salud, trascienden el ámbito estrictamente sanitario.

Fundamentado en estos referentes aparece el programa salud a su hogar y la estrategia salud al colegio, desarrollados en el Plan de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia. En el proceso de armonización suscitado en 2008, por el cambio de administración, se identifican como proyectos.

El proyecto salud a su casa es la continuidad de salud a su hogar que se diseñó y desarrolló en el marco de la política distrital de la administración 2004-2007. Se constituye en puerta de entrada para acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de sus necesidades, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las familias⁷.

Por su parte, el proyecto Salud al Colegio es una alianza intersectorial entre las Secretarías de Educación y de Salud para mejorar la calidad de la educación, y la calidad de vida y salud de las comunidades educativas de la ciudad. Su intencionalidad es desarrollar respuestas integrales a las necesidades sociales desde una estrategia promocional de calidad de vida⁸.

Estos programas como instrumento de política, apuntan a fortalecer la capacidad de respuesta en atención primaria de los servicios, hacer un seguimiento continuo a las familias y comunidad escolar sobre promoción, prevención, tratamiento y

⁵ Rodríguez Alcides Lorenzo. El Planteamiento Ideológico de Alma Ata. Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP. La Habana, 2003.

⁶ Mirta Roses Periago. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI". En Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 21 No.2-3 Washington Feb./Mar. 2007

⁷ Secretaría Distrital de Salud. Página Web. <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/saludasuhogar.aspx>

⁸ Secretaría Distrital de Salud. Cartilla Salud al colegio. Mayo 2007

rehabilitación, e impedir la imposición de barreras de acceso a los servicios por parte de los aseguradores y prestadores.

2.2 Salud a su casa y Salud al Colegio en el Plan de Desarrollo

El plan de desarrollo “Bogotá Positiva” en el objetivo estructurante “Ciudad de derechos”, programa “Bogotá sana”, que busca garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, referencia como proyectos⁹ salud a su casa y salud al colegio y establece unas metas concretas, así:

CUADRO 1
METAS PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO
PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ POSITIVA

Proyectos	Metas	Línea Base
Salud a su casa	Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa	325 microterritorios cubiertos con el programa. SDS.
Salud al colegio	Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al Colegio	309 sedes educativas cubiertas con el Programa. SED Dirección Gestión Institucional y SDS.

Fuente: Plan de Desarrollo Bogotá Positiva

En la definición de estos proyectos se plantearon los siguientes objetivos:

Proyecto 623 Salud a su Casa: Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos, para lo cual se debe:

- 1]. Identificar las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar para diseñar respuestas integrales.
- 2]. Promover la participación de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno, avanzando en la afectación positiva de los factores determinantes y favoreciendo el ejercicio de los derechos.
- 3]. Promover en la familia una cultura de valores que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas.

⁹ Acuerdo 308 de 2008 Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva”. Artículo 33.

Respecto del proyecto 624 Salud al Colegio, el objetivo general es afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que respondan a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población, desde un enfoque promocional de calidad de vida. Se plantean como objetivos específicos:

1]. Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa ámbito escolar desarrollar acciones promocionales, preventivas y reconstitutivas de salud escolar, que cuenten con la participación de los actores y sectores, sociales, comunitarios e institucionales, responsables de contribuir a garantizar la calidad de vida y salud de las comunidades educativas.

2]. Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas potenciando su función de jardines, escuelas y colegios e Instituciones de Educación Superior, Promotores de Salud.

3]. Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del distrito, favoreciendo y facilitando el acceso a servicios de salud.

Además de cubrir territorios, familias y sedes educativas, y como parte de las acciones propias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se busca apoyar el cumplimiento de metas en materia de salud, las cuales no se pueden medir directamente como impacto de las actuaciones de los proyectos.

Entre estas metas se tienen:

- Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer.
- Aumentar a 6 meses de edad la lactancia materna
- Reducir a 3 Tasa por 100.000 habitantes de suicidio
- Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años
- Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años
- Adaptar, adoptar e Implementar 100% Plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas
- Fortalecer 24 horas Línea amiga de niños, niñas de adolescentes 106 (Atención 24 horas)

- Implementar en los 734 ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital el programa de promoción de actividad física.
- Implementar 100% la política de discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables y la inclusión de esta población de acuerdo al Plan de Acción.
- Implementar 100% las Estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI .infantil AIEPI, IAMI y IAFI. de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS.
- Aumentar 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual
- Incrementar 25% sedes colegios la cobertura del programa de salud oral en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, mediante campañas educativas.

En cuanto a los recursos para la ejecución de estos proyectos en el horizonte del plan de desarrollo, según información de SEGPLAN, se estimaron en un total de \$354.361 millones de 2008, distribuidos así:

CUADRO 2
RECURSOS PROGRAMADOS HORIZONTE 2008-2012
PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Millones de pesos 2008

PROYECTO	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Salud a su casa	18.349	41.500	45.500	50.500	55.041	210.890
Salud al colegio	6.700	26.998	31.235	36.442	42.096	143.471
TOTAL	25.049	68.498	76.735	86.942	97.137	354.361

Fuente: Recursos programados Fichas EBID. DSDS-FFDS.

Sin embargo, el monto de estos recursos ha sido disminuido, como se establece al comparar con la programación y ejecución de las vigencias 2008 a 2010.

CUADRO 3
RECURSOS PROGRAMADOS Y EJECUTADOS
PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Millones de pesos

PROYECTO	2008		2009		2010	
	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado junio 30
Salud a su casa	18.574	18.573	34.431	34.430	29.425	9.519
Salud al colegio	6.934	6.916	20.104	20.104	22.086	6.907
TOTAL	25.508	25.492	54.535	54.534	51.511	16.426

Fuente: SIVICOF. Contraloría de Bogotá. Información reportada por el Fondo Financiero Distrital de Salud.

En los años 2009 y 2010 la reducción es importante, ya que en la programación inicial de los proyectos, se calculó un monto de \$68.498 millones y \$76.735

millones respectivamente, y en los presupuestos anuales se asignaron apenas \$54.535 millones y \$51.511 millones, es decir que en total se redujo en \$39.187 millones, el monto de recursos para estos proyectos.

En este sentido, se debe revisar la disposición de recursos a fin de garantizar el logro de las metas propuestas en el plan de desarrollo.

2.3 Operacionalización de los proyectos

2.3.1 Salud a su casa

Como se comentó anteriormente, el proyecto salud a su casa da continuidad al programa salud a su hogar de la administración distrital 2004-2007. En este sentido, inicia en algunas zonas de las localidades en emergencia social, pretendiendo llegar a la población afiliada al Régimen Subsidiado y a la población no asegurada o vinculada, por medio de la red hospitalaria adscrita y posteriormente se extendió a todas las localidades.

Operativamente el proyecto se concreta a través de un proceso de contratación celebrado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud con los hospitales de menor complejidad, que tiene como objeto adelantar un proceso de mantenimiento y seguimiento a población de un micro territorio, que es determinada como la unidad operativa para el desarrollo del proyecto salud a su casa, el cual se configura como el conglomerado de 1.200 familias, que comparten un espacio geográfico, condiciones socioeconómicas y de entorno¹⁰.

En el caso de inclusión de nuevos micro territorios o familias se inicia con un proceso de caracterización que se realiza mediante la aplicación de una encuesta a través de la ficha técnica para la identificación y caracterización de núcleo familiar, el cual indaga por las condiciones de la vivienda, aspectos de la familia y de los individuos en cuanto a aseguramiento en salud, escolaridad, empleo y estado de salud.

Las intervenciones se hacen sobre todas las familias de un micro territorio independiente de su régimen de afiliación, priorizando en algunos grupos poblacionales como gestantes, menores de 5 años, adultos mayores, población en condición de discapacidad, población con diagnóstico de diabetes e hipertensión, mujeres en edad fértil y eventos de notificación obligatoria. Estas intervenciones consisten en identificación de necesidades, educación en hábitos de vida saludables, información sobre derechos y deberes y referenciación a servicios.

¹⁰ En zona rural un número de familias varía de acuerdo a la dispersión geográfica y distribución de las viviendas

Se hace trabajo especial, consistente en asesorías familiares ante situaciones críticas referidas a salud mental, discapacidad física y cognitiva y desplazamiento. También se orienta en salud oral, manejo de animales y saneamiento básico, especialmente para el manejo de agua.

El grupo de familias del micro territorio se adscribe a los equipos básicos que están ubicados en puntos de atención de las ESE cercanos, o que se encuentran en los territorios seleccionados, con el fin de disminuir barreras de acceso geográfico, acercando los servicios a la población.

Las familias que se adscriben a los equipos están asignadas con un criterio territorial, razón por la cual en su gran mayoría son de barrios o sectores contiguos. Existen algunas excepciones en zonas donde la población pobre y vulnerable se encuentra muy dispersa; en estos casos los equipos pueden tener población adscrita de barrios no contiguos

Salud a su casa opera a través de dos equipos de salud: El primero se denomina Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria (EBSFC) que se encuentra conformado por dos gestores de salud (auxiliares de enfermería o de salud pública), y 36 horas médico y 36 horas enfermera. Un segundo equipo que se denomina Equipo de Salud Complementario (ESC), se encuentra conformado por profesionales y técnicos de diferentes disciplinas (Por ejemplo psicólogo, nutricionista, trabajador social, odontólogo, terapeuta ocupacional, entre otros). Todos ellos trabajan con las familias, en diferentes momentos para dar respuesta integral a las necesidades identificadas.

La información de la caracterización y el seguimiento es cargada en un sistema desde los hospitales y se consolida en la Secretaría de Salud, desde donde el equipo central puede generar reportes y revisar la consistencia de la información. Dadas las novedades que se pueden presentar en los núcleos familiares por llegada de nuevos miembros o el fallecimiento o ida de algún integrante, la información se actualiza periódicamente. Para el cargue de estas rutinas y otro tipo de validaciones, el sistema de información consta de dos módulos, uno de caracterización y otro de seguimiento.

El equipo de la Secretaría realiza reuniones mensuales con todos los hospitales para revisión y aplicación de protocolos y procesos, los cuales abarcan uno estratégico de participación, 2 misionales (lectura de necesidades y construcción de la respuesta) y uno de apoyo de referenciación a servicios.

De otra parte, es de destacar que en algunos casos se presentan obstáculos para el contacto de familias e individuos por situaciones de inseguridad que imposibilitan el acceso de los equipos de salud a su casa. Las dinámicas

poblacionales originadas en situaciones de desplazamiento, reubicaciones de viviendas y traslado a otras zonas de la ciudad impactan en el normal desarrollo del proyecto.

Sin embargo, la mayor problemática se relaciona con los procesos de intersectorialidad que, como se mencionó anteriormente, hace parte de los fundamentos de la estrategia de atención primaria en salud. En efecto, la apuesta por un trabajo que involucra a muchos agentes y sectores no resulta fácil de implementar, ya que convergen intereses, prioridades y políticas no siempre afines que entran un abordaje integral de la estrategia, a más que requiere un ejercicio de planificación que desde el comienzo asigne funciones, recursos y estrategias articuladas hacia un propósito común.

La estrategia pretende afectar determinantes estructurales que no se resuelven exclusivamente desde el actuar del sector salud, por lo cual a pesar de los esfuerzos, por ejemplo, para educar y orientar en el manejo del agua o el saneamiento básico, si no hay mejoras en las condiciones de la vivienda, en el acceso de servicios de agua potable o alcantarillado, no se pueden alterar favorablemente las condiciones de salud de la población. En este sentido, se ven más afectadas las familias asentadas en desarrollos ilegales, en donde la institucionalidad difícilmente puede intervenir.

No obstante estas dificultades, se destacan los siguientes acuerdos de trabajo conjunto con instituciones relacionadas con la calidad de vida y en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

CUADRO 4
ALIANZAS CON ENTIDADES PROYECTO SALUD A SU CASA

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
Secretaría Distrital de Integración Social	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización hacia programas y servicios según rutas de acción, construidas en cada sector para la vinculación, según prioridades y problemas encontrados y que generalmente están relacionados con salud pública. ▪ Elaboración de procesos para focalización de población de territorios de SASC potencialmente beneficiaria de los proyectos de la SDIS. ▪ Desarrollo de jornadas de servicio al ciudadano en el marco de la Gestión Social Integral.
Secretaría de Educación del Distrito	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización de niños desescolarizados hacia programas educativos de las instituciones distritales.
SENA	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenio para la formación de promotores de salud de las E.S.E. adscritas como auxiliares de salud pública.
Alcaldías Locales	Concurrencia y complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrencia de recursos de los Fondos de Desarrollo Local, para dar respuesta a las necesidades de la población en complemento a las acciones que no se pueden financiar desde el sector salud.

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
Metrovivienda y Caja de Vivienda Popular	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Convenio para el mejoramiento de condiciones de habitabilidad desfavorable a la salud en viviendas ubicadas en territorios de SASC, con el fin de impactar de manera positiva algunas patologías debidas a condiciones de saneamiento básico precarias.
Comunidad	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de organizaciones de base comunitaria a través del desarrollo de núcleos de gestión de la salud en territorios de SASC. Participación en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y control social a las acciones.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio R: 93387 de 09-07-2010.

De otra parte, como gestión del proyecto y en avance hacia el cumplimiento de la meta establecida en el plan de desarrollo, a junio de 2010 se trabaja en 360 micro territorios, como se observa en el siguiente cuadro.

**CUADRO 5
MICROTERRITORIOS SASC POR LOCALIDAD.**

LOCALIDAD	2008	2009	2010
Engativá	21	21	23
Usaquén	11	11	11
Chapinero	2	2	2
Barrios Unidos	1	1	1
Suba	70	70	70
Bosa	50	50	50
Fontibón	13	13	13
Puente Aranda	3	3	3
Kennedy	24	24	29
Rafael Uribe	34	34	34
Antonio Nariño	2	2	2
Candelaria	2	2	2
Mártires	4	4	4
Santa Fé	10	10	10
San Cristóbal	31	31	31
Usme	24	24	26
Tunjuelito	12	12	12
Ciudad Bolívar	35	35	35
Sumapaz	2	2	2
Total	351	351	360

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio R: 93387 de 09-07-2010.

Suba, Bosa, Ciudad Bolívar y Rafael Uribe Uribe son las localidades que concentran la mayor cantidad de micro territorios, alrededor del 52.5%.

Para el logro de la meta faltan 65 micro territorios, los cuales serían priorizados en las localidades de Usme, Kennedy y Bosa, según información de la coordinación del proyecto.

2.3.2 Salud al colegio

A través de “Salud al Colegio” se promueven hábitos saludables en los niños, niñas y adolescentes de los colegios distritales de la ciudad principalmente en temas como salud sexual y reproductiva, salud mental y salud oral. El proyecto tiene un importante énfasis en promoción y prevención de enfermedades en la población escolar y trabaja con 36 equipos de profesionales de la salud que a través de intervenciones en la vida de los estudiantes, generan espacios que acompañan y amparan a esta población frente a riesgos como el maltrato, el abuso, la desnutrición o el trabajo infantil.

Los 36 equipos de salud al colegio que tienen un total de 599 personas, profesionales de las áreas de la salud, la educación y las ciencias sociales diariamente en sus visitas a los colegios abordan temas de salud pública, no sólo desde lo biológico, también se tienen en cuenta los aspectos sociales, culturales, afectivos o relacionales como factores que afectan la vida de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes; más allá de labores asistenciales en salud enseña a los niños, niñas y adolescentes a incluir proyectos escolares permanentes en temas como convivencia, tiempo libre, proyectos ambientales y de educación para la sexualidad.

De igual manera en el marco de la garantía de la salud como un derecho fundamental también realizan labores de rectoría, abogacía y exigibilidad, hacia las EPS, responsables de los planes obligatorios de salud de los niños, niñas y adolescentes. Esta labor que pretende canalizar y referenciar a los escolares hacia los servicios de salud, encuentra en la lógica del SGSSS una barrera de acceso, ya que no siempre pueden ser atendidos en los hospitales de referencia del proyecto, ya que la aseguradora a la que están afiliados no tiene contratos con esos hospitales, o en el caso de la población no asegurada, no puede ser atendida hasta tanto no se vincule al SGSSS, ya que la política es la de universalización.

Operativamente el programa se adelanta por los hospitales de primer nivel que contratan con el Fondo Financiero la ejecución de las actividades diseñadas para tal fin. Cada ESE cuenta con un coordinador técnico, 2 a 4 gestores territoriales, dependiendo del tamaño de la localidad que atienden, 12 unidades de trabajo, y un grupo de trabajo de acciones promocionales y otro denominado, de acciones restitutivas de autonomía, que adelanta acciones en todos los planteles que cubre el hospital en temas de salud sexual y reproductiva y salud oral.

Como parte de la articulación con la Secretaría de Educación, esta entidad dispone de 20 referentes locales que acompañan y apoyan las labores de la Secretaría Distrital de Salud al facilitar el ingreso a planteles y el acceso a rectores, docentes y en general a la comunidad educativa.

Las unidades de trabajo son colegios y jardines de las 20 localidades de la ciudad. Las intervenciones en salud al colegio son: gestión, coordinación, sensibilización con actores del ámbito, preparación, educación y comunicación para la salud con la comunidad educativa, acompañamiento a las prácticas de higiene oral con agente comunitario, el monitoreo a las prácticas de higiene oral, favorecimiento al acceso a los servicios de salud (identificación de necesidades de tratamiento, clasificación (triage), remisiones y seguimiento, educación y comunicación para la salud.

Según el ámbito escolar las acciones se dirigen a:

Jardines Infantiles: En el marco del Plan de intervenciones colectivas (PIC) desarrolla acciones de salud pública en estos establecimientos que aportan a la construcción e implementación de prácticas de cuidado hacia los niños y niñas en la primera infancia.

Se gestiona en todas las localidades, a excepción de Sumapaz; las acciones son desarrolladas por las ESE de primer nivel y se dirigen al acompañamiento a los jardines para el cumplimiento de las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Integración Social, como entidad competente para la certificación, inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de educación inicial; además comprende promoción de ambientes y entornos saludables; promoción de la atención materno infantil; promoción del buen trato; apoyo y suplementación nutricional.

Colegios: como resultado del acuerdo interinstitucional con la Secretaría de Educación, se desarrollan acciones de soporte pedagógico y acompaña a los equipos de salud con 20 referentes locales. Se realizan planes de acción por institución educativa, los cuales pueden ser consultados en el sistema de información de la Secretaría Distrital de Educación.

Se desarrollan actividades relacionadas con la gestión territorial en colegios, convivencia y derechos humanos, grupo de acciones promocionales para la prevención del consumo de SPA, salud sexual y reproductiva, salud ambiental. En cuanto a la promoción de salud se enfatiza en la actividad física; salud oral, alimentación saludable, suplementación nutricional; salud visual y auditiva; salud mental; colegios protectores y activos ante violencias; soporte psicosocial ante factores de riesgo de la conducta suicida; referenciación a servicios de salud de

adolescentes y jóvenes gestantes, posparto y lactantes. También hay actuaciones especiales para población escolar con discapacidad, en situación de desplazamiento, niños trabajadores y población étnica escolarizada.

Universidades: El programa se adelanta a través de los hospitales de Chapinero y Centro Oriente y consta de tres procesos: gestión para la promoción de calidad de vida en instituciones de educación superior; gestión de la salud sexual y reproductiva y gestión de la salud mental.

En 2009 se cubrieron 470 sedes de colegios, 160 jardines y 8 instituciones de educación superior, beneficiando con atenciones integrales en salud a 500.000 niños, niñas y adolescentes en sedes de colegios distritales, 28.800 niños y niñas de jardines infantiles y 38.000 jóvenes estudiantes de instituciones de educación superior.

El siguiente cuadro detalla la cobertura en colegios y jardines infantiles (incluye atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), por localidades, en donde se destaca un cubrimiento amplio de los planteles oficiales

CUADRO 6
SEDES CUBIERTAS EN SALUD AL COLEGIO EN 2009

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
Engativá	Engativá	4	34	283	46	21	14
Usaquén	Usaquén	2	12	148	26	17	13
Chapinero	Chapinero,	3	3	36	35	6	26
	Barrios Unidos		10	71		8	
	Teusaquillo		2	92		1	
Suba	Suba	3	28	362	36	29	9
Pablo VI	Bosa	3	33	82	36	50	13
Fontibón	Fontibón	2	10	110	25	11	6
Sur	Kennedy,	5	43	217	60	33	22
	Puente Aranda		15	93		8	
Rafael Uribe Uribe	Rafael Uribe.	2	27	94	25	22	8
	Antonio Nariño		5	46		8	
Centro Oriente	Santafé,	3	10	20	36	11	8
	Mártires,		8	38		4	
	Candelaria		2	18		2	

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
San Cristóbal	San Cristóbal	2	35	79	24	25	9
Tunjuelito	Tunjuelito	2	12	55	20	13	8
Usme	Usme	3	50	50	36	44	11
Vista Hermosa	Ciudad Bolívar	3	41	79	38	50	13
Nazareth	Sumapaz	2	4	0	27	0	0
TOTAL		39	384	1.973	470	363	160

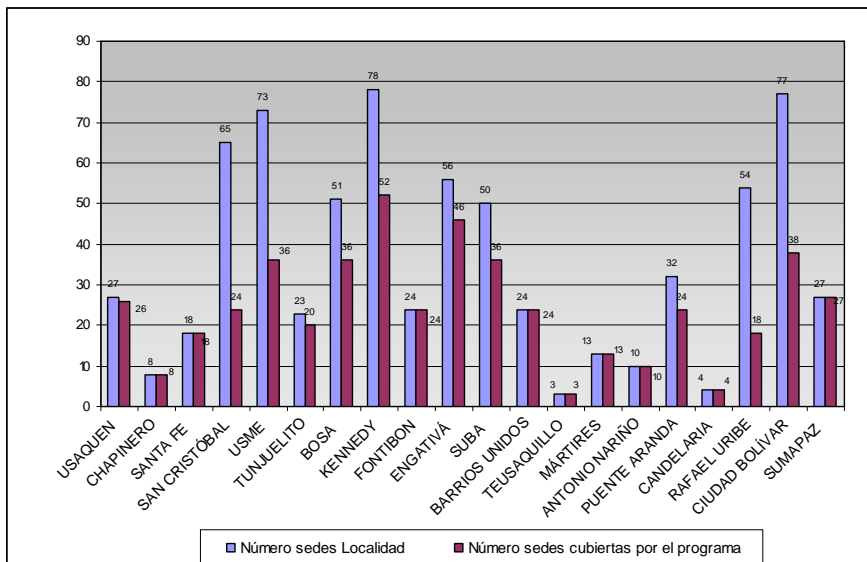
Fuente: Informe Balance Social SDS, SED y SDIS. Corte diciembre 2009.

¹ Colegios atendidos directamente por la SED y Colegios en concesión.

² Incluye las 4 modalidades que atiende la Secretaría Distrital de Integración Social: jardines infantiles, casas vecinales, jardines sociales y cupos cofinanciados.

Se estima que el total de la población afectada escolarizada en todas las instituciones diagnosticadas asciende a 1.627.725 pobladores de la ciudad. De esta cifra se han identificado como población prioritaria por su vulnerabilidad social y económica un total de 800.000 niños y niñas menores de 16 años afectados por el problema en las instituciones educativas de Bogotá D.C.; 43.400 niños y niñas menores de 5 años afectados por el problema en 310 jardines infantiles del distrito capital y 67.700 jóvenes mayores de 16 años afectados por el problema ubicados en 8 instituciones de educación superior.

GRÁFICO 1
CUBRIMIENTO ACTUAL DEL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO; BOGOTÁ AÑO 2010.

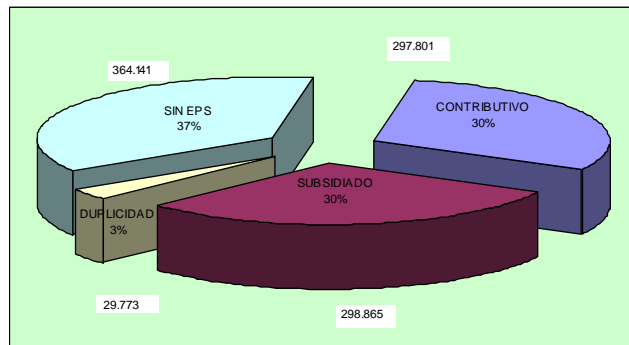


Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Frente al total de sedes educativas, existe un déficit en la cobertura de atención en localidades como Ciudad Bolívar, Kennedy, Usme y San Cristóbal, hacia donde se tiene proyectado concentrar los futuros esfuerzos en aras del logro de la meta del plan de desarrollo.

Respecto del régimen de afiliación de la población beneficiada del programa, en el siguiente gráfico se puede observar la composición, donde se nota el importante número de niños y jóvenes que no tienen afiliación a EPS (37%)

GRÁFICO 2
RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO DE LOS ESCOLARES DE COLEGIOS
DISTRITALES. BOGOTÁ 2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Finalmente, dado el aporte de los proyectos a las metas de salud pública, especialmente las relacionadas con mortalidad, tasas de embarazo en adolescentes, entre otras, se presenta un resumen de los principales resultados obtenidos.

CUADRO 7
RESULTADOS EN CIFRAS DE LOS PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO
Junio de 2010

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
558,875 familias abordadas, para 1.638,020 personas en diferentes etapas de ciclo vital, en los 351 micros territorios (Se exceptúa la localidad de Teusaquillo). Un total acumulado de 811,133 intervenciones informativas y educativas.	470 sedes educativas, 160 jardines y 8 Instituciones de Educación superior cubiertas con el Programa Salud al Colegio.
5.989 familias integradas al programa de rehabilitación basada en comunidad.	Se intervino a 7.882 niños y adolescentes para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, con 204 sedes educativas cubiertas, con 44 casos detectados en dificultades de consumo. Se adelantaron acciones preventivas y restitutivas, a cerca de 90.000 personas entre las que se

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
	encuentran niños, niñas, jóvenes y adultos de instituciones educativas distritales, enmarcadas en la identificación de factores de riesgo, la promoción del factores protectores y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
107.261 familias fueron informadas sobre los servicios de salud, que prestan las Empresas Sociales del Estado, 154.805 en deberes y derechos en el SGSSS, 225,807 sobre la adherencia a programas.	Se dio continuidad al proceso de exigibilidad del derecho a la salud de 1.197 niños y niñas de 153 colegios integradores del D. C.
30,636 familias y cuidadores fueron educados e informados en temas de AIEPI, 4.504 en educación sobre la gestación, 83.116 en regulación de la fecundidad, 32.979 personas con condiciones crónicas o adultos mayores recibieron educación en diversos temas.	Se adelantó en 440 sedes de colegios del Distrito, acciones promocionales, preventivas y de restitución alrededor de las violencias. 3.386 niños y niñas identificados con situaciones de riesgo para las violencias con intervención en salud mental y 381 padres de familia beneficiados.
90.945 familias fueron educadas para mejorar las condiciones de su vivienda en cuanto a manejo de agua y residuos sólidos y manejo de animales y mascotas.	Identificar 154 casos de conducta suicida los cuales fueron canalizados a través de la red pública. Conformación de 438 grupos de estudiantes con 8679 niños y niñas que se formaran como promotores de salud mental y de la línea 106, quienes construirán una estrategia para promover salud mental en sus comunidades educativas.
49.978 familias recibieron educación en salud oral.	Promoción de la Salud Oral en 430 sedes de colegios.
2.401 gestantes fueron sensibilizados y canalizados para fomentar su asistencia a control prenatal, 17.945 niños y niñas menores de 5 años a control de crecimiento y desarrollo, 3.191 a vacunación, 63.318 mujeres a toma de Citología Vaginal y 16.541 personas canalizadas a regulación de la fecundidad.	Se adelantaron actividades de promoción de la alimentación saludable en 320 Instituciones Educativas Distritales de las 20 localidades.
Fueron canalizados 87.906 adolescentes a programa de adolescentes gestantes, 43.434 a diversos programas Secretaría Distrital de Integración Social, 636 a programas de discapacidad, 43.409 a comedores comunitarios, 517.421 casos de menores desescolarizados a la Secretaría Distrital de Educación, 3.263 verificaciones de asistencia CPN, 13.231 a completar el esquema de vacunación, 15.062 asistencia a C y D en niños menores de 5 años, 10.864 personas canalizadas al programa de hipertensión arterial, 1.847 a programa de Diabéticos, 134.833 al Programa Salud Oral, 73.132 a consulta de medicina general y 34.099 a consulta de Urgencias. Se remitieron 410 menores no escolarizados a la Secretaría Distrital de Educación para cupo en colegio distrital, 4 niños al ICBF para programas de protección, 2.774 personas con problemas de identificación a la Registraduría.	Se capacitó a 16.000 docentes en temas de salud sexual y reproductiva. Se logró la participación de 7.450 hombres y 8.717 mujeres entre 13 y 17 años en los programas de promoción de actividad física. Se identificaron 729 niños entre los 5 y los 10 años con alteración visual, de 2.251 que fueron abordados; 567 niños fueron remitidos a valoración por consulta general. Se identificaron 239 adolescentes entre gestantes y lactantes, para promover prácticas saludables y de autocuidado, con énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Fuente: SIVICOF. Informes de Gestión SDS 2008, 2009 y 2010. Balance Social 2008 y 2009.

2.4 CONCLUSIONES

En los últimos años la administración distrital adoptó el enfoque de atención primaria integral en salud APIS y desde allí formuló los proyectos de salud a su casa y salud al colegio gestionados desde los ámbitos de familia y escuela.

Dado que este enfoque contempla la estrecha relación entre la salud y el desarrollo, considera sus múltiples factores determinantes estructurales de una forma integrada, que en muchos casos no son modificables desde el sector salud, por lo cual es importante la intersectorialidad.

Este aspecto, precisamente constituye una de las mayores dificultades ya que la apuesta por un trabajo que involucra a muchos agentes y sectores no resulta fácil de implementar, ya que convergen intereses, prioridades y políticas no siempre afines que entran un abordaje integral de la estrategia, por lo cual se requiere un ejercicio de planificación que desde el inicio asigne funciones, recursos y estrategias articuladas hacia un propósito común de manera consistente.

En los años 2009 y 2010 se ha reducido sustancialmente el monto de recursos para los proyectos, ya que en su programación inicial, se calculó un monto de \$68.498 millones y \$76.735 millones para salud a su casa y salud al colegio, respectivamente, y en los presupuestos anuales se asignaron apenas \$54.535 millones y \$51.511 millones, con una disminución total de \$39.187 millones.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de las auditorías adelantadas por la contraloría durante las vigencias 2007 y 2008, especial y regular respectivamente, el hospital definió un plan de mejoramiento para las observaciones consignadas en los informes, el cual fue avalado por la contraloría en su oportunidad.

En este plan de mejoramiento se establecieron un total de 170 observaciones.

Una vez efectuada la revisión de cada uno de los compromisos asumidos por la administración de la entidad, se encontró lo siguiente:

159 observaciones cumplieron en su totalidad con las acciones de mejoramiento.
11 observaciones cumplieron parcialmente las acciones.

Las acciones que se cumplieron parcialmente fueron las siguientes:

**CUADRO 8
ACCIONES CUMPLIDAS PARCIALMENTE**

OBSERVACIÓN	AREA	CALIFICACION
2.1.3.8- 3.2.4.3- 3.6.2.1	PLANEACIÓN	1.0
2.2.5- 2.2.10	CARTERA	1.5
2.2.7	CARTERA	1.0
2.4.3	GLOSAS	1.0
3.2.4.2.7- 3.3.7	JURIDICA	1.0
3.5.2.1.3	JURIDICA	1.0
3.7.1	AMBIENTAL	1.0

FUENTE: Papeles de trabajo

En cumplimiento de la metodología definida en la resolución 014 del 2010, la calificación promedio obtenida fue de 1.94 con un cumplimiento del 97%.

3.2 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS

Dentro de los insumos entregados al equipo auditor ninguno de estos tenía relación con controles de advertencia o pronunciamientos.

3.3 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El sistema de control interno del Hospital el Tunal III Nivel de Atención E.S.E., obtuvo una calificación de 3.52, resultado de la evaluación, como aplicación del modelo estándar de control interno MECI decreto 1599 de 2005, ley 87 de 1993 y

los estándares que rigen el sistema de gestión de la calidad institucional. Esta calificación lo ubica en un nivel regular, con un riesgo mediano.

La evaluación del Sistema de Control Interno fue efectuada con el propósito de establecer su correcta operatividad en el logro de los objetivos institucionales, labor adelantada mediante la aplicación de cuestionarios y entrevistas a los funcionarios.

3.3.1 Subsistema de Control Estratégico.

3.3.1.1 Ambiente de Control

La calificación obtenida en éste componente fue de 3.69.

- Acuerdos, compromisos o protocolos éticos.

El código de ética vigente es el establecido mediante la resolución 715 del 10 de septiembre de 2008, en la evaluación adelantada en éste elemento, se requiere una mayor difusión o apropiación por parte de los funcionarios de las diferentes políticas y estrategias en las dependencias.

Calificación 3.90 Nivel bueno, bajo riesgo.

Desarrollo del talento humano.

Para la vigencia 2009 y en la actualidad se están adelantando programas de reinducción a la totalidad de los funcionarios, de planta, contrato, estudiantes y outsourcing. La inducción y reinducción se adelanta con presentación presencial de la plataforma virtual de la entidad, consulta virtual de memorias, adicionalmente con valoración o evaluación dentro de los tres días siguientes, de igual forma se incluyó de manera específica en la política integrada de gestión de talento humano. Así mismo se pudo verificar que se adelanta un Plan de bienestar social y capacitación, un programa de salud ocupacional así como un plan de gestión ambiental, el cual para el año 2010 fue adoptado mediante la resolución 099 del 3 de mayo de 2010. A la fecha de la auditoria se verificó su implementación.

Calificación 3.84, con un nivel bueno y un bajo riesgo.

- Estilo de Dirección.

Con base en las encuestas adelantadas y las visitas adelantadas en las diferentes áreas, se pudo establecer que para los diferentes funcionarios existe claridad respecto a los diferentes niveles de responsabilidad y segregación de funciones. Se observa que en algunas de las consideraciones establecidas en el formulario,

los funcionarios recomiendan mayores reuniones periódicas a fin de evaluar las actividades del grupo.

Calificación. 3.32 ubicándose en un nivel regular con mediano riesgo.

3.3.1.2 Direccionamiento Estratégico

La calificación de éste componente se estableció en 3.58.

- Planes y Programas

La Junta Directiva adopta mediante el Acuerdo 20 de agosto de 2008 el Plan estratégico 2008-2012. El POA 2009 se aprueba mediante el Acuerdo 002 del 3 de marzo de 2009. En el seguimiento a la información reportada, tanto a la secretaria de salud como a la contraloría se evidencia que tanto los objetivos como las actividades adelantadas son coherentes con lo efectuado por la entidad.

Calificación 3.79 ubicándolo en un nivel bueno con bajo riesgo.

- Modelo de operaciones por procesos

Como resultado de la búsqueda de la acreditación del hospital, al momento de la visita se pudo constatar que la totalidad de los procedimientos de los diferentes subprocesos y procesos están debidamente documentados y actualizados, las actividades de cada dependencia están claramente definidas.

Calificación. 3.61 con un nivel regular y un riesgo mediano.

- Estructura organizacional.

Se adelantó la verificación del estudio técnico adelantado por el hospital, quien lo presentó al Departamento Administrativo del Servicio Civil quien emitió concepto con algunas sugerencias, pero en razón a la Ley de Garantías se condicionó a estudios de cargas de trabajo así como a los perfiles, al igual que el concepto de la procuraduría referente a los concursos. Una vez adelantado lo correspondiente a las sugerencias se presentó a la junta directiva para su socialización quien no presentó mayor objeción. Al momento se retomó y se está gestionando su trámite.

Calificación: 3.33 con un riesgo regular y un nivel mediano

3.3.1.3 Administración de Riesgos

La calificación de este componente se estableció en 3.54.

- Contexto estratégico.

Corresponde al conjunto de elementos de control que al entrecruzarse permiten a la entidad evaluar aquellos aspectos negativos, tanto de orden interno como externo que pueden afectar el logro de objetivos misionales. Se verificó el desarrollo de la matriz de riesgos a nivel de área así como el institucional.

Calificación: 3.72 con un nivel regular y un riesgo mediano.

- Identificación, análisis y valoración de riesgos

En la matriz levantada por los diferentes funcionarios de cada área, se puede observar que los riesgos se identificaron, analizaron y se estableció su prioridad, para la determinación de éstos se establecieron sus causas y efectos y de acuerdo a lo anterior se determinan las acciones a seguir para tratar de evitar estas situaciones.

Calificación: 3.50 con un nivel regular y un riesgo mediano

- Política de administración de riesgos.

Como parte de la política integrada de gestión el hospital tiene inmersa una política establecida de prevención del riesgo. Se verificó la existencia del mapa de riesgos de la entidad, así como el correspondiente a cada área. Se observa que como resultado del seguimiento efectuado a la implementación, su verificación, y su cumplimiento, la interiorización efectuada es cada vez mayor y mejor por parte de los funcionarios de la entidad. Así mismo se observó que se adelantan actualizaciones cada vez que se presenta la necesidad.

Calificación: 3.61 con un nivel regular y un riesgo mediano.

3.3.2 Subsistema de Control de Gestión.

En éste subsistema se busca establecer la medida en que la administración, ha construido, implementado o adoptado, estándares de control necesarios para autocontrolar el desarrollo de sus diferentes operaciones, las cuales deben estar orientadas hacia el cumplimiento de la misión institucional.

Calificación: 3.05 con un nivel regular y un riesgo mediano.

3.3.2.1 Actividades de Control

- Políticas de operación

A través de la resolución 735 de septiembre 30 de 2008 el hospital adopta el Manual y Política integrada de gestión, en la cual se establecen los principios y compromisos.

A través de las encuestas y su verificación se pudo establecer que se han adelantado procesos de capacitación y sensibilización sobre las políticas adoptadas por la entidad. En lo atinente a las políticas de control, la Veeduría Distrital, cada 6 meses efectúa un ajuste, las cuales son adoptados en el hospital.

Calificación: 3.80 con un nivel bueno y un riesgo bajo

- Procedimientos- Manual de Procedimientos.

Como resultado de las actuaciones del hospital tendientes a lograr la acreditación se han adelantado actualizaciones de los diferentes manuales de procedimientos, los cuales se han hecho con la participación de los funcionarios actuantes en los mismos, de igual manera se adelanta una capacitación sobre los mismos una vez adoptados, así como la permanente sensibilización. En cada uno de los procedimientos establecidos hay claridad sobre la identificación del mismo, se define el alcance, se establece el flujograma y se precisa el responsable de cada uno de los procedimientos. La periodicidad de actualización se efectúa según el avance o cambios, pero al menos se revisa 1 vez cada año.

Calificación: 3.88 con un nivel bueno y bajo riesgo.

- Controles

En cada uno de los procedimientos se tienen definidos o establecidos los puntos de control, los cuales en su gran mayoría se han consolidado en el mapa de riesgos del área o la entidad, según su naturaleza. Los controles establecidos corresponden tanto a los preventivos como los correctivos. La evaluación tanto de la eficiencia, eficacia, y efectividad de los controles se efectúa mensualmente, pero es importante que la entidad documente éstas evaluaciones.

Calificación 3.39 con un nivel regular un riesgo mediano.

- Indicadores.

Los indicadores presentados, en los diferentes informes remitidos tanto a la Secretaría Distrital de Salud, como a los organismos de control, permiten determinar el logro o no de los objetivos estratégicos así como el estado del POA. Es importante recalcar el hecho de la publicación en cartelera del estado de cada uno de los indicadores manejados en la entidad y referentes tanto a los gastos como a los relacionados con facturación, así como el estado de avance del POA a junio 30 de 2010.

Calificación 3.67 con un nivel regular y un riesgo mediano.

3.3.2.2 Información

Corresponde al conjunto de elementos de control, conformado por datos que una vez son ordenados y procesados se convierten en herramientas fundamentales para la toma de decisiones de la entidad. A su vez se convierten en la base de la transparencia de la actuación de la administración, cuando de rendir cuentas se trata.

Calificación: 3.26 ubicándose en un nivel regular y un riesgo mediano

- Información primaria

Se evidencia que la entidad cuenta con un proceso documentado y aprobado en el cual se establecen aspectos como: recepción, direccionamiento, y trámite a las diferentes peticiones, quejas, reclamos entre otros documentos presentados por la ciudadanía. De igual manera se evidenció el control que se tiene de la tutelas interpuestas por la ciudadanía, al igual que los derechos de petición y los cuales son evaluados en otro capítulo de éste informe. En este aparte es importante citar la participación que tiene la entidad en los COVE, fuente de información en la cual se tiene participación o incidencia directa.

Calificación 3.29. on un nivel regular y un riesgo mediano.

- Información secundaria

A este elemento pertenece la información interna generada en la entidad (manuales, informes, actas, actos administrativos), los cuales están claramente definidos por la administración. Según expresa manifestación de los funcionarios en el desarrollo de las encuestas, las sugerencias no son tenidas en cuenta, conllevando desmotivación tanto en el planteamiento de mejoras, como en el desempeño de las labores diarias.

Calificación 3.33 lo que lo ubica en un nivel regular con riesgo mediano.

3.3.2.3 Comunicación Pública

Corresponde al conjunto de elementos de control, que soporta la construcción de visión compartida, así como el fortalecimiento de las relaciones humanas de la entidad con sus clientes externos e internos.

Calificación: 3.29 Nivel regular con riesgo mediano

- Comunicación organizacional

Este elemento ha venido presentando sustanciales mejorías y así lo dejan entrever las diferentes encuestas adelantadas con los funcionarios, sin embargo se siguen presentando deficiencias tales como demoras en la comunicación de algunos asuntos relacionados con actos administrativos que tienen incidencia directa en la gestión.

Calificación: 3.39 con nivel regular y riesgo mediano.

- Comunicación Informativa

La entidad cuenta con su Oficina de Participación Social la cual informa y sensibiliza a la comunidad sobre el uso de los diferentes mecanismos tanto legales como administrativos a que tiene derecho la ciudadanía.

Se verificó que la entidad está informando permanentemente a la ciudadanía acerca de los programas, servicios, obras o asignación de recursos buscando la participación social.

Calificación: 3.21 con un nivel regular y riesgo mediano.

3.3.3 Subsistema de Control de Evaluación

Este subsistema permite valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la entidad pública, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, así como el nivel de cumplimiento en la ejecución de los planes y programas, así como el resultado de la gestión logrado por la administración.

Calificación: 3.56 con un nivel regular y riesgo mediano.

3.3.3.1 Autoevaluación

Corresponde al grupo de elementos de control que al actuar en forma interrelacionada en la entidad, permite medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión permanentemente. Mediante éste componente se evalúan los controles y monitorea la operación de la entidad a través de los resultados generados en cumplimiento de las operaciones adelantadas en la entidad.

Calificación 3.67 nivel regular y riesgo mediano.

- Autoevaluación del Control

Se verificó que el hospital tiene establecidas medidas de control y seguimiento, donde definen políticas que facilitan la medición del cumplimiento de los procesos, encaminados al logro de los objetivos estratégicos.

Con base en las encuestas adelantadas y sus correspondientes verificaciones se pudo establecer que existen y se aplican indicadores que miden la efectividad y cumplimiento o no de los procesos que se adelantan en cada área.

Calificación 3.78 nivel bueno y bajo riesgo.

- Autoevaluación de Gestión.

La aplicación de éste elemento de control, se evidencia en el seguimiento permanente que se hace del POA, en el cual se refleja tanto los avances físicos como económicos, la difusión de estos datos con sus correspondientes indicadores, se publican en las carteleras de la entidad.

Calificación: 3.57 nivel regular y riesgo mediano.

3.3.3.2 Evaluación Independiente

La calificación obtenida en éste componente fue de 3.56 lo que lo ubica en nivel regular y riesgo mediano.

- Evaluación independiente al sistema de control interno.

Dentro de la estructura organizacional del hospital, está la Oficina Asesora de Control Organizacional y la Calidad, área que oficia como asesora del despacho y quien desarrolla directamente las funciones de evaluación del control interno en forma independiente. En la encuesta adelantada se pudo establecer que hay acatamiento pleno a las diferentes observaciones efectuadas por la oficina asesora, pero de igual manera manifiestan su descontento por el mínimo aporte de ésta área a la mejora de los quehaceres de algunas dependencias.

Se verificó que la Oficina Asesora de Control adelantó varias auditorias, tanto en la parte administrativa como misional, obedeciendo a un cronograma establecido para la vigencia.

Calificación: 3.50 con nivel regular y riesgo mediano.

3.3.3.3 Planes de Mejoramiento

La calificación de éste componente fue de 3.50 con nivel regular y riesgo mediano.

- Plan de mejoramiento Institucional.

Se adelantó la revisión del plan de mejoramiento de la contraloría, adicional a éste plan de mejoramiento, están los planes de mejoramiento a los informes de control interno en las visitas efectuadas a las diferentes áreas donde se adelantó auditoría, así mismo se generan planes de mejoramiento como resultado de las visitas efectuadas por las EPS, finalmente están los planes de mejoramiento a situaciones puntuales, como resultado de quejas, reclamos o situaciones puntuales.

Calificación: 3.39 con nivel regular y riesgo media

- Plan de mejoramiento por procesos.

Este elemento de control, está definido claramente cuando se revisan los diferentes planes de mejoramiento, los cuales en cada acción correctiva o preventiva, tiene asignado un responsable, situación que fue verificada al momento de adelantar la revisión, tal como fue citado en otro aparte para cada acción de mejoramiento planteada tanto interna como externa se tiene establecido un procedimiento, el cual tiene su seguimiento tanto por parte de la oficina de control interno como del comité respectivo.

Calificación: 3.61 con nivel regular y riesgo mediano.

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO.

3.3.3.3.1. La comunicación entre las diferentes áreas relacionadas con la supervisión de los contratos, es bastante deficiente, toda vez que si bien es cierto que éstos existen, no hay unidad de criterio respecto a la conservación, o archivo de los informes correspondientes, en contravención de los procedimientos establecidos para éste propósito. Contraviniendo la Ley 87 de 1993 artículo 2 en su literal d.

3.3.3.3.2. En las carpetas contentivas de los documentos soportes de los contratos, deben reposar todos aquellos que evidencien el cumplimiento de las obligaciones pactadas de las partes contratantes y de quienes deben realizar el seguimiento a la ejecución del contrato. Los informes de supervisión son propiedad de la entidad y éstos no reposan en las carpetas de los contratos, sino en los archivos del área al que está adscrito al supervisor, dificultando el seguimiento a este tipo de actuaciones. Contraviniendo la Ley 87 de 1993 artículo 2 en su literal d y h.

3.3.3.3.3. Se requiere que la entidad adelante una mayor sensibilización de los funcionarios respecto a las labores que desempeña la oficina de control interno organizacional, por cuanto en algunas áreas no existe claridad respecto a sus funciones. Contraviniendo la Ley 87 de 1993 artículo 4 en su literal k.

3.3.3.3.4 Se presentaron debilidades de control y seguimiento a las actividades ambientales desarrolladas por las profesionales contratistas en la vigencia 2009 y de las cuales por su idoneidad sobre el tema ambiental debieron profundizar en las competencias normativas ambientales con lo cual debe estar cumpliendo el hospital. Con lo cual se está contraviniendo presuntamente lo normado en los literales a), b), c), d), f), g) Artículo segundo Objetivos del sistema de control interno de la Ley 87 de 1993. Artículo 1, Numeral 2 Responsabilidad compartida, 3 Minimización, 5 Prevención Artículo 4 PRINCIPIOS DE LA POLITICA, Artículo 3 MECANICA Y FINES DE LA POLITICA, Artículo 5, Artículo 6 Seguimiento a la Política Resolución 735 del 30 de septiembre de 2008 *“Por medio de la cual se adopta el Manual y a la política integrada de gestión, sus principios y compromisos ...”* Artículo 4 de la Resolución 234 del 21 de julio de 2006 *“Por medio de la cual se conforma el Comité de Medio Ambiente-COMA”*, Artículo 4 de la Resolución 182 del 21 de agosto de 2009 *“Por medio de la cual se deroga la Resolución 234 del 21 de julio de 2006 y se crea el Comité Ambiental –COA”*.

3.3.3.3.5. Así mismo, en las actividades ambientales realizadas con los colegios del sector, se evidencia el desconocimiento de las profesionales, acerca de las competencias entre instituciones como el Hospital Tunjueltio II NA, la Secretaria Distrital de Ambiente y la misma Secretaria Distrital de Educación para la ejecución de estos temas en colegios, como también debilidades en el conocimiento del Plan de Desarrollo BOGOTA POSITIVA PARA VIVIR MEJOR 2008-2012. Con lo cual se está contraviniendo presuntamente lo normado en los literales a), b), c), d), f), g) Artículo segundo Objetivos del sistema de control interno de la Ley 87 de 1993. Artículo 1, Numeral 2 Responsabilidad compartida, 3 Minimización, 5 Prevención Artículo 4 PRINCIPIOS DE LA POLITICA, Artículo 3 MECANICA Y FINES DE LA POLITICA, Artículo 5, Artículo 6 Seguimiento a la Política Resolución 735 del 30 de septiembre de 2008 *“Por medio de la cual se adopta el Manual y a la política integrada de gestión, sus principios y compromisos ...”* Artículo 4 de la Resolución 234 del 21 de julio de 2006 *“Por medio de la cual se conforma el Comité de Medio Ambiente-COMA”*, Artículo 4 de la Resolución 182 del 21 de agosto de 2009 *“Por medio de la cual se deroga la Resolución 234 del 21 de julio de 2006 y se crea el Comité Ambiental –COA”*.

CUADRO 9
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS EVALUACION MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS			
1.CONTROL ESTRATEGICO	3.60	1.1.AMBIENTE DE CONTROL	3.69	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	3.90		
				Desarrollo del Talento Humano	3.84		
				Estilos de Dirección	3.32		
		1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3.58	1.2	3.58	Planes y Programas	3.79
						Modelos de Operación por Procesos	3.61
						Estructura Organizacional	3.33
		1.3 ADMINISTRACION DE RIESGOS	3.54	1.3	3.54	Contexto estratégico	3.72
						Identificación de Riesgos	3.50
						Análisis de Riesgos	3.50
						Valoración de Riesgos	3.50
		2. CONTROL DE GESTION	3.41	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	3.69	Políticas de Operación	3.80
						Procedimientos - Manual de Procedimientos	3.88
Controles	3.39						
Indicadores	3.67						
2.2 INFORMACIÓN	3.26			2.2	3.26	Información Primaria	3.29
						Información Secundaria	3.33
						Sistemas de Información	3.30
2.3 COMUNICACIÓN PÚBLICA	3.29			2.3	3.29	Comunicación Organizacional	3.39
						Comunicación Informativa	3.21
						Medios de Comunicación	3.40
3. CONTROL DE EVALUACION	3.56	3.1 AUTOEVALUACION	3.67	Autoevaluación de control	3.78		
				Autoevaluación de Gestión	3.57		
		3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	3.56	3.56	3.56	Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno	3.50
						Auditoría Interna	3.62
		3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	3.50	3.50	3.50	Plan de Mejoramiento Institucional	3.39
						Plan de Mejoramiento por Procesos	3.61

3.3.1 Evaluación a la Transparencia.

Mediante la Resolución 715 del 10 de septiembre de 2008, se adopta en el hospital el Tunal el Código de Ética y el código del buen gobierno. La aplicación de éste, es de obligatorio cumplimiento para todos los empleados públicos, contratistas, usuarios y comunidad en general que esté directamente relacionada con la entidad y a la vez establece que será responsabilidad de la Oficina de Control Organizacional, Oficina de Planeación y oficina de atención al usuario, su socialización y supervisión del estricto cumplimiento. Así mismo establece que el mismo deberá actualizarse con los cambios que se generen en los planes estratégicos institucionales, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y del MECI.

Con base en la auditoría adelantada y teniendo como referentes el Plan de mejoramiento, la búsqueda de la acreditación, se observa que permanentemente se están actualizando tanto los manuales, como el mapa de riesgos, lo que nos lleva a concluir que se ha venido cumpliendo con éste postulado administrativo.

Una vez adelantada la evaluación de la transparencia según la metodología establecida por la contraloría, el nivel de riesgo es bajo por cuanto su calificación fue de 735 puntos, esto es un cumplimiento del 81.6%.

3.3.2 Seguimiento al cumplimiento del Pacto Ético

La entidad durante la vigencia 2009 realizó seguimiento al compromiso ético suscrito entre el gerente del hospital y el Contralor de Bogotá.

Se verificaron las actividades realizadas por la oficina de Control Interno Organizacional y calidad de las actividades de seguimiento al pacto, las cuales están inmersas en cada una de las actuaciones de actualización de los diferentes manuales de procedimiento, estrategia definida en el POA de la entidad.

3.4 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES

El Hospital el Tunal III Nivel de Atención E.S.E., a diciembre 31 de 2009 presentó activos totales por valor de \$73.886 millones, que comparado con la vigencia inmediatamente anterior presenta un incremento en cuantía de \$17.589.3 millones como resultado del incremento de las cuentas por cobrar.

Así mismo, presentó pasivos por \$36.114.7 millones, que comparados con los de la vigencia inmediatamente anterior aumentaron un 119% es decir \$19.672.3 millones.

En lo referente a las cuentas de resultado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 se evidencia un incremento en los ingresos del 2% equivalente a \$1.669.1 millones y los gastos un incremento de \$7.722.3 millones que representan un 10% generando una disminución en la utilidad operacional comparada con la vigencia anterior de \$6.053.2 millones. El anterior resultado esta influenciado principalmente por la causación del gasto por provisión para deudores.

Del análisis y verificación de los registros contables y de conformidad con los programas de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad regular Ciclo II, aprobados en el Comité Técnico Sectorial de la Dirección Técnica Sector Salud e Integración Social y demás normas y procedimientos de auditoría generalmente aceptados, se evidenció lo siguiente:

Activos

Efectivo

En esta denominación se incluyen las cuentas representativas de los recursos de liquidez inmediata en caja, cuentas corrientes de ahorro y en fondos disponibles para el desarrollo de las funciones de cometido estatal de la entidad contable pública. A diciembre 31 de 2009 el hospital El Tunal ESE III Nivel de atención presento saldos como se muestra a continuación:

CUADRO 10
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA EFECTIVO

Millones de pesos	
NOMBRE CUENTA	VALOR
Caja	3.1
Depósitos en instituciones financieras	4.270.1
TOTAL	4.273.2

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

3.4.1 Se evidenciaron partidas conciliatorias con elevada antigüedad, algunas de éstas desde el 25 de octubre de 2005 representadas en consignaciones pendientes de identificar en el banco BBVA Cta. No. 419-099999 en cuantía de \$29.5 millones, cifra que sobrestima el valor de la cuenta deudores, lo que evidencia falta de depuración de esas cifras. Incumpliendo la ley 87 artículo 2 literal e).y concepto 97446 del 24 de julio 2009 de la Contaduría General de la Nación.

Deudores

Esta cuenta representa el valor de los derechos de cobro de la entidad originados en el desarrollo de sus funciones. Esta cuenta a 31 de diciembre presentaba un saldo de \$48.164.6 millones conformada así:

CUADRO 11
CONFORMACIÓN DE LA CUENTA DEUDORES

Millones de pesos	
NOMBRE CUENTA	VALOR
Servicios de Salud	44.560.1
Avances y anticipos entregados	208.0
Recursos entregados en Administración	2.625.2
Otros Deudores	191.5
Deudas de difícil recaudo	-8.935.1
Provisión para deudores	-.8935.1
TOTAL	48.164.6

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

Durante la vigencia 2009 esta cuenta se vio disminuida por el castigo de cartera de dudoso recaudo mediante la resolución 017 de 2010 en cuantía de \$777.1 millones que por su antigüedad y dificultad para recuperarlos no representan derechos ciertos para la entidad. No obstante que la Resolución citada tiene fecha 2010, los registros se efectuaron en el 2009 afectando los saldos de la cuenta en éste valor.

De la verificación selectiva de los documentos soportes de los registros se estableció lo siguiente:

3.4.2 Se evidenció según información reportada por la entidad, facturación pendientes de radicar ante los responsables de pago en cuantía de \$91.1 millones, cifra ésta que sobreestima la cuenta deudores ocasionando un posible detrimento. Este valor se desagrega como sigue:

CUADRO 12
VALOR FACTURACIÓN PENDIENTE DE RADICAR

Millones de pesos	
AÑO	VALOR
2003	0.2
2004	1.3
2005	25.0
2006	24.0
2007	40.6
TOTAL	91.1

Fuente: Facturación AP Hospital tunal

Lo anterior incumple lo establecido en los artículos 38,39 y 40 del Decreto 050 de 2003, artículos 9, 10,11 y 12 del Decreto 3260 de 2004 vigentes en su momento, el artículo 21 del decreto 4747 de 2007, los artículos 2 y 6 de la Ley 610 de 2000 y artículo 34 numerales 21 y 22 de la ley 734 de 2002.

3.4.3 A diciembre 31 de 2009 el hospital presenta una glosa definitiva con posible detrimento en cuantía de \$15.3 millones, cifra ésta que data de 2003 y subsiguientes y por los cuales no se dió inició a proceso disciplinario alguno para establecer la responsabilidad del caso, sobreestimando la cuenta de deudores en ésta cifra. Incumpliendo con lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 835 de diciembre 10 de 2008 expedida por el hospital el tunal, el numeral 6, capítulo VIII, título II del manual de procedimientos contables adoptado mediante Resolución 356 de 2007 expedida por el Contador General de la Nación los artículos 2 y 6 de la Ley 610 de 2000 y artículo 34 numerales 21 y 22 de la ley 734 de 2002.

CUADRO 13
VALOR GLOSA DEFINITIVA CON DETRIMENTO

Millones de pesos

AÑO	VALOR
2003	0.045
2004	2.2
2005	10.9
2006	2.0
2007	0.008
TOTAL	15.3

Fuente: Información suministrada por coordinación de glosas

Inventarios

Representa el valor de los elementos que han sido adquiridos o producidos por la entidad contable pública para ser consumidos o utilizados en forma directa en prestación de los servicios de salud. A diciembre 31 de 2009 presentó un saldo de \$2.513.8 millones discriminados así:

CUADRO 14
INVENTARIOS

Millones de pesos

NOMBRE CUENTA	VALOR
Bienes Producidos	61.0
Materiales para la prest. de servicio de salud	2.452.8
TOTAL	2.513.8

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2009.

Pasivos

Cuentas por Pagar

Representa el valor de las obligaciones que la entidad adquiere con terceros, relacionadas con las operaciones que lleva a cabo en desarrollo de sus funciones de cometido estatal. A 31 de diciembre de 2009 las cuentas por pagar estaban conformadas por los rubros y valores que se detallan a continuación:

CUADRO 15
CUENTAS POR PAGAR

Millones de pesos	
NOMBRE CUENTA	VALOR
Adquisición de bienes y servicios nacionales	13.053.6
Acreedores	344.7
Retención en la fuente e impuesto de timbre	646.1
Impuesto al valor agregado IVA	3.6
Avances y anticipo recibidos	8.209.2
Recursos recibidos en administración	800.0
Depósitos recibidos en garantía	912.1
TOTAL	23.969.3

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

De la revisión y análisis de los documentos que soportan los registros contables correspondientes a las cuentas por pagar y según la muestra selectiva de los contratos se encontró que corresponden a obligaciones por concepto de adquisición de bienes y servicios recibidos a satisfacción de la entidad y de los descuentos efectuados por la administración por concepto de retenciones en la fuente, IVA, ICA, los cuales se aplicaron de conformidad con la normatividad vigente que rige la materia.

3.4.4. Verificados los registros contables se evidenció una sobreestimación en las cuentas por pagar por concepto de anticipo de ventas y servicios en cuantía de \$3.585.4 millones, por cuanto allí se registran pagos efectuados por parte de los pagadores donde no se identifica la factura a la cual se le aplica este pago, lo que evidencia falta de establecimiento de puntos de control y depuración constante sobrestimando de esta manera la cuenta deudores en la misma cuantía. Lo anterior en contravención al numeral 2.9.1.2.3 del Plan General de Contabilidad pública.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2009, excepto por lo señalado anteriormente.

Pasivos Estimados

A diciembre 31 de 2009 esta cuenta presenta un saldo de \$5.031.1 millones discriminados como sigue:

**CUADRO 16
PASIVOS ESTIMADOS**

Millones de pesos

NOMBRE CUENTA	VALOR
Litigios y Demandas	280.8
Obligaciones Potenciales	4.750.3
TOTAL	5.031.1

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

El saldo reflejado en la subcuenta 1005 litigios y demandas muestra la consolidación de las demandas en contra del hospital, las cuales tienen fallo en primera instancia y que acumuladas al cierre a 31 de diciembre de 2009 alcanzaron el valor de \$280.8 millones.

De igual forma se registran las obligaciones potenciales en la subcuenta 271006 por efecto del reconocimiento de costos y gastos de la empresa de los cuales a la fecha de cierre no se contaba con la factura del tercero para efectos de causación contable.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que a diciembre 31 de 2009 el saldo de ésta cuenta es razonable.

Ingresos – Venta de servicios de salud

Representa el valor de los ingresos causados por la entidad contable pública, originada en la prestación de los servicios de salud y conexas, en desarrollo de sus funciones de cometido estatal.

**CUADRO 17
INGRESOS – VENTA DE SERVICIOS DE SALUD**

Millones de pesos

NOMBRE CUENTA	VALOR
Servicios de Salud	83.850.9
Devoluciones rebajas y descuentos	273.8
TOTAL	83.577.1

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se ha causado adecuadamente y se concluye que el saldo de la cuenta se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2009.

Costos y Gastos

Estos conceptos representan los insumos y demás gastos causados durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de de 2009 para la prestación de los servicios de salud.

**CUADRO 18
COSTOS Y GASTOS**

Millones de pesos	
NOMBRE CUENTA	VALOR
Costo de venta de servicios	64.633.5
Gastos operacionales	18.235.8
TOTAL COSTOS Y GASTOS OPERACIONALES	82.869.3

Fuente: Estados contables a diciembre 31 de 2009 del Hospital el Tunal

Según informe de costos se observa que operacionalmente la entidad genera perdida por el desfase entre los ingresos operacionales versus los costos y gastos operacionales, sin embargo el Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental se muestra utilidad operacional por aplicación de la Resolución 558 de noviembre 7 de 2008 al considerar como un gasto no operacional el margen en la contratación de los servicios de salud.

Evaluados selectivamente los registros que afectaron este rubro, se concluye que estos fueron adecuadamente causados y que el saldo el saldo de la cuenta alcanzado por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 se encuentra razonablemente determinado a 31 de diciembre de 2009.

Evaluación Control Interno Contable

Como resultado de la evaluación del control interno contable se evidenció que la entidad tiene una oficina de Contabilidad en cumplimiento del artículo 5º de la Ley 298 de 2000, cuenta con los libros de contabilidad realiza conciliaciones conciliación de operaciones reciprocas, sin embargo

3.4.5. Durante la vigencia 2009 se realizaron pagos por concepto de fallos en cuantía de \$246.6 millones, no obstante lo anterior este hecho no fue revelado en las notas a los estados contables, en contravención a lo establecido en el numeral 10, capítulo V, titulo II del Régimen de Contabilidad Pública.

3.4.6 Al verificar el procedimiento de registro de los pagos efectuados por concepto de fallos se evidenció que la entidad, no afectó la cuenta 271005-Litigios, afectando en cambio la cuenta 24010102- prestación de servicios, lo

anterior en contravención a lo establecido en los literales a),b)y c), numeral 3 capítulo V, título II del régimen de Contabilidad pública.

3.4.7 El Procedimiento de control interno de las conciliaciones (TE-03-14-S3) no establece No de formato, sin embargo el formato utilizado es el No. TE-05-11.S1, así como algunos formatos establecidos en el procedimiento no están caracterizados de la misma forma, tal es el caso del formato de anulación de cheque el cual no se encuentra caracterizado tal como lo establece el procedimiento (No. TE-05-12). Incumpliendo con lo establecido en el literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993

3.4.8 No obstante que la entidad tiene procedimientos establecidos para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias al responsable de pago para atención, se evidencia gran cantidad de glosa por falta de autorización. Incumplimiento a lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 3047 de 2008 por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud definidas en el Decreto 4747 de 2007.

3.4.9 La entidad presento una variación en las cuentas por pagar por adquisición de bienes y servicios con un incremento de del 112% con respecto a la vigencia anterior de los cuales \$2.315.8 millones tienen un vencimiento de mayor a 360 días. Lo que representa riesgo de demandas a la entidad en contravención al literal a), artículo 2 de la ley 87 de 1993.

En general y de acuerdo con los resultados obtenidos, el Control Interno Contable en el Hospital el Tunal ESE III NA es confiable.

Indicadores financieros a diciembre 31 de 2009

Con base en los indicadores financieros suministrados por la entidad se realizo el análisis de los que se consideran de mayor impacto así:

Indicadores de Liquidez

Razón corriente

Al relacionar el total del activo corriente sobre el total del pasivo corriente se concluye que la entidad cuenta con \$1.57 pesos por cada peso de compromiso adquiridos en el corto plazo, y que depende de la gestión de cobro adelantada por la entidad para cancelar sus compromisos

Capital de Trabajo

Activo corriente – Pasivo corriente = 52.221 - 33.221= \$19.000 millones Lo que indica que la entidad una vez cancele sus obligaciones le quedaran \$19.000.0 millones para atender las obligaciones que surjan en desarrollo de su actividad.

Indicadores de Endeudamiento

Endeudamiento Total

Pasivo Total / Activo Total= 48.87% este resultado muestra el porcentaje de participación de los acreedores de los activos de la entidad. A mayor deuda mayor participación de los acreedores.

Indicadores de rentabilidad

Margen de Rentabilidad del Activo

Al relacionar la utilidad total sobre el activo $-2.713.540 / 73.886.025$ nos da como resultado - 3.67%

Margen de rentabilidad patrimonial

Utilidad Neta/ Patrimonio Total= $-2.713.540 / 37.771.234= - 7.18\%$

Los indicadores de rentabilidad nos muestran que El Hospital el tunal ESE generó márgenes de rentabilidad negativos por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

Indicadores de Actividad

Rotación de Cartera = cuentas por cobrar promedio * 365 / ventas a crédito = 166

Lo que indica que el hospital tarda 166 días en obtener el pago de la cartera por los responsables de pago.

Del seguimiento realizado a los saldos de cartera se observa un incremento de \$16.109.4 millones que equivale al 43.08% al pasar de \$37.386.3 millones en la vigencia 2008 a \$53.495.7 millones en 2009, no obstante que esta se vio disminuida por castigo de cartera en cuantía de \$777.1 millones según resolución No. 017 de 2010

La antigüedad de la cartera se ha evidenciado al establecerse el incremento de las cuentas por cobrar mayor a 360 días en 59,82%, al pasar de \$ 16.339.0 millones

en 2008 a \$25.114.2 millones en 2009, entre los cuales se puede destacar Solsalud ARS donde el incremento fue del 115%,
A continuación se registra los responsables de pago con mayor incremento en la cartera:

CUADRO 19
VARIACIÓN POR RESPONSABLE DE PAGO MAS REPRESENTATIVOS

(Cifras en millones de pesos)

PAGADOR	2009	2008	DIFERENCIA	%
Solsalud ARS	3.954.2	2.867.5	1.074.7	37.47
Salud Total	1.680.6	787.9	892.7	113
EPS Salud Cóndor	1.385.0	1158.9	226.1	19.50
Humana Vivir	3321.8	2.744	577.4	21.03

Fuente :Informes de cartera 2008 y 2009 Hospital El Tunal

De conformidad con el indicador de rotación de cartera, el resultado se puede interpretar como que la gestión no ha sido la más eficiente en éste aspecto, razón por la cual la liquidez ha disminuido y por ende el aumento del nivel de endeudamiento.

Dado que la cartera es una de las variables más importantes de la empresa para administrar el capital de trabajo, dependiendo de la eficiencia de cómo se gestiona su cobro, la liquidez de la empresa mejora o empeora

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes, los estados contables del hospital El Tunal E.S.E III Nivel de Atención presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2009, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación.

3.5 EVALUACION AL PRESUPUESTO

Por medio de la resolución N° 015 de 5 de Nov. del 2008 el CONFIS aprueba el presupuesto de Ingresos, gastos e inversión de los hospitales del D.C entre los que se incluye el hospital El Tunal con una suma de \$ 76.135.5 millones, mediante la Resolución Interna N° 814 de Noviembre 24 de 2008, el Hospital Tunal III Nivel liquidó el Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones para la vigencia fiscal del 2009, en cuantía inicial de \$76.135.5, millones.

Durante el año 2009, se presentaron modificaciones presupuestales en cuantía de \$ 11.036,7 millones, incluida una suspensión de \$1.200.0 millones quedando un presupuesto definitivo de \$ 85.972,3 millones.

Para el análisis la ejecución presupuestal del Hospital El Tunal III Nivel ESE se examinaron cuentas en la ejecución activa entre la más representativa el rubro de ventas de servicios con el Fondo Financiero Distrital de Salud–FFDS, y en la ejecución pasiva se analizaron los rubros otros gastos generales. Así mismo, se analizaron los gastos de operación haciéndose énfasis en la compra de bienes y adquisición de servicios.

3.5.1 Ejecución Activa

La variación entre lo definido inicialmente y lo establecido finalmente correspondió a \$11.036.7 millones equivalentes al 14.5%, toda vez que paso de \$76.135.5 millones a \$87.172.3 millones.

Lo presupuestado y lo efectivamente recaudado en la vigencia 2009 se observa a continuación:

**CUADRO 20
EJECUCIÓN INGRESOS 2009**

CONCEPTO	PPTO DEFINITIVO	RECAUDO	SALDO X RECAUDAR	% RECAUDO
DI+ INGRESOS	87.172.3	68.891.3	17.281.0	80.18
Disponibilidad Inicial	101.9	101.9	0	100.00
INGRESOS	87.070.4	69.7894	17.281.0	80.15
INGRESOS CORRIENTES	86.940.4	69.657.0	17.283.3	80.12
VENTA DE SERVICIOS	82.321.5	66.628.1	15.693.4	19.1
- Atención a Vinculados	33.692.4	32.478.8	1.213.6	96.4
- FFDS- APH	2.311.4	719.8	1.591.6	31.14
-FFDS- VSSF	3.083.7	3.083.7	-	100.00
-FFDS- Otros Ingresos	2.646.0	1.902.1	743.8	71.89
- Régimen Contributivo- EPS	2.784.4	1.666.5	1.117.8	59.85
-Régimen subsidiado ARS capitado	3.492.0	2.843.5	648.4	81.43
- Régim.n Subsidiado ARS no capitado	14.226.1	8.455.8	5.770.3	59.44
-ECAT	1.467.3	705.1	762.1	48.06
Cuotas recuperación y copagos	3.194.8	2.177.7	1.017.0	68.16
Otros pagadores por venta servicios	2.107.4	402.0	1.705.3	19.08

CUENTAS POR COBRAR	13.315.6	12.187.5	1.128.1	91.53
-FFDS	921.2	3.299.6	2.378.3	358.17
- Régimen Contributivo EPS	2.544.5	1.439.8	1.104.6	56.59
- Régimen Subsidiado	6.344.1	5.801.1	543.0	91.44
-ECAT	1.277.7	851.2	426.5	66.62
- Otros Pagadores por venta Servicios	2.227.9	795.6	1.432.2	35.71
CONVENIOS	4.408,8	2.803.8	1,605,0	63.60
-Convenios desempeño estructural	4.408.8	2.803.8	1.605.0	63.60
OTROS ING NO TRIBUTA	210.0	225.0	15.0	107.19
RECURSOS DE CAPITAL	130.0	132.3	2.3	101.80
- Rendimiento por Operación Financiera	130.0	132.3	2.3	101.80

Fuente: Papeles de Trabajo

Lo recaudado \$69.891.3 millones correspondió al 80.18% de lo estimado, incidiendo de una manera directa en el total de las cuentas por pagar por cuanto estas al cierre de la vigencia fueron de \$19.082.5 millones y lo dejado de recaudar fueron \$17.281.0 millones.

CUADRO 21
INGRESOS VIGENCIAS 2008 – 2009

CONCEPTO	2008	2009	% Variac
Total Ingresos + D.I	72.113.2	69.891.3	- 3.08
Disponibilidad Inicial	3.540.2	101.9	-
Ingresos	68.573.0	69.789.4	1.77
No tributarios	68.394.3	69.657.0	1.84
Rentas contractuales	68.162.7	69.431.9	1.86
Venta de bienes y Servicios	68.162.7	66.628.1	-2.25
-FFDS- Atención a vinculados	36.072.4	32.478.8	-9.96
-FFDS – APH	1.071.6	719.8	-32.82
-FFDS – Venta serv sin situado de fondos	2.962.4	3.083.7	4.09
-FFDS – Otros Ingresos	0	1.902.1	-
-Régimen contributivo- EPS	1.814.2	1.666.5	- 8.14
-Régimen subsidiado- ARS capitado	2.480.9	2.843.5	14.61
-Régimen subsidiado –ARS no Capitado	8.298.4	8.455.8	1.89
-ECAT	1.126.4	705.1	-37.39
-Cuotas de recuperación y copagos	2.685.9	2.177.7	-18.92
-Entes Territoriales	0	5.0	-
-Otros pagadores	241.9	402.0	66.20
- CUENTAS POR COBRAR	7.724.6	12.187.5	57.77
-FFDS	435.2	3.299.6	658.0
-Régimen contributivo-EPS	625.0	1.439.8	130.34
-Régimen Subsidiado-ARS	5.038.6	5.801.1	15.13

-ECAT	684.1	851.2	24.43
-Otros pagadores	941.5	795.6	-15.49
Convenios	3.683.5	2.803.8	-23.88
-Convenios desempeño condiciones estructurales	3.683.5	2.803.8	-23.88
Otros Ingresos no Tributarios	231.6	225.0	2.81
Recursos de Capital	178.6	132,3	25.94
-Rendimientos por operaciones financieras	178.6	132.3	25.94

Fuente: Papeles de Trabajo

Los ingresos presentaron una disminución del 3.08% obedeciendo esto básicamente a los menores ingresos por éste concepto “venta de bienes y servicios”. Dentro de la venta de servicios, la atención a los vinculados con una disminución de \$3.593.6 millones (9.96%) y las cuotas de recuperación y copagos cuya disminución fue de \$508.3 millones (18.92%) incidieron significativamente en el recaudo por la venta de bienes y servicios.

En las cuentas por cobrar para la vigencia, se definió un presupuesto inicial de \$10.957,7 millones; con las adiciones presentadas el presupuestado definitivo se estableció en \$13.315,6 millones, de los cuales se recaudaron \$12.187,5 millones, lo que equivale a un índice de cumplimiento del 91.53%, donde el mayor desfase entre lo presupuestado y lo recaudado fue lo correspondiente al rubro de Régimen Contributivo en el cual se dejaron de recaudar \$1.104.6 millones o lo que es lo mismo el 43.41%, de igual manera en el rubro otros pagadores por venta de servicios donde se dejó de recaudar \$1.432.2 millones esto es su índice de cumplimiento fue de 35.71%.

Llama la atención el hecho del menor ingreso en la vigencia 2009 respecto a la vigencia 2008, por cuanto este valor incidió directamente en el aumento de las cuentas por pagar al pasar de \$9.667.4 millones a \$19.082.5 millones, al dejarse de recaudar según lo estimado \$17.281.0 millones.

Al analizar el presupuesto inicial de ingresos y comparar ésta cifra con el recaudo acumulado al cierre de la vigencia, la misma, aún permanece por debajo del recaudo final. Señalando lo anterior en términos generales que las modificaciones netas al presupuesto de ingresos y los cuales ascendieron a \$11.036.7 millones, no contribuyeron de manera significativa a subsanar el déficit de recaudo.

Al revisar los rubros que componen el ingreso y en especial los correspondientes a la venta de servicios, cuentas por cobrar y convenios de desempeño a la SDS, FFDS. y sobre el estimado del presupuesto definitivo, el índice de dependencia esta en el 53.98%, (\$47.063.7/ \$87.172.3 millones), al cierre de la vigencia éste indicador nos señala un valor del 66.47% (\$44.288.0/\$66.628.1 millones), mostrándonos el alto grado de dependencia del hospital respecto a la SDS FFDS.

El bajo cumplimiento en el recaudo de ingresos entre lo planeado y lo real, esta conllevando a que se incumpla el objetivo estratégico “Garantizar la Autosostenibilidad Financiera “por cuanto durante las vigencias anteriores se observó la disminución del ingreso y por consiguiente el aumento de las obligaciones, como consecuencia de que el gasto se incrementa durante la vigencia más no así el ingreso.

Conciliaciones por Venta Servicios Sin Situado de Fondos.

Los recursos correspondientes a la venta de servicios sin situado de fondos durante la vigencia 2009 ascendieron a \$3.083.7 millones cifra esta presentada en la ejecución activa.

El total de los recursos correspondientes tanto al Situado Fiscal como al Sistema General de Participaciones pendientes de recaudar o conciliar según información presentada ésta asciende a la suma de \$1.656.4 millones.

Los recursos del situado fiscal a 31 de dic. del 2009 ascienden a \$403.5 millones de los cuales están conciliados \$109.5 millones y por conciliar y sobre valores estimados la cifra pendiente es de \$293.9 millones.

Los recursos del Sistema general de participaciones ascienden a la suma de \$1.252.9 millones de los cuales se han conciliado con la EPS \$256.8 millones quedando por conciliar \$995.8 millones.

Para la vigencia 2010 y teniendo en cuenta los sobrantes estimados sobre los diferentes pagos a efectuar, el presupuesto presentado estuvo muy ajustado, pretendiendo utilizar parte de los recursos sobrantes en los diferentes administradores.

A la fecha de la auditoria están conciliados los saldos con el ISS y el hospital está gestionando la devolución de estos recursos a través de la S.D.S por cuanto estos ya fueron girados a la S.D.S.

3.5.2. Ejecución Pasiva

Para la vigencia 2009 el presupuesto inicial de Gastos de Funcionamiento e Inversión liquidado y aprobado ascendió a la suma de \$76.135,5 millones el cual, durante la vigencia, sufrió modificaciones presupuestales de \$11.036,7 millones, y una suspensión de \$1.200,0 millones en Inversión quedando un presupuesto definitivo de \$85.972,3 millones, de los cuales se ejecutaron un total de \$85.673,4 millones que equivale al 98.2%.

GASTOS

Al comparar los gastos totales durante las vigencias 2008 y 2009, se puede observar que estos aumentaron en \$5.361.7 millones que equivalen al 6,2% pasando de \$80.311,7 a \$85, 673,4 millones.

Los gastos durante la vigencia 2009 ascendieron a \$85.673,4 millones en : Gastos de funcionamiento, Gastos de operación y Gastos de inversión tal como se desglosa en el siguiente cuadro:

CUADRO 22
Ejecución Gastos 2009

(Cifras en millones de pesos)

RUBRO	Presupuesto Disponible	GASTOS	GIROS	CX P
GASTOS	85.972.3	85.673.4	66.590.9	19.082.5
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	17.871.0	17.698.8	15.340.1	2.358.7
SERVICIOS PERSONALES	9.114.5	9.073.2	8,07.4	265.7
SERVICIOS PERSONALES ASOC A LA NOMINA	3.224.5	3.197.8	3.197.8	0
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	4,00.6	4.597.1	4.457.5	239.6
APORTES PATRONALES AL SECTOR PRIVADO	1.189.3	1.178.2	1.152.1	26.0
-Aportes patronales al sector privado	1.035.9	1.030.7	1.021.3	9.3
-Aportes patronales al sector público	153.4	147.4	130.7	16.7
GASTOS GENERALES	6.78.3	6.847.4	5.028.6	1.818.7
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	6.539.4	6.425.2	4.608.6	1.816.5
-Arrendamientos	762.0	761.0	368.5	392.5
-Dotación	75.6	73.2	27.8	45,3
-Gastos de computador.	396.0	395.9	214.3	181.5
Viáticos y gastos de Viaje	10.0	3.5	3.5	0
-Gastos de Transporte y comunicaciones	173.8	170.8	112.7	58.1
-Impresos y publicaciones	315.0	315.0	149.8	165.1
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	2.743.1	2.742.9	2.168.9	574.0
SEGUROS	330.0	291.6	289.1	2.5
SERVICIOS PUBLICOS	1.1	1.0	1.0	145.6
OTROS GASTOS GENERALES	438.9	422.1	420.0	2.1
PROGRAMAS Y CONVENIOS INSTITUCIONALES	5.6	5.6	5.6	0
OTROS GASTOS GENERALES	3.6	3.6	3.6	0
C XP FUNCIONAMIENTO	1.778.2	1.778.2	1.503.9	274.2
GASTOS DE OPERACION	62.618.4	62.519.1	49.232.4	13.286.6
GASTOS DE COMERCIALIZACION	62.618.4	62.519.1	42.990.9	13.122..9
SERVICIOS PERSONALES	10.126.8	10.070.2	10.003.4	66.724
SERVICIOS PERSONALES ASOC A LA NOMINA	7.273.1	7.236.4	7.224.4	12.0
APORTES PATRONALES	2.853.7	2.833.7	2.779.0	54.6

-Aportes patronales sector Privado	2.525.6	2.512.3	2.485.8	26.5
-Aportes patronales sector Público	328.0	321.4	293.2	28.1
COMPRA DE BIENES	17.410.1	17.394.5	7.185.0	10.209.4
-Medicamentos	7.466.8	7.461.1	3.000.6	4.460.5
-Material medico quirúrgico	9.943.3	9.933.3	4.184.4	5.748.9
ADQUISICION DE SERVICIOS	28.676.2	28.649.1	25.802.4	2.846.7
-Mantenimiento de equipos hospitalarios	485.9	485.5	94.0	391.4
-Servicio de Lavandería	676.9	676.9	423.2	253.7
-Suministro de Alimentos	1.402.8	1.402.8	1.109.3	293.5
-Adquisición de servicios de salud	5.610.4	5.610.4	4.720.3	890.0
-Contratación de servicios asistenciales	20.499.9	20.473.3	19.455.4	1.017.9
CXP COMERCIALIZACION	6.405.1	6.405.1	6.241.4	163.7
INVERSION	5.482.8	5.455.4	2.018.3	3.437.0
Desarrollo de la infraestructura Hospitalaria	4.341.3	4.313.9	1.135.5	3.178.4
-Infraestructura	900.0	873.5	148.3	725.1
-Dotación	3.441.3	3.440.4	987.1	2.453.3
PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD	10.5	10.4	3.5	6.9
-Dotación	10.5	10.4	3.5	6.9
Sistemas de Información en salud automatizada	174.9	174.9	153.4	21.4
-Dotación	174.9	174.9	153.4	21.4
CXP INVERSION	956.0	956.0	725.9	230.1

Fuente: Ejecución Activa del Presupuesto a Diciembre 31 del 2009 – Hospital El Tunal III Nivel ESE.

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

El presupuesto establecido finalmente para la vigencia 2009 fue de \$17.871.0 millones, habiéndose comprometido \$17.698.8 millones de los cuales se giraron \$15.340.1 millones con un saldo de cuentas por pagar de \$2.358.7 millones.

Los gastos de funcionamiento correspondieron a \$17.698.8 millones, que representan el 20,6% del total de los gastos.

Al comparar los gastos de funcionamiento entre las vigencias 2008 y 2009 se observa que estos pasaron de \$18.965.8 a \$17.698.8 millones en el 2009 presentando una disminución del 7.7% que corresponde a \$1.267.0 millones. El rubro que mayor incidencia presentó fue el de Servicios Personales al estar en el 2008 en \$7.419.5 millones y en el 2009 en \$9.073.2 millones, el rubro correspondiente a la remuneración de servicios técnicos paso de \$4.426.7 millones en el 2008 a \$ 4.686.0 millones en el 2009, de igual manera en los gastos generales estos pasaron de \$8.486.0 millones en el 2008 a \$7.269.5 millones en el 2009, presentando una disminución de \$1.216.4 millones que corresponde al 14.3%, en cuanto a los Aportes Patronales la variación no es tan significativa por cuanto paso de \$1.108.9 millones en el 2008 a \$1.178.2 millones en el 2009.

Gastos Generales – Remuneración Servicios Técnicos

A este rubro, el Hospital aforó inicialmente \$4.688.1 millones, habiéndose ejecutado \$4.686,0 millones y girado \$4.447.0 millones quedando como cuentas por pagar \$238.9 millones. En el año 2008 los gastos ascendieron a \$4.426.7 millones lo que representa un incremento del 5.85%.

Gastos Generales – Mantenimiento de la Entidad

El hospital contó con un presupuesto disponible de \$2.743.1 millones, de los cuales se comprometieron \$2.742.9 millones que corresponde al 99.99% de los cuales se giraron \$2.168.9 millones quedando un saldo por pagar de \$574.0 millones, este valor comparado con lo ejecutado de la vigencia 2008 y el cual ascendió a \$3.790.5 millones presenta una disminución considerable en razón a la nueva clasificación adoptada por la administración central que clasifica estos gastos en Funcionamiento y en Gastos de Operación.

El rubro de sentencias judiciales presenta un incremento del 47,2 % o lo que es lo mismo de \$79.0 millones al pasar de \$167.5 millones a \$246.6 millones, igual situación acontece con el rubro de Impuestos, tasas que presentó un variación de \$99.3 millones esto es el 149,5 % al pasar de \$66.4 millones a \$165.8 millones.

Los gastos por sentencias judiciales se presentan a continuación:

CUADRO 23
SENTENCIAS JUDICIALES

N°RESOLUCION	VALOR	BENEFICIARIO	CONCEPTO
853 / 2008	\$20.000.000	LILIANA CARRILLO GALLEGO	Pago acuerdo de Prestación de servicios Profesionales por defensa ante la cooperativa de trabajo asociado y beneficio solidario de los trabajadores "COASESORES".
061/ 2009 27 -Feb-2009	\$22.920.000	ANESTECOOP	Pago Sentencia por prestación de servicios a Anestesiólogos.
080 / 2009 19- Mar- 2009	\$1.840.000	JAIME GREGORIO MORENO MORA	Pago de honorarios al perito designado por el tribunal de Arbitramento de la firma Fresenius Medical Care de Colombia S.A.
095/ 2009	\$127.330.650	SERVICIOS DE TELEMEDICINA	Liquidación de contrato N°850 - 2008.

07-Abril-2009		INTEGRADOS LTDA	
209/ 2009	\$74.535.000	HUMBERTO ALBARRACIN	Pago de sentencia condenatoria al hospital por reparación directa a los representantes de menores.
16-Sep-2009		ALBARRACIN	

Fuente: Papeles de trabajo

GASTOS DE OPERACIÓN

Los gastos de operación ascendieron a \$62.519.1 millones comprometiéndose el 99.84% del presupuesto disponible (\$62.618.4) millones y finalmente los gastos de inversión con \$5.455.4 millones equivalen al 99.99% sobre el disponible de \$5.482.8 millones. Los Gastos de Operación están conformados por: Los Gastos de Comercialización que a su vez corresponden a: Servicios Personales, Compra de Bienes y Adquisición de Servicios; así como las cuentas por pagar de comercialización.

CUADRO 24
GASTOS DE OPERACIÓN 2009

(VALOR EN MILLONES)

RUBRO	VALOR
Gastos de Operación	62.519.1
Gastos de Comercialización	62.519.1
Servicios Personales	10.070.2
- <i>Servicios Personales asociados Nómina</i>	7.236.4
- <i>Aportes Patronales</i>	2.833.7
Compra de Bienes	17.394.5
- <i>Medicamentos</i>	7.461.1
- <i>Material Medico Quirúrgicos</i>	9.933.3
Adquisición de Servicios	28.649.1
- <i>Mantenimiento Equipos Hospitalarios</i>	485.5
- <i>Servicio de Lavandería</i>	676.9
- <i>Suministro de Alimentos</i>	1.402.8
- <i>Adquisición servicios salud</i>	5.610.4
- <i>Contratación Servicios Asistenciales</i>	20.473.3
Cuentas por Pagar Comercialización	6.405.1

Fuente: Ejecución Activa del Presupuesto a Diciembre 31 del 2009.

Dadas las características de clasificación que presenta el informe de presupuesto y en el que no se guarda estricta correlación de rubros entre las dos vigencias, el señalamiento de los incrementos se plantea de la siguiente manera: En el rubro de Gastos Generales en funcionamiento se incluían entre otros los gastos correspondientes a mantenimiento de equipos hospitalarios, servicio de lavandería, suministro de alimentos, los cuales a partir de 2009 se presentan como Adquisición de Servicios. Teniendo como referente la anterior situación se puede establecer que en éste rubro se presentó un incremento de \$1.508.4 millones.

Igual situación ocurre con los contratos de prestación de servicios asistenciales en el nivel operativo en donde se reclasificó este rubro en Adquisición de Servicios; la disminución en éste fue de \$3.995.5 millones al pasar de \$24.468.9 a \$20.473.3 millones.

GASTOS DE INVERSION

En lo correspondiente a gastos de inversión el presupuesto vigente era de \$6.682.8 millones. Mediante la resolución 312 del 28 de Dic. 2009 se realiza una suspensión de recursos por valor de \$1.200.0 millones así: Infraestructura \$496.5 millones y Dotación \$703.4 millones, quedando un presupuesto disponible al cierre de la vigencia de \$5.482.8 millones.

Los gastos efectuados en Inversión correspondieron a: Infraestructura, Dotación de la Infraestructura Hospitalaria, Dotación en la participación Social en Salud y Dotación en el sistema de Información en salud automatizada.

Para el rubro Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria el presupuesto inicial se estableció en \$1.024.0 millones presentando unas modificaciones en el transcurso de la vigencia de \$ 3.317.3 millones para un disponible de \$4.341.3 millones, habiéndose ejecutado \$4.313.9 millones.

Los ingresos para el rubro de Infraestructura provienen del Convenio 852 de 2007 por \$9.476.0 millones, el cual corresponde a un reordenamiento medico-arquitectónico del Hospital el Tunal- construcción de la Torre Unidad de Cuidados Críticos a fin de desarrollar una Infraestructura que responda a las necesidades actuales de demanda de servicios, en el mismo se establece como prioritario la suma de \$800.0 millones con el propósito de iniciar la fase de diseños y estudios técnicos para la construcción de la Torre de Unidad de cuidados Críticos.

En el año 2009 se hace uso de los \$800.0 millones en Infraestructura y sobre un presupuesto disponible de \$900.0 millones se comprometen \$873.5 millones y con cargo a los \$800.0 millones provenientes del convenio se utilizaron \$793.2

millones, lo restantes \$80.3 millones correspondieron a reparaciones menores y se adelantaron con recursos propios.

En cuanto a lo relacionado con la Dotación, el presupuesto disponible era de \$3.441.3 millones ejecutándose \$3.440.4 millones, estos recursos provienen del convenio 1122 del 2009 el cual se estableció por un valor de \$7.000.0 millones, de los cuales en la vigencia se recibieron \$2.132.8 millones, como producto del convenio 1207 de 2008 y convenio 907 de 2008 se recibieron \$425.0 millones y \$246.0 millones respectivamente para el mismo propósito. Todos estos convenios fueron celebrados con SDS-FFDS y corresponden a partidas asignadas para la dotación del hospital

Del total comprometido en este rubro se giraron \$987.1 millones, correspondiendo en gran parte a compra de equipo el cual debía ser importado. A 30 de abril de 2010 se recibieron \$4.867.1 millones correspondientes al saldo del convenio 1122 a efectos de terminar de comprar los elementos establecidos a la firma del convenio.

En ampliación y mejoramiento en la atención prehospitalaria (dotación), sobre un presupuesto disponible de \$10.5 millones se gastaron \$10.4 millones en jornadas de divulgación y salidas pedagógicas para la atención al usuario, esto se adelantó con recursos propios.

En gestión pública efectiva y transparente: Tecnologías de la información y la comunicación, Integración de subsistemas de información "dotación", con un presupuesto definitivo de \$174.9 millones y una ejecución del 100%, se adelantaron adecuaciones de puntos de red, compra de computadores. Acciones éstas adelantadas con recursos propios.

CUADRO 25
RESUMEN DE INGRESOS-GASTOS.
(VALOR EN MILLONES)

MES	INGRESOS	GASTOS	GIROS
Enero	3.355.9	11.618.4	2.854.0
Febrero	6.181.3	18.515.8	4.072.0
Marzo	5.879.0	6.541.3	5.339.1
Abril	1.730.1	7.764.6	4.414.9
Mayo	8.537.8	6.941.4	4.709.6
Junio	7.158.7	4.295.3	6.803.6
Julio	5.067.1	3.572.7	4.744.7
Agosto	5.853.1	4.056.3	4.473.3
Septiemb.	5.379.3	2.550.5	6.242.7
Octubre	8.551.8	3.094.5	7.201.1
Noviembre	3.476.3	3.177.0	5.030.0

Diciembre	8.720.4	13.545.0	10.705.6
TOTAL	69.891.3	85.673.4	66.590.9

FUENTE: Papeles de trabajo.

Los gastos del mes de enero 2009 incluyen las cuentas por pagar y que ascendieron a \$ 7.503.1 millones. En el mes de abril por éste concepto se incorporan valores por \$ 2.164.2 millones.

Los gastos del mes de febrero se ven incrementados en una forma bastante alta por cuanto es en este mes cuando se celebraron los contratos de prestación de servicios tanto en la parte administrativa, como en la parte operacional.

Como puede observarse en el cuadro anterior los gastos totales fueron mayores que los ingresos y estos a su vez mayores que los giros, lo que denota la falta de recursos para cubrir las diferentes obligaciones y que se refleja en la cantidad de compromisos por cancelar al cierre de la vigencia.

Cuentas por Pagar

Las cuentas por pagar del año 2008 ascendieron a \$1.834,3 millones por Gastos de Funcionamiento y \$7.833.1 millones por Inversión, para un total de \$9.667.4 millones.

Al liquidarse el presupuesto 2009 y para gastos de funcionamiento se asignaron \$1.920,8 millones efectuándose durante la vigencia disminuciones por \$142.6 millones quedando al cierre de ésta \$ 1.778.2 millones.

Durante la vigencia 2009 y correspondiente a Gastos de Funcionamiento se pagaron \$1.503.9 millones y se liberaron para otros conceptos \$56.1 millones quedando a 31 de diciembre del 2009 cuentas por pagar por valor de \$274.3 millones. A junio 30 del 2010 se han cancelado obligaciones por valor de \$ 177.7 millones quedando un saldo de \$96.6 millones.

En gastos de Inversión sobre los \$7.833.1 millones calificados como cuentas por pagar se apropiaron finalmente \$7.361.2 millones de los cuales al cierre de la vigencia se liberaron o trasladaron para otras obligaciones \$471.7 millones.

Durante la vigencia 2009 se efectuaron pagos por \$6.967.4 millones quedando un saldo de cuentas por pagar de vigencia anteriores de \$393.9 millones. De este valor a junio 30 de 2010 se han pagado compromisos por \$154.2 millones quedando pendientes obligaciones por valor de \$239.7 millones.

Para el año 2009 las cuentas por pagar ascendieron a \$19.082.5 millones, que corresponden a las presentadas en el cierre presupuestal. La distribución de estas es la siguiente:

Gastos de Funcionamiento \$2.358.7 millones

Gastos de operación: \$13.286.6 millones

Gastos de Inversión: \$3.437.0 millones

Análisis comparativo 2008- 2009.

Al culminar la vigencia fiscal de 2009 el hospital El Tunal constituyó cuentas por pagar por un valor de \$ 19.082.5 millones, y en el año 2008 quedo un valor de \$9.667.4 millones de los cuales existe un incremento de \$9.415.0 millones representado el 97,4%, de incremento.

3.5.2.1. Al adelantar la revisión de los diferentes soportes tanto de las obligaciones, como de las liberaciones, y sus correspondientes pagos, se observo que persisten unos valores que deben ser reintegrados, por cuanto el compromiso ya se liquidado o terminó. Las obligaciones pendientes por liquidar al cierre de la vigencia 2009, corresponden a compromisos que no se han terminado. Lo anterior contraviene la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 literal e.

3.5.3. Plan Anual de Caja - P.A.C

Al verificarse el PAC presentado se pudo establecer que este corresponde al comportamiento tanto de los Ingresos como de los Pagos efectuados en los Gastos durante la vigencia. Al iniciar la vigencia se definió un presupuesto inicial de \$76.135.5 millones durante el año, el mismo presentó modificaciones por \$11.036.7 millones para un definitivo de \$87.172.3 millones.

El recaudo fue de \$69.891.3 millones cifra esta que representa 91.79% del presupuesto Inicial y al comparar el recaudo contra el presupuesto definitivo su porcentaje real de ejecución es solamente el 80.18 %, dejándose de recaudar contra el presupuesto definitivo la suma de \$17.281.0 millones.

El gasto fue de \$85.673.4 millones habiéndose girado \$66.590.9 millones y quedando unas cuentas por pagar de \$19.082.5 millones.

El bajo recaudo de los ingresos presupuestados incidió directamente en el alto valor de las cuentas por pagar indicando la poca o nula utilidad del PAC como herramienta de planeación a la luz de los resultados mostrados en las ejecuciones.

CAJA MENOR

Mediante la resolución 163 de 1 de enero de 2009, se crea la caja menor del Hospital El Tunal III Nivel y se reglamenta su funcionamiento para la vigencia. El monto con el cual se crea es de \$ 20.0 millones, cifra que se ajusta a lo establecido en el Decreto 061 de 2007, en el cual se define el monto según el presupuesto de la entidad.

Se efectuó arqueo el día 9 de agosto, sin encontrar diferencia alguna tanto en los valores de caja, bancos y soportes, así como en los soportes del reembolso, al igual que el reembolso solicitado

En la revisión de los gastos efectuados durante la vigencia 2010, se verificó el cumplimiento de lo establecido en la resolución de creación en lo referente a los topes a gastar mes a mes, así como los reembolsos solicitados acorde a lo establecido., en la revisión efectuada se verificó la imputación, de cada uno de los gastos, así como el que no se superara el monto establecido en la resolución de creación. Se pudo establecer que el 30 % esta definido para medicamentos e insumos hospitalarios y el 70% corresponde a Gastos Generales. Los cuales previamente han contado con la certificación de no existencia en el almacén o en la farmacia.

Se revisó la totalidad de los gastos efectuados por caja menor durante la vigencia encontrándose que en cada uno de los meses los topes establecidos en la resolución citada se cumplieron y correspondieron a los gastos establecidos en la resolución.

3.5.4. Presupuesto Orientado a Resultados – PMR

En cumplimiento de la resolución DDC 005 del 19 de octubre de 2009 por medio de la cual se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimientos y términos para la implementación de sistemas de contabilidad de costos por parte de las Empresas Sociales del Estado Distrito Capital, se dispone un periodo de transición hasta el 31 de dic. de 2009 para que las E.S.E. del distrito adopten lo establecido en la misma.

En el Hospital se tiene implementado el sistema de costos el cual se reporto para las vigencias 2008 y 2009 considerando los diferentes servicios presentados en la institución. Para el año 2008 el total de los costos fue de \$84.078 millones y unos ingresos de \$81.308.9 millones para una pérdida de \$2.767.9 millones. Para el año 2009 los costos fueron de \$92.881.1 millones unos ingresos de \$83.410.4 millones con un perdida de \$9.470.6 millones. Este valor se vio incrementado en el año 2009 por cuanto se incluyo la provisión para cartera por \$5.200.0 millones.

Con la nueva metodología planteada por la SDH se pretende establecer los costos de las actividades y así lograr el costo de cada uno de los productos o servicios prestados por la entidad.

Una vez establecidos los costos por actividades, esto facilitaría la evaluación del cumplimiento o no de las metas o resultados contra los presupuestos tanto económicos como de producción.

Cierre Presupuestal

Una vez verificada la información del cierre presupuestal suministrada por el hospital el día 31 de Diciembre de 2009 a la Contraloría de Bogotá en el proceso de acompañamiento del cierre de la vigencia, se constató que no presentó variaciones en la ejecución presupuestal tanto activa como pasiva de la entidad, presentada y reportada a través del SIVICOF. El estado de tesorería a 31 de diciembre de 2009 fue el siguiente: Fondos Disponibles \$4.273.2 millones, Fondos con destinación específica \$240.4 millones, acreedores varios \$974.2 millones, lo que nos da una disponibilidad neta en tesorería de \$3.058.6 millones, señalándonos un superávit de caja.

Control Interno Presupuestal

Al efectuar pruebas en el área de presupuesto se determinó que los saldos de los libros de presupuesto corresponden a los de la ejecución activa y pasiva; las modificaciones presupuestales corresponden a los actos administrativos expedidos para el efecto.

En cuanto a los controles que deben existir en la parte operativa, se verificó que los Certificados de Registro Presupuestal, al igual que las disponibilidades son expedidos en forma oportuna. Así mismo el sistema de información Hipócrates se constituye en una herramienta que garantiza el adecuado manejo de los rubros presupuestales.

La documentación que soporta los movimientos presupuestales se encuentra debidamente custodiada y archivada en orden cronológico, observándose un adecuado control y manejo de la misma.

En conclusión, el sistema de control interno del área de presupuesto se considera regular con nivel de riesgo mediano.

Opinión Presupuestal

Se estableció que el manejo del presupuesto se ajusta a la normatividad en cuanto a registros y apropiaciones presupuestales como también en la generación de

información consolidada que se registra en el sistema HIPOCRATES, el cual cumple con las necesidades tanto operativas como de control requerido por el área. Por lo mencionado anteriormente, el desarrollo del proceso presupuestal en el Hospital El Tunal, se considera **confiable**.

3.6 EVALUACION A LA CONTRATACION

3.6.1 Objetivos

3.6.1.1 Objetivo General

Con el fin de evaluar la gestión realizada por la entidad en lo que se refiere al proceso de contratación y si este guarda relación con los proyectos del Hospital que deben estar contenidos en el Plan de Desarrollo, se seleccionaron 21 contratos establecidos en el Memorando de Planeación por \$ 28.817.378.930, cuantía esta que en el desarrollo de la auditoria ascendió a \$ 38.813.101.352, obedeciendo a la inclusión de: a) Cuatro (4) contratos; b) El valor de algunos contratos primigenios dado que solo se había tomado el de las adiciones y c) El valor de las adiciones de contratos primigenios que se encontraron en el curso del análisis de ellos. El total de la contratación ascendió a la suma de \$56.337.8 millones.

La metodología utilizada para la selección de la muestra fue la definida por la Contraloría de Bogotá y establecida en el memorando de planeación, la muestra corresponde al 68.9%

Es de aclararse que el contrato 803 de 2008 se excluyó de la muestra dado que ya había sido evaluado en la auditoria regular de la vigencia anterior.

Los contratos auditados y sobre los cuales nos hemos de referir en este acápite, con el fin de cumplir con el objetivo general de este componente son:

**CUADRO 26
MUESTRA DE CONTRATACIÓN**

Vigencia	Numero del Contrato	Contratista	Clase	Valor Evaluado
2009	41	Serviespeciales	Suministro servicio de aseo.	1.816.154.480
2009	180	Amarey Noval Medical S.A	Suministro de medicamentos	840.889.792
2009	168	Cobo & Asociados	Suministro de medicamentos	453.778.621
2009	08	Cooperativa de	Prestación de	2.360.000.000

		trabajo asociado Coopintrasalud	servicios	
2008	882	Diagnósticos e Imágenes	Servicios Profesionales	3.030.609.178
2009	1544	G.Barco	Compra-venta bienes muebles	792.676.720
2009	10	Nutrir de Colombia	Arrendamiento Área de la Cocina y Cafetería.	41.220.000
2009	266	Jonson & Jonson de Colombia S.A	Otros suministros	243.811.728
2009	148	Equipos Médicos Ltda. Jomedical S.A	Arrendamiento bienes muebles.	219.449.280
2009	09	Ricardo Camargo Camperos – Nutrircop-	Suministro alimentos a pacientes hospitalizados y médicos	2.724.000.000
2008	833	Laboratorios Baxter	Suministro de medicamentos	1.850.000.000
2008	832	Laboratorios Baxter	Suministro de medicamentos	1.242.492.524
2009	165	Pfizer	Suministro de medicamentos	942.747.580
2009	128	Sociedad de Oftalmólogos de la Universidad Nacional SOUN	Servicios Profesionales	4.565.000.000
2009	36	Cooperativa de trabajo asociado Coopintrasalud	Prestación de Servicios	5.614.660.110
2009	1542	Soporte Vital	Compra-venta bienes muebles	3.618.732.508
2009	1543	Top Medical	Compra-venta bienes muebles	2.564.760.000
2009	35	Cooperativa Uncincoop	Prestación Servicios	3.565.414.962
2008	947	Remodelar	Obra	313.196.631
2009	07	Lavanser	Servicio de lavandería	783.988.421
2008	728	Servisión	Servicio de vigilancia	1.140.584.891
2009	983	Cesar Augusto Beltran B	Prestación de Servicio	33.000.000
2009	988	Alvaro Hernando Castellanos	Prestación de Servicio	25.242.000
2009	936	Maria Constanza Morales	Prestación de Servicio	30.692.352

FUENTE: PAPELES DE TRABAJO

3.6.2 Objetivos Específicos

La evaluación a los contratos del componente de contratación dan como resultado el logro de los objetivos propuestos al revisar que se ejecutaran los contratos y se obtuviera el resultado planeado y que se evidencia en la prestación de los servicios misionales del Hospital.

Se evaluó cada uno de los procesos de contratación objeto de la muestra y se estableció que guardaran relación directa con el objeto misional del Hospital y que estos guardan concordancia con los proyectos de inversión, el plan de desarrollo, el balance social y el presupuesto.

En el análisis de los contratos evaluados se evidencia la aplicación del Manual de Contratación del Hospital del Tunal y de los procesos y procedimientos establecidos por la ESE.

Se evaluaron contratos que el Hospital suscribió con cargo a los recursos destinados a gastos de operación y de comercialización tales como: servicio de lavandería, suministro de alimentos, contratos de prestación de servicios, entre otros.

En lo que atañe a infraestructura (Inversión) se evaluó el contrato 947 de 2008, resultante del proceso de invitación No 46 de 2008.

Se evaluó los procesos de contratación relacionados con suministro de alimentos (Contrato 09 de 2009) y medicamentos (Contratos 882 y 883 de 2008 y 165,168 y 180 de 2009).

En razón a que son Hospitales de I Nivel los que ejecutan contratos cuyo objeto sea el cumplimiento de actividades relacionadas con Salud a su casa y Salud al Colegio por lo tanto al Hospital del Tunal no aplica, por ser una E.S.E del III Nivel.

Se evidencio que el objeto de cada uno de los contratos evaluados tiene directa correspondencia con los fines y necesidades tanto de los habitantes de la Capital como del Hospital y le apuntan al logro de los objetivos misionales.

Se constató que los contratos, cuentan con los estudios, justificaciones, análisis y evaluaciones que se establecen tanto en el Manual de contratación como en los procedimientos y plan de compras del Hospital.

Tanto en la evaluación de los documentos que se encuentran en las carpetas de los contratos puestas a disposición, como en las visitas administrativas se verifico la existencia de los informes de interventoría y/o supervisión.

Así mismo se verificó lo relacionado con la liquidación de los contratos en aquellos casos en que operara.

Los contratos que fueron analizados en el curso de la auditoria cumplen el requisito del pago de publicación al igual que aquellos que deben ser publicados en la página Web del Hospital.

Se evaluó en forma integral (con el componente de contabilidad y presupuesto) las actuaciones judiciales desplegadas por el Hospital en los procesos que están activos, provisiones presupuestales por contingencias judiciales, y la verificación de las actividades adelantadas por los mismos respecto de fallos condenatorios, de conformidad con los siguientes objetivos específicos:

Con el objetivo de verificar el estado de los procesos activos: Civiles, laborales, y contencioso administrativos, se solicitó información a la entidad auditada a 30 de junio de 2010 y se consultó el Sivicof, del cual se obtuvo el siguiente resultado:

Tribunal Administrativo de Cundinamarca:

- Cursan dos (2) procesos en cuantía de \$ 2.642.072.000

Juzgados Administrativos:

- Cursan cuarenta y cuatro (44) procesos en cuantía de \$ 23.517.926.076

Juzgado Civil del Circuito:

- Cursa un (1) proceso en cuantía de \$60.000.000.000

Juzgado Civil Municipal:

- Cursa un (1) proceso en cuantía de \$90.000.000

Juzgados Laborales:

- Cursan ocho (8) procesos ordinarios laborales en cuantía de \$1.670.674.377

Consejo de Estado:

- Tres (3) procesos en cuantía de \$ 520.000.000

De la información suministrada por la entidad se observa con relación a los procesos en contra de la entidad que en la vigencia de 2009 se expidió las siguientes órdenes de pago:

**CUADRO 27
PROCESOS EN CONTRA DE LA ENTIDAD**

No. de proceso	Nombre del demandante	Nombre del demandado	Objeto de la demanda	No. de orden de pago	Fecha de pago	Beneficiario.	No. de la Resolución que ordena cancelar el pago	Valor
----------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------	---------------	--	-------

2008-248	Maria Liliana Carrillo Gallego	U.T. Fray	Pago por serv.Prof.	63648	01/01/2009	Maria Liliana Carrillo Gallego	853/2009	\$17.862.000
2006-00428	Jaime Gregorio Moreno. a Mora	Fresseniuis	Honorarios Tribunal	64674	26/05/2009	Jaime Gregorio Moreno	080/2009	\$ 1.564.268
2008-0022 Juz 35	Anestecoop	H.Tunal	Pago serv prof	64676	26/05/2009	Anestecoop	061/09	\$ 22.698.593
Acta 85/09	Servicios Telemedicina	H.Tunal	Pago serv prof	64809	11/11/2009	Servicios Telemedicina	095	\$ 121.007.410
2006-00013	Nidia Jaramillo Parra	H. Tunal	Reparación Directa	67432	04/11/2009	Humberto Albarracin (apoderado)	209/2009	\$74.535.000

Fuente:Papeles de trabajo

Respecto de las actuaciones de los comités de conciliación en torno de las demandas falladas en contra de la entidad en la vigencia de 2009 el Hospital señalo entre otras cosas:

“En lo que se refiere a las conciliaciones llevadas a cabo con la Dra. María Liliana Carrillo, la SOCIEDAD DE SERVICIOS DE TELEMEDICINA INTEGRADOS LTDA AEROMEDICAS LTDA y la Firma ANESTECOOP, aprobados en los diferentes comités de conciliación celebrados durante la correspondiente vigencia, corresponden a valores reconocidos por servicios prestados al hospital por contratistas que venían asumiendo dichas obligaciones y que lo continuaron haciendo pese a no existir respaldo presupuestal.

En el Acta No. 01 de fecha 19 de enero de 2010,quedo descrito que el Comité de Conciliación decidió no iniciar la Acción de Repetición ya que no se configura un detrimento patrimonial toda vez que el hospital se benefició con el servicio o suministro en los diferentes asuntos objeto de reconocimiento vía conciliación, garantizando de esta forma una atención integral a los usuarios, por ende se descarta a términos de la ley 678 de 2001, la existencia de dolo o culpa grave, por parte de los supervisores de dichos contratos, quienes velaron por la oportuna atención de los pacientes, y en defensa de los intereses de la entidad

De igual manera sucede en el pago de honorarios a Jaime Gregorio Moreno Mora, por peritaje que fue ordenado dentro del proceso del Laudo Arbitral convocado por Fresenius Medical Care Colombia, contra el Hospital El Tunal E.S.E., cuya contingencia se tazo en \$35.000.000.000 Millones de Pesos, por lo que siendo gastos dentro de un proceso judicial ordenados por el Tribunal de Arbitramento, el Hospital tenía la obligación de cancelarlos, lo que efectivamente se hizo por el rubro de sentencias judiciales.

Se tiene que estos son gastos dentro de un proceso los cuales no generan daño antijurídico a un tercero y para esos casos no procede la Acción de Repetición ya que la

obligación de la entidad es ejercer su defensa y cumplir con las ordenes que profieran los despachos judiciales, en este caso el Tribunal de Arbitramento.

En el caso del pago de la conciliación con la demandante NIDIA JARAMILLO, el Comité de Conciliación, mediante Acta No. 02 del 11 de febrero de 2010, consideró lo siguiente: “Es importante señalar que la conciliación aprobada por el Juzgado 31 Administrativo del Circuito y que ya fue pagada por nuestra entidad, corresponde al caso del menor ANDRES FELIPE GARCIA GÓNGORA, quien es uno de los menores afectados por la presunta aplicación de formaldehído en los ojos en el mes de junio de 2004, y teniendo en cuenta que el Comité de Conciliación se ha pronunciado sobre la acción de repetición por el pago de las demás conciliaciones pagadas en los casos de los menores afectados por el formol en sus ojos, se debe tener en cuenta que a la fecha no han variado las circunstancias, se recomienda al Comité de Conciliación continuar con la postura adoptada en las Actas No. 71, 74, 75 de 2.007 y 78 de 2008.

En los anteriores términos el Comité de Conciliación resuelve definitivamente este caso, con miras a que la Oficina Jurídica presente la Demanda de Acción de Repetición, contra el anterior Gerente de la Institución doctor CARLOS ARIEL RODRÍGUEZ SUAREZ”.

En cumplimiento de lo dispuesto por el Comité de Conciliación, en el Acta No. 02 de 2010, la Oficina Jurídica a través de su apoderado Dr. Sergio Sánchez, inicio Acción de Repetición contra el Dr. Carlos Ariel Rodríguez Suárez, proceso que fue repartido y radicado en el Juzgado 31 Administrativo del Circuito de Bogotá, el día 25 de junio de 2010.

El estado del proceso se encuentra que mediante Auto de fecha 13 de julio de 2010 el cual fue notificado por estado el día 15 de julio de 2010, el Juzgado 31 Administrativo del Circuito de Bogotá, admitió la demanda. El día 22 de julio/2010 el apoderado del hospital radicó memorial con el recibo de pago de gastos de notificación.”

3.6.2.1 Falta de argumentación en las Justificaciones:

Si bien es cierto que los contratos, cuentan con los estudios y justificaciones, que se establecen tanto en el Manual de contratación como en los procedimientos estos no se encuentran lo suficientemente argumentados y soportados al igual que los términos de las invitaciones dado que presentan debilidades en los acápite de la parte técnica y jurídica. Igual situación se presenta en el evento en que se adicionan y prorrogan los contratos. Incumpliendo el artículo 2 Literal d).

3.6.2.2 Inaplicación del Principio de Planeación

No se aplica el principio de Planeación en la Contratación y ejecución de los contratos toda vez que se observa que en 80% de los contratos evaluados, son adicionados y prorrogados en varias oportunidades. Incumpliendo el artículo 2 Literal h de la ley 87.

3.6.2.3 Sobre la asignación de Supervisores:

Se evaluaron contratos de la vigencia 2008 en razón a que se suscribieron, ejecutaron y/o adicionaron o prorrogaron en el 2009 y por tal razón se encuentran bajo los parámetros señalados en la Resolución 848 de 2008; igualmente contratos que se suscribieron en el año de 2009, bajo los lineamientos de la Resolución 157 del 15 de julio de 2009 y finalmente contratos que se perfeccionaron y legalizaron a la luz de la Resolución 316 del 31 de diciembre de 2009, a los cuales se les incluyó la cláusula de “Supervisión” y por lo mismo fue designado(s) un (os) supervisor (es), tal y como lo señala cada una de las Resoluciones en cita y que habiéndose presentado en el curso del contrato alguna circunstancia tal como retiro, terminación del contrato, nueva designación en el cargo de quien estaba nombrado como supervisor. Observa esta Auditoría, que la asignación, para que se de continuidad a la supervisión no se está realizando como lo indican las citadas normas y por el contrario se están tomando como herencias. En contravención del artículo 2 Literal a) de la ley 87.

3.6.2.4 Indebida suspensión del Contrato 947 de 2008:

En la evaluación y seguimiento al contrato de obra 947 de 2008 suscrito el 10 de octubre de 2008 con Fabián Castillo Cardozo, representante legal de la Unión Temporal Remodelar y cuyo valor final fue de \$ 313.196.631, con el objeto de realizar por parte del contratista el suministro e instalación de cielo raso en lamina fibrocel superbord, jaboneras de porcelana, soportes metálicos de apoyo en baños de pacientes, lámparas fluorescentes, etc., de Hospitalización del quinto piso del Hospital el Tunal E.S.E., y conforme al plazo de ejecución y entrega pactado en la cláusula cuarta que es de quince días calendario a partir del acta de iniciación y que señala en el párrafo cuarto que el contrato se suspenderá: “Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta en la que conste la causa de la misma. El término de suspensión no será imputable para efectos del plazo extintivo ni dará derecho a exigir indemnización alguna, ni reclamar gastos diferentes a los causados a la fecha de la suspensión”

El 11 de marzo de 2009 el contrato se suspendió por 30 días argumentándose que: *“...debido a que para la terminación de las obras del quinto piso por parte del contratista UNION TEMPORAL REMODELAR, se hace necesario la instalación de cieloraso en pasillo del ascensor, así como la instalación de fachadas del ascensor y para poder desarrollar estas actividades, es necesario por parte del Hospital contratar la adecuación del foso del ascensor, que consiste en la demolición de una estructura en concreto y la instalación de una nueva estructura metálica que sirvan como rieles para el ascensor y para poner en funcionamiento la parada de este en el quinto piso, por este motivo la oficina de planeación realizó el requerimiento de dichas actividades constructivas, las cuales deben ser desarrolladas para poder continuar con la terminación de las obras por parte de la UT REMODELAR, motivo por el cual la interventoría considera pertinente la suspensión del contrato por el término de treinta (30) días, mientras se lleva a cabo el proceso de selección del contratista y las adecuaciones*

anteriormente mencionadas; de acuerdo al Acta de Reunión de seguimiento del contrato de fecha 09 de Marzo de 2009 y la solicitud del 10 de marzo de 2009, por parte del interventor previo visto bueno del supervisor administrativo y del Ordenador del Gasto; documentos que hacen parte integral de la presenta acta”

El 6 de abril del mismo año se prorroga la suspensión por el termino de 30 días mientras se termina el proceso de selección del contratista encargado de las adecuaciones que motivaron la primera suspensión y la ejecución de dichas obras, para que con ello la UT REMODELAR termine la ejecución del contrato de obra; de acuerdo a la solicitud del 6 de abril de 2009, por parte del interventor previo visto bueno del supervisor administrativo y del ordenador del gasto.

Los hechos descritos por los cuales se suspendió el contrato no son constitutivos de fuerza mayor o caso fortuito

En virtud del principio de autonomía de la voluntad, los particulares pueden realizar actos jurídicos, con sujeción a las normas que los regulen en cuanto a su validez y eficacia, con las limitaciones impuestas por el orden público y por el derecho ajeno; así se considera viable que los contratistas pacten las modalidades, condiciones y en general, las cláusulas y estipulaciones que consideren necesarias y convenientes, siempre que sean no contrarias a la ley y el orden público. Entre dichas cláusulas puede estar incluida la relativa a la suspensión del contrato.

Así las cosas el numeral 1.2 de la Resolución 316 de 2009 establece que. “La Contratación del Hospital del Tunal III Nivel E.S.E, se regirá por el derecho privado, conforme lo establece la Ley 100 de 1993, Ley 489 de de 1996 y demás normas concordantes en materia civil y comercial...”. Los numerales 6.3.5 del capítulo VI de la Resolución 848 de 2008, 6.7 del capítulo VI de la Resolución 157 de 2009 y 7.14 del capítulo VII de la Resolución 316 de 2009 señalan taxativamente: “La ejecución del contrato, podrá suspenderse por razones de fuerza mayor o caso fortuito, previa solicitud por escrito...”

De conformidad con lo dispuesto en el Código Civil Colombiano, todo contrato legalmente celebrado es ley para las partes y solo puede ser invalidado por consentimiento de las mismas o por causas legales.

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia por parte del Hospital una presunta trasgresión a lo normado por ella misma en las Resoluciones citadas al igual que lo establecido en el artículo 1602 del Código Civil, y el artículo 64 del Código Civil, subrogado por el artículo 1 de la Ley 95 de 1890, que reza: “*Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los autos (sic) de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc. NOTA: La expresión “autos” debe leerse actos*”.

De otro lado se evidencio en este contrato falta de planeación, en razón a que el plazo inicialmente pactado fue de quince (15) días calendario la fecha del acta de inicio de ejecución (16 de diciembre de 2008). El 26 de diciembre de 2008 el contrato se adiciona en \$40.000.000 y se prorroga en cuarenta y cinco (45) días calendario, el 10 de febrero de 2009 nuevamente se prorroga por treinta (30) días calendario; el 20 de febrero de 2009 en \$13.196.631

3.6.2.5 Indebida facturación de los alimentos suministrados a los médicos residentes e internos:

El 4 de febrero de 2009, como resultado de la invitación 03 de 2009, se suscribió el contrato No. 09 con Ricardo Camargo Camperos propietario del establecimiento NUTRIR DE COLOMBIA CASA COLONIAL DIVISION DE ALIMENTOS INSTITUCIONALES- CASA COLONIAL, hoy NUTRIR DE COLOMBIA LTDA.- NUTRIRCORP LTDA, cuyo objeto es la Prestación de servicios de suministro de alimentos dirigido a pacientes hospitalizados, médicos residentes e internos del Hospital de el Tunal E.S.E, tal como se especifica en la invitación pública No.03 de 2009, de acuerdo con las descripciones y especificaciones de lo requerido, en cuanto a sus características, unidad, valor unitario, valor total impuestos....,

Del análisis y revisión por parte de la auditoria, no se evidencia que hasta la fecha se haya facturado IVA en lo que corresponde a los alimentos suministrados a médicos residentes e internos del Hospital del Tunal.

El estatuto tributario en el artículo 476 señala cuales son los servicios exentos de IVA y dentro de estos no están incluidos los alimentos que se suministren a los médicos

Se observa inaplicabilidad del Estatuto Tributario, tanto por el Contratista como por el Hospital del Tunal, razón por la cual este organismo de Control correrá traslado a la DIAN de los hechos citados en este numeral.

3.6.2.6 Modificación al Contrato 10 de 2009 de Arrendamiento del área de Cocina y Cafetería del Hospital:

El Contrato 10 de 2009 cuyo objeto es: conceder al arrendatario el goce de un área del Hospital del Tunal ESE (Cafetería-Cocina) ubicada en la carrera 20 No.47B-35 Sur, para prestar servicio de cafetería y cocina a usuarios, funcionarios y dependencias Hospitalarias del Hospital en condiciones de excelente calidad y de conformidad con los términos de la invitación numero 03-2009. (El contrato 10 es resultado al igual que el 09 de 2009 de la invitación publica 03 de 2009).

En el numeral 1.12.21 de los Términos se señaló que las adecuaciones y mejoras necesarias y/o requeridas por los entes de control durante la ejecución del contrato, de las áreas a utilizar (cocina hospitalaria y cafetería), serán realizadas por el contratista, de acuerdo con las normas de habilitación establecidas por la Secretaria Distrital de Salud, una vez aprobado por el Hospital y aceptadas a su cargo.

En la Cláusula Octava del Contrato 10/09 se pacto *“REPARACIONES”:EL ARRENDATARIO se compromete a efectuar las reparaciones locativas y aquellas necesarias que tuviese que realizar previa autorización por escrito del arrendador”*.

Que en el numeral 7° de la Cláusula Vigésima Segunda del contrato se pactó: *“Los arreglos locativos del área como pintura, eléctricos hidráulicos y cielo rasos serán por cuenta del arrendatario”*.

El 20 de marzo de 2009 la Supervisora del contrato le comunica al Arrendatario el deber tomar las acciones correctivas frente a las observaciones hechas en la visita de Inspección Sanitaria realizada por el Hospital de Tunjuelito II N.A a las instalaciones de la cocina el día 17 de marzo de 2009. Las cuales deben mostrar cumplimiento en los 30 días a partir de la fecha de la visita.

El 20 de marzo de 2009 se suscribe el otro si No. 1, por medio del cual se incluye: *“como numeral 13 de la cláusula vigésima segunda del contrato primigenio, obligaciones del arrendatario 13) Realizar las adecuaciones obras de infraestructura y/o mantenimiento de las áreas de cocina y cafetería Hospitalaria; las cuales serán deducibles del canon de arrendamiento previo visto bueno del supervisor”*. Los argumentos esgrimidos por el Hospital el Tunal son relacionados con la falta de presupuesto necesario para realizar las obras de infraestructura y/o mantenimientos de las áreas de cocina y cafetería hospitalaria, razón por la cual autorizan al arrendatario para adelantar las adecuaciones necesarias, las cuales serán deducibles del canon mensual de arrendamiento, previa autorización del supervisor y que se hace necesario incluir en el contrato primigenio una obligación adicional, para describir como obligación del arrendatario la realización de reparaciones locativas en especial las que sean requeridas por inspecciones sanitarias y en general todas las necesarias, para cumplir con el objeto del contrato.

Si bien es cierto los términos hacen parte integral del contrato y que el proponente en su oportunidad no presento objeción alguna a los términos y posteriormente al ser seleccionado, a la firma del contrato, se pactó lo relacionado con las mejoras, adecuaciones, reparaciones locativas. No se entiende por que con posterioridad se cambian las reglas cuando quiera que ellas no resulten benéficas para la ESE..

También se observa el incumplimiento de lo señalado en el numeral noveno 9) de la Cláusula décima octava del contrato primigenio relacionadas con las obligaciones del supervisor que a la letra dice: "Igualmente informar y exponer los motivos de que justificadamente proceda a elaborar una prórroga, modificación, suspensión, adiciones, los cuales deberán estar soportadas y dirigidos al ordenador del Gasto por lo menos con ocho (8) días hábiles de anticipación. (Lo subrayado es nuestro). Lo anterior contraviene en el artículo 2 Literal a) de la ley 87.

Contrato de Concesión 116 de 2007

Obedeciendo al contenido de las copias de los oficios 2010-42075 y 2010-42075, entregados al equipo auditor como insumo de auditoría, suscritos por la Fundación Leonor Goelkel, relacionados con respuestas que la Fundación hace tanto a la Compañía Aseguradora Confianza, como a la Gerente del Hospital del Tunal en el mes de enero de esta anualidad, de cuyo contenido se evidencia un conflicto surgido de la ejecución del Contrato de Concesión No. 116 de 2007 y del cual se encontró que es uno de los procesos en contra de la entidad que se encuentran registrados en el listado que el Hospital puso a disposición del equipo auditor, razón por la cual en el curso de la auditoría se solicitó información al respecto y de ella se pudo extraer lo siguiente:

Como producto de la Invitación a Cotizar No.058 de 2006, el día 20 de abril de 2007, se suscribió el Contrato de Concesión N° 116 de 2007 entre el doctor ALDEMAR BAUTISTA, en su calidad de Gerente y el señor FRANCISCO JAVIER UEJBE JARAMILLO Representante legal de la fundación LEONOR GOELKEL.

El objeto del Contrato 116 de 2007 es la concesión que a favor del CONCESIONARIO realiza el CONCEDENTE de la gestión de las actividades asistenciales necesarias para el adecuado funcionamiento del servicio público de salud en las áreas de cardiología diagnóstica invasiva, hemodinamia, electrofisiología, cirugía cardiovascular, y unidad de cuidados coronarios, bajo las condiciones expresas definidas en este contrato; gestión que se realizará por cuenta y riesgo del concesionario, en las instalaciones del Concedente y bajo la vigilancia y control de la entidad CONCEDENTE. PARÁGRAFO: El objeto incluye el Diseño, Dotación y/o construcción progresiva de las instalaciones físicas requeridas para la implementación, puesta en marcha y operación del servicio, a cargo del CONCESIONARIO.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES:

OBLIGACIONES DEL CONCESIONARIO.- 1. Prestar los servicios objeto del presente contrato de concesión, por su cuenta y riesgo, aportando los recursos tecnológicos, técnicos y humanos de la más alta calidad y acorde con las

exigencias de la ciencia médica del momento. **2.** Dotar y realizar la correspondiente renovación tecnológica necesaria para el cumplimiento del objeto contractual, realizando el mantenimiento preventivo y correctivo adecuado, garantizando que se encuentren asegurados contra todo riesgo; corresponderá al comité de seguimiento del contrato, verificar que los equipos, implementos e insumos son los apropiados para la adecuada prestación del servicio. **3.** Dirigir y coordinar el área asistencial de la prestación de los servicios en las áreas de cardiología diagnóstica invasiva, hemodinamia, electrofisiología, cirugía cardiovascular, y unidad de cuidados coronarios. **4.** Asegurar los recursos económicos necesarios para organizar el servicio dado en concesión y mantenerlo en adecuado funcionamiento durante el término de ejecución del contrato. **5.** Elaborar y actualizar las guías de atención necesarias para la realización de las actividades descritas en el objeto del contrato, para lo cual se compromete a entregarlas al Concedente dentro de los 15 días hábiles siguientes al comienzo de ejecución del presente contrato. **6.** Diseñar, implementar y actualizar periódicamente un sistema de control de calidad, acorde con el sistema de garantía de la calidad establecido en la Ley y adoptado por el Concedente, por lo cual liderará los procesos de habilitación y acreditación de servicio cuya gestión asistencial se entrega en concesión. **7.** Garantizar que la oportunidad de la atención sea inmediata en caso de urgencias y máximo() de siete (7) días para consulta externa especializada. **8.** Dar cumplimiento al derecho positivo vigente, en cuanto se relacione con el cumplimiento del objeto del contrato. **9.** Acatar las recomendaciones emanadas del comité de seguimiento del contrato. **10.** Garantizar que el personal que emplee cuente con la idoneidad necesaria, debidamente comprobada, para lo cual mantendrá disponible hojas de vida del personal profesional, técnico y administrativo con los soportes correspondientes, informando al Concedente el nombre, identificación y actividad del personal que emplee para la ejecución del contrato, así como también cualquier cambio que se realice; garantizando igualmente que su personal porte al interior de la institución la correspondiente escarapela que lo identifica como dependiente o colaborador del concesionario. **11.** Garantizar el pago de los honorarios, salarios o cualquier otra forma de remuneración que emplee con su personal. **12.** Garantizar que el personal que emplee en la ejecución del presente contrato, se encuentre afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo normado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con la Ley 812 de 2003, y demás disposiciones que la modifiquen, complementen o adicionen; del mismo modo cumplir con los aportes parafiscales con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las Cajas de Compensación Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) a que esté obligado. **13.** Aplicar al interior del servicio las normas de seguridad industrial establecidas en la ley, cumpliendo con los reglamentos de higiene y seguridad industrial y con los programas de salud ocupacional, dando cumplimiento a la política S&SO Y SGA del Hospital, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar y a los

planes de emergencia y evacuación del Hospital. **14.** Asistir a los cursos de inducción, bioseguridad y gestión ambiental, organizados por la Institución. **15.** Destinar los bienes entregados por el Concedente al Concesionario en desarrollo del presente contrato únicamente para la ejecución del mismo. **16.** Planificar, organizar, ejercer y controlar en forma completa las funciones de gestión administrativa para optimizar los recursos humanos; lo que significa que proporcionará su competencia para desarrollar programas continuos para el mejoramiento de la calidad y desarrollo del recurso humano. **17.** Mantener vigentes las pólizas de seguros exigidas en el presente contrato; en el evento que se presentare alguna reclamación en contra del Concedente, por circunstancia atribuibles de manera exclusiva al Concesionario, cuyo riesgo no se encuentre cubierto con las pólizas tomadas, el Concesionario asumirá las, R indemnizaciones a que hubiere lugar. **18.** Prevenir la ocurrencia de hechos que mortifiquen u ofendan a los pacientes o visitantes del Hospital el Tunal III Nivel Empresa Social del Estado, y en general la realización de actos que afecten el buen nombre del mismo o atenten contra las Buenas costumbres, así como también respetar los derechos de los pacientes y cumplir el Código de Ética Médica. **19.** Utilizar para la prestación de los servicios de salud, medicamentos e insumos que cumplan con los requerimientos de ley, que posean el registro del INVIMA y que cuenten con la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). **20.** Facilitar al supervisor del contrato la información que requiera, así como también permitir la realización de auditorías para verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Concesionario. **21.** Suministrar los insumos que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual. **22.** Diseñar, construir y/o adecuar las áreas que el concedente le entregue para el funcionamiento de los servicios contemplados en este contrato, contando con las licencias y permisos previos necesarios que se requiera para ello y que sean necesarias durante la ejecución del contrato que permitan cumplir con las exigencias legales (procesos de acreditación) y con el estado de la ciencia médica en cada momento; el área que se entrega para el funcionamiento del servicio, se describe claramente en el anexo No. 01 del presente contrato (plano arquitectónico), sin perjuicio que en el futuro puedan definirse de mutuo acuerdo, acorde con las necesidades del servicio; así como también, realizar las adecuaciones locativas para la reubicación del área actual de rehabilitación y la disponibilidad de una nueva sala de cirugía; mientras se realizan las obras definitivas para la reubicación de dicho servicio y en aras a garantizar la continuidad en la prestación de los servicios, el Concesionario permitirá la utilización temporal del área hoy destinada a rehabilitación cardiaca. **23.** Asumir el costo de los servicios de aseo, lavandería, vigilancia y manejo de residuos patógenos generados directamente en la prestación del servicio objeto de este contrato, para lo cual se podrá utilizar el sistema de promedio por coeficiente, por estimado promedio de use o separando completamente la facturación de los mismos, aspecto que se definirá en el comité de seguimiento del contrato. **24.**

Asumir el costo de los servicios públicos necesarios para la ejecución del contrato, tales como agua, luz, aseo, Internet y teléfono, para lo cual se podrá utilizar el sistema de promedio por coeficiente, por estimado promedio de uso o separando completamente la facturación de los mismos, aspecto que se definirá en el comité de seguimiento del contrato. **25.** Diligenciar la Historia Clínica existente en la institución concedente, de cada paciente que atienda, cumpliendo para ello con los requisitos y obligaciones legales. **26.** Entregar al Concedente con la periodicidad que se acuerde por el Comité de seguimiento del contrato, en forma oportuna y completa la información requerida para la elaboración de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) o los que los modifiquen o sustituyan. **27.** Participar en el proceso de generación de la facturación por parte del Concedente, en los términos que recomiende el comité de seguimiento del presente contrato. **28.** Asumir el valor de las glosas, formuladas y en firme, generadas por las Entidades Promotoras de Salud, Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, las entidades territoriales o cualquier otro pagador, atribuibles a causas generadas directa y exclusivamente por el Concesionario, previa manifestación del comité de seguimiento del contrato al respecto. **29.** Restituir a la terminación del presente contrato, los activos que recibe con ocasión del mismo o aquellos de propiedad del Concedente que llegue a poseer con ocasión de la ejecución del contrato, junto con las adiciones y mejoras hechas, así como también abstenerse de cambiar la ubicación sin previo aviso y con autorización escrita del supervisor del contrato. **30.** Pagar oportunamente la totalidad de los impuestos que se generen con ocasión de la ejecución del presente contrato. **31.** Participar en la ejecución de los convenios docencia-servicios suscritos por el Concedente, para lo cual, corresponderá al comité de seguimiento del contrato establecer el alcance de dicha participación. **32.** Realizar interconsulta en el área de la especialidad objeto del presente contrato de concesión, que sea requerida por los diferentes servicios de la Institución. **33.** Garantizar la continuidad en la prestación del servicio, salvo los casos de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, evento en el cual el concesionario deberá adoptar las medidas necesarias para el restablecimiento del servicio, sin que en ningún momento se superen los siete días calendario para ello. **34.** Abstenerse de brindar servicios a pacientes que no cuenten con las correspondientes autorizaciones emitidas en debida forma por el concedente. **35.** Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos, reportando las enfermedades de notificación obligatoria. **36.** El Concesionario ejecutara, bajo su exclusiva responsabilidad todas las actividades relacionadas con el objeto del presente contrato, en consecuencia, será, el único obligado frente a terceros por sus actos, exonerando al Concedente de cualquier reclamación ya sea de carácter civil, laboral, penal o comercial. **37.** Proyectar la respuesta a los derechos de petición y requerimientos hechos por las autoridades de la república que se relacionen con el servicio dada en concesión. **PARAGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta que la gestión de las actividades asistenciales dadas en concesión

forman parte de las actividades, intervenciones y procedimientos propios del Concedente, los servicios que preste el Concesionario serán siempre a nombre del concedente, incorporados al Único sistema de facturación del Hospital el Tunal III Nivel Empresa Social del Estado, y observando los procedimientos administrativos establecidos para ello, par lo que dentro de la contabilidad del Concedente corresponderá a un centro de costos. **38.** Colocar los equipos que por aumento de la demanda o por expansión de los servicios complementarios hagan falta, en las mismas condiciones acordadas en el presente Contrato. **PARAGRAFO:** Si dentro del cumplimiento del presente contrato al concesionario se le requiere instalar mayor número de equipos que le signifique una mayor inversión de la inicialmente acordada, previa autorización de la Junta Directiva, se estudiarán las condiciones y se establecerá si es procedente prorrogar o ampliar la duración del contrato en tiempo de acuerdo a las necesidades de implementación de nuevos equipos.

OBLIGACIONES DEL CONCEDENTE.- Además de las consagradas en las disposiciones legales y reglamentarias sabré la materia. El Concedente asume las siguientes obligaciones: **1.** Garantizar al Concesionario la exclusividad para la gestión del servicio entregado en concesión, siempre que este cumpla con las obligaciones derivadas de la ley y del presente contrato. **2.** Entregar en exclusividad al Concesionario, por el término de vigencia de la concesión, el espacio físico necesario para la ejecución del contrato, en las instalaciones del Hospital, con el correspondiente plano arquitectónico en el que de manera clara se especifique el área entregada y un acta en la que se establezcan las condiciones en que se entrega. **3.** Cooperar en lo que sea de su competencia, para que el Concesionario pueda prestar los servicios objeto del presente contrato por su cuenta y riesgo, sin que esta cooperación genere ningún tipo de solidaridad. **4.** Establecer un mecanismo de comunicación expedito entre sus dependencias y el Concesionario **5.** Aprobar e incorporar a las guías institucionales, las guías de atención que realice y actualice el Concesionario para la realización de las actividades descritas en el objeto del contrato. **6.** Incorporar al sistema de Control de calidad Institucional los servicios objeto de la concesión, así como también hacer la declaración de los mismos ante la entidad territorial, obtener su habilitación y su eventual acreditación. **7.** Brindar al Concesionario el apoyo logístico necesario que permita la interrelación con las demás áreas del Hospital el Tunal III Nivel Empresa Social del Estado, tales como, canales de acceso de los pacientes al servicio, facturación de servicios, procesos de referencia y contrarreferencia, interconsultas, etc. **8.** Realizar el mercadeo de los servicios objeto del presente contrato con las EPS, EPS del régimen subsidiado, entidades territoriales o cualquier otro pagador de servicios. **9.** Canalizar a través del presente Contrato, todas y cualquier solicitud que presenten sus usuarios reales o potenciales, para la prestación del servicio objeto del Contrato, siempre y cuando el CONCESIONARIO tenga la capacidad de cumplir con su servicio y la debida

oportunidad de este. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Es del entendido de las partes y EL HOSPITAL deja expresa constancia de que autoriza al CONTRATISTA para que en desarrollo de este Contrato, este último preste los servicios de salud propios del objeto del presente contrato y del objeto social de EL CONTRATISTA, con plena autonomía administrativa, financiera y científica. 10. Contratar los servicios objeto del presente contrato con las EPS, EPS del régimen subsidiado, entidades territoriales o cualquier otro pagador de servicios. 11. Facturar los servicios que preste el Concesionario y gestionar el cobro de los mismos; esta facturación se realizara con la información que para tal efecto entregue el Concesionario. La facturación deberá ser radicada por EL CONCEDENTE al pagador, dentro de los siguientes veinte (20) días calendario de la finalización del mes en que se preste el servicio. 12. Verificar que el personal que emplee el Concesionario en la ejecución del presente contrato, se encuentre afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo normado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con la Ley 812 de 2003, y demás disposiciones que la modifiquen, complementen o adicionen; del mismo modo verificar el cumplimiento de pago de los aportes parafiscales con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las Cajas de Compensación Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). 13. Verificar que el Concesionario de cumplimiento a las normas de seguridad industrial establecidas en la ley, que cumpla con los reglamentos de higiene y seguridad industrial y con los programas de salud ocupacional, dando cumplimiento a la política S&SO Y SGA del Concedente. 14. Permitir el acceso a sus instalaciones y dependencias al personal del Concesionario que se encuentre debidamente identificado. 15. Designar el supervisor del presente contrato, así como también realizar las auditorias necesarias para verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Concesionario. 16. Establecer con el Concesionario mecanismos adecuados para que el costo de los servicios públicos necesarios para la ejecución del contrato tales como agua, luz, aseo, Internet y teléfono, sean asumidos por este ultimo, para lo cual se podrá utilizar el sistema de promedio por coeficiente, por estimado promedio de use o separando completamente la facturación de los mismos, aspecto que se definirá en el comité de seguimiento del contrato. 17. Facilitar el acceso a la Historia clínica de los pacientes que se atiendan por el servicio objeto del presente contrato, para que el personal del Concesionario diligencie la información correspondiente a la atención recibida, en el entendido que al interior de la institución solamente habrá una historia clínica por paciente. 18. Descontar el valor de las glosas formuladas y en firme, generadas por las Entidades Promotoras de Salud, Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, las entidades territoriales o cualquier otro pagador, atribuibles a causas generadas directa y exclusivamente por el Concesionario, previa manifestación del comité de seguimiento del contrato al respecto. 19. Recibir a la terminación del presente contrato, las áreas y activos que entrega al Concesionario con ocasión del presente contrato o aquellos de propiedad del Concedente que llegue a poseer el

Concesionario con ocasión de la ejecución del contrato, junto con las adiciones y mejoras hechas. **20.** Coordinar con el Concesionario la participación en la ejecución de los convenios docencia-servicios, para lo cual, corresponderá al comité de seguimiento del contrato establecer el alcance de dicha participación. **21.** Aceptar la mediación del comité de seguimiento como procedimiento que garantiza la pronta solución de las diferencias y controversias que se presenten entre las partes, con motivo de la celebración, ejecución, terminación y liquidación del presente contrato, en los términos de la ley. **22.** Entregar al Concesionario la participación porcentual establecida en la cláusula séptima del presente contrato, sin incorporar dichos recursos a su presupuesto. **23.** Abstenerse de realizar por sí sólo o por indirecta persona, o a través de personas naturales, personas , jurídicas, entidades afiliadas o relacionadas, durante la vigencia del presente contrato, la prestación de los servicios objeto de este Contrato, en las Instalaciones de EL CONCEDENTE o fuera de ellas. **24.** Reconocer la propiedad del CONCESIONARIO sobre los equipos, dotación, implementos, insumos,/ medicamentos suministrados, durante la vigencia del Contrato y tomar todas las medidas que fueren necesarias para salvaguardar estos derechos y para mantenerlos, en todo momento, libres de pérdida reclamaciones, gravámenes y procesos legales; salvo que medie orden judicial. **25.** Suministrar toda la información requerida por el CONCESIONARIO para la adecuada prestación de los servicios. **26.** Tomar oportunamente las medidas correctivas necesarias para resolver los inconvenientes que en la prestación de los servicios objeto de este contrato se puedan presentar al CONCESIONARIO, siempre y cuando este informe tal situación y sea de competencia de EL CONCEDENTE adoptar las medidas para corregir lo sucedido. **27.** Notificar al CONCESIONARIO de los servicios complementarios que le sean autorizados por la Junta Directiva o requiera prestar, con el fin de que este de cumplimiento a lo estipulado en el numeral treinta y ocho de la Cláusula Segunda, dentro de un tiempo prudencial. 29. Las demás establecidas en este contrato y en la ley

DURACION: El término de ejecución del presente contrato será de siete (7) años, contados a partir de la suscripción del acta de iniciación de los servicios por las partes, previo a lo cual deberá haberse aprobado la garantía exigida.

PARAGRAFO: Para la prórroga de este contrato deberá existir la voluntad expresa y por escrito de las partes, manifestada con no menos de un (1) año de anticipación al vencimiento del término de ejecución del contrato, cuyo trámite deberá efectuarse en los términos del acuerdo No 25 - 2005 "manual de contratación del hospital el tunal" es decir, con autorización previa mediante Acuerdo de la Junta Directiva.

VALOR DEL CONTRATO Y RESPALDO PRESUPUESTAL: Teniendo en cuenta que a la firma del presente contrato, el volumen de atenciones y actividades que realice el Concesionario es incierto, el valor del contrato es indeterminado pero

determinable en el futuro, por lo que para los efectos de determinar el valor para el cumplimiento de las obligaciones impositivas a nivel Distrital y Nacional, las partes acuerdan liquidar al vencimiento de cada año el monto de las participaciones porcentuales correspondientes al Concesionario y al Concedente; del mismo modo, teniendo en cuenta que el presente contrato consiste en la concesión de la gestión asistencial en las áreas de cardiología diagnóstica invasiva, hemodinamia, cirugía cardiovascular, y unidad de cuidados coronarios, por una participación porcentual sobre la tarifa que contrate y recaude la Institución, que- por ser a favor de un tercero no se incorporara al patrimonio del Concedente (Hospital el Tunal III Nivel Empresa Social del Estado), por tal razón el presente contrato no requiere de disponibilidad presupuestal ni de registro presupuestal para su legalización. (Artículo 19 Decreto 1833 de 2000 emanado del Alcalde Mayor de Bogotá D. C.).

PARTICIPACIÓN. Al Concesionario le corresponde una participación porcentual por la ejecución de las actividades objeto del presente contrato, sobre la tarifa que cobre y recaude el Hospital el Tunal III Nivel Empresa Social del Estado así: a) Del primer (1º) mes al mes Cuarenta y Dos (42) de ejecución del contrato del Ochenta y Cinco por Ciento (85%), siendo el Quince por ciento (15%) restante la participación del Concedente. b) Del mes Cuarenta y Tres (43) al mes Ochenta y Cuatro (84) de ejecución del contrato, el Ochenta por Ciento (80%), siendo el Veinte por ciento (20%) restante la participación del Concedente, y c) De efectuarse la prórroga de Contrato, las partes de común acuerdo manifiestan, que le corresponderá al Concesionario el Setenta y Cinco Por Ciento (75%), siendo el Veinticinco por ciento (25%) restante la participación del Concedente. PARÁGRAFO: Si la facturación anual supera la cifra de 70.000 SMLMV el porcentaje de la participación del concedente se incrementara en un Dos Por Ciento (2%), para el año inmediatamente siguiente. .

INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO: En caso de incumplimiento por una de las partes, se establecen las siguientes indemnizaciones: a). Si el incumplimiento sucede entre la fecha de su suscripción del presente contrato y el mes treinta y seis (36) de su ejecución, la parte incumplida deberá indemnizar a la otra con un valor igual al que resulte de: multiplicar el treinta por ciento (30%) de la capacidad de atención mensual de todos los servicios de la Unidad objeto del presente contrato, multiplicado por el valor de dichos servicios y por el número de meses que faltaren para la terminación del presente contrato y/o sus prórrogas: b). Si el cumplimiento sucede a partir del mes treinta y siete (37) de la ejecución presente contrato, la parte incumplida deberá indemnizar a la otra con un valor igual al que resulte de: multiplicar el veinte por ciento (20%) de la capacidad de atención mensual de servicios de la Unidad objeto del presente contrato, multiplicado por el valor de dichos servicios y por el número de meses que faltaren para la terminación del presente contrato y/o sus prórrogas.

COMITÉ DE SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Cláusula Décima: “El Comité está constituido por parte del Concedente: 1. El Gerente o su delegado. 2. El Subgerente Administrativo y Financiero o quien haga sus veces. Por parte del Concesionario: 1. El Coordinador del Proyecto. 2. El Presidente del Concesionario o su delegado.

“Dentro de las funciones del Comité de Seguimiento estaba la de elaborar el Manual de seguimiento de operación del contrato, el cual fue suscrito por el Gerente, la Subgerente Administrativa y Financiera por parte del Hospital y El Dr. Luis Moya y Francisco Javier Uejbe, por parte del Concesionario, el día 8 de Julio de 2007, en el que se describen las funciones del comité, la presentación de informes, funciones del supervisor, pago de servicios, etc. Igualmente, el numeral sexto indica que cualquier tipo de modificación que se efectúe al objeto del contrato incluyendo prorrogas o adiciones deberán contar con la autorización de la Junta Directiva, a quienes se les informará con antelación y se presentará la propuesta debidamente motivada para su aval”.

EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

“El hospital hizo entrega de unos espacios y el concesionario procedió a adecuar las instalaciones con la realización obras de demolición y adecuación de las áreas, incluida la dotación con equipos especializados, quedando pendiente por parte del hospital la entrega de las áreas para salas de cirugía y unidad de cuidados coronarios.

Dentro de las obras realizadas el concesionario efectuó una construcción de dos (2) pisos, en un área de 360 metros cuadrados, en estructura metálica aporticada con placa aligerada entre piso y muros divisorios en superboard, el primer piso se puso en funcionamiento para consultorios y zona de rehabilitación, y en el segundo piso se construyeron doce (12) consultorios, presuntamente con el fin de reubicar otros servicios y entregar las áreas en las que funcionaría la Unidad de Cuidados Coronarios.

De estas construcciones no existen documentos de estudios previos, las licencias, planos etc.,

El día 23 agosto de 2007, suscribió el acta de iniciación, para dar comienzo formal a la ejecución del contrato.

Igualmente, en visitas realizada por la Secretaría Distrital de Salud, sobre la construcción de los doce (12) consultorios dejó constancia que estos no cumplen las normas de habilitación.

La Fundación presto los servicios de Hemodinamia desde la fecha en que se firmó la respectiva Acta, realizándose los comités de seguimiento mensuales en los que se trataban todos los pormenores de la ejecución del contrato, sin embargo, desde la fecha de inicio 23 de agosto de 2007, hasta el mes de diciembre del mismo año el hospital no efectuó los pagos pactados en el contrato.

En el mes de abril de 2008, la Fundación radica oficio en el que el presidente de la Fundación, manifiesta que se ha incurrido en incumplimiento por parte del concedente, de las obligaciones 2,3,4,7,8,9,10,11,17,22,24,25 y 26, entre otros.

Sobre el contenido del citado oficio se discutida con el entonces gerente Doctor LUIS GUILLERMO CANTOR WILCHES y el Representante del Concesionario Doctor FRANCISCO JAVIER UEJBE JARAMILLO, quienes luego de analizar cada uno de los puntos, decidieron suscribir un Otrosí número 1 el día 9 de junio de 2008., al Contrato de Concesión No.116 de 2007, en el que se describe que el mismo tiene como finalidad preservar el equilibrio económico y allanar las diferencias que han surgido y que se han ventilado en el comité de seguimiento al contrato. En este otrosí, el hospital entre otros temas de participación del concedente en los procesos administrativos del hospital, personal adicional para la ejecución de procedimientos o procesos, descontando el costo de la participación porcentual del hospital, mercadeo de servicios, etc., se comprometió a cancelar al Concesionario sus facturas, a más tardar dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a su radicación.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONTRATO:

El Representante Legal de la Fundación Leonor Goelkel, Doctor FRANCISCO JAVIER UEJBE JARAMILLO, el día 13 de marzo de 2009, presenta escrito informando que el mismo será presentado ante la Procuraduría General de la Nación, en el que hace un breve recuento del contrato y expone que el Hospital ha incumplido los numerales 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 17,22, 24, 25 y 26 de la Cláusula Tercera Obligaciones del Concedente y solicita que se exploren las posibles alternativas de arreglo, tendientes a concretar una conciliación extrajudicial entre las partes, evitando la iniciación de acciones judiciales.

El día 14 de abril de 2009, la Fundación radica en la gerencia del Hospital, propuesta de conciliación Contrato de Concesión No.116 de 2007, la cual incluye las siguientes alternativas así:

“1. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO Y TOMA DE LOS SERVICIOS POR PARTE DEL HOSPITAL”,

“(…) previa la terminación del contrato por mutuo acuerdo, previo acuerdo de pago de la suma de DOS MIL CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$2.400.000.000) POR PARTE DEL HOSPITAL, por los derechos contractuales los cuales incluyen todos los activos e inversiones que hoy se encuentran en el hospital para la adecuada prestación del servicio y que fueron realizadas por esta, indicando que previa la aceptación de la oferta por parte de la Fundación se requiere pactar acuerdo de pago de las sumas adeudadas por el hospital las cuales superan los MIL CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.400.000.000).”

1 CAMBIO EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO

De no ser interés del hospital ser propietaria (sic) de los servicios que hoy presta la Fundación Leonor Goelkel, la Fundación requiere se realicen cambios en el contrato que permitan:

- a. A la Fundación ceder los derechos contractuales a un tercero*
- b. Permitir que la Fundación y/o el tercero a quien la Fundación ceda el contrato, pueda contratar la prestación de los servicios directamente a EPSs, el FDS, entes territoriales o cualquier otra institución o persona que requiera de los servicios que presta o prestará dentro de la concesión adquirida en el contrato de la referencia, Dentro de este parámetro, el Hospital El Tunal percibirá el TRES POR CIENTO (3%) de la facturación que produzca la venta de estos servicios, lo cual será pagadero dentro de los siguientes noventa (90) días de radicada la factura al pagador.*
- c. El Hospital El Tunal podrá vender los servicios a terceros (no incluye el FDS) a tarifa ISS 2001 menos el veinte por ciento (20%). Bajo esta tarifa, el hospital percibirá el TRES POR CIENTO (3%) de la facturación.*
- d. El Hospital El Tunal deberá cumplir con la entrega del área requerida para la creación de la Unidad de Cuidados Coronarios, esta deberá contar con espacio mínimo para diez (10) camas, así como los espacios requeridos para implementar las actividades que requiere el servicio y la norma. La entrega de los espacios deberá ser realizado a más tardar el primero de agosto del presente año.*
- e. El Hospital El Tunal deberá cumplir con la entrega de la sala de cirugía requerida para dar inicio al servicio de cirugía cardiovascular. Dicha sala debe contar con el espacio requerido por la norma vigente, La entrega de la sala de cirugía deberá efectuarse al mismo tiempo que se inicie el servicio de la UCC.*
- f. El Hospital El Tunal deberá cumplir con el puntual pago de los servicios facturados por este y prestado por la Fundación, dentro de los términos pactados en el Otrosí No.1 del contrato de concesión.*
- g. El Hospital El Tunal deberá cumplir con el pago del costo de la edificación realizada por la Fundación (rehabilitación y consultorios), lo cual fue pactado y se encuentra reconocido dentro del acta No.2 del comité de seguimiento del contrato”.*

Este tema fue tratado en el comité de seguimiento como instancia primaria para la solución de controversias, sin llegar a ningún acuerdo debido a que el Hospital no cuenta con recursos para cubrir las obligaciones ya existentes.

La Fundación Leonor Goelkel, presentó escrito de conciliación ante la Procuraduría General de la Nación, siendo programada por la Procuraduría Sexta Judicial II Administrativa, para el día 21 de abril de 2009, a las 11:30 A.M. En la diligencia las partes de común acuerdo solicitan aplazamiento, teniendo en cuenta que se estaban adelantando conversaciones de acercamiento en el Comité de Seguimiento, siendo programada nueva fecha para el 8 de junio de 2009, a las 8:30 A.M.

La gerencia del Hospital solicitó al representante legal allegar la relación de equipos, los costos estimados, el personal que dispone para la prestación del servicio y en general la información relacionada con el funcionamiento de los servicios, con el fin de evaluar y tener un monto aproximado sobre el cual se podría conciliar. Infortunadamente la información no fue suministrada por el concesionario argumentando que el Representante legal se encontraba fuera del País.

El Comité de Conciliación realizado el día 4 de junio de 2009, únicamente se pronunció sobre los valores adeudados por la prestación de servicios, atendiendo a los planteamientos del tesorero del hospital, Doctor MANUEL CRISTANCHO, en cuanto a la propuesta de pago de acuerdo a la disponibilidad de recursos, la cual se proyectó en 7 cuotas mensuales.

Sobre los demás puntos no hubo pronunciamiento toda vez que no se tenían los soportes técnicos, económicos, ni estudios proyectados de operabilidad de los servicios, ni tampoco se le había dado trámite ante la Junta Directiva del Hospital, quien autorizó la celebración de la Concesión. En la diligencia de conciliación del día 8 de junio de 2009, declararon fallido el trámite prejudicial.

La Fundación mediante oficio del 30 de junio de 2009, solicita a la gerencia el nombramiento de arbitro atendiendo a lo estipulado en la cláusula décima cuarta del Contrato de Concesión 116 de 2007, en reunión celebrada el 17 de julio de 2009, se pidió plazo al representante legal del Concesionario para hacer la consulta a la Dirección Jurídica Distrital, sobre el desarrollo del arbitramento, lo que efectivamente se hizo por parte de la oficina jurídica, asunto que fue conocido por el Dr. Ricardo Hoyos Duque, quien luego de estudiar el contrato y la situación del mismo, recomendó buscar alternativas de solución ya que si se inicia el trámite arbitral se corre el riesgo de que el tribunal declare el incumplimiento del contrato por parte del hospital, la terminación del contrato y el pago de la indemnización prevista en la cláusula décima segunda del contrato.

En el mes de agosto la Fundación reitera oficios de incumplimiento e informa que cerrara los servicios a partir del primero de septiembre de 2009, la gerencia da respuesta mediante oficio GG-2086, en el que se le informa que se acudió a la Secretaría Distrital de Salud para la consecución de recursos que permitan cancelar los saldos pendientes. Así mismo se le deja constancia que ya se están terminando las obras para poner en funcionamiento la UCI coronaria, tal como se había acordado en reunión sostenida en el mes de junio, con el delegado de la Fundación Doctor Juan Fernando Rodas, por lo que se hace necesario adelantar las conversaciones pertinentes para definición de tarifas y en general la puesta en funcionamiento del servicio.

En respuesta al oficio antes mencionado, el día primero de septiembre de 2009, la Fundación radica en la gerencia una comunicación en la que indica que continuará prestando el servicio de manera normal como hasta ahora lo han hecho.

El día (8) de octubre de 2009, radican en gerencia un nuevo oficio en el que reiteran los incumplimientos planteados desde el mes de abril de 2008, el cual fue discutido en el Comité de Seguimiento, realizado el día 20 de octubre de 2009, en el que participaron dos

representantes del Concesionario. Igualmente, se ratificó lo expuesto en el comité, mediante oficio GG-2117 del 12 de noviembre de 2009.

El 21 de octubre de 2009, el delegado del concesionario quien participo en el comité del 20 de octubre, Doctor Juan Fernando Rodas, radica oficio en el que manifiesta que con el ánimo de recibir las áreas expuestas en el acta del día anterior, solicita informe de las características técnicas y cumplimiento de las exigencias de las resoluciones vigentes en materia de Acreditación y Habilitación, como son Resolución 4445 de 1996, Resolución 1043 de 1996 y similares.

El día 23 de octubre de 2009, se recibe oficio suscrito por el presidente del concesionario en el que manifiesta que podrá estudiar los planteamientos y alternativas para subsanar los incumplimientos, pero no renunciará a indemnización de perjuicios. Igualmente allegó de la misma fecha radicado en la gerencia el día 17 de noviembre de 2007, en el que reitera incumplimientos y anexa la factura No.36901 de la misma fecha, por un valor de CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MILLONES SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS (58.838.006.624) M.L., por concepto de indemnización, los cuales deberán ser pagados en las setenta y dos (72) horas siguientes. Como soporte de la factura se anexo un presunto concepto de peritaje realizado por la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, sobre la capacidad de atención de los servicios que hacen parte del contrato.

En este mismo oficio solicita al hospital le informe la fecha de suspensión de los servicios para evitar traumatismos con los pacientes, fecha que no podrá superar los treinta (30) días calendario a partir del recibo de la comunicación.

Como respuesta el hospital mediante oficio No.GG-2995-09, de fecha 24 de noviembre de 2009, la gerente encargada del hospital doctora YAQUELINE MORENO, le manifiesta la imposibilidad de un pago de tal naturaleza y le insiste en la voluntad de pago que ha tenido esta administración pagando a esa fecha la suma de DOS MIL SETECIENTOS MILLONES (\$2.700.000.000) DE PESOS, y adecuando por su cuenta los espacios para la puesta en funcionamiento de los servicios pendientes contractualmente, en lo que invirtió una suma que supera los DOSCIENTOS MILLONES (\$200.000.000) DE PESOS.

Así mismo, el día 24 de noviembre de 2009, se envía al concesionario oficio No.GG-2996-09, en el que le aclara la grave afectación que produciría el cierre de los servicios de Hemodinamia y se le solicita reconsiderar la decisión.

El día 25 de noviembre de 2009, el Concesionario remite un oficio indicando que no recibe los espacios para la implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario, debido a que no cumple con las normas legales para su funcionamiento establecidas en la Resolución 4445 de 1996 y el número de ocho (8) camas, no da el rendimiento financiero, por lo tanto deben adecuarse los espacios para diez (10) camas.

El Hospital responde con oficio GG-3029-09, del 27 de noviembre en el que se le informa al Concesionario que los espacios adecuados tienen el aval de la Secretaría Distrital de

Salud proferidos mediante radicado número 32501 del 25 de marzo de 2009, de la oficina de Análisis y Políticas de Servicios de Salud, radicado 57237, del 7 de mayo de 2009, de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, documentos que se entregaron al delegado del Concesionario, el día 4 de noviembre de 2009. De la viabilidad financiera en cuanto a la propuesta de que el número de camas debe ser mínimo de diez (10), se contestó en el mismo oficio que de acuerdo al anexo entregado por la fundación en donde proyecta una probable venta de servicios certificada por el doctor Jaime Calderón Herrera presidente de la Sociedad Colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular, en esta misma se enfatiza en que el número de camas debe ser mínimo seis (6), y el Hospital hace entrega de un número de ocho (8) camas, por lo que se considera que el servicio es viable financieramente

Pese a lo expuesto en el oficio de fecha 17 de Noviembre en el que la Fundación manifestó que daba por terminado el contrato y cerraría el servicio al cabo de treinta (30) días calendario, extrañamente se recibe nuevo oficio el día 24 de Noviembre de 2009, por parte de la Fundación en el que anuncia el cierre inmediato del servicio .

El día 23 de noviembre de 2009, la Contraloría Distrital realizó visita que fue atendida por el Subgerente Científico Wilson Darío Bustos Guarín, quien informo los pormenores de la ejecución del referido contrato y puso a disposición los documentos soportes que solicitó la comisión, esta visita terminó el día 24 de noviembre de 2009, con una entrevista y recorrido por los servicios concesionados en compañía del representante legal de la Fundación Francisco Javier Uejbe Jaramillo. A la fecha no hay pronunciamiento por parte del ente de control.

Al día siguiente, es decir, el día 25 de noviembre de 2009 se procede intempestivamente por parte de la Fundación al cierre de los servicios concesionados.

En vista de lo anterior la Gerencia del Hospital ordenó a la oficina de calidad realizar auditorías de verificación de prestación de servicios, en donde se constató mediante actas la no prestación del servicio concesionado por parte del concesionario.

En informe presentado por el Dr Ramón Bermudez a la Junta del Hospital señalo: sobre el proceso ejecutivo iniciado por la fundación LEONOR GOELKEL contra el HOSPITAL EL TUNAL, que:

“1.- Mediante auto del 25 de febrero de 2010, adicionado de oficio mediante providencia del 8 de abril del mismo año, el Juzgado 31 Civil del Circuito de Bogotá, libró mandamiento de pago en contra del Hospital el Tunal por la suma de \$60.000'000.000.

2.- Contra el auto que libró mandamiento de pago, el 22 de abril de 2010, se interpuso recurso de reposición con el objeto de que el mismo fuera revocado. Copia de dicho recurso reposa en los archivos del HOSPITAL.

En el recurso se señaló, entre otras cosas que existe falta de jurisdicción, en la medida que el asunto debe ser conocido por la jurisdicción contencioso administrativa y que el

Juzgado debió denegar el mandamiento de pago porque los documentos presentados con la demanda no reúnen los requisitos legales que permitan calificarlos de título ejecutivo.

3.- El 3 de mayo de 2010, se presentó escrito de excepciones de mérito. Este escrito se presentó con el objeto de evitar el riesgo de que el Juzgado expusiera una tesis relativa a que las excepciones deben proponerse en el término de 10 días siguiente a la notificación del mandamiento de pago, independientemente de que se haya interpuesto recurso de reposición.

Por esta razón, se solicitó en el escrito de excepciones dar trámite a las mismas solo en el caso de que el mandamiento de pago sea confirmado al resolver el recurso de reposición interpuesto en su contra.

4.- El 10 de mayo de 2010 se corrió traslado del recurso de reposición interpuesto y la parte demandante presentó escrito pronunciándose el 13 de mayo de 2010.

5.- Actualmente, está pendiente la decisión del recurso de reposición interpuesto contra el mandamiento de pago.

En nuestro concepto el auto que libró mandamiento de pago deberá ser revocado, en la medida que es indiscutible que el Juez Civil del Circuito no es el competente para conocer el proceso. Actualmente, con ocasión de la reforma introducida al artículo 82 del C.C.A. por el artículo 1 de la ley 1107 de 2006, es claro que “las controversias y litigios originados en la actividad de las entidades públicas incluidas las sociedades de economía mixta con capital público superior al 50% y de las personas privadas que desempeñen funciones propias de los distintos órganos del Estado”, son competencia de la jurisdicción contenciosa, independientemente del régimen jurídico aplicable a los contratos o a las entidades.

La jurisprudencia ha sido unánime en atribuir a la jurisdicción contenciosa todo proceso en el cual sea parte una entidad estatal, contadas excepciones que no son nuestro caso, razón por la cual estimamos que el auto que libró mandamiento debe ser revocado y el asunto debe ser remitido a la jurisdicción contenciosa en donde debería iniciar nuevamente el proceso.

La remisión a la jurisdicción contenciosa, en nuestro concepto, presenta un escenario más favorable al Hospital el Tunal, toda vez que el juez administrativo es más exigente en el estudio de los títulos ejecutivos presentados en virtud de procesos ejecutivos contractuales.

6.- El otro punto – de fondo – por el cual estimamos que el acto es ilegal es la circunstancia de que se le da valor de TÍTULO EJECUTIVO a una cláusula contractual de incumplimiento que se liquida con un concepto adicional que presentan los demandantes. El título ejecutivo sólo se presenta cuando de los documentos surge una obligación clara expresa y exigible. Si los demandantes pretenden cobrarle al HOSPITAL perjuicios por

incumplimiento tienen que - primero – tramitar un proceso ORDINARIO donde se declare que se incumplió y se establezca el monto de los perjuicios”.

La información antes contenida fue suministrada por la Oficina Jurídica del Hospital del Tunal y extraída de los documentos aportados a este ente fiscalizador.

Observa esta auditoría que hacen parte de la documentación puesta a disposición por la E.S.E. solicitudes de información y respuestas pertinentes al tema del Contrato 116 de 2007, con varias instituciones de control tales como la Procuraduría y la Personería de Bogotá entre otros lo que evidencia conocimiento del asunto por parte de ellas.

De otro lado es oportuno señalar que además el 27 de julio de 2010 al equipo auditor le fue entregado en la Dirección Sectorial dos (2) carpetas que contienen fotocopias tanto del contrato de concesión No. 116 de 2007 como de algunas actuaciones propias de la ejecución del contrato al igual que un proyecto de un control de advertencia redactado por el equipo que realizó Auditoría especial ante el Hospital en la II Fase del PAD 2008.

3.7 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.7.1 Plan de Desarrollo

El plan de Desarrollo “Bogotá Positiva para Vivir Mejor” correspondiente al período 2008-2012, fue sancionado mediante el Acuerdo No 308 del 9 de junio de 2008. A su vez El Plan Estratégico y Operativo del Hospital El Tunal 2008-2012 fue adoptado mediante el Acuerdo 20 de agosto 29 de 2008 y en el cual se establecieron 4 objetivos estratégicos.

Los objetivos estratégicos definidos fueron.

1. Garantizar la prestación de servicios de IV Nivel con calidad enmarcados en el concepto de red.
2. Garantizar la Auto Sostenibilidad Financiera.
3. Fortalecer la Pertenencia Institucional promoviendo condiciones de trabajo digno.
4. Lograr Legitimidad Social fortaleciendo los mecanismos de participación.

Para cada año se establece el POA, sobre la base de los objetivos estratégicos establecidos inicialmente y es así que para cada objetivo estratégico se establecieron unos objetivos específicos y para cada uno de éstos se definieron

unas líneas de acción, las cuales tienen establecidas unas metas con su respectivo indicador.

Los gastos del hospital se clasifican en 3 grupos según la naturaleza de los mismos así:

Gastos de Funcionamiento.
Gastos de Operación
Gastos de Inversión.

Si bien todos los gastos incurridos en la entidad contribuyen al funcionamiento de la misma, el valor que se puede direccionar hacia el Plan de Desarrollo es el correspondiente a los gastos de inversión.

La inversión durante el año 2009 se estableció inicialmente en \$1.542.9 millones y al cierre de la vigencia el presupuesto disponible fue de \$5.482.8 millones, notándose que hubo una suspensión de \$1.200.0 millones, correspondiente a recursos a transferir por el FFDS y los cuales tuvieron éste tratamiento por cuanto al cierre de la vigencia no hubo necesidad de utilizarlos

La partida para gastos de inversión estuvo conformada por:

CUADRO 28
GASTOS DE INVERSIÓN

(Valor en millones)

DESCRIPCIÓN	PPTO DISPONIBLE	COMPROMISOS PPTLES	GIROS	SALDO POR PAGAR
INVERSIÓN	5.482.8	5.455.4	749.2	3.437.0
BOGOTA POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR .	4.526.7	4.499.3	1.292.4	3.206.8
FORTALECIMIENTO Y PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS.	4.341.3	4.313.9	749.2	3.178.4
DESARROLLO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.	4.341.3	4.313.9	1.135.5	3.178.4
INFRAESTRUCTURA	900.0	873.5	104.7	725.1
DOTACIÓN	3.441.3	3.440.4	644.4	2.453.3
DOTACIÓN	3.441.3	3440.4	644.4	2.453.3
PARTICIPACIÓN	10.5	10.4	3.5	6.9

DOTACIÓN	10.5	10.4	3.5	6.9
SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD AUTOMATIZADA	174.9	174.9	153.4	21.4
GESTIÓN PÚBLICA EFECTIVA Y TRANSPARENTE	174.9	174.9	153.4	21.4
INTEGRACIÓN DE SUBSISTEMAS INFORMACIÓN	174.9	174.9	153.4	21.4
DOTACIÓN	174.9	174.9	153.4	21.4
CUENTAS POR PAGAR INVERSIÓN	956.0	956.0	725.9	230.1

FUENTE: Ejecución Presupuestal vigencia 2009.

Durante la vigencia 2009 los gastos en inversión en la entidad ascendieron a \$ 4.499.3 millones, así:

En Infraestructura el presupuesto apropiado fue de \$1.396.5 millones, de los cuales se suspendieron \$496.5 millones quedando un presupuesto disponible de \$900.0 millones. De esta cifra se comprometieron \$873.5 millones.

Es importante hacer la siguiente mención:

El 11 de diciembre de 2007 se celebra el convenio interadministrativo de cooperación técnica administrativa suscrito el F.F.D.S. Secretaría de Salud y el Hospital El Tunal ESE No 852-2007, en el texto del mismo se establecen una serie de consideraciones tales como la Justificación y que corresponde a una descripción de las instalaciones actuales, en el siguiente se precisa que el hospital en el servicio de urgencias no dispone de instalaciones suficientes con respecto al porcentaje de población a beneficiarse en su área de influencia razón por la cual se hace necesario la construcción del proyecto denominado " Reordenamiento médico arquitectónico del Hospital El Tunal- Construcción de la Torre Unidad de Cuidados Críticos a fin de desarrollar una infraestructura que responda a las necesidades actuales de demanda de servicios, constituida especialmente por un edificio de 5 pisos y estableciendo un servicio específico para cada uno así: a) 1 piso: Urgencias pediátricas y Adultos, b) 2 piso: UCI Adultos, c) 3 piso Cuidados Intermedios Pediátricos, d) 4 piso: Cuidados intermedios Adultos y e) 5 piso: UCI Neonatos.

A renglón seguido se hace un predimensionamiento y presupuesto estimado sobre la base de un área estimada de 4.000 m2 para un estimado de \$9.476.0 millones.
4) Asignación de Recursos del Proyecto 342 vigencia 2007. La administración ha

priorizado la suma de \$800.0 millones a fin de que se dé inicio a la fase de diseños y estudios técnicos cuyo valor se estima en la suma de \$276.0 millones, proyectándose que el saldo sobrante de los recursos priorizados sea invertido en el proyecto en el desarrollo de las actividades preliminares de obra. Como plazo de ejecución del presente convenio se establecen 18 meses.

Estos recursos fueron girados por la SDS-FFDS en el año 2008, pero al no ser utilizados durante ésta vigencia se incorporaron al presupuesto de la vigencia 2009 y se comprometieron de la siguiente manera:

-Contrato 1491-2009. Celebrado con Fabian Adán Castillo Cardozo. Adecuación y mejoramiento en la separación de urgencias pediátricas de urgencias adultos en el hospital el tunal UCI Pediátrica de la de adultos, por un valor de \$199.9 millones y de los cuales se dará como anticipo el 50%, 40% mediante actas parciales y el 10% restante al acta de liquidación.

El plazo de ejecución y entrega se pacta en 1 mes calendario a partir de la fecha de entrega del anticipo y firma del acta de inicio. Este contrato se firma el 7 de diciembre de 2009. Se liquida el 16 de junio de 2010, con un valor final de obra de \$199.7. Millones.

-Contrato 1558-2009 de Prestación de Servicios. Celebrado con Olma Yolanda Giraldo Cuartas. Interventoría Técnica, Administrativa y Financiera al proyecto de consultoría para "Ajuste complementación y aprobación de reordenamiento médico arquitectónico, elaboración de estudios de arquitectura e ingeniería para la construcción de la torre de cuidados críticos y actividades preliminares de obra(trámite de licencia de construcción y elaboración y aprobación de plan de regularización) para el hospital el Tunal.

El valor del contrato se fija en la suma de \$33.5 millones, se establece como plazo de ejecución y entrega un término de 9 meses. Este contrato se firma el día 31 de diciembre de 2009.

-Contrato 1559 -2009. Celebrado con Consorcio AMP-A&C. Como objeto se establece la obligación a realizar la consultoría para ajuste, complementación y aprobación de ordenamiento médico arquitectónico, elaboración de estudios de arquitectura e ingeniería para la construcción, de la torre de cuidados críticos y actividades preliminares de obra (trámite de licencia de construcción, elaboración y aprobación de plan de regularización) para el hospital el tunal,.... El valor del contrato se establece en la suma de \$559.7 millones. El consultor deberá ejecutar el objeto contratado en un plazo de 9 meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio. El contrato se firma el 30 de diciembre de 2009. El acta de inicio se firma el 29 de enero de 2010.

Adicionalmente a los gastos anteriores con cargo al convenio 852-2007, se efectuaron otros por \$80.3 millones los cuales se ejecutaron con recursos propios. Estos gastos se ejecutaron en adecuaciones locativas de la torre operativa.

El 24 de noviembre del 2009 se efectúa la adición y otrosí modificatorio No 1 al Convenio 852-2007, consistiendo en adición por \$1.200.0 millones con cargo al rubro “Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria” y con cargo al rubro “Desarrollo de la infraestructura Hospitalaria recursos vigencia futura la suma de \$10.0 millones. Cifra esta que se espera ejecutar durante el año 2010.

De igual manera en los Gastos de Inversión esta el rubro Dotación el cual contaba con un presupuesto vigente de \$4.144.8 millones, pero de este valor se suspendieron \$703.5 millones para una presupuesto disponible de \$3.441.3 millones de los cuales se comprometieron \$3.440.4 millones.

El hospital celebra el Convenio Interadministrativo de Cooperación 1122 con el FFDS el 28 de agosto de 2009 y establece entre otras las siguientes cláusulas: Que corresponde a la Secretaría Distrital de Salud, garantizar la prestación de servicios a la población más pobre y vulnerable de salud, focalizando recursos de inversión en cumplimiento del proyecto 633 denominado “Desarrollo de la Dirección del Sistema Territorial de Salud y Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria” proyecto que se enmarca en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva”.... Que el hospital no cuenta con los equipos propios necesarios para la demanda y la seguridad en la atención de la Población Capitalina. Que los equipos a adquirir en este proyecto se destinan prioritariamente a la prestación oportuna, segura y con calidad a los pacientes que requieren los servicios en Imagenología, Urgencias, Patología, UCIS, Salas de Cirugía, Hospitalización, Pediatría, Ontología, Gastroenterología, Gineco Obstetricia y Laboratorio.

El valor del Convenio será hasta por la suma de \$7.000.0 millones y podrá ser adicionado, como plazo de ejecución del convenio se estableció un tiempo de 12 meses, contados a partir de la legalización del convenio.

De los recursos definidos en el convenio 1122 durante la vigencia 2009 ingresaron \$2.132.8 millones.

Los gastos efectuados ascendieron a \$3.440.4 millones de los cuales se giraron \$644.4 millones, verificándose que los compromisos ejecutados corresponden a dotación del hospital.

De igual manera en Participación Social en Salud sobre una asignación de \$10.5 millones, se ejecutaron \$10.4 millones y en atinente a Integración de Subsistemas

de información los gastos ascendieron a \$174.9 millones, gastos estos que se efectuaron con recursos propios.

La anterior evaluación nos permite concluir que existe coherencia entre los objetivos estratégicos establecidos en el POA y los gastos efectuados en los apartes tanto de Funcionamiento, Operación e Inversión.

3.7.2 Balance Social.

Al evaluar la gestión social de la entidad se pretende establecer el cumplimiento de las políticas públicas regentadas por el gobierno distrital definidas en el eje social focalizadas a lograr el bienestar general y mejorar la calidad de vida de la población del área de influencia.

El Hospital El Tunal atiende las necesidades en salud a nivel de Medicina crítica y especializada de esta región de características complejas.

El área de influencia de la red y la institución en conjunto es aproximadamente el 14% de la población del Distrito Capital, localidades Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y San Juan de Sumapaz, según datos del DAPD y la ciudadanía, y los cuales presentan una distribución: en estrato 1 el 40,7% estrato 2 el 36,8% en estrato 3 el 7,6% y en estados de pobreza y miseria clasificados como porcentaje con NBI insatisfechas el 12,2% y 2,7% respectivamente constituyéndose en una de las áreas más críticas a nivel social del Distrito capital.

Es importante citar que en el área de influencia la población con N.B.I. en cada una de las localidades va desde el 13% al 39%, con un promedio de 16% por localidad. En el área existen zonas con baja cobertura de servicios públicos, hacinamiento crítico, inasistencia escolar y alta dependencia económica dada en promedio de 1 empleo con el cual subsisten 8 personas.

La estructura predominante es la gran concentración de pobreza (según el Departamento Administrativo de Planeación Distrital). El 14,9% de nuestra población se considera población en pobreza y miseria.

Para abordar la problemática del área de influencia del hospital, éste en su plan operativo definió 4 objetivos estratégicos así:

- Garantizar la prestación de servicios del IV nivel con calidad enmarcada en el concepto de red.
- Garantizar la Autosostenibilidad Financiera.
- Fortalecer la Pertinencia Institucional Promoviendo condiciones de trabajo digno.
- Lograr Legitimidad Social Fortaleciendo los Mecanismos de Participación.

En cada objetivo estratégico se establecieron objetivos específicos y cada uno de éstos presenta una línea de acción en la cual se establecen las metas a cumplir durante la vigencia.

El Hospital El Tunal atiende las necesidades en salud a nivel de Medicina crítica y especializada de esta región de características complejas; según las estadísticas de la entidad las principales causas de egreso hospitalario aparecen en primer lugar la Atención del parto de Alto Riesgo, Bronquiolitis, Bronconeumonía, Ictericia Neonatal, Enfermedades de las Vías biliares, Apendicitis y Trauma craneoencefálico.

Así mismo se observa que en estas localidades las causas más comunes de mortalidad están dadas por lesiones de causa externa, afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro vasculares, neumonías, otras enfermedades del corazón y circulación pulmonar y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

De igual manera y de acuerdo a la morbilidad atendida en los servicios de consulta externa de la red, y como eventos importantes se encuentran: control del primer embarazo normal, caries dental, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, infección urinaria, control de la salud del lactante o el niño, bronquiolitis aguda, hipertensión arterial, infecciones intestinales y vaginales.

Según egreso hospitalario, las causas de morbilidad más relevantes son: parto en condiciones completamente normales, parto por cesárea, apendicitis aguda sin moción de peritonitis, infecciones de vías respiratorias, amenaza de parto prematuro, celulitis y abscesos, colecistitis aguda, neumotórax con herida penetrante del tórax y las laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos, en todos los grupos etáreos con especial énfasis en población adulta joven.

Y es así como se observa que el comportamiento del perfil de morbimortalidad en la institución ha venido presentando variaciones significativas en los últimos años, como consecuencia del aumento de patologías que requieren atención en medicina crítica, requiriéndose en las Unidades de Cuidado Intensivo, procedimientos quirúrgicos con un elevado nivel de complejidad, de allí la necesidad de continuar fortaleciendo el desarrollo tecnológico y biomédico de la institución buscando el cuarto nivel de atención.

La concordancia entre los objetivos estratégicos y la tendencia de la Institución es manifiesta al observar la subespecialización y atención de pacientes con patologías de alta complejidad, así como intervenciones en medicina Crítica y Especializada que requieren un alto soporte tecnológico, observándose que las causas u orígenes obedecen a complicaciones de enfermedades complejas,

lesiones por causas externas como consecuencia de los factores de riesgo presentes en el área de influencia o entorno del hospital.

La mejora continua de los servicios ofertados y prestados es la pretensión de la entidad al brindar a las patologías complejas la atención necesaria y suficiente.

La justificación de las acciones y estrategias planteadas por la institución están en coherencia con las políticas distritales en el Plan de Desarrollo actual en sus objetivos estructurantes, Ciudad de derechos, Ciudad Global, participación y gestión pública transparente y eficiente.

**CUADRO 29
METAS**

INDICADORES OBJETIVOS	METAS ALCANZADAS 2008	METAS PROGRAMADAS 2009	METAS ALCANZADAS 2009
Número de Consultas Urgencias año	En urgencias no se fija meta. 35.608	En Urgencias no se fija meta. La línea base 2008 es 35.680.	44.225
Tiempo de respuesta en Consulta.	TRIAGE ROJO: INMEDIATO TRIAGE AMARILLO: Hasta 37 minutos.	TRIAGE ROJO. INMEDIATO TRIAGE AMARILLO: Hasta 30 minutos.	T.R: INMEDIATO T.A: 55 Minutos
Índice de Satisfacción del Usuario	Mayor al 89.3%	Mayor al 80%	90.86%
Porcentaje de Reingresos	1.40%	Menor del 2%	1.57%
Número de Consultas Especialidades año.	103.136	96.000	109.023
Oportunidad en Consulta Especializada.	3 DIAS	Máximo 5 días	3.86 días
Rendimiento en Consulta	2.3	Mayor 2,5	2,3
Número de Procedimientos Programados año.	8.165	8500	8741
Índice de Cancelación de Cirugías.	6.87%	Menor del 7%	9.4%
Número de Egresos Año	17.159	18.000	18.175
Porcentaje de	4.04%	Menor del 5%	3.48%

Mortalidad.			
Porcentaje de Enfermedad Nosocomial.	4.77%	Menor del 6%	5.09%
Giro Cama	6.08	7,0	6.70
Número de Partos por Cesárea.	1048	1200	1144
Número de Partos alto Riesgo.	2309	2500	2751
Número de Partos Bajo Riesgo.	435	350	244
Tasa de Mortalidad Perinatal	7.61*1000	Menor 20 * 1000	10.08* 1000

Fuente: Papeles de trabajo e informe de balance social de la entidad.

Al analizar los diferentes indicadores presentados por la entidad se observa un cumplimiento de la mayoría de éstos entre lo programado y lo alcanzado durante el año 2009.

Entre los que no alcanzaron lo programado y lo ejecutado se destaca el relacionado con la cancelación de cirugías, el cual presentó un incremento del 38% respecto del año anterior. Este indicador está influenciado por factores externos y por los internos. Como externo, es importante que el Hospital establezca la causa del porque el usuario a sabiendas del compromiso no asista al mismo, con las incidencias tanto para él como para el hospital al dejar de realizar el procedimiento más cuando la cancelación se da el mismo día o no asiste.

COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COVE

En acta del 30 de junio de 2010 del COVE Distrital, se revisó el tema de infecciones de piel y tejidos blandos y se realiza recapitulación sobre el tema de infecciones del tracto reproductor femenino.

En el COVE Local se revisó el tema el tema de inmunoprevenibles, hepatitis A, enfermedad diarreica aguda, fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera, difteria, tétanos neonatal y accidentales y los eventos seguidos a vacunación.

En este comité se presentan las metas de vacunación, y según la proyección el hospital no cumpliría esta meta, por lo tanto es importante que se adopten los correctivos a efectos de cumplir las metas.

Así mismo se refiere que hay alerta por sarampión y rubeola, por lo tanto es importante que los coordinadores revisen los protocolos correspondientes, finalmente se hace referencia a la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida.

En el COVE Institucional, se reitera la necesidad de adelantar la higiene de las manos, de igual manera se informa que se están realizando las precauciones de aislamiento prioritario, las identificadas por aerosol, los microorganismos que representan riesgos de brote y los que oriente específicamente la infectóloga pediatra o la médico epidemiológica.

Lo anterior para señalar que los diferentes COVE asociados al hospital, están operando y así se deja entrever por las diferentes actas mensuales que resumen lo actuado cada mes.

El cumplimiento o no de los objetivos estratégicos definidos en el Plan Operativo y Estratégico y sobre todo el Plan Operativo Anual, señala el estado en que se encuentra el hospital, así como su avance o posicionamiento. Al efectuarse la evaluación de cada de los objetivos, se encontró un cumplimiento razonable de 3 de ellos, salvo el “Garantizar la autosostenibilidad financiera” en el objetivo específico “Garantizar la Generación y Recaudo de Ingresos” en la Línea de Acción “Venta, Prestación, Facturación y Recaudo de Servicios”.

3.7.3 Evaluación Salud a su Hogar.

El hospital el Tunal no adelanta este tipo de procedimientos, por corresponderle a hospitales de I y II Nivel.

3.7.4 Evaluación Salud al Colegio

El hospital el Tunal no adelanta este tipo de procedimientos.

3.7.5 Plan de Ordenamiento Territorial.

Durante la vigencia fiscal del año 2009 y a 30 de abril de 2010 los gastos imputables al Plan Maestro de Equipamiento en Salud y presentados en el aparte de Inversión fueron:

CUADRO 30
GASTOS SEGÚN POT

Valor en millones

RUBRO	2009	2010*	TOTAL
Infraestructura	793.2		793.2

Dotación	2.132.8	4.867.0	6.999.8
TOTAL	2.926.0	4.867.0	7.793.0

Fuente: Ejecuciones Presupuestales 2009-2010
Datos a 30 de abril 2010.

Estos valores corresponden a los convenios establecidos y descritos en los párrafos anteriores. 852-2007 por \$800.0 millones y para infraestructura y el convenio 1122-2009 por \$7.000.0 millones para dotación.

Es importante citar que en el rubro dotación se recibieron recursos en el año 2009 por valor de \$671.0 millones provenientes de convenios que si bien no corresponden directamente al PMES, si tienen relación con la dotación de equipos para el hospital.

La aplicación de los recursos provenientes de la SDS-FFDS y correspondiente al PMES como resultado de los convenios se está dando de acuerdo a los objetivos estratégicos establecidos en el plan operativo del hospital.

Finalmente se establece:

3.7.5.1 Los ingresos del hospital en el año 2009 fueron de \$69.891.3 millones y en el año 2008 \$72.113.2 millones decreciendo en un 3.08%; los gastos en el año 2008 fueron de \$80.884.0 millones mientras los del año 2009 ascendieron a \$ 85.673.4 millones, esto es que se incrementaron en un 6.68%. Al revisar los costos incurridos por la entidad y una vez efectuada la clasificación correspondiente los mismos fueron los siguientes:

CUADRO 31
CUADRO COMPARATIVO DE COSTOS

ELEMENTO	COSTO 2009	%	COSTO 2008	%
MANO DE OBRA	47.790.6	51	43.030.1	51
GASTOS GENERALES	25.435.6	27	20761.0	25
SUMINISTROS	19.654.8	21	20.585.6	24
TOTAL COSTO	92.881.1		84.076.8	

FUENTE: Papeles de trabajo

Como puede notarse, año tras año los gastos, así como los costos se han venido incrementando, mientras que los ingresos han venido decreciendo, lo que conlleva a un desfase en la autosostenibilidad de la entidad, incumpliendo lo establecido en el plan estratégico definido por la entidad, valor este que se refleja claramente en el saldo presupuestal de las cuentas por pagar, que año tras año se ha venido aumentando.

3.8 EVALUACION GESTION AMBIENTAL INSTITUCIONAL A NIVEL INTERNO

La evaluación de la gestión ambiental comprendió la verificación y evaluación de la información reportada en los formatos CBN-1111 INFORMACIÓN GESTION AMBIENTAL INSTITUCIONAL INTERNA y CBN-1113 INFORME GESTION AMBIENTAL numeral 1.1 GESTIÓN AMBIENTAL INSTITUCIONAL INTERNA; así mismo, se verificó el grado de avance en la implementación del PIGA Plan Institucional de Gestión Ambiental.

El Hospital El Tunal obtuvo para la vigencia 2009 una calificación de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C. de 80 puntos sobre 100 en su gestión ambiental interna. La calificación tuvo en cuenta los siguientes parámetros:

- 1) Avance en el proceso de implementación de un Sistema de Gestión Ambiental en la entidad.(Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4)
- 2) Si cuenta con política institucional ambiental donde se establezcan objetivos, metas e indicadores para el mejoramiento de su desempeño ambiental. .(Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4).
- 3) Grado de avance del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA. (Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 4) Identificación de impactos ambientales internos .(Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 5) Requisitos ambientales exigidos en sus procesos de compra.(Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4).
- 6) Actividades desarrolladas para el mejoramiento ambiental interno.(Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 7) Accidentes ambientales y/o laborales que mejoren el ambiente interno.(Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 8) Gastos de inversión y funcionamiento en la vigencia auditada .(Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 9) Cumplimiento en los programas de ahorro y uso eficiente del agua.(Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8)
- 10)Gestión en el tratamiento de vertimientos generado por sus actividades (la institución cuente con su permiso y registro de vertimientos ante la autoridad ambiental).(Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4).
- 11)Control y mantenimiento en equipos que generen emisiones atmosféricas como certificado de gases vigente del parque automotor. (Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8).
- 12)Control y mantenimiento a los equipos que generen ruido ambiental. (Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4).

- 13) Cumplimiento en los programas de ahorro y uso eficiente de energía. (Calificación que se asigna entre 0, 2, ó 4).
- 14) Si la institución cuenta con programa integral para el manejo, tratamiento y disposición final de residuos reciclables. (Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8).
- 15) Si la institución cuenta con programa integral para el manejo, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos. (Calificación que se asigna entre 0, 4, ó 8).

El hospital El Tunal III N A ESE no hace parte de las entidades que conforman el SIAC. Sistema Ambiental del Distrito Capital- SIAC. por ende no ejecutó proyectos de inversión de carácter ambiental en el D.C. durante la vigencia 2009; sin embargo, por ser una entidad que adelanta procedimientos asistenciales que impactan ambientalmente en los recursos agua, aire, suelo y genera residuos de carácter peligroso, las actividades ambientales internas estuvieron enmarcadas en cumplir la normatividad ambiental vigente, conforme a los objetivos del Plan de Gestión Ambiental Distrital adoptado con el Decreto Distrital 456 de 2008, inherente a la calidad ambiental, ecoeficiencia y la armonía socioambiental.

En cuanto a la ejecución de los programas ambientales que conforman el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, el hospital invirtió \$ 265.22 millones, representando el 3.87% del presupuesto comprometido para gastos generales que fue de \$ 6.847.4 millones, esto en razón a que los recursos del componente de gestión ambiental fueron apropiados dentro de la cuenta denominada gastos generales de funcionamiento de la entidad, así:

CUADRO 32
INVERSIONES REALIZADAS EN GESTION AMBIENTAL INTERNA
HOSPITAL EL TUNAL III NA ESE VIGENCIA 2009
(Millones de pesos)

DESCRIPCIÓN	VALOR \$
Componente Hídrico	7.42
Componente Atmosférico	21.47
Componente Energético	5.75
Componente Residuos Sólidos	230.53
Otros trámites tratamiento silvicultura	0.024
TOTAL	265.22

Fuente: Acta visita Fiscal de fecha 31 de agosto de 2010
 Respuesta Hospital El Tunal radicado sin número radicado 6 julio y GG1445 radicado 9 de julio de 2010.
 Facturación ECOCAPITAL-ASEO CAPITAL y Contratos suscritos 2009
 Información Gestión Ambiental Hospital El Tunal III NA ESE vigencia 2009

En el componente información general de acuerdo a lo reportado por la entidad se verificó a través de los respectivos registros, la revisión y actualización del plan de gestión integral de residuos hospitalarios adoptado con la Resolución Interna 195 de octubre de 2007, el cual se encuentra inmerso como uno de los programas que conforma el PIGA institucional.

La Oficina de Calidad y Control Organizacional adelantó las respectivas actualizaciones de los procedimientos relacionados con bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios, los cuales se encuentran adoptados con el Acuerdo 013 del 27 de junio de 2006; así mismo, el personal de mantenimiento hospitalario realizó las respectivas adecuaciones en los sitios destinados para almacenamiento intermedio de diferentes áreas de la sede hospitalaria, de acuerdo a lo observado por la Secretaria Distrital de Salud en la vigencia 2009 cumpliendo con los requisitos mínimos de habilitación de servicios hospitalarios, los cuales fueron revisados y certificados por la Autoridad Sanitaria en Julio de 2010.

En cuanto al Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, se verificó que se encuentra concertado y aprobado por la Secretaria Distrital de Ambiente desde el mes de Agosto de 2007, en éste se identifican sus impactos ambientales generados por las actividades que desarrollan en cumplimiento de su misión y las acciones con el fin de mitigar sus impactos. A la fecha se encuentra en proceso de actualización, de acuerdo a los lineamientos exigidos por parte de la Secretaria Distrital de Ambiente. Se verificó mediante registros y correo electrónico que la entidad envió los informes de avance y seguimiento del PIGA a la Autoridad Ambiental. La entidad cuenta con política ambiental inmersa en la política integrada de gestión actualizada y adoptada mediante la Resolución 735 del 30 de septiembre de 2008.

El Hospital El Tunal sobresale en el sector salud como una de las entidades de la Red Pública Distrital con mayores logros en la implementación y certificación del Sistema de Gestión Ambiental NTCISO 14001:2004, sistema que la entidad ha venido continuamente mejorando desde su implementación en el año 2003. Este logro ha sido reconocido por el Programa de Reconocimiento Ambiental Distrital PREAD en la categoría de Excelencia Ambiental-Generando Desarrollo Sostenible otorgado en el año 2007.

El SGA cuenta con la adopción de un plan (PIGA), ocho (8) procedimientos, tres (3) manuales, catorce (14) instructivos, treinta y nueve (39) formatos y una (1) guía de manejo *“REQUISITOS PARA CONTRATISTAS Y PROVEEDORES CRITICOS DEL SGA-SISO”* que facilita al personal que ejerce labores de interventoría y supervisión de proveedores que bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios hospitalarios y suministro de insumos pueden resultar críticos para el

Sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional. La guía fue objeto de revisión y actualización en el mes de febrero de 2009. La certificación NTCISO 14001:2004 se encontró vigente hasta el mes de marzo de 2009.

Sin embargo, el equipo auditor observa que la entidad no cuenta con un informe de gestión que permita conceptuar a los entes de control, el beneficio costo-oportunidad del SGA desde su implementación en el año 2003 hasta el año 2009 vigencia donde se tomó la decisión de no continuar certificando tanto el Sistema de Gestión Ambiental como de Salud Ocupacional, justificado por la situación presupuestal que atravesaba el hospital para la vigencia auditada y de la cual fue necesario para la Gerencia limitar algunos gastos y priorizar los recursos en la adecuación de áreas asistenciales y revisión de procedimientos para la renovación del registro de habilitación de servicios hospitalarios ante la Autoridad Sanitaria .

Se destaca el aporte del hospital durante la vigencia 2009 en la comunidad del sector del Tunal en especial con la población estudiantil y la Asociación de Usuarios con el propósito de crear y motivar la conciencia ambiental en niños, jóvenes y usuarios del hospital, entre las que se encuentran la semana ambiental que se llevó a cabo en junio de 2009, donde se realizó entre otras actividades el concurso de dibujo sobre el temas alusivos a la protección del medio ambiente con niños y niñas de tercer grado de básica primaria, la elaboración del decálogo ambiental del hospital el cual se encuentra inmerso en el PIGA institucional.

Otras actividades que se realizaron como la creación del grupo TUNALITOS HÉROES DEL PLANETA con la participación de los hijos de los trabajadores de la institución y niños del Colegio CDI José María Córdoba y el acompañamiento de las profesionales ambientales en salidas ecológicas a las aulas vivas de la Secretaría Distrital de Ambiente. Registros fotográficos y listados de asistencia verificados por la auditoría.

A nivel interinstitucional participa en los comités ICONTEC (014-028), AGAS, PREAD y el Comité Ambiental de la Localidad de Tunjuelito.

En cuanto a las actividades de capacitación el área de gestión ambiental participó en los procesos de inducción y reinducción programados por la oficina de Talento Humano en el año 2009, en temas relacionados con SGA, fichas de requisitos legales ambientales, riesgos biológicos, riesgos químicos, segregación de residuos hospitalarios, desactivación de fluidos corporales, uso del recurso hídrico y ahorro de energía, el cual se llevó a cabo en 72 sesiones presenciales y a través de la página web en el cual participaron 1886 entre estudiantes y trabajadores, registros de capacitación verificados por la auditoría.

Gestión Ambiental cuenta con un importante material didáctico en temas ambientales, el cual se encuentra en la página web del hospital para consulta de usuarios y en especial del personal que ingresa a la institución con el fin de realizar la prueba de conocimientos que debe anexarse a la hoja de vida del trabajador o estudiante que adelanta sus prácticas en el hospital; así mismo, se aplica para los temas pertinentes en salud ocupacional y epidemiología.

Por otra parte, el equipo auditor constató los registros fotográficos y medios de divulgación a través de boletines, revistas, stickers, acrílicos alusivos a sensibilizar al personal que labora en la entidad sobre el ahorro de agua, energía y segregación de residuos en la fuente y que soportan los recursos destinados en varios contratos ejecutados con presupuesto del año 2009.

Sin embargo, del análisis de la información presentada por el área de gestión ambiental, el equipo auditor evidenció que la participación fue baja en los procesos de reinducción en el año 2009 por parte del personal que laboró en la entidad, tan solo en noviembre asistió el 6% de trabajadores de 1105 que se había programado cubrir gestión ambiental, se cita por ejemplo el personal de mantenimiento que de acuerdo a los procedimientos que realiza genera un alto impacto al medio ambiente. El equipo auditor evidenció mediante registro fotográfico durante la auditoría en diferentes visitas adelantadas a áreas administrativas, exteriores de los edificios asistencial y administrativo, la ubicación de manera desordenada de diferentes elementos de obra, recipientes de pintura, cortes de tubería, madera entre otros en áreas verdes y espacios libres, los cuales son generados por los procedimientos adelantados por el personal de mantenimiento.

Así mismo, en algunas áreas asistenciales como en las áreas de enfermería o pasillos se evidenció que no se está dando el uso adecuado a los recipientes destinados para residuos hospitalarios, a pesar que la entidad destino recursos para el arreglo de canecas mediante la adquisición de repuestos (tapa vaivén color roja, gris y verde) por valor de \$670.718 con la orden de compra 1037 en septiembre de 2009, en la visita fiscal adelantada el 23 de agosto de 2010 muchas se encontraban sin el repuesto, desconociendo el personal de enfermería y aseo el destino de estos repuestos. Sin embargo, se estableció la obligatoriedad de la asistencia de las jornadas de inducción y re inducción de acuerdo a lo aportado por la entidad en las actas de diciembre de 2009 y ratificado en las reuniones en las que participaron responsables de diferentes áreas asistenciales y administrativas de fecha marzo y mayo de 2010.

Es importante mencionar que el hospital ha venido apoyándose con profesionales para la ejecución y seguimiento de actividades ambientales. En la vigencia 2009 se contó con tres profesionales cuyo perfil corresponde a Administradora

Ambiental, Ingeniera Industrial con especialización en gestión ambiental, Química Industrial y un técnico administrativo, personal contratado a través de la Cooperativa COOPINTRASALUD CTA y directamente con el hospital mediante los contratos 679, 680 y 681 de 2009, los cuales devengaron un valor total de \$62.3¹¹ millones cancelados por el rubro de remuneración servicios técnicos. Las actividades relacionadas con la gestión ambiental se visualizan en el mapa de procesos como un proceso de apoyo.

Como hecho relevante durante la vigencia 2009 en cumplimiento del Decreto 243¹² de julio del 2009 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá, el Hospital El Tunal en el mes de Agosto de 2009 designo como gestor ambiental al cargo de Subgerente Administrativo y Financiero de la entidad, mediante la Resolución Interna 185 del 21 de agosto de 2009, quien tiene entre otras funciones la coordinación de la formulación del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA.

El Grupo Administrativo de Gestión Sanitaria y Ambiental del hospital El Tunal fue creado con la Resolución 009 de enero 15 de 2003, siendo modificado en el año 2004 con la Resolución 0094 del 15 de abril de 2004 el cual se cambio al grupo GAGAS con el fin de apoyar el Sistema de Gestión Ambiental, en el año 2006 con la Resolución interna 234 cambia el nombre de Comité del Medio Ambiente COMA, por último se modifica con la Resolución 182 del 21 de agosto de 2009 tomando el nombre a COA Comité Ambiental, donde se ajusta la participación como miembro principal el gestor ambiental.

En los registros de comité durante la vigencia 2009 se observó la ausencia permanente de algunos integrantes o sus delegados como el caso de la Subgerencia de Atención al Usuario, el profesional especializado Líder de Servicios al Talento Humano, el profesional de Planeación y de otros profesionales, llegando al punto de suspenderse la reunión por falta de quórum (situación presentada en diciembre de 2009 y a principios del año 2010), la cual fue comunicada a la Gerencia, quien con oficio de fecha 2 de marzo de 2010 recordó a los miembros la asistencia a la reunión y su participación activa en los temas tratados.

El equipo auditor verificó la aplicación del procedimiento para la revisión de proveedores y contratistas críticos del SGA, desde la evaluación de propuestas de invitación pública hasta la ejecución de los contratos, observando en algunos que no se anexa en la carpeta contentiva el diligenciamiento del formato Registro de

¹¹ Oficio Gerencia sin número radicado al equipo auditor el 6 de julio de 2010, oficio radicado por parte del Medico Salud Ocupacional con fecha 30 Julio de 2010 (anexo en 13 folios certificación de cumplimiento de obligaciones contratos 679, 680 y 681 del 2009), Contratos de prestación de servicio 679, 680 y 681 del 2009), Certificación de periodos laborados por los contratistas Elizabeth Cristancho, Jenny Patricia Flechas, Jesús David Jaramillo, Shirlei Pimiento Ortega por parte de la profesional de Talento Humano – Hospital El Tunal III NA ESE de fecha 20 de agosto de 2010.

¹² Por el cual se reglamenta la figura del Gestor Ambiental prevista en el Acuerdo 333 de 2008.

Verificación de Requisitos a Proveedores y Contratistas en selección código SA-0560-S2, tal como se evidenció en la documentación revisada de la invitación pública 041 de 2009 para la contratación del Servicio de Aseo hospitalario; por otra parte, el profesional seleccionado por parte de la Gerencia para revisar técnicamente las propuestas no se apoyó en los profesionales de gestión ambiental, epidemiología o salud ocupacional para revisar algunos ítems que requiere el concepto de profesionales idóneos en la evaluación de algunos documentos técnicos como fichas técnicas de productos químicos y procesos de desinfección y limpieza en áreas asistenciales.

Este componente tuvo una calificación de 44 puntos.

En cuanto al componente hídrico la entidad dando cumplimiento al programa de ahorro y uso eficiente del agua contenido en el PIGA adelantó en la vigencia 2009 diferentes estrategias con el fin de sensibilizar a funcionarios y contratistas en el ahorro y uso eficiente de agua.

La auditoría verificó los registros correspondientes a las jornadas de sensibilización y divulgación, tips a través de pantallazos en la intranet, cartillas, artículos en el informativo institucional ONDA AMBIENTAL, la ubicación de etiquetas en diferentes servicios.

Así mismo, la entidad promocionó la participación del personal que labora en el hospital al PREMIO DISTRITAL A LA CULTURA DEL AGUA, que tiene como objetivo cada año reconocer, incentivar y premiar a las entidades distritales que implementen acciones orientadas al uso racional, mejoramiento de la calidad del recurso hídrico y fortalecimiento de la cultura del agua en el Distrito Capital. Sin embargo, se dejó constancia en el acta de comité ambiental No .12 de fecha 3 diciembre de 2009 lo siguiente *“...se informa la renuencia del personal ante el tema. Se ha entregado el material de apoyo en físico aprobado al 85% de las áreas y las ondas ambientales permanentes informando procedimientos y actualización de novedades en el tema. La gestora sugiere se motive directamente al personal en los servicios...”*

Se verificó por parte de la auditoría los respectivos soportes de los mantenimientos preventivos y correctivos adelantados en tuberías hidráulicas del hospital y el lavado de tanques subterráneos.

En los registros de comité ambiental de la vigencia auditada se dejó constancia de los problemas que venía presentando el tanque subterráneo ubicado en facturación, soportado por los análisis de laboratorio a la calidad de agua potable en este punto que suministra a varias áreas asistenciales, como medidas preventivas se tomó la decisión de suspender el suministro de agua hasta que se

cuenta con presupuesto para adelantar los arreglos respectivos de algunas fisuras presentadas en el tanque, el cual se encuentra programado para el segundo semestre de 2010, según información del responsable de mantenimiento.

CUADRO 33
COMPARATIVO CONSUMO DE AGUA Mtr³ y COSTO
VIGENCIAS 2007- 2008-2009
HOSPITAL EL TUNAL III NA ESE

Periodo Facturado	Consumo agua promedio anual en mt ³ –Costo \$					
	2007		2008		2009	
	mt ³	\$ millones	mt ³	\$ millones	mt ³	\$ millones
Enero a diciembre	54.140	170.15	63.287	178.70	59.849	212.26

Fuente: Facturación EAAB Hospital El Tunal III NA vigencia 2009
El costo reportado por la entidad de consumo de agua corresponde al total de lo facturado (Acueducto y Alcantarillado) para la vigencia 2009. Gestión Ambiental
Formato SIVICOF CBN-1111

De acuerdo al análisis realizado en relación al consumo promedio y gasto institucional de agua para las vigencias 2007, 2008 y 2009, se observó que se presentó un incremento 9.5 % en la vigencia 2009 con relación al año 2007; sin embargo, disminuyó en un 5.4% con relación al año 2008. La disminución del consumo de agua obedeció a los mantenimientos preventivos de fugas de agua, al cierre del tanque subterráneo de facturación y a las campañas de ahorro de agua.

En el reporte de información de consumo de agua de la vigencia 2009, el hospital omitió el consumo de la sede que se encuentra fuera de la institución donde se maneja el archivo institucional ubicado en la calle 35 sur No. 28-45, según lo informado por la entidad en el oficio GG1417 de 2010 radicado el 6 de julio de 2010 se consumió 166 mtr³ por valor de \$1.491.290

La entidad contó con su permiso de vertimientos otorgado por el DAMA hoy Secretaria Distrital de Ambiente en mayo de 2005 con la Resolución 1144, el cual se encontró vigente hasta mayo de 2010, la entidad se encuentra en proceso de renovación de su permiso según se constató en los registros presentados por gestión ambiental .

La entidad gestiona la contratación para la caracterización de vertimientos y análisis microbiológico de agua potable en tanques subterráneos en cumplimiento de la Resolución 1144, a través del contrato 436 de 2009 por valor de \$3.7 millones con la empresa Instituto de Higiene Ambiental, los cuales se adelantaron en el primer semestre del año 2009, y cuyos resultados fueron remitidos a la

autoridad ambiental mediante el radicado 2009ER46247 de fecha 17 de septiembre de 2009.

El área de Mantenimiento hospitalario viene realizado el levantamiento altimétrico de las redes hidráulicas con el fin de actualizar las conexiones existentes, ya que se encuentra próximo a iniciar el proceso de reordenamiento médico arquitectónico.

Este componente tuvo una calificación de 10 puntos.

Para el componente atmosférico durante la vigencia auditada la entidad contó con 5 vehículos los cuales funcionan con sistema de gasolina y Diesel, se verificó en las carpetas el correspondiente certificado de gases vigente. Igualmente, la entidad llevo a cabo mantenimiento preventivo y correctivo a todo el parque automotor.

En cuanto a las fuentes fijas de combustión, la entidad cuenta con una planta de emergencia y dos calderas estas últimas funcionan con gas natural y ACPM, se verificó los registros de mantenimiento diario que realizan a estos equipos. Sin embargo, la entidad adelantó la contratación para la adecuación de altura de la chimenea y zona de muestreo de calderas con referencia al quinto piso del edificio asistencial; así mismo, con el contrato de construyo la plataforma de acceso a la chimenea. Contrato suscrito con DISTRICALDERAS por valor de \$17.40 millones.

No se adelantó durante la vigencia auditada estudios de ruido ambiental ni de emisiones atmosféricas.

Este componente tuvo una calificación de 6 puntos.

En el componente residuos sólidos la Entidad a través de las jornadas de capacitación de inducción y re inducción adelantadas durante la vigencia 2009 continuó con capacitaciones relacionadas con segregación de residuos hospitalarios, bioseguridad, riesgo químico, movimiento interno con el personal de aseo hospitalario, desactivación de fluidos corporales, inspección de recipientes para residuos hospitalarios, registros verificados por la auditoría.

Adelantó auditorías externas en el segundo semestre del 2009 a las empresas como ECOENTORNO, ECOCAPITAL Y EXIPAPELES. Así mismo, realizó algunas obras en los sitios de destinación de residuos hospitalarios intermedio y final con la respectiva señalización de áreas, de acuerdo a lo observado por la Secretaria Distrital de Salud en las visitas de habilitación y de las cuales fueron verificadas en las visitas adelantadas por el equipo auditor el 11 de agosto de 2010 dejando constancia en registro fotográfico.

En el siguiente cuadro se observa la cantidad de residuos generados por la entidad en el año 2009:

CUADRO 34
CANTIDAD Y COSTO DE RESIDUOS GENERADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN
HOSPITAL EL TUNAL III NA ESE
VIGENCIA 2009

CLASE RESIDUO	CLASIFICACION	PESO KG	% Por clase	% total	VALOR \$ millones
No peligrosos	Inertes y ordinarios	127.799	86.06	40.81	70.72
	Biodegradable (orgánico proyecto de compostaje) Reciclable	20.709	15.36	6.61	
SUBTOTAL		148.508	100	47.42	70.72
Peligrosos	Biosanitarios	134.800	81.86	43.04	147.18
	Anatomopatológicos	17.790	10.91	5.74	
	Cortopunzantes	2.529	1.54	0.81	
	Otros residuos peligrosos (Residuos eléctricos ados a LITO) gratuito	13,5	0.01	0	
	Químicos(medicamentos activos de laboratorio)	9.360	5.68	3	
SUBTOTAL		164.672	100	49.59	147.18
TOTAL		313.180		100	217.90

Fuente: Área Gestión Ambiental Hospital El Tunal vigencia 2009
Reporte Diario de residuos hospitalarios RH1 , ASEO CAPITALy ECOCAPITAL 2009
Formato SIVICOF CBN-1111 Cuadro anexo oficio Gerencia GG-1694 de 9 agosto de 2010

En el cuadro anterior, se observa que el 49.5% de los residuos generados en el año 2009 correspondió a residuos de tipo peligroso de los cuales el 43% son de tipo biosanitarios y el 47.42% son de tipo no peligrosos para un total de 313.180 kilogramos con un costo total por recolección de \$ 217.9 millones.

En el reporte de información de generación de residuos de la vigencia 2009, el hospital no registró la cantidad en kilogramos de residuos generados por la sede que se encuentra fuera de la institución donde se maneja el archivo institucional ubicado en la calle 35 sur No. 28-45, registro que no se está tomando en el formato reporte diario de residuos hospitalarios.

**CUADRO 35
COMPARATIVO CANTIDAD Kgr DE RESIDUOS SÓLIDOS y COSTO
VIGENCIAS 2007- 2008-2009
HOSPITAL EL TUNAL III NA ESE**

TIPO DE RESIDUO	Cantidad Generada en Kgr de Residuos Sólidos anual –Costo \$					
	2007		2008		2009	
	Kgr	\$ millones	Kgr	\$ millones	Kgr	\$ millones
Ordinarios	122.082	60.40	107.003	65.44	127.799	70.72
Reciclable	32.152		23.531		20.709	
Peligrosos	148.044	121.41	155.049	136.56	164.672	147.18
TOTAL	302.278	181.81	285.583	202.00	313.180	217.90

Fuente: Facturación Hospital El Tunal III ESE vigencia 2009 Reporte Diario de Residuos RH1 2009
Formato SIVICOF CBN-1111 Archivos Gestión Ambiental. Contratación 2009
Cuadro anexo oficio Gerencia GG-1694 de 9 agosto de 2010.

De acuerdo al análisis realizado al comparativo de residuos totales generados por la entidad entre las vigencias 2007-2008 y 2009 se observó un incremento 3.48% entre el año 2007 al 2009 y un incremento de residuos totales entre el año 2008 al 2009 de 8.81%, el cual obedece a la recolección de otros residuos peligrosos como los eléctricos, por otra parte, se incremento la producción de algunos servicios como consulta externa, unidad renal, oncología y urgencias, también se adelantaron algunas obras civiles en el mes de diciembre de 2009 para cumplir con las normas de habilitación de servicios hospitalarios. Como se observa en el cuadro el incremento se presento en los residuos ordinarios como peligrosos.

La auditoria verificó que la entidad dando cumplimiento al Decreto 312 de 2006¹³ y la Directiva 009 de 2006¹⁴ remitió a la UAESP los informes de seguimiento al plan de acción. Así mismo, viene entregando en convenio firmado en marzo de 2009 a la empresa EXIPAPELES LIMITADA, el material aprovechable producido en la institución, en el cual laboran personas de población estratos 1 y 2.

A 31 de diciembre de 2009 el hospital entregó 15.719 Kgrms de residuos reciclables entre los que se encuentran el cartón, papel archivo, plástico, chatarra, vidrio entre otros. Dentro del programa de reciclaje se tiene la entrega de

¹³ Por el cual se adopta el Plan Maestro para el Manejo Integral de Residuos Sólidos para Bogotá Distrito Capital

¹⁴ Inclusión Social de la población recicladora de oficio en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, con el apoyo de las entidades distritales.

residuos reutilizables como cartuchos de impresoras, los cuales se trasladan a la Fundación del Quemado.

A finales del año 2009 la entidad realizó la actualización de su Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Por otra parte, se verificó la radicación del informe relacionado con los indicadores de monitoreo del PGIRH de la vigencia 2009 a la Secretaria Distrital de Salud con el radicado 24754 de fecha 16 de febrero de 2010.

A partir del año 2007 el hospital ha venido presentando actualización de los residuos peligrosos generados por la institución ante la Secretaria Distrital de Ambiente, en cumplimiento de los plazos establecidos por la norma. La auditoria verificó el registro de residuos peligrosos de la vigencia 2009 realizado en marzo del 2010.

Los residuos peligrosos de tipo químico están siendo entregados para su destrucción a ECOENTORNO empresa autorizada por la Secretaria Distrital de Ambiente.

Durante la vigencia 2009 el monto por pago de recolección de residuos peligrosos de tipo biosanitarios, cortopunzantes y anatomopatológicos correspondió a \$ 133.68 millones, servicio contratado con la empresa ECOCAPITAL.

Este componente tuvo una calificación de 12 puntos.

En cuanto al componente energético la entidad en cumplimiento al programa de ahorro y uso eficiente de energía contenido en el PIGA adelanto en la vigencia 2009 diferentes estrategias con el fin de sensibilizar a funcionarios y contratistas en el ahorro y uso eficiente de energía.

La auditoria verificó los registros correspondientes a las jornadas de sensibilización y divulgación, tips a través de pantallazos en la intranet, cartillas,, artículos en el informativo institucional ONDA AMBIENTAL y la ubicación de etiquetas en diferentes servicios. Por otra parte, se adelantaron los respectivos cambios de luminarias por bombillas ahorradoras de luz por valor de \$5.6 millones

Durante el 2009 el hospital consumió 1.374.101 KW de energía a un costo de \$312.7 millones de pesos según información suministrada por gestión ambiental.

Se observó en la facturación del servicio de energía la cancelación de equipos en alquiler a EMGESA, de acuerdo a la solicitud del equipo auditor, el respectivo equipo transmitía en tiempo real el consumo de energía de la institución a la central de operación de EMGESA, por este servicio el hospital cancelaba

\$233.000 mensualmente. Por gestión de la entidad se suspendió y entregó este equipo; así mismo, adelantó el traslado del servicio con CODENSA.

En el siguiente cuadro se observa el comportamiento para las vigencias 2007,2008 y 2009:

CUADRO 36
COMPARATIVO CONSUMO DE ENERGIA KW-Hr Mtr³ y COSTO
VIGENCIAS 2007- 2008-2009
HOSPITAL EL TUNAL III NA ESE

Periodo Facturado	Consumo energía promedio anual en Kw-Hr –Costo \$					
	2007		2008		2009	
	Kw-Hr	\$ millones	Kw-Hr	\$ millones	Kw-Hr	\$ millones
Enero a diciembre	1.428.804	273.8	1.376.700	289.76	1.374.101	312.7

Fuente: Facturación Hospital El Tunal III ESE vigencia 2009 EMGESA
Formato SIVICOF CBN-1111

En el cuadro se observa que se disminuyo en 0.18% el consumo de energía entre el año 2008 y el 2009 y con relación al año 2007 disminuyo en 3%, esta disminución obedece al control de energía en equipos eléctricos.

En el reporte de información de consumo de energía de la vigencia 2009, el hospital omitió el consumo de la sede que se encuentra fuera de la institución donde se maneja el archivo institucional ubicado en la calle 35 sur No. 28-45, según lo informado por la entidad en el oficio GG1417 de 2010 radicado el 6 de julio de 2010 se consumió 4.221 Kw-Hr por valor de \$1.273.230.

Este componente tuvo una calificación de 8 puntos.

Como Beneficio del Control Fiscal, el equipo auditor solicitó mediante el oficio 100402-29 de fecha 5 de agosto de 2010, se informara los motivos que generaron el pago de intereses por mora en la facturación de gas natural del periodo Mayo 8 a junio 8 cancelado con la factura junio 8 a julio 8 de 2009 por valor de \$24.923, acueducto del periodo Agosto 22 a Octubre 22 de 2009 por valor de \$66.420 cancelado con la factura Octubre 23 a diciembre 21 de 2009, del periodo Abril 25 a Junio 23 de 2009 por valor de \$77.222 cancelado con la factura de Junio 24 a agosto 22 de 2009 y energía del mes de noviembre de 2008 por valor de \$34.919 cancelado con la factura de diciembre de 2008 y lo facturado en noviembre 2009 por valor de \$16.200 cancelado con la factura de diciembre de 2009, para un valor total de \$222.682. La entidad envió con oficio GG-154-10 de fecha 12 de agosto de 2010 los recibos respectivos de ingreso de caja. 1992085,1992089, 1992086 de fecha 9 de agosto de 2010, por el valor totalizado por el equipo auditor.

De las actividades desarrolladas en el 2009 por el Hospital El Tunal III NA ESE en beneficio de su gestión ambiental interna, el equipo auditor evidenció las siguientes inconsistencias con base a la revisión de documental, visita a las áreas, y entrevista con los funcionarios responsables.

3.9 RESULTADO DE LA EVALUACION DE LAS ACCIONES CIUDADANAS

En el hospital y de acuerdo al Decreto 1757 de 1994, en el hospital se ha venido promoviendo la participación ciudadana en los COPACO, comités de usuarios y se promueve la relación de la comunidad con la entidad señalando las funciones y deberes de cada una de las partes.

Adicionalmente al Decreto citado, esta la Resolución 204 de septiembre 2009, que es el comité de Ética Hospitalaria que establece los deberes y derechos del ciudadano, comité en el cual tienen participación directa 4 miembros de la comunidad sobre un total de 8.

Durante el año 2009 se presentaron a la entidad 116 derechos de petición, de los cuales 11 fueron enviados por los honorables Concejales del Distrito Capital.

Dentro de los escritos presentados por los Concejales, se observa que 6 de éstos corresponden a solicitudes sobre contratación,² al estado de cartera y deudas de las eps,¹ sobre la ejecución presupuestal, 1 sobre el avance del MECI y 1 sobre la planta de personal del hospital.

Dentro de los escritos presentados por los ciudadanos diferentes a los anteriores, se observó que gran parte de estos corresponden a solicitudes en aplicación de la gratuidad, solicitud de historias clínicas, información sobre el estado de algunos pacientes y solicitud de algunos exámenes gratis.

Todos estos DPC, fueron contestados por la entidad, dentro de los términos establecidos por la ley.

Peticiones Quejas y Reclamos.

Durante la vigencia 2009 se presentaron un total de 1012 escritos, con la siguiente distribución.

Quejas 29%, Reclamos 44%, Solicitudes 10%, Sugerencias 9% y Felicidades 8%.

La variación de escritos durante el año 2009 fue ligeramente inferior al de la vigencia 2008, en un 5.68% al pasar de 1073 a 1012.

Al efectuar una revisión aleatoria en cada uno de los escritos se encontró lo siguiente:

Las quejas de los ciudadanos se centran en la mala atención por parte de algunos funcionarios tanto de la parte administrativa como de la parte misional, incurriendo en algunas oportunidades a la falta de respeto y grosería por parte de éstos. Se observó de igual manera quejas por la falta de oportunidad en la atención a los usuarios por cuanto se presentan demoras en la atención a la hora de las citas. Otro ítem reiterado es el correspondiente a la demora en la entrega de los medicamentos. Así mismo se observa que gran parte de las quejas corresponden al servicio de orientación e información dada por el personal de vigilancia.

En lo correspondiente a los escritos y clasificados como reclamos, se observa que éstos en una gran cantidad corresponden a denuncias depositadas en los buzones del hospital. En estos se refieren incumplimiento en citas, demora en la entrega de medicamentos, mal trato por parte de algunos funcionarios, demora en la atención de urgencias, demoras en la expedición de paz y salvos para el egreso del paciente, así como la reiteración de reclamos a los facturadores por su actitud grosera ante los usuarios.

En lo atinente a las solicitudes se observa que existen varias de éstas relacionadas con la mejora de espacios de atención al usuario, el tratamiento a los usuarios debería ser más humanitario, aplicación de la gratuidad de los servicios de salud.

En cuanto corresponde a las sugerencias se encontró algunas relacionadas con hacer una mejor ubicación de los buzones de sugerencias, así mismo se encontraron quejas respecto a la calidad y precio de la comida, dentro de éste aparte se encontraron quejas respecto al bullicio que se hace no respetando a los pacientes hospitalizados, el no trato preferencial a las personas mayores en la filas de atención al igual que a los discapacitados.

Es importante que el hospital a través de sus diferentes organizaciones de usuarios y canales de comunicación, haga conocer tanto los deberes como los derechos de los usuarios, a fin de unificar los criterios respecto a los diferentes escritos así como los canales a utilizar, por cuanto en las diferentes clasificaciones presentadas de los escritos se encontró que algunos de ellos se repiten, y la clasificación se reporta en diferente concepto.

En el hospital se tiene establecido un tiempo de 15 días para dar respuesta a éste tipo de escritos, pero al verificar los tiempos de respuesta a cada uno de los escritos en los archivos mensuales revisados, algunos de estos datos no aparecen

diligenciados, tergiversando los datos día de respuesta, teniendo en cuenta la salvedad anterior se calculó el tiempo promedio de respuesta al usuario, estableciéndose el mismo en 13.75 días y contra el tiempo establecido como parámetro el resultado es de -4.12 días.

El hospital para la vigencia 2010 se verificó la implementación de un nuevo diseño de formato en el cual la deficiencia señalada se corrige, de tal manera que a partir del 1 de enero, al no diligenciarse alguno de los campos relacionados con los días, el resultado presentado refleja un error.

Durante el año 2009 se comunicaron al hospital 148 tutelas las cuales se tramitaron o dieron curso dentro de los términos establecidos, notándose que ninguna de ellas presentó desacato.

Dentro de los escritos recibidos como insumos para el desarrollo de la auditoria están:

Respuesta requerimiento de solicitud de información, mediante oficio No.200964127 radicado en la Secretaría Distrital de Hacienda bajo el número 2009ER108848, referente a la documentación soporte de las actuaciones de la junta directiva en cuanto a los análisis financieros y de ejecución presupuestal y la hipótesis y la estrategia preliminar sobre la situación hospitalaria del Distrito.

En cuanto hace relación a los movimientos presupuestales, estos se verificaron en la ejecución presupuestal. Como anexo soporte se presenta documento de la mesa de trabajo sobre las ESE del Distrito. En la cual los temas abordados correspondieron a: Tarifas de Contratación, Cartera, aseguramiento, actuación en red, gasto en salud pública, análisis y evaluación de costos de servicios, a renglón seguido se aborda la estrategia para la solución de la problemática.

De los apartes definidos en el escrito, en la auditoria se retomaron: Cartera, Costos y lo referente al gasto por venta de servicios sin situado de fondos.

Oficio 2010-42075 con radicación 201027002 del 30-03-2010, relacionado con el castigo de cartera adelantado en el hospital mediante la Resolución 017 del 27 de enero de 2010. No obstante tener fecha de 2010, los registros se efectuaron en el 2009, situación ésta que se verificó en los estados contables. Este castigo ascendió a la suma de \$777.1 millones.

Oficio con radicación 201060056 del 29-07-2010, relacionado con un oficio del hospital el tunal dirigido al Instituto Nacional Penitenciario en el cual le solicitan cita para realizar conciliación de glosas y cartera. Como puede verse esto corresponde a una gestión de cobro adelantada por el hospital, pero la actuación de la contraloría de Bogotá se limita a efectuar seguimiento a las actuaciones.

Con el oficio 2010-42075 y radicados ante la contraloría con el número 201005709,201030733 y 201055423, se da traslado de copia a éste ente de control para efectos de enterarla sobre lo actuado con la fundación Leonor Goelkel referente al contrato de concesión 116 de 2007. Sobre lo actuado se ha efectuado seguimiento y dejado constancia en las mesas de trabajo así como en el presente informe en el componente de contratación, en el aparte de procesos judiciales.

Con radicado ante la contraloría 201041587 del 2 de junio de 2010, se envía a la Directora del Sector Salud e Integración copia del expediente disciplinario No 32 de 2009, remitido por la Jefe de control Interno del Hospital, proceso el cual mediante Auto 063 del 18 de mayo se ordena el archivo de la indagación preliminar. Se le efectuó seguimiento a ésta actuación verificándose que en cuanto a la acción correspondiente al hospital, el acusado de la falta ordena mediante escrito se le efectúe el descuento correspondiente al valor del desfalco en el recibo de caja. Así mismo se verificó la adopción del manual de facturación, instructivo que pretende corregir la deficiencia que originó el problema denunciado.

En el curso de la auditoria se allego el DPC 839-10 con el radicado 201066128 del 17 de agosto de 2010 al cual se le dio el siguiente trámite:

En razón a que el TAC marca Toshiba (Tomógrafo de 64 cortes marca Toshiba Aquilion) al que se refieren los petentes anónimos, fue uno de los elementos adquiridos por el Hospital, en cumplimiento a lo pactado en el Contrato 1543 de 200, que a su vez es uno de los contratos que conforman la muestra de la Auditoria Gubernamental Regular del PAC 2010 Fase II y de cuyo análisis y seguimiento se evidencio que el elemento en cuestión fue entregado e instalado en el Hospital dentro del plazo y amparado con las garantías conforme se pacto en las cláusulas quinta y décima respectivamente.

Con el fin de verificar los hechos puestos en conocimiento por los peticionarios relacionados con el Tomógrafo de 64 cortes marca Toshiba Aquilino, el equipo auditor adelanto diligencias administrativas y analizó documentos en los que se evidencia que el Hospital está realizando gestiones tendientes a resolver la situación surgidas en torno al elemento en cuestión con miras a que el Hospital y los usuarios no se vean afectados con la prestación del servicio. Así las cosas se observa que el Hospital está atendiendo el servicio de los exámenes por intermedio de las ESEs Meissen, Engativa y Santa Clara.

3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICION DE LA CUENTA

El equipo auditor revisó la cuenta 2009 rendida por la entidad verificando la forma y contenido de la misma en los términos establecidos por la contraloría de Bogotá, encontrándose lo siguiente:

En lo relacionado con los formatos CBN 1111 y 1113 Evaluación de la Gestión Ambiental Institucional nivel interno, por parte del equipo auditor de acuerdo a los soportes fueron aclaradas algunas inconsistencias de información por parte de la Entidad frente a lo transmitido en SIVICOF en febrero de 2010, según consta en las actas de visita administrativa fiscal y en las respuestas a los requerimientos de información solicitados por el equipo auditor.

No obstante que la información reportada del balance social sirve para los propósitos ésta no fue presentado tal como lo establece la Resolución 034 del 2009

Revisado el inventario físico con corte a 31 de diciembre de 2009 frente al inventario de equipos complementarios de las estadísticas de sistemas de los reportes de la cuenta de la vigencia 2009 presentada por la entidad, a través del SIVICOF, se encontraron incoherencias en la información reportada en el formato CB-0710__INVENTARIO_DE_EQUIPOS_COMPLEMENTARIOS con los registrados en el inventario físico presentado en la cuenta contable, dado que este debe contener como se indica en el instructivo “**Descripción:** *Detalle los equipos activos y pasivos de comunicaciones, almacenamiento como unidades de backups y unidades de cinta independientes, conmutadores telefónicos y demás equipos que no estén relacionados en los formatos anteriores*”.

Así mismo, se observó que la entidad no reportó adecuadamente los formatos 20091231_402_CB0705_INVENTARIO_DE_APLICACIONES_SISTEMATIZADAS_EN_PRODUCCION y CB - 0706 - INVENTARIO DE APLICACIONES SISTEMATIZADAS EN DESARROLLO, dado que no se incluyen los desarrollos propios en ACCESS y otros software, que están en producción en otras áreas entre otras como cartera y facturación de uso complementario a la información del sistema Clinical Suite.

Las cuales establecen indebida presentación de la información reportada en la cuenta, aunado a las inconsistencias encontradas en el formato CB-0712__SEGURIDAD_INFORMATICA, frente a lo mencionado y constatado en la visita administrativa fiscal del 30 de julio de 2010, referente a la existencia del plan de contingencias y creación del comité de informática, soportes adjuntos al acta de

visita. Además de no utilizar el formato vigente, según lo establecido en la Resolución 034 de Diciembre 21 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.

3.11. SISTEMAS DE INFORMACION

3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través del área de sistemas del Hospital Tunal, en cuanto a cargos no facturados, y que permanecen en la base de datos de cuentas abiertas del sistema de información Clinical Suite. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del período: diciembre 1998 a julio de 2010 con fecha de emisión: agosto 26/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 26 de agosto de 2010, la administración tiene 140.618 registros reportados como cargos no facturados de pacientes egresados por valor de \$6.997.7 millones de los cuales 126.234 por valor de \$4.093.4 millones corresponden a vigencias posteriores a enero de 2006, estos últimos que pueden configurarse como un posible detrimento al patrimonio por no haberse facturado en su oportunidad.

Adicionalmente, se presentan 5.472 registros de cargos no facturados que corresponden a abonos por valor de \$227.2 millones.

La falta de expedición de la factura hizo inoperante el cobro a la entidad obligada al pago, por los servicios prestados por el hospital.

Los reportes suministrados por la administración asociados a cuentas abiertas por cargos no facturados, contienen el número de cargo, el concepto, el número de historia, el número de ingreso del paciente, la identificación del usuario atendido, la fecha del servicio, el tipo de responsable, el responsable (entidad), el valor del cargo, código del procedimiento que se realiza, el código de la causa de egreso, el nombre de la causa de egreso y el valor de los abonos realizados asociados a cada registro.

El hospital certificó que la fuente de información de los archivos está en el sistema CLINICAL SUITE que maneja el hospital y que las historias clínicas (sometidas a reserva de conformidad con la resolución número 1995 de 1999 del Ministerio de Salud) sustento y soporte de la información, se encuentran en el archivo del hospital.

La coordinación de facturación indica que *“No se tenía establecido el procedimiento de manera sistemática, nosotros habíamos hecho notificación a los líderes y usuarios responsables sobre el tema, en este momento se está documentando el procedimiento y se está haciendo a diario. Con la información que teníamos comenzamos a clasificarla por usuario por líderes. Lo estábamos*

haciendo mensual, pero ahora lo estamos generando a diarios. Hemos evidenciado varias cosas, son cargos no facturables, son cargos porque abrieron otro ingreso, son servicios o cargos no prestados pero que en su oportunidad no se anularon, encontramos cargos de farmacia de medicamentos insumos y que corresponden a procedimientos quirúrgicos que fueron cobrados con la sala del grupo quirúrgico correspondiente con la sala y los materiales. Se pueden presentar cargos por posibles fugados. Estabamos esperando tener todos los soportes para poderlo depurar y hacer un acta clasificando por causa con los soportes correspondientes. Ya se asignó una persona para comenzar a hacerle la trazabilidad a diario”, según acta de visita administrativa fiscal del 26 de agosto de 2010.

No obstante las acciones preliminares iniciadas por la administración hasta el momento no se han facturado estos conceptos, así mismo, es pertinente indicar que dentro de los cargos encontrados se encuentran diferentes conceptos entre otros por diferentes servicios médicos, procedimientos de cirugía, radiología, cardiología, suministro de medicamentos, consulta, etc. Egresados por diferentes causas, entre estos fugados, dados de alta, salida por voluntad propia, muerte, entre otros.

Las irregularidades anotadas durante el proceso auditor, incumplen los principios esenciales del estado consagrados en la seguridad social para la salud, dispuestos en los artículos 48 y 49 de la Constitución política, Decreto 1281 de 2002, artículo 7 inciso 4 y artículos 3 y 6 de la Ley 610 de 2000 e incumplimiento de los deberes de todo servidor público consagrados en el artículo 34 numerales 1, 21 y 22 de la Ley 734 de 2002.

3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias.

Mediante visita administrativa fiscal del 30 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos aislados, procedimientos en eventos de caída del sistema Clinical Suite y procesos de backup, los cuales una vez revisados en su contenido, evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado ni realizados los simulacros necesarios, para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.

Éste no contempla la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de acuerdo con las definiciones y lineamientos de la Comisión Distrital de Sistemas y las normas y estándares internacionales referentes o consideradas por la comisión, ni los riesgos inherentes a cada uno de ellos, no se detalla su estructura, puntos críticos, características técnicas, entre otras, que puedan ser útiles en el momento en que suceda un incidente, siniestro o materialización de riesgos, así como los procedimientos y estandarización necesaria para el registro de incidentes menores o mayores que se presenten en la operación de la infraestructura tecnológica presente que puedan afectar el normal funcionamiento.

No tiene en cuenta los procedimientos críticos relacionados con el sistema de aire para la refrigeración de los equipos, seguridades ambientales de los centros de procesamiento electrónico de datos, entre otros que impacta el mantenimiento de la operación de los servidores y la infraestructura tecnológica.

No cuenta con procedimientos específicos ni la secuencia de actividades a realizar en cada caso. Estos elementos y todos los relacionados con las seguridades físicas y de condiciones ambientales que soporta la infraestructura tecnológica no están incorporados en el plan. Así mismo, el plan no contempla los procedimientos contingentes que aseguren el mantenimiento o continuidad de la operación, solo contempla los de respaldo, algunos aspectos de recuperación, pero no los de restablecimiento de la operación, no los paralelos, semiautomáticos o manuales que mantengan la operación mientras se restablece la normalidad, salvo algunos relacionados de los procedimientos de facturación. Se limita a las áreas internas del centro de cómputo y deja de un lado las áreas conexas y activos de información que pueden impactar procesos críticos.

Por lo anterior, se pueden materializar los riesgos no contemplados, ni tratados, generando reprocesos, inoportunidad y suspensión de la operación tanto de la infraestructura tecnológica, como de los sistemas de información implementados en ella y los servicios y actividades que soportan estos sistemas, en contravía con lo establecido en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes

en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas.

En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.

Revisados los documentos de Plan Estratégico de Sistemas suministrado, se establece que los activos referidos como activos de información no son todos los indicados según los lineamientos de la CDS y adicionalmente no son coherentes con los contemplados en el plan de contingencias vigente ni las políticas de seguridad informática establecidas por la entidad.

Con lo anterior se puede generar la materialización de riesgos no contemplados, ni tratados, ocasionando reprocesos, inoportunidad y suspensión de la operación tanto de la infraestructura tecnológica, como de los sistemas de información implementados en ella y los servicios y actividades que soportan estos sistemas. Así mismo, implica la ausencia de controles en posibles procesos críticos de activos de información no contemplados, incumpliendo lo establecido en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se creó mediante resolución 079 de 2009 la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe establecer las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo revisada la documentación suministrada en la oficina de sistemas, en los temas tratados no se evidencia el tratamiento de estos aspectos, en contravía con las normas establecidas.

De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad.¹⁵

En consecuencia, puede generar la materialización de riesgos no contemplados. Se generan reprocesos, errores en la ejecución de los procesos, se pueden

¹⁵ Resolución 305 de 2008. Políticas Básicas y Específicas TIC – CDS. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

generar errores de datos por deficiencias en el procesamiento de la información, incumplimiento de los objetivos y metas planteadas por la entidad, incumpliendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.5. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.

En consecuencia, puede generar la materialización de riesgos no contemplados. Se generan reprocesos, errores en la ejecución de los procesos, se pueden generar errores de datos por deficiencias en el procesamiento de la información, incumplimiento de los objetivos y metas planteadas por la entidad, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

4.- ANEXOS

**ANEXO 4.1
CUADRO HALAZGOS**

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR En millones \$	REFERENCIACION		
ADMINISTRATIVOS	27		3.3.3.3.1	3.3.3.3.2	
			3.3.3.3.3	3.3.3.3.4	
			3.3.3.3.5	3.4.1	
			3.4.2	3.4.3	
			3.4.4	3.4.5	
			3.4.6	3.4.7	
			3.4.8	3.4.9	
			3.5.2.1	3.6.2.1	
			3.6.2.2	3.6.2.3	
			3.6.2.4	3.6.2.5	
			3.6.2.6	3.7.5.1	
			3.11.1	3.11.2	
			3.11.3	3.11.4	
			3.11.5		
			FISCALES	3	4.199.8
DISCIPLINARIOS	3		3.4.2	3.4.3	
PENALES				-3.11.1	

ANEXO 2 TRANSPARENCIA

FACTOR	Indicador	Fuente	Descripcion Indicador	Puntaje	
VISIBILIDAD	Página WEB	Página web e información suministrada por la entidad	Estructura y contenido página web	50	
			Aspectos relacionados con la usabilidad de la página	30	
	Subtotal (1)				80
	Línea atención al ciudadano y Sistema peticiones, quejas y reclamos	Página web e información suministrada por la entidad	Existencia y funcionamiento de la línea de atención al ciudadano	20	
			Quejas y reclamos en la página web	15	
			Existencia y funcionamiento del sistema de PQR	50	
	Subtotal (2)				85
	Contratación	Página web de la entidad	Información general: i)La presencia de un link de contratación en la página principal del sitio web ii)Publicación del plan de compras	7	
			Se publicaron i) prepliegos o pliegos de referencia ii) Pliegos definitivos iii) fechas claras de apertura y cierre iv)objeto v)acta audiencia aclaración....ix licitaciones declaradas desiertas	20	
		Información suministrada por la entidad	Se cumplió con lo establecido en la Ley 80/93 y la Ley 1150/2007 y sus decretos reglamentarios	25	
			Se dio cumplimiento a la ley 816/03	10	
			Existencia y aplicación del manual y/o proceso de contratación	10	
		Portal Único de contratación	Presencia portal único de contratación	3	
		Subtotal (3)			
	Cumplimiento del SICE (Sistema de información para la vigilancia de la Contratación Estatal)	Portal SICE	Registro de Plan de Compras dentro de los plazos establecidos	NA	
			Registro de contratos superiores a 50 SMLV y/o sujetos de ésta obligación	NA	
	Subtotal (4)				-
	Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control	Pagina web de la Entidad	Se publican los planes y programas ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia	15	
			Presupuesto en Ejecución	-	
			Información histórica del presupuesto	10	
		Mecanismos de control al interior de la entidad (Informes de gestión, metas indicadores evaluación de metas)	15		
	Información suministrada por la	Realización de ejercicios de rendición de cuentas a la	20		

		entidad	ciudadanía por medios diferentes a la página web	
			Rendición de cuentas a órganos de control	25
	Subtotal (5)			85
	Trámites	Página Web de la Entidad	Información sobre trámites en la página web	70
		Información suministrada por la entidad	Trámites en línea de la Entidad	15
			Trámites racionalizados, simplificados o eliminados	15
	Subtotal (6)			100
TOTAL FACTOR VISIBILIDAD				
Mejoramiento de la Gestión	Fenecimiento	Contraloría de Bogotá	Concepto sobre el fenecimiento en la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá	35
	Plan de Mejoramiento	Contraloría de Bogotá	Cumplimiento de planes de mejoramiento de la última vigencia auditada	35
	MECI	Información suministrada por la entidad	Seguimiento al MECI	25
	Riesgo Antijurídico	Información suministrada por la entidad	Política de manejo de riesgo antijurídico	15
	Tendencia Modalidad de Contratación	Información suministrada por la entidad	Tendencia en la modalidad de la contratación y cumplimiento del objeto misional	30
TOTAL FACTOR MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN				140
Participación Ciudadana	Empoderamiento Ciudadano en el Control Social y Fiscal	Información suministrada por la Entidad y/o Comunidad Organizada	La entidad ha firmado pactos por la transparencia	20
			Existe un comité de seguimiento a los pactos firmados, la ciudadanía participa en ellos	40
			Las veeduría ciudadanas han efectuado recomendaciones a la entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas	30
			La ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, presupuesto participativo	20
			Se identifican mecanismos que promuevan la participación ciudadana en la Entidad	30
TOTAL FACTOR PARTICIPACION CIUDADANA				140
TOTAL MATRIZ DE EVALUACIÓN DE TRANSPARENCIA				735



SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

(4) ORIGEN	(8) CAPITULO	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(64) ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION	ESTADO
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2006	CONTROL INTERNO	3.2.2.1.1. El Hospital cuenta con mapa de riesgos por dependencia actualizado al Segundo Semestre de 2006, sin embargo se observó que algunas áreas no entregaron dicho documento, es de mencionar que el mapa institucional no refleja la realidad de los riesgos de mayor impacto.	1) Incorporar dentro de los procedimientos de formulación de la plataforma estratégica el período en el cual debe ser levantado o validado el mapa de riesgos por área, por proceso y el institucional, la formulación de las acciones preventivas, su socialización, el seguimiento a nivel de implementación (desde la determinación de las desviaciones frente a lo planificado hasta la determinación de las acciones contingentes que permitan atender adecuadamente entre otras su mitigación, dispersión, traslado etc). 2) Realizar auditorías periódicas a las áreas, para asegurar la ejecución del mapa de riesgos y hacer seguimiento al mapa de riesgos de la institución y de encontrarse incumplimiento impulsar las acciones contingentes que permitan cumplir la meta prevista.	Número de mapas de riesgos registrados / Número total de áreas que deben realizar mapas de riesgos * 100	Obtener el registro de los mapas de riesgos de todas las áreas existentes en la institución en las fechas establecidas para ello y elaboración del mapa de riesgos institucional que reflejen los riesgos de mayor impacto	Oficina de Planeación - Todas las áreas de la institución - Oficina de Control Interno organizacional.	1). Jefe Oficina de Planeación - Dra Yackeline Moreno. 2). Responsables de las áreas 3). Oficina de Control Interno, Dra Dolly Santoyo.	Humano y Técnico interno	15/05/2009	31/12/2009	80	Se elaboró el Manual Institucional de administración de Riesgos y oportunidades. Pendiente la socialización.	SE REVISÓ EL MANUAL INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y SE VERIFICÓ QUE SE HUBIERA EFECTUADO LA SOCIALIZACIÓN	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2006	CONTRATOS	3.2.3.3.1. Los documentos que reposan en las carpetas de cada uno de los citados contratos no se encuentran foliados, no permitiendo tener el control sobre los mismos, incumpliendo el literal C del artículo tercero de la Ley 67 de 1993.	1) Revisar el archivo de los contratos establecidos verificando que los documentos se encuentran archivados en orden cronológico del proceso y debidamente foliados. 2) Foliar los procesos que no se encuentren en este estado. 3) Realizar reintroducción al personal que soporta el proceso documental de contratación en las diferentes etapas de éste. 4) Realizar Inducción al personal que ingresa a apoyar el proceso de contratación en materia de gestión documental. 5) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del proceso de contratación. 6) Identificar desviaciones en el cumplimiento de la acción y formular acciones contingentes para contrarrestarla.	Carpetas foliadas / Carpetas existentes * 100	Contar con el 100% de las carpetas foliadas	Contratación	Coordinadora de Contratación, Doctora Leda Belén Viveros	Humano y Técnico	15/05/2009	31/12/2009	90	Se foliaron los carpetas de los contratos del año 2007 y 2008	Se revisó un muestra de los contratos del año 2009 encontrándose foliados	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2006	CONTABLE	3.3.1. Efectuada la conciliación de saldos a algunas empresas a las que el Hospital les ha prestado servicios de salud y comparado el saldo que los mismos certificarán existe una diferencia en los saldos.	Ajustar los procedimientos del área financiera en términos que incorpore: 1) Reevaluar la distribución de entidades 2) Priorizar los procesos de conciliación contable 3) Generar el plan de trabajo que involucre la totalidad de los pagadores. 4) Elaborar y ejecutar cronograma de trabajo de necesidades de reconstrucción de soportes, respuesta a glosa pendiente y programación de horas de conciliación médica. 5) Determinar y suministrar el recurso humano específico para esta tarea. 6) Elaborar y ejecutar cronogramas de seguimiento tanto a técnicos como a auditores médicos de cuentas. 7) Pactar en los contratos suscritos con los pagadores la cláusula de concertar cronograma de conciliaciones, su obligatoriedad de cumplimiento y el impulso de acciones que permitan conciliar los valores a su cargo de manera oportuna. 8) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área y de la Oficina de Control Interno Organizacional.	1) Procesos de Conciliación contable cerrados / Numero de Deudores a conciliar. 2) Facturas reconstruidas con sus soportes y radicadas o entregadas a conciliación médica / Numero de facturas solicitadas a reconstruir en el periodo. 3) Respuestas a glosa pendientes radicadas en el periodo / Total de Glosas pendientes de respuesta. 4) Total monto conciliado por empresa / Total monto a conciliar por empresa.	1) Conciliar contablemente la totalidad de las entidades causadas en la cartera. 2) Reconstruir la totalidad de los soportes requeridos en los procesos de contestación de glosa. 3) Radicar la totalidad de las respuestas pendientes de conciliación de glosa reportadas por cartera como pendientes. 4) Adelantar la totalidad de las conciliaciones medicas establecidas en conjunto con cartera y el área financiera de acuerdo a las prioridades de conciliación de cuentas. 5) Ajustar los procedimientos en el área financiera.	Cartera y Facturación y Oficina de Control interno.	Coordinadores de Cartera Doctora María Elpidia Aroca y Facturación Doctora Alba Janeth Aguilar. Oficina de Control Interno. Auditores	Humanos y Tecnológicos disponibles	15/05/2009	31/12/2009	100	Se evidencia distribución de pagadores por ejecutivo de cuenta socializada. Existe plan de recaudo y de trabajo que incluye a todos los pagadores. Se mantiene el cronograma de trabajo para soporte, conciliación y respuesta de glosa.	Se revisó la implementación del proceso de depuración de cartera el cual opera a partir del 1 de enero del 2010, este proceso de depuración se está adelantando con la facturación del 31 de diciembre 2008 hacia a tras.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	<p>3.5.1. Los supervisores de los contratos en su mayoría no están cumpliendo con su función a cabalidad. Los informes de supervisión se limitan al diligenciamiento de un formato donde se certifican las entradas al almacén, el valor de la factura y el valor del saldo que queda pendiente, sin que en ningún caso se mencionen las condiciones en que se reciben los elementos, el cumplimiento del contrato, el estado de cuenta e información técnica del mismo. El procedimiento de contratación del Hospital el Tunal, en la descripción, establece actividades específicas y el contrato generalmente contiene una cláusula donde se definen las Obligaciones del Supervisor. Al no hacer el debido seguimiento a los contratos, por parte de los supervisores, se corre el riesgo de que el contrato no se ejecute de acuerdo a lo establecido en el mismo</p>	<p>1) Diseñar e implementar los formatos de supervisión como anexos al manual de supervisión, de acuerdo a la tipología del contrato. 2) Definir temas de capacitación requeridos por el equipo de interventores y supervisores e incorporarlos en el plan de capacitación institucional. 3) Actualizar el manual de interventoría y supervisión incorporando como actividad crítica: a) socializar el sistema de gestión de la calidad y entrega formal de los procedimientos. b) validar la adhesión del interventor y supervisor al sistema de gestión de la calidad institucional. c) Hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna. 4) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área y de la Oficina de Control Interno Organizacional.</p>	<p>No. informes con cumplimiento de requisitos / Total de los informes</p>	<p>Impartir capacitación al 100% del grupo de supervisores e implementar mecanismos y formatos de control y seguimiento por parte de los supervisores</p>	<p>Contratación, Supervisores y Oficina de Control Interno Organizacional.</p>	<p>Cordinación de Contratación, Dra Leda Belén Viveros, Oficina Jurídica, María Hilsa Mora Y Oficina de Control Interno Auditores.</p>	<p>Humanos y Tecnológicos Internos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se imparte capacitación a los supervisores de los contratos. Se actualizó el Manual de Interventoría.</p>	<p>Se imparte capacitación a los supervisores de los contratos. Se actualizó el Manual de Interventoría.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	<p>3.5.2 se realizó visita a las UCI adultos y neonatos, para verificar los equipos físicamente y se encontró un equipo en cada área, y los otros dos se encuentran en las ambulancias. Al inspeccionar los ventiladores se encontró que la referencia y marca corresponden a la referencia 4400 B, diferente a lo estipulado en el contrato que indica la referencia 4400 EBG PLUS. Al verificar la compra contratada con lo recibido y entregado al almacén del hospital no hay concordancia.</p>	<p>1). Solicitar al proveedor la reclamación mediante oficios enviados a la empresa distribuidora de estos equipos, para aclarar los modelos y la función que le hace falta. 2). Tramitar a través de la Oficina de Jurídica oficio para solicitar la revisión de los ventiladores por parte de la empresa y aclarar este ítem y llegar a buen término entre las dos partes, de lo contrario se aplicarán las pólizas correspondientes. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del proceso</p>	<p>No de equipos recibidos con especificaciones técnicas/ total de equipos recibidos</p>	<p>Obtener los ventiladores con todas sus características estipuladas en el contrato.</p>	<p>Almacén Electromedicina</p>	<p>Responsable de Electromedicina</p>	<p>Humanos Internos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>La interventoría notificó a la Oficina Jurídica dicha situación, ante lo cual procedió Jurídica a efectuar la aplicación de la póliza de cumplimiento. Se realizó devolución de equipos al proveedor, el cual reintegró los equipos</p>	<p>Se verificó el documento de devolución y reposición de los equipos establecidos en el contrato. Se anexa a la verificación por parte de control interno de los registros de importación.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	<p>3.5.3 Aceptar suscribir contrato con el establecimiento de Comercio NUTRIR DE COLOMBIA CASA COLONIAL DIVISION DE ALIMENTOS DE ALIMENTOS INSTITUCIONALES</p>	<p>1) Realizar modificaciones a los contratos vigentes con el establecimiento de comercio NUTRIR DE COLOMBIA CASA COLONIAL DIVISION DE ALIMENTOS INSTITUCIONALES, a fin de que queden a nombre de su representante JORGE RICARDO CAMARGO CAMPEROS. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área con el fin de que el evento no se repita.</p>	<p>Contratos modificados / Contratos por modificar * 100</p>	<p>El 100% de los contratos deben encontrarse suscritos con la persona natural o jurídica que la Cámara de Comercio define como sujeto de derechos y obligaciones</p>	<p>Contratación y Jurídica</p>	<p>Coordinadora de Contratación, Dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Talento Humano - y Técnico Internos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se realizó el acto aclaratorio para el respectivo Contrato</p>	<p>Se elaboró ofrosi corrigiendo la observación</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.4. Terminado el contrato se firmó otrosí para prorrogar el plazo del contrato por un mes, situación no viable porque terminado el contrato este no se puede prorrogar, no se encuentran ajustadas las pólizas del contrato en este sentido y en comento la prórroga no se encuentra justificada.	1). Establecer en el proceso de contratación mecanismos de seguimiento para las fases de contratación e interventoría y seguimiento, determinando mediante cronogramas y listas de chequeo el ceñirse a los términos de vencimiento de los contratos y llenar de los requisitos pactado. 2) Definir las necesidades de adición o prórroga de acuerdo con el seguimiento a la ejecución. 3). Controlar el cumplimiento de las fechas de vencimiento las pólizas, períodos de determinación de prórrogas o adiciones dentro de los términos de vigencia del contrato, suscripciones de otros y amplitud de garantías por parte de los contratistas.4)Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	No de contratos con seguimiento / No de contratos suscritos	A diciembre 31 de 2009 tener 100% implementado los procesos y mecanismos de control a la contratación	Contratación y Supervisores	Coordinadora de Contratación, Doctora Leda Belén Viveros y Supervisores	Talento Humano - Computador y Comunicación en línea interna	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realiza seguimiento permanente a las prórrogas y adiciones de los contratos para que se ajusten a la normatividad vigente.	SE IMPLEMENTO FORMATO SU 05-42-S2, CON EL PROPOSITO DE HACER SEGUIMIENTO Y CONTROL A LAS SOLICITUDES DE ADICIONES Y PRORROGAS.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.6. No existe justificación legal o que se haya considerado dentro del contrato No. 050 de 2006; ni se efectuó el procedimiento señalado dentro del mismo para una adición en \$20.000.000 suscrito en otro sí No. 03 del 12 de Mayo.	1). Valorar actividades ocupacionales que requiere la entidad para el cubrimiento efectivo de las novedades de personal, así como de las posibles eventualidades que se puedan generar con ocasión de los contratos. 2). Con base en este criterio valorar el presupuesto estimado para tal fin y actuar en concordancia con tiempos y personas. 3). Evaluar el comportamiento de los indicadores económicos y de actividad ocupacional para verificar el impacto dentro del proceso de respuesta al portafolio de servicios y su demanda institucional. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	No. de personas empleadas / No. de personas requeridas * 100. Presupuesto invertido / Presupuesto destinado * 100.	Garantizar el proceso ocupacional y presupuestal en un 95%	Subgerencia Administrativa, Subgerencia Científica área Financiera y Talento Humano	Subgerente Científico Dr Wilson Bustos y Subgerente Administrativo Dra Myriam Herrera	Recursos Financieros del Presupuesto Institucional	15/05/2009	31/12/2009	20	Se está realizando la valoración de las actividades ocupacionales con el fin de determinar las necesidades reales del hospital	Esta adición correspondió a un contrato celebrado con las cooperativas y la adición se justificó a folio 150. Los contratos con cooperativas en cumplimiento de la directiva del Alcalde mayor no se volvieron a celebrar	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.9 Si bien la entidad allegó la Licencia de construcción, expedida el 29 de Mayo de 2007, se considera pertinente que la autoridad competente de ejercer el control urbano certifique el cabal cumplimiento de las obras construidas. Por otra parte no se tuvo a disposición el documento de la última prórroga por encontrarse en trámite (SE ADJUNTA FOTOCOPIA DEL OTROSI No. 05, PRORROGA No. 03 DEL CONTRATO No. 202/06).	Solicitar a la autoridad competente la certificación de cumplimiento de las obras construidas una vez terminada la obra del Piso 5o.	N/A	Obtener el aval del alcaldía local sobre el cumplimiento de las especificaciones de la obra mencionada, según licencia de construcción.	Interventor y Oficina de Planeación y Mercadeo	Jefe Oficina de Planeación y Mercadeo Dra Yackeline Moreno	Humano y Técnico Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	S solicitó a la autoridad competente concepto de que las obras sí ejecutaron conforme a lo definido en la licencia de construcción.	LA CURADURIA URBANA ACTUA EN LOS CASOS EN QUE LA CIUDADANIA SE MANIFIESTE EN CONTRA DE ALGUNA SITUACION EN LA OBRA Y CORRESPONDE A LA ALCALDIA LOCAL VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO O NO DE LA LICENCIA RESPECTIVA. ESTE CONTRATO YA SE LIQUIDO Y LAS OBRAS FUERON RECIBIDAS A SATISFACCION	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2006	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.10 Ausencia de interventoría de obra en visita de terreno efectuada el 7 de marzo de 2007.	1).Cumplir con el manual de contratación y de interventoría por parte de los responsables de adelantar el proceso de contratación e interventores y supervisores. 2) Definir en el plan de contratación como contingencia de interventoría la asignación de las funciones de interventoría a los ingenieros civiles o arquitectos que laboran con el Hospital. 3)Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área y de la Oficina de Control Interno Organizacional	Número de acciones ejecutadas / número de acciones programadas	Garantizar que las actividades de obras civiles cuenten permanentemente con su respectiva interventoría o supervisión técnica.	Oficina de Planeación y Mercadeo, Interventores y Control interno.	Responsable Oficina de Planeación y Mercadeo, Dra Yackeline Moreno. Auditores.	Humano y Técnico Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	Desde el 5 de enero de 2009 se cuenta con un ingeniero civil que realiza la interventoría técnica, administrativa y financiera a los contratos de obra, realizando visita diaria y permanente a fin de que se cumpla a cabalidad con el objeto contractual.	EL HOSPITAL CUENTA AL MOMENTO CON UN INGEN CIVIL QUE OFICIA COMO COORDINADOR Y SUPERVISOR DE ALGUNAS OBRAS QUE NO CORRESPONDEN A LA ESTABLECIDAS BAJO EL AMPARO DE LA LEY 80	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2007	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.19 Contrato 434 de 2006. El plazo contractual venció el 10 de Enero de 2007, sin embargo el objeto contractual no se cumplió a dicha fecha.	1). Efectuar seguimiento a las actividades del interventor. 2) Exigir el cumplimiento de los contratos en tiempo. 3). Argumentar oportunamente las prórrogas necesarias en los contratos. 4)Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área	Contratos ejecutados en Tiempo establecido / Contratos suscritos * 100 Prórrogas oportunamente tramitadas / Prórrogas Solicitadas * 100	El 100% de los contratos deben ajustarse al tiempo establecido para su ejecución o en su defecto justificar oportunamente las prórrogas a que haya lugar.	Oficina de Planeación, Interventoría, y Mercadeo.	Interventor y Oficina de Planeación y Mercadeo. Dra yackeline Moreno	Humanos y Técnicos Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	El contrato fue recibido a satisfacción por El Hospital y se han tomado las medidas pertinentes con el fin de realizar estricta interventoría técnica, administrativa y financiera a los contratos de obra a fin de garantizar la calidad de las obras y el cumplimiento en el tiempo. Igualmente se viene predeterminado los formatos y tiempos previos para realizar el trámite de adiciones, suspensiones y prórrogas a los contratos.	EL CONTRATO SE TERMINO Y LIQUIDO. ESTE FUE RECIBIDO A SATISFACCION POR LA ADMINISTRACION	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2008	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.19 Contrato 434 de 2006. Deficiencias técnicas en columnas al presentar desplomes, abultamientos, torceduras y hormigueos.	1). Calcular los costos en la rectificación de las fallas detectadas en la estructura. 2). Realizar los respectivos descuentos al contratista constructor de la sede administrativa. 3) Involucrar los costos de la rectificación en el contrato futuro de acabados de la sede administrativa. 2)Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Número de columnas arregladas / Total columnas construidas.	Rectificar los abultamientos presentados en las columnas. Corregir los hormigones presentados en la estructura.	Oficina de Planeación, y Mercadeo.	Interventor y Oficina de Planeación y Mercadeo. Dra yackeline Moreno	Humanos y Técnicos Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante Resolución No. 0162 de 13 agosto de 2007, el hospital declaró la liquidación unilateral del contrato de obra 434 de 2006. En dicha Resolución se encuentran incluidos los descuentos donde se relacionan los pagos realizados, las cantidades ejecutadas y se realizaron los respectivos descuentos por mala calidad de obra. En el contrato No. 321 de 2007 se incluyeron los ajustes necesarios a realizar con el fin de poner en funcionamiento la sede administrativa.	EL CONTRATO SE TERMINO Y LIQUIDO. ESTE FUE RECIBIDO A SATISFACCION POR LA ADMINISTRACION	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2009	PLAN DE DESARROLLO	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1. Incumplimiento de la meta 3 del plan operativo 2006, relacionada con construcción de 1000 m2 del área hospitalaria 5 piso.	1) Efectuar los requerimientos a que haya lugar por incumplimiento del contrato de obra. 2) Liquidar el contrato de la obra en mención y declarar la caducidad del mismo. 3). Gestionar con la aseguradora las condiciones de terminación de la obra.	N/A	Liquidar el contrato en las condiciones jurídicas que correspondan, para poder concluir el piso 5o.	Subgerencia Administrativa y Financiera. Oficina jurídica. Oficina de Planeación y Mercadeo.	Responsable Oficina de Planeación y Mercadeo	Humanos y Técnicos Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se declara caducidad del contrato, se repite contra la aseguradora y se suscribe acuerdo de pago con seguros del estado quienes terminan de ejecutar el contrato según acta de recibo y entrega final del 29 de julio de 2008. Se suscribe contrato de obra 947 de 2008, para la terminación del quinto piso de hospitalización, del cual se realiza acta de recibo y entrega final de las obras el 11 de mayo de 2009, paralelamente se solicita recursos ante la	SE REVISÓ EL ACTA DE RECIBO Y ENTREGA FINAL DEL CONTRATO LIQUIDACION DEL CONTRATO 947 DE 2008 CUYO OBJETO ERA REALIZAR EL SUMINISTRO E INSTALACION DE CIELO RASO...DE HOSPITALIZACION DEL QUINTO PISO DE EL HOSPITAL EL TUNAL	2	C

													s, Unidad Oncológica y mejoramiento de áreas de atención hospitalaria y ambulatoria por medio del proyecto de reordenamiento de infraestructura.			
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2013	PLAN DE DESARROLLO	EVALUACION PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.6. El desarrollo de las acciones formuladas en el Balance Social no fue suficiente para la consecución de los objetivos que produzcan un impacto positivo en los usuarios.	Realizar evaluación integral de resultados de gestión a nivel de los diferentes proyectos de beneficio social	Indicadores de resultado de beneficio social por proyecto.	Obtener resultados con indicadores de beneficio a la comunidad basado en los proyectos y programas planteados en la vigencia.	Oficina de Planeación y Mercadeo.	Oficina de Planeación y Mercadeo Dra Yackeline Moreno	Humanos y Técnicos Internos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se han gestionado proyectos que ayudan a mitigar la problemática de la población contemplada en el balance social, como son la ampliación de la Unidad Renal, UCI Pediatría, Resonancia Magnética, Telemedicina, Reposición de Urgencias Adultos-Pediatricas, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Unidad Oncológica y mejoramiento de áreas de atención hospitalaria y ambulatoria por medio del proyecto de reordenamiento de infraestructura.	LA PRESENTACION DEL BALANCE SOCIAL OBEDECE A LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA CONTRALORIA Y EN ESTE SE SEÑALAN CLARAMENTE LOS BENEFICIOS E IMPACTO GENERADO CON LA EJECUCION DE ALGUNOS PROYECTOS QUE MEJORAN LA ATENCION DE LOS USUARIOS.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2014	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.1. La cifra de 860 contratos de Prestación de Servicios entre Enero y Marzo, no permitió al Hospital afirmar con exactitud si todos se encontraban liquidados.	1) Liquidar la totalidad de los contratos de prestación de Servicios de Acuerdo con el procedimiento establecido 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área y de la Oficina de Control Interno Organizacional.	Total Contratos liquidados/ total Contratos celebrados.	Liquidación el 100% de los Contratos de prestación de Servicios.	Contratación, Jurídica, Talento Humano	Area de Contratación Dra Leda Belén Viveros, Jefa Oficina Jurídica dra María Hilsa Mora y Auditores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se liquidaron los contratos pendientes.	Se elaboraron las actas de liquidación, se está a la espera de algunas firmas	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2015	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.5. Actas de liquidación firmadas por el contratista faltantes en las carpetas de 2 contratos.	1). Exigir, revisar y controlar la documentación de cada carpeta de los contratos. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De Carpetas con la totalidad de los documentos / Total carpetas de contratos celebrados.	100% de las carpetas con toda la documentación de los contratos.	Jurídica, Contratación e Interventores	Jefe Oficina Jurídica Dra María Hilsa Mora, Area de Contratación Dra Leda Belén Viveros e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró el procedimiento de liquidación de contratos, con el objeto de verificar que todos los contratos del hospital cumplan cabalmente este requisito.	Se elaboraron las actas de liquidación, se está a la espera de algunas firmas	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2016	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.6. Certificaciones emitidas por el interventor, así como las órdenes de pago correspondientes, faltantes en las carpetas de 30 contratos.	Exigir, revisar y controlar la documentación de cada carpeta de los contratos 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De Carpetas con la totalidad de los documentos / Total carpetas de contratos celebrados.	100% de las carpetas con toda la documentación de los contratos.	Jurídica, Contratación e Interventores	Jefe Oficina Jurídica Dra María Hisa Mora, Área de Contratación Dra Leda Belén Viveros e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	80	Mediante Resolución 157 de 2009 se modificó el Manual de Contratación y se elaboró el procedimiento de contratación, con el fin de subsanar las inconsistencias observadas.	Se cumple con lo establecido en las tablas de retención documental, para cada contrato. Verificado en muestra a contratos 2010.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2017	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.7. Del total de contratos suscritos, diferentes de los de prestación de servicios, el 70% no fue liquidado dado que los supervisores no efectuaron las solicitudes respectivas.	Exigir, revisar y controlar la documentación de cada carpeta de los contratos. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De Carpetas con la totalidad de los documentos / Total carpetas de contratos celebrados.	100% de las carpetas con toda la documentación de los contratos.	Jurídica, Contratación e Interventores	Jefe Oficina Jurídica Dra María Hisa Mora, Área de Contratación Dra Leda Belén Viveros e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante Resolución 157 de 2009 se modificó el Manual de Contratación y se elaboró el procedimiento de contratación, con el fin de subsanar las inconsistencias observadas.	Se elaboraron las actas de liquidación, se está a la espera de algunas firmas	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2018	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.8. Certificados emitidos por la Interventoría, faltantes en las carpetas de 15 contratos.	Exigir, revisar y controlar la documentación de cada carpeta de los contratos. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De Carpetas con la totalidad de los documentos / Total carpetas de contratos celebrados.	100% de las carpetas con toda la documentación de los contratos.	Jurídica, Contratación e Interventores	Jefe Oficina Jurídica Dra María Hisa Mora, Área de Contratación Dra Leda Belén Viveros e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante Resolución 157 de 2009 se modificó el Manual de Contratación y se elaboró el procedimiento de contratación, con el fin de subsanar las inconsistencias observadas.	Se elaboraron las actas de liquidación, se está a la espera de algunas firmas	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2019	CONTRATACION	EVALUACION DE LA CONTRATACION	8.3.9. Órdenes de pago faltantes en las carpetas de 6 contratos.	Exigir, revisar y controlar la documentación de cada carpeta de los contratos. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De Carpetas con la totalidad de los documentos / Total carpetas de contratos celebrados.	100% de las carpetas con toda la documentación de los contratos.	Jurídica, Contratación e Interventores	Jefe Oficina Jurídica Dra María Hisa Mora, Área de Contratación Dra Leda Belén Viveros e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante Resolución 157 de 2009 se modificó el Manual de Contratación y se elaboró el procedimiento de contratación, con el fin de subsanar las inconsistencias observadas.	Se cumple con lo establecido en las tablas de retención documental, para cada contrato. Verificado en muestra a contratos 2010.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2020	CONTROL INTERNO	EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	4.2.4.1. Memoria Institucional. En el área Financiera y de Presupuesto se encuentra documentación en proceso de depuración y clasificación. Se está recolectando información acerca de la evolución de la estructura orgánica, para contar con la Memoria Institucional de la entidad.	1) Adelantar gestión ante la SDS para proyecto consecución predio o recursos económicos. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Cantidad de información Depurada / cantidad de información de cada área.	Tener depurada el 100% de la documentación de las áreas referenciadas.	Archivo Institucional	Coordinador de Archivo Institucional Dr. Julian Cuadrado	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	50	Se envió comunicado solicitando intermediación a la SDS con Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público. Se realiza jornada de intervención para depuración, actualización y organización de los documentos correspondientes a las áreas que tienen fondos documentales acumulados sin identificar. Se consolidó los documentos soportes de estructura orgánica.	SE OBSERVA EN LOS DIFERENTES OFICIOS DIRIGIDOS A LOS ENTES CORRESPONDIENTES LA SOLICITUD DEL ESPACIO PARA SOLUCIONAR LO CORRESPONDIENTE A LOS ARCHIVOS INSTITUCIONALES.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2021	GESTION	EVALUACION A LOS ESTADOS FINANCIEROS - ACTIVOS	4.3.1.10. Gestión expresa, soportada y controlada del cobro de deudas a particulares.	1) Determinar un procedimiento para realizar los cobros mensualmente. 2) Socializar el procedimiento 3) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Procedimiento establecido en el 100% Ingresos recibidos/ Total deuda a particulares.	Realizar una gestión de cobro al 100% de los particulares	Cartera	Coordinador Cartera María Elpidia Arca	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró, documentó y socializó el procedimiento CA-03-15-S2 "Gestión cobro de Cartera"	Se revisó la adopción como aplicación del procedimiento.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2022	CONTRATACION	CONTRATACION	4.3.3.2.3. Errores en las actas de liquidación de 2 contratos.	1). Elaborar actas en coordinación con las diferentes áreas involucradas. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Liquidaciones correctas / Total Liquidaciones elaboradas	100% de las Liquidaciones correctamente elaboradas	Contratación, Subgerencia administrativa y Financiera, Interventores	Contratación Dra Leda Belén Viveros y Financiera e interventores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboraron las actas de liquidación de los contratos.	FALTO PRECISAR LOS CONTRATOS	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2023	CONTRATACION	CONTRATACION	4.3.3.2.7. No se encuentran documentos completos en las carpetas de 3 contratos.	Verificar y controlar cronológicamente el proceso de archivo de estos documentos. Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de hallazgo de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación	Carpetas con documentación incorrecta / carpetas de contratos suscritos	Disponer en el 100% de las carpetas de la documentación correcta	Contratación y Jurídica	Contratación Dra Leda belén Viveros	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Con la lista de chequeo se está verificando que la documentación de los contratos esté completa.	FALTO PRECISAR LOS CONTRATOS	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2024	GESTION	EVALUACION A LA GESTION Y RESULTADOS	4.3.4.3. Gestión del Problema Social Identificado. Los proyectos desarrollados, aunque han mejorado la imagen y la infraestructura, no están encaminados a solucionar el problema planteado.	1) Dar Continuidad a los proyectos de reforzamiento estructural, quinto piso. 2) Gestionar el proyecto de reubicación de consulta externa para atención de urgencias y cuidado crítico. 3) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área	No. De Proyectos Aprobados	Contar por lo menos con cuatro (4) proyectos aprobados y con viabilidad financiera.	Oficina de Planeación, Subgerencia Administrativa	Jefe Oficina Planeación Dra Yackeline Moreno	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se han realizado reuniones con la SDS con el fin de encaminar la razón de ser de los proyectos, junto con la ejecución de los mismos estableciendo avances a corto, mediano y largo plazo. También se han hecho informes y entrega mensual de éstos con la información técnica de cada proyecto vigente, es decir, avances en cumplimiento de adquisición de dotación, obras de infraestructura, ejecución presupuestal y las observaciones pertinentes.	SE VERIFICARON LAS ACTAS DE LAS REUNIONES CON LA SDS EN LAS CUALES SE INFORMAN LOS AVANCES DE LOS PROYECTOS QUE ADELANTA EL HOSPITAL	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2025	GESTION	EVALUACION A LA GESTION Y RESULTADOS	4.3.4.13. Plan de Acción. No se realizaron los proyectos programados en cuanto a Infraestructura y Dotación, mientras que se sobre ejecutó lo establecido para Nómina y aportes patronales.	Para el numeral No. 1 que es reforzamiento estructural, el plan de mejoramiento se encuentra inmerso en los numerales 4.3.4.3 y 4.3.4.7. Para el numeral No. 2 el plan de mejoramiento está inmerso en el numeral 4.3.4.11. Con referencia a nómina y aportes patronales es de aclarar que la contraloría sigue confundiendo lo que son Procedimientos, netamente asistenciales y que están relacionados con la atención al paciente, con la ejecución de recursos; en la programación de neurocirugía se estimaron 284 Procedimientos y se realizaron 650, igualmente sucede con las actividades de las UCI's. Reiteramos nuevamente que estos son "Procedimientos" o en otras palabras atención a pacientes, más no millones de pesos que es lo que la Contraloría está entendiendo.	Plataforma Estratégica Definida	Calificación del 100% de las metas, según los soportes sobre su ejecución.	Oficina Planeación, Sistemas, Subgerencia Científica	Planeación, Subcientífica, Sistemas	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Los proyectos planteados según prioridad para la institución están siendo ejecutados y se están presentando los reportes de estas ejecuciones (en infraestructura, dotación y presupuestal), mensualmente a la SDS con el fin de tener registro del seguimiento realizado.	SE VERIFICARON LAS ACTAS DE LAS REUNIONES CON LA SDS EN LAS CUALES SE INFORMAN LOS AVANCES DE LOS PROYECTOS QUE ADELANTA EL HOSPITAL	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2025	CONTROL INTERNO	ADMINISTRACION DEL RIESGO	4.2.2.1. No se han tenido en cuenta algunos riesgos inherentes al registro presupuestal en Jurídica y Financiera.	1) Determinar los riesgos. 2) Elaborar el plan para su mitigación y monitoreo. 3) Hacer seguimiento de acciones relacionadas con el riesgo. 4) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área y de la Oficina de Control interno Organizacional.	Riesgos Documentados y monitoreados *100* Total de riesgos a documentar y monitorear.	Documentar y hacer seguimiento a los riesgos inherentes al registro presupuestal.	Subgerencia administrativa y financiera, Oficina Jurídica y Control Interno Organizacional.	Subgerencia administrativa y financiera, Dra Myriam Herrera, Jefe Oficina Jurídica, dra. María Hilsa Mora, Auditores	Logísticos, Humanos y Técnicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Los mapas de riesgos se encuentran actualizados al 2009.	El mapa de riesgos de la entidad se levanta para la totalidad de los procedimientos	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2032	CONTROL INTERNO CONTABLE	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Administración del Riesgo - Manejo del Riesgo	2.1.2.6 Respecto a las notas crédito y sus correspondientes soportes, efectuadas en la oficina de facturación, en las vigencias auditadas, se observó la dificultad para los entes auditores, la consecución de los documentos referidos. Con esta situación se corre el riesgo, entre otros, que se pierdan los documentos que soportan los distintos registros que dan origen a las operaciones dejando entrever que el hospital no da aplicabilidad a las normas de archivo contempladas en la Ley 594 de 2000.	1). Documentar todas las notas crédito en forma consecutiva por usuario. 2). Crear un procedimiento de elaboración soporte y autorización de notas crédito. 3). Auditar y dejar evidencia con trazabilidad que permita evidenciar por los entes de control la memoria institucional frente a las notas crédito elaboradas.	1. Documento validado e implementado del procedimiento para la elaboración soporte y aprobación de notas crédito. 2. Documento de informe sobre notas crédito realizadas de manera mensual.	1. Procedimiento funcionando 2. Evidencia de archivo consecutivo y auditado de notas crédito por periodo.	Facturación.	Area de Facturación. Dra Alba Yaneth Aguilera	Humano, del área de facturación y base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se creó instructivo de elaboración de notas crédito y débito, se lleva control diario de notas, con la firma de la coordinadora de facturación en el formato establecido. Se lleva archivo físico de las notas débito y crédito.	Se elaboro el procedimiento FA-04-02-S1. Elaboración de notas Débito y Crédito. Verificándose su implementación y aplicación	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2033	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Administración del Riesgo - Manejo del Riesgo	2.1.2.7. El Hospital no lleva control eficiente de los recibos de caja, mediante los cuales se maneja la facturación manual, esto es tesorería recibe del almacén los talonarios preimpresos y numerados, sin que sea verificados por ésta la numeración y mucho menos si están en forma consecutiva, para luego ser distribuidos a los facturadores del Hospital, con esta situación se está generando riesgo de fraude en el manejo de la facturación citada.	1. Documentar el procedimiento para la recepción de los recibos manuales de caja, de almacén a tesorería. 2. Generar procedimiento de cumplimiento de requisitos, en el que se exige que para generar un recibo de caja, el cajero debe tener como soporte una factura manual autorizada por el área correspondiente y prenumerada para poder emitir el recibo de caja manual correspondiente. 3. Actualizar procedimiento para la entrega de recibos de caja manuales a cada uno de los cajeros facturadores. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Cuadro control recibos de caja entregados Y/O recibidos	Garantizar que el 100% de los recibos de caja estén controlados	Tesorería	Responsables de las áreas de tesorería Dr Manuel crastancho y Almacén Dra Luz Marina Zarta	Humano, de las áreas de almacén y tesorería.	15/05/2009	31/12/2009	100	Existe el Procedimiento TE-03-05-S2 para la generación de recibos manuales. En este procedimiento se incluye los requisitos para la entrega de los recibos de caja.	Se verificó la implementación y aplicación del procedimiento TE-03-05-S2	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2034	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los Elementos - Esquema Organizacional	2.1.3.1 LA ENTIDAD NO REALIZA ESTUDIOS PREVIOS DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD SERIOS, MUCHO MENOS APLICA EN EL PRINCIPIO DE PLANEACION EN LA CELEBRACION Y EJECUCION DE LOS CONTRATOS. ESTO ES, LOS CONTRATOS INICIALES SON OBJETO DE ADICIONES Y PRORROGAS EN REITERADAS OPORTUNIDADES.	1). Generar un instrumento en donde se registre el estudio previo de conveniencia y oportunidad para adquisición de bienes y servicios nuevos. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Procesos con Análisis Precontractual / Procesos Contractuales.	Seguir en 2009 con la implementación y empleo de los manuales y procedimientos actualmente establecidos	Contratación, recursos Físicos y Adquisiciones	Contratación Dra Leda belén Viveros	HUMANO, INFRAESTRUCTURA Y TECNOLÓGICA	15/05/2009	31/12/2009	100	En el formato SU-05-017. Sí se consolida el estudio de conveniencia y oportunidad para la adquisición de bienes y servicios nuevos.	Se verificó la existencia del formato SU-017-S1 Y su aplicación a partir del momento de su adopción	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2035	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.2 A pesar de que en el área de cartera existe la resolución No. 091, del 9 mayo de 2007, mediante la cual se adopta el reglamento interno de recaudo de cartera pública de la Empresa Social del Estado El Hospital el Tunal, se evidenció que este acto administrativo no ha sido publicado de conformidad a lo ordenado en el artículo cuadragésimo segundo razón por la cual este ente de control considera no haberse surtido el proceso de publicidad, la resolución no ha nacido a la vida jurídica de conformidad con lo establecido en el CCA art. 43.	1). Publicar la Resolución 091 del 9 de Mayo de 2007, en la página web del Hospital. 2). Realizar el proceso oficial de publicidad de la Resolución en la Gaceta Distrital. 3). Incluir en el Club de la Norma del área de Cartera la Resolución 091 de 2007, una vez se haya publicado oficialmente. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Publicación de la Resolución 091 del 9 Mayo de 2007, conforme al artículo 43 del Código Contencioso Administrativo.	Publicar oficialmente la Resolución 091, antes del 30 Marzo de 2009	Cartera	Coordinador de Cartera Dra María Elpidia Arca	Humano, Coordinador de Cartera	15/05/2009	31/12/2009	100	La Resolución 091 fue publicada en el diario Oficial No. 47242 de enero 24 de 2009. Esta resolución fue modificada por la Resolución 088 del 3 de abril de 2009, publicada por el Diario Oficial No. 47342 del 7 de mayo de 2009.	La Resolución 091 fue publicada en el diario Oficial No. 47242 de enero 24 de 2009. Esta resolución fue modificada por la Resolución 088 del 3 de abril de 2009, publicada por el Diario Oficial No. 47342 del 7 de mayo de 2009.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2036	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.3 El ÁREA DE CONTRATACION POSEE UN RESPECTIVO MANUAL, EL CUAL NO HA SIDO OBJETO DE PUBLICACION PARTIENDO DE LA BASE QUE ES UN ACTO ADMINISTRATIVO DE CARÁCTER GENERAL, INCUMPLIENDO EN EL ARTICULO 43 DEL C.C.A.	1). Establecer la publicación permanente de los actos administrativos generales de la institución, acorde con lo establecido en la norma. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Actos Administrativos Generales Publicados / Actos Administrativos Generales Preferidos	Se Publicarán los Actos Administrativos de carácter general que el Hospital Profiera de lo cual se hará control desde 01/03/2008	Subgerencia Administrativa	Subgerente Administrativa y Financiera Dra Myriam Herrera	Humano	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante Oficio 2213300 se certificó la publicación en el registro Distrital de la modificación del Manual Interno de Contratación con fecha 07/09/2009.	Se verificó el documento de la publicación del manual interno de contratación en el diario oficial.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2037	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.4 Se evidenció la no existencia de puntos de control en la generación de las facturas, cobros, glosas y registro de las notas crédito en las áreas de cartera, facturación y glosas, lo que conlleva a que se aumente los riesgos de pérdidas, sobrefacturación, glosas definitivas e inadecuados registros de disminución de valores contenidos en el proceso de facturación.	1). Crear procedimientos para la facturación de servicios acordes con las políticas del hospital y la minimización de riesgos en nuevo formato enviado por la oficina de control organizacional. 2). Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa del hallazgo lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación	Documento validado e implementado del procedimiento.	Procedimiento funcionando y con puntos de control.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de facturación y base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se viene realizando revisión y actualización de la plataforma documental del área de facturación teniendo en cuenta la normatividad vigente.	Se creó procedimiento FA - 03-23-S2. QUE VA ACOMPAÑANDO DE LA SOLICITUD Y CONTROL FA-03-23-S2. Así mismo se creó el formato FA-05-25-V2 SOLICITUD DE NOTAS DEBITO Y CREDITO	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2038	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.5 El hospital no cuenta con procesos y procedimientos para la anulación de facturas realizadas a particulares, evidenciando que los facturadores realizan los registros en el sistema de información, tanto de la creación como de la anulación, observando concentración de funciones y riesgos de fraude.	1) Crear procedimientos para la anulación de facturas acorde con las políticas del hospital y la minimización de riesgos en nuevo formato enviado por la oficina de control organizacional, que permita la definición de puntos de control a través de un solo usuario con única autorización para la anulación en el sistema de información. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Documento validado e implementado del procedimiento.	Procedimiento funcionando y con puntos de control.	Facturación.	Area de Facturación.	Humano, del área de facturación y base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se generó el procedimiento para anulación de facturas en el sistema de información, se lleva control sobre las mismas en el formato establecido.	Se creó el procedimiento FA-03-07-S1 del 5 de agosto de 2009. Este se está aplicando al momento de la auditoría.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2039	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.6. Teniendo en cuenta que la Oficina de Control Organizacional tiene como función el acompañamiento y seguimiento al levantamiento de los procesos y procedimientos de las áreas auditadas, se evidenció, por parte de este ente de control, total ausencia de la misma, ocasionando que los funcionarios confundan, en la mayoría de las veces, qué es una tarea con un punto de control, entre otros.	1). Modificar el formato utilizado para la documentación de procedimientos, incluyendo casilla específica para detallar los puntos de control establecidos en cada caso. 2). Diligenciar Actas de Reunión firmadas por las partes para cada una de las actividades se acompañamiento y asesoría realizadas en las distintas áreas de la institución, como soporte de las mismas. 3). Hacer seguimiento por parte del responsable del proceso.	áreas con Acompañamiento o Asesoría / Total de Áreas de la Institución.	Asesorar y Acompañar al 100% de las áreas de la institución en el levantamiento y revisión de procedimientos, comenzando por las áreas auditadas por el ente de control.	Sistemas de Gestión de Calidad.	Sistemas de Gestión de Calidad. Dra Elvira Montalvo	Humano, de la Oficina de Control. Sistema de Información, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se modificó el formato. Las actas se encuentran diligenciadas para el levantamiento de los procesos administrativos. Se realiza seguimiento a las actas levantadas en los procesos.	Se efectuó la implementación del registro de actividades de acompañamiento de asesora de la plataforma documental. Formato código SG-05-03-V1. Se verificaron las actas de socialización de los procedimientos.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA 2040	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Procesos y Procedimientos	2.1.3.7 El Hospital no ha determinado las glosas definitivas que causan detrimento para las vigencias de 2007 y primer semestre de 2008, lo que conlleva la no determinación de los responsables, ni la apertura de procesos disciplinarios o la aplicación de las cláusulas contractuales por la ocurrencia de la misma. Con lo descrito anteriormente, se incumple con lo estipulado en la Resolución No. 035 expedida por la Contaduría General de la Nación.	1). Sesionar el Comité Técnico de Glosas mensualmente, para analizar la glosa definitiva presentada por el Auditor de Cuentas Médicas en cumplimiento de las funciones de este comité. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Valor de glosas definitivas analizadas y conceptuadas / Valor de glosas definitivas presentadas al comité	Analizar la glosa definitiva presentada mensualmente al comité Técnico de Glosas	Comité Técnico de Glosas	Auditor de Cuentas Médicas	Humano, del Comité Técnico de Glosas, base documental existente en el área de Glosas	15/05/2009	31/12/2009	100	Se está enviando oficios a los posibles responsables de glosas y se anexa copia de los oficios y de las actas realizadas desde el 2 semestre del 2008 a la fecha.	Es un proceso dinámico por lo tanto es continuo y se da en la medida en que se radiquen las cuentas de cobro ante las EPS, al igual que el traslado al área correspondiente. Se cierra por el cumplimiento de la acción comprometida sin embargo se replantea por cuanto la cifra se ha incrementado.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2041	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Sistemas de Información	2.1.3.8 Es de mencionar, que a pesar de que las historias clínicas se encuentran inmersas en el aplicativo permitiendo con esto la agilidad en la ubicación de las mismas, se ve opacado al tener que recurrir a dos archivos y uno de estos fuera de la institución, para su consulta, lo que demora la entrega de la información. De otra parte, se observó que existen inconsistencias en el campo NIVEL del SISBEN con la facturación con el proveedor (No. 135677- Movimientos Fondo financiero, violando la Ley 87 de 1.993 en sus artículos 8 y 9. La aplicación de Facturación está liquidando los copagos con el respectivo nivel, tomado desde el ingreso del paciente al momento de imprimir la factura no imprime el nivel de la liquidación sino de una tabla, parámetros definidos con anterioridad para empresas y niveles.	1). Continuar con la revisión del archivo a fin de verificar tiempos de conservación y ubicación de los mismos. 2). Continuar con el proceso de transporte, garantizando los tiempos de respuesta y planes de contingencia en casos de falla de maquinaria de transporte o archivo. Se abre Caso con el proveedor (No. 135677- Movimientos Facturación) y se le indica al proveedor que el sistema liquida correctamente los copagos, pero que es indispensable que imprima el nivel con que liquida la factura, no con otro nivel.	1. Historias revisadas/ Total de historias Archivadas 2. Historias entregadas/ Total historias Solicitadas. Caso Abierto y/o Cerrado	Revisar el 100% del archivo Activo a Junio de 2009. Hacer entrega oportuna de mínimo del 97 % de las historias solicitadas Cerrar al 100% del hallazgo a partir del 1 de Enero de 2009, teniendo en cuenta disponibilidad de corrección por parte del proveedor Servinte S.A.	Admisiones, Archivo de Historias Clínicas Sistemas	Admisiones, Archivo de Historias Clínicas Coordinador de Sistemas y Análisis Estadístico Ingeniero Ernesto Zúpacón.	Humano, de la Oficina de Admisiones; Documentación existente en cada área. Sistema de Información	15/05/2009	31/12/2009	20	Se realizó la gestión en la consecución del predio para el archivo institucional; sin embargo mediante Oficio No. 3005AI de fecha 19711.09 de la Defensora del Espacio Público expresan que no es factible la entrega del predio solicitado al Hospital.	Aunque se habilitó un espacio como archivo para algunos documentos, especialmente para contratación, dado el volumen de información generado, es importante seguir en procura de solucionar el problema relacionado con el archivo	1	A
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2042	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Operacionalización de los elementos - Mecanismos de Verificación y Evaluación	2.1.3.9 Se verifico que el Comité Técnico de Glosas en la vigencia de 2007 y primer semestre de 2008, no se reunió generando represamiento en el trámite, análisis y aprobación de las glosas, mora en la determinación de los responsables, por lo tanto se incurre en lo establecido en la Resolución 278 de noviembre de 2005 y resolución No 398 del 29 de Noviembre de 2006	1). Analizar las glosas mensualmente, para determinar posibles responsables, esta acción va directamente relacionada con el punto 2.1.3.9. 2). Gestionar los procesos disciplinarios según el caso, de los posibles responsables de la glosa definitiva que genera detrimento patrimonial.	Valor de glosas definitivas analizadas y conceptuadas con posible responsable / Valor de glosas definitivas con posible detrimento patrimonial presentadas al comité. No. De procesos Disciplinarios gestionados / No. De Disciplinarios remitidos por el Comité Técnico	Analizar el 100% de las glosas definitivas con posible detrimento patrimonial presentadas al Comité Técnico de Glosas. Determinar los responsables de la glosa definitiva que genera detrimento patrimonial al Hospital.	Comité Técnico de Glosas	Auditor de Cuentas Médicas. Comité Técnico de glosas y Oficina de Control Interno Disciplinaria Olga Nieto	Humano, del Comité Técnico de Glosas, base documental existente en el área de Glosas y conciliaciones	15/05/2009	31/12/2009	100	Se está enviando oficios a los posibles responsables de glosas y se anexa copia de los oficios y de las actas realizadas desde el 2 semestre del 2008 a la fecha	Se verificó en actas las reuniones del comité técnico de glosas	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2043	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Fase documentación	2.1.4.1 El archivo del área de facturación, no cumple con las normas que regulan la materia, la cual es la Ley 954 de 2000, pues este se encuentra en forma desorganizada, lo que impide la consulta de los mismos y efectuar seguimiento a los distintos registros que conlleva la elaboración y soporte de una factura.	Trasladar a la sede institucional la documentación ubicada en un inmueble alejado al Hospital, con el objeto de que sea administrada por el Archivo Principal de la entidad, con las normas establecidas para tal fin, en cuanto se reubiquen las dependencias en la nueva sede administrativa.	Archivo Reubicado	Disponer en la sede del Hospital de la documentación de las diferentes áreas, cumpliendo con la normatividad sobre el particular.	Subgerencia Administrativa	Subgerencia Administrativa Dra Myriam Herrera, Oficina de Planeación Dra Yackeline Moreno, y Archivo Institucional	Humano y físico de la institución	01/03/2009	31/12/2009	100	El archivo de facturación se encuentra administrado por el archivo principal, con las normas establecidas para tal fin.	Se verificó la implementación de la acción correctiva en el archivo que se está manejando en las entidades.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2044	CONTRATOS	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Fase documentación	2.1.4.2 SE OBSERVO FALLAS DE CONTROL INTERNO EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN PUES LAS CARPETAS QUE CONTIENEN LOS DOCUMENTOS QUE COMPONEN EL CONTRATO NO SE ENCUENTRAN FOLIADAS. VIOLANDO LA LEY 594 DE 2000.	1) Aplicar las tablas de retención documental. 2) Reorganización del archivo de contratación y foliatura diaria de los documentos soportes de los contratos.	Carpetas de contratos completas y foliadas / total contratos perfeccionados.	REORGANIZAR EL ARCHIVO COMPLETO CON FOLIATURA AL 31/03/2009	Contratación	RESPONSABLE DEL AREA DE CONTRATACION	HUMANO. BASE DOCUMENTAL	01/12/2008	31/12/2009	90	Se impartió capacitación al área de contratación sobre el manejo documental y las TRD.	Se revisó un muestra de los contratos del año 2009 encontrándose foliados	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2045	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Fase documentación	2.1.4.3. ACTAS DE ADJUDICACION QUE REALIZA EL HOSPITAL, DENTRO DE LOS PROCESOS DE SELECCION, NO OSTENTAN FECHA DE ELABORACION O DE CELEBRACION DEJANDO ENTREVER FALLAS DE CONTROL.	Controlar y anotar las respectivas fechas en forma permanente.	Consecutivo de actas de adjudicaciones con fecha de elaboración / total invitaciones a cotizar	En todo proceso de selección con sus respectivas actas deberá tener la respectiva fecha de elaboración al 30/06/09	Contratación y adquisiciones	RESPONSABLE DEL AREA DE ADQUISICIONES	RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL	01/01/2009	31/12/2009	100	Se elaboró, documento y socializó el formato SU-05-17-S1 en donde se registra el cuadro resumen de las evaluaciones de cada invitación a cotizar con su respectiva fecha de emisión y revisión.	Se verificó la socialización e implementación del formato SU-05-17-S1	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2046</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - Fase documentación</p>	<p>2.1.4.4 Analizada la documentación que soporta la ejecución del contrato No. 284 de 2007 con la empresa Administración y Gestión de Salud, se evidencia un deficiente manejo de la documentación que respalda la gestión realizada. Por lo tanto se incumple lo establecido en la ley 87 de 1993, en sus artículos 8 y 9.</p>	<p>1. Recuperación documental de los soportes de la gestión de Gesalud para la vigencia de los contratos. 2. Organización de AZ que soporte la gestión de Gesalud.</p>	<p>Soportes de gestión del contrato de Gesalud con cobertura de las vigencias de los contratos</p>	<p>100% del contrato de Gesalud soportado con los informes de la gestión, dentro del periodo de la vigencia del contrato.</p>	<p>Cartera</p>	<p>Cartera Dra María Elpidia Aroca, Ejecutivo responsable de la cuenta de FOSYGA</p>	<p>Recurso Humano del área de Cartera</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se solicitó devolución de las cuentas e información que tuviera en su poder el contratista. Se hizo acercamiento con el consorcio fiduciario para obtener los estados de cuenta, soportes de pagos y toda la información correspondiente al Hospital. La gestión de radicación, respuesta a glosa y gestión de cobro y seguimiento se adelanta actualmente directamente por el Hospital.</p>	<p>Se revisó un muestra de los contratos del año 2009 encontrándose foliados</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2047</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACION PROCESO DE CARTERA</p>	<p>2.2.1 En el contrato 430 de 2006, se estableció en la cláusula tercera que el pago de los honorarios estaría compuesta de una cuota fija mensual de \$ 3.5 millones y el resto por un porcentaje de lo recaudado, durante los cinco meses de su ejecución, verificados los comprobantes de pagos se estableció que se realizó un mayor pago equivalente a \$0.233 millones, por concepto de la cuota fija mensual, por cuanto de la sumatoria del valor que debía cancelarse durante los cinco meses arroja un total de \$17.5 millones y una vez sumadas las cantidades pagadas al contratista de acuerdo con las facturas presentadas por León y asociados y comprobantes de pago se estableció que fué cancelado un total de \$17.7 millones, excediendo en \$0.233 millones. Por lo anterior este ente territorial evidencia daño patrimonial del Hospital, por cuanto se realizó un pago mayor, con esta situación se contraviene lo pactado en el contrato encuadrándose en lo preceptuado en la ley 610 de 2000</p>	<p>1). Revisar las facturas pagadas y verificar los cálculos tenidos en cuenta para liquidar cada factura. 2). Si existiere la diferencia el Hospital se encargará de recuperar estos dineros a través del interventor del contrato. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área</p>	<p>100% hallazgo subsanado</p>	<p>Realizar el saneamiento de esta cuenta.</p>	<p>Cartera</p>	<p>Coordinador de Cartera María Elpidia Aroca, Jefe Oficina Jurídica Dra. María Hilsa Mora</p>	<p>Recurso Humano del Hospital</p>	<p>01/06/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se evidencia recibo de caja No. 1838743 por valor de \$233.000 a nombre de León & Asociados Ltda.</p>	<p>Se evidenció el recibo de caja 1838743.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2048</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACION PROCESO DE CARTERA</p>	<p>2.2.2 El contrato No. 834 de 2008 con Asesorías Integrales de Salud, Ltda. con plazo de 12 meses, comenzando la ejecución el 23 de abril de 2008 cuyo objeto es la prestación del servicio de recaudo y depuración parcial de la cartera, por valor de \$100 millones liquidados en porcentaje de compensación de 10%, 12% y 15% para moras entre 0 a 60 días, 61 a 180 días y 180 días en adelante respectivamente. En este contrato se dejó entrever la falta de planeación y estudios previos de conveniencia, pues tenía como plazo de ejecución 1 año y tan solo en 8 días se ejecutó lo presupuestado.</p>	<p>1). Solicitar una revisión exhaustiva de la ejecución y certificación de pagos del contrato No. 834 de 2008 con ASEISA 2) Tomar decisiones sobre el acta de liquidación firmada, con base en el resultado de las revisiones. 3). Adelantar proceso de conciliación con la firma ASEISA. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área</p>	<p>Revisión y análisis 100% del contrato de ASEISA en su ejecución y certificaciones de pago.</p>	<p>Tomar decisiones sobre el acta de liquidación del contrato de ASEISA</p>	<p>Cartera, Oficina Jurídica</p>	<p>Coordinador de Cartera, María Elpidia Aroca Jefe de Oficina Jurídica Dra María Hilsa Mora.</p>	<p>Recurso Humano del Hospital</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se tiene informe de auditoría sobre ejecución del contrato. En el Comité jurídico reposan actas de seguimiento a la ejecución y liquidación de este contrato.</p>	<p>Este contrato se liquidó previa conciliación ante la procuraduría. Se anexa fotocopia de la auditoría interna.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2049</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas</p>	<p>2.2.3 Debido a que el área de glosas dependía de facturación y hasta el mes de marzo se independiza de la misma, esta se encuentra en proceso de depuración de la glosa y levantamiento de inventario de la misma, de otra parte a pesar que el Sistema de Información Clínica Suite, tiene un modulo que permita evidenciar las glosas por cada uno de los centros de costos, pero este solo empezó a funcionar en marzo de 2008. Por lo descrito anteriormente se deduce que el Hospital el Tunal no posee datos reales y confiables, que permitan efectuar tomas de decisiones, conllevando a que se corra el riesgo que no efectúe la gestión oportuna y se aumente la glosa definitiva. Por lo anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 035 de 2000, en el numeral 5.3.3</p>	<p>1). Levantar inventario. Depurar y registrar el valor de la glosa del Hospital en el sistema de información Clínica Suite. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.</p>	<p>Valor de glosas depurado y registrado en el Sistema de Información / Valor del Inventario de Glosas</p>	<p>Depurar y Registrar el 100% de las Glosas en el Sistema de Información</p>	<p>Glosas y Conciliaciones</p>	<p>Responsable Area de Glosas y Conciliaciones</p>	<p>Humano, del Area de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de Glosas</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Con corte al 30 de junio se ingresó al Sistema toda la glosa pendiente para lograr obtener citas de conciliación y a la fecha se esta ingresando la glosa a medida que llega al Hospital</p>	<p>A diciembre 31 de 2009, se encuentra registrada la totalidad de la glosa. A partir de esta actualización toda la glosa se esta registrando apenas llega.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2050</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas</p>	<p>2.2.5 Al efectuar comparaciones entre la glosa por contestar entre el año 2007 por valor de \$2.247 millones y el primer semestre de 2008, \$1.189.6 millones, en donde se observa un incremento del 2.5% durante el primer semestre de 2008, aumento este que se genera por la alta concentración de la misma, de otra parte se corre con el riesgo que entren a conformar el grupo de las glosas definitivas por la carencia de gestión oportuna. Con lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Circular 035 de la Contaduría General de la Nación en cuanto a la constitución de la responsabilidad.</p>	<p>1). Disminuir el porcentaje de glosa sin respuesta al 0% atendiendo con prioridad las vigencias anteriores y dando cumplimiento a la Resolución 3047 de 2008. 2.) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área</p>	<p>Valor Glosa contestada / Valor de Glosa pendiente por contestar</p>	<p>Responder el 100% de la glosa notificada por los pagadores</p>	<p>Glosas y Conciliaciones</p>	<p>Responsable del Area de Glosas y Conciliaciones Dra. Luz Stella Avellaneda</p>	<p>Humano, del Area de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de Glosas</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>30</p>	<p>Se esta obteniendo citas para conciliar la glosa de vigencias anteriores y vigencia actual esto nos lleva a las disminuciones del porcentaje de glosa sin responder.</p>	<p>Es un proceso dinámico por lo tanto es continuo y se da en la medida en que se radiquen las cuentas de cobro ante las EPS, al igual que el traslado al área correspondiente.</p>	<p>1.5</p>	<p>A</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2051</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas</p>	<p>2.2.6 A 30 de junio de 2008 la glosa definitiva ascendió a \$104.3 millones, de los cuales aún el Hospital no tiene establecido que monto causa detrimento. De otra parte no se evidencian procesos, procedimientos ni puntos de control que permitan identificar de esta glosa definitiva que causa detrimento o que no, así mismo no se está adelantando investigación disciplinaria o actuación administrativa alguna, para establecer la responsabilidad de la ocurrencia de la misma. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la circular 035 de la Contaduría General de la Nación, en cuanto a la constitución de la responsabilidad incurriendo en falta disciplinaria de conformidad con lo establecido en el numeral 1 de artículo 35 de la Ley 734 de 2002</p>	<p>1). Presentar a Comité Técnico de Glosas para análisis y concepto técnico, el informe de glosa definitiva con o sin posible detrimento patrimonial mensualmente, con el fin de solicitar las acciones correspondientes en cumplimiento de las funciones del Comité. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.</p>	<p>Valor glosa definitiva analizada en Comité con posible detrimento patrimonial / Valor glosa definitiva con posible detrimento patrimonial informada al Comité</p>	<p>Presentar el 100% de glosa definitiva con posible detrimento patrimonial al Comité Técnico de Glosas</p>	<p>Glosas y Conciliaciones</p>	<p>Auditor de Cuentas Médicos y el Comité Técnico de Glosas</p>	<p>Humano, del Comité, del Area de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de Glosas</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se está enviando oficinas a los posibles responsables de glosas.</p>	<p>Es un proceso dinámico por lo tanto es continuo y se da en la medida en que se radiquen las cuentas de cobro ante las EPS, al igual que el traslado al área correspondiente. Se cierra por el cumplimiento de la acción comprometida sin embargo se replantea por cuanto la cifra se ha incrementado.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2052	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas	2.2.7 Glosas definitivas del FFDS sin soporte. No se entregaron datos del 2008.	1). Culminar el proceso de auditoría. 2). Enviar informe a Gerencia para establecer responsabilidades sobre glosa definitiva. 3-Realizar un plan de mejora para minimizar los riesgos de glosa. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Informe entregado por Centro de Costos	1. Entregar informe definitivo 2. Plan de mejora por causal y servicio.	Facturación.	Area de Facturación, Dra. Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de facturación y base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	El día 4/06/2009 se recibieron las certificaciones de pago por levantamiento de glosa autorizada por la SDS mediante radicación No. 153139 del 27/11/2008 por parte de la firma externa auditora.	Se culminó la auditoría del primer semestre de 2008, pero está pendiente la aclaración de algunas glosas planteadas por la auditoría del FFDS. Existen planes de mejoramiento con el propósito de mitigar la glosa.	1	A
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2053	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas	2.2.8 Se verificó que el Comité Técnico de Glosas en la vigencia 2007 y primer semestre del 2008, no se reunió, generando represamiento en el trámite, análisis y aprobación de las glosas, mora en la determinación de los responsables, por lo tanto se incumplió con lo establecido en la Resolución No. 278 de Noviembre de 2005 y Resolución No. 398 del 29 de Noviembre de 2006, incurriendo en falta disciplinaria de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002	1). Analizar las glosas mensualmente, para determinar posibles responsables, esta acción va directamente relacionada con la anterior. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área	Valor de glosas definitivas anulizadas y conceptualizadas con posible responsable / Valor de glosas definitivas con posible detrimento patrimonial presentadas al comité	Analizar el 100% de las glosas definitivas con posible detrimento patrimonial presentadas al Comité Técnico de Glosas	Comité Técnico de Glosas	Auditor de Cuentas Médicas	Humano, del Comité Técnico de Glosas, base documental existente en el área de Glosas y conciliaciones	15/05/2009	31/12/2009	100	Se está enviando oficios a los posibles responsables de glosas y se anexa copia de los oficios y de las actas realizadas desde el 2 semestre del 2008 a la fecha.	se verificó que mensualmente se están efectuando reuniones del comité.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2054	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas	2.2.9 Al verificar las glosas existentes en el Hospital se constató que existen soportes de glosas por valor de \$196.9 millones, los cuales se encuentran con saldo cero (0), en el sistema de información, correspondiente a la facturación realizada desde el año 2006 al 2008, sin evidenciar gestión alguna por parte de la oficina de glosas con el área de cartera, con el fin de establecer datos reales en el Hospital. Por lo tanto se transgrede lo normado en la Circular No 035 de 2000 en su numeral 5.3.3, incurriendo en falta disciplinaria de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002	1). Informar al Área de Cartera las facturas y el valor glosado de las objeciones que se encuentran en trámite y cuyo saldo es inferior al valor de la glosa en trámite y de ser el caso entregar copia del soporte de pago remitido por el pagador o el documento que afectó el saldo de la factura y/o ajustar en el Sistema de Información el saldo real de la misma. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	No. De solicitudes atendidas por el área de cartera / No. De solicitudes realizadas al área de cartera	Informar el 100% de las facturas glosadas con saldos inferiores al valor objetado	Área de Glosas y Conciliaciones	Responsable del Área de Glosas y Conciliaciones Dra. Luz Stella Avellaneda	Humano, del Área de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de cartera	15/05/2009	31/12/2009	100	A medida que se realizan conciliaciones con las entidades se está entregando copia de las actas al área de cartera y a su vez el área de cartera está realizando las depuraciones con las entidades.	Se verificó el cumplimiento de la acción comprometida.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2055	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas	2.2.10 a 31 de Diciembre de 2007 la glosa pendiente por contestar ascendió a la suma de \$2.447.1 millones equivalentes al 8.57% del total de facturación radicada durante la misma vigencia lo que conlleva a que el recaudo del Hospital se disminuya y por este motivo se vea afectado el flujo de efectivo, de otra parte se corre el riesgo que la factura prescriba y pase a formar parte de la cartera de difícil recaudo. Por lo anteriormente se incumplió con lo establecido en la resolución No. 035 de 2000 en su numeral 5.3.3 Evaluación de las glosas	1). Dar respuesta a la glosa notificada por los pagadores en cumplimiento a la resolución 3047 de 2008. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Valor Glosa contestada / Valor de Glosa pendiente por contestar	Responder el 100% de la glosa notificada por los pagadores	Glosas y Conciliaciones	Responsable del Área de Glosas y Conciliaciones Dra. Luz Stella Avellaneda	Humano, del Área de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de Glosas	15/05/2009	31/12/2009	20	Se está dando respuesta a la glosa pendiente por contestar y se están obteniendo citas de conciliación de glosas con los diferentes pagadores.	Dado que es un proceso continuo y con la implementación del módulo de glosas la identificación, incorporación y depuración se está adelantando el análisis para dar respuesta y concertar citas con los pagadores	1,5	A

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2056	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Glosas	2.2.11 A la fecha de terminación de esta auditoría no se tiene establecida la glosa definitiva en cabeza de la fundación que presta el servicio de hemodinamia, cardiología y otros, situación esta que conlleva, a no tener determinado realmente la situación económica del contrato de concesión, con lo que se genera el riesgo de ocasionar posibles pérdidas al no realizar las gestiones oportunas de identificación, cuantificación y ejecución de cobro de las glosas ocasionadas por la prestación de servicio. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la circular 035 de 2000 en su numeral 5.3.3. Evaluación de las glosas, incurriendo en falta disciplinaria de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002.	1). Responder la glosa generada por los servicios prestados en virtud de los contratos de concesión. 2). Informar al interventor del contrato y al Comité Técnico de Glosas, los valores y causas de glosa inicial, oportuna y definitiva, para adelantar las gestiones de cumplimiento de cláusulas contractuales y notificación de descuento por glosa definitiva y posible responsable de detrimento patrimonial. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	No. De Glosas Informadas / Total de glosas Notificadas por los pagadores	Notificar el 100% de las glosas de los contratos de concesión mensualmente	Glosas y Conciliaciones	Responsable del Área de Glosas y Conciliaciones Dra. Luz Stella Avellaneda	Humano, del Área de Glosas y Conciliaciones, Sistema de Información, base documental existente en el área de Glosas	15/05/2009	31/12/2009	100	La glosa generada por parte de Hemodinamia se está respondiendo y la que queda pendiente se está obteniendo cita para que la fundación concilie la glosa correspondiente, la glosa de vigencias anteriores están en proceso de investigación.	Hay una glosa identificada a 31 de diciembre de \$11.0 millones	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2057	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Pagars	2.2.12 Bajo recaudo por pagars. No se han implementado puntos de control y socialización a la ciudadanía para que ayuden a la cancelación de cuotas moderadoras y copagos.	1). Iniciar campañas de sensibilización con los usuarios para que conozcan el deber de pago por los servicios prestados. 2). Generar conciencia por diversos medios publicitarios sobre la responsabilidad social de los usuarios para la sostenibilidad del Hospital. 3). Identificar el valor real a la fecha por concepto de pagars. 4). Establecer los títulos valores de mayor cuantía y hacer un barrido de cobro persuasivo. 6). Identificar títulos valores susceptibles de la realización de un cobro prejurídico y coactivo. 7). Entregar estos títulos al abogado para realizar la gestión de cobro prejurídico y coactivo. 8). Dejar evidencia de toda la gestión realizada. 9). Presentar resultados al comité de sostenibilidad financiera. 10) Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Valor recuperado de pagars objeto de esta gestión propuesta / Valor total de los pagars con corte a 30 Junio de 2008.	Recaudar el 0.5% del valor de los pagars sujetos de este trabajo especial, durante la vigencia 2009	Cartera	Cartera Dra. María Elpidia Arcoay abogado del área	Recurso Humano del área de Cartera	15/05/2009	31/12/2009	80	Se realiza campaña a través de medios audiovisuales. Se tiene el valor real de la cuenta particulares conciliados con el Área Contable el cual a 31/12/09 fue de \$4.137.291 millones	Con la Resolución 530 se amortizaron \$1.118.0 millones	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2058	CONTABLE	EVALUACION PROCESO DE CARTERA - Pagars	2.2.13 Existen \$3.524.1 millones representados en pagars desde el año 2002 a junio 30 de 2008, falta de gestión y depuración.	1). Iniciar campañas de sensibilización con los usuarios para que conozcan el deber de pago por los servicios prestados. 2). Generar conciencia por diversos medios publicitarios sobre la responsabilidad social de los usuarios para la sostenibilidad del Hospital. 3). Identificar el valor real a la fecha por concepto de pagars. 4). Establecer los títulos valores de mayor cuantía y hacer un barrido de cobro persuasivo. 6). Identificar títulos valores susceptibles de la realización de un cobro prejurídico y coactivo. 7). Entregar estos títulos al abogado para realizar la gestión de cobro prejurídico y coactivo. 8). Dejar evidencia de toda la gestión realizada. 9). Presentar resultados al comité de sostenibilidad financiera. 10). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área	Valor recuperado de pagars objeto de esta gestión propuesta / Valor total de los pagars con corte a 30 Junio de 2008.	Recaudar el 0.5% del valor de los pagars sujetos de este trabajo especial, durante la vigencia 2009	Cartera	Cartera Dra. María Elpidia Arcoay abogado del área	Recurso Humano del área de Cartera	15/05/2009	31/12/2009	80	Se hace campaña de sensibilización a través de medios audiovisuales. Se tiene relación de pagars prescritos con corte a marzo de 2008. Se tiene el valor real de la cuenta de particulares conciliada con el área de contabilidad. Se identificaron los pagars susceptible de proceso de cobro coactivo.	Con la Resolución 530 se amortizaron \$1.118.0 millones	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2059	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.1 El hospital no ha implementado procesos, procedimientos o mecanismos de control, en las áreas de facturación, Tesorería y Almacén; es el caso que para emitir la facturación manual, esta se hace en formatos sin consecutivo, respaldados mediante recibos de caja prenumerados. Dentro del proceso de auditoría; al revisar dichos recibos se constata que se rompe el orden de la numeración, por cuanto el almacén efectúa entrega de los recibos de caja al área de tesorería en bloque, sin tener en cuenta el consecutivo. Como consecuencia de lo anterior, el área de tesorería no tiene controles en la entrega a los diferentes servicios de los recibos de caja, ni mucho menos lleva un histórico del consecutivo entregado a los distintos servicios.	1). Documentar el procedimiento para la recepción de los recibos manuales de caja, de almacén a tesorería. 2). Generar procedimiento de cumplimiento de requisitos, en el que se exige que para generar un recibo de caja, el cajero debe tener como soporte una factura manual autorizada por el área correspondiente y prenumerada para poder emitir el recibo de caja manual correspondiente 3). Actualizar procedimiento para la entrega de recibos de caja manuales a cada uno de los cajeros facturadores. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Cuadro control recibos de caja entregados Y/O recibidos	Garantizar que el 100% de los recibos de caja estén controlados	Tesorería	Responsables de las áreas de tesorería dr. Manuel Cristiancho y Almacén Dra Luz Marina Zarta	Humano, de las áreas de almacén y tesorería.,	15/05/2009	31/12/2009	100	Existe el Procedimiento TE-03-05-S2 para la generación de recibos manuales. En este procedimiento se incluye los requisitos para la entrega de los recibos de caja.	SE VERIFICÓ LA IMPLEMENTACION Y APLICACION DEL PROCEDIMIENTO TE-03-05-S2	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2060	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.2 Durante la vigencia 2007, realizo venta de servicios por la fuente 24, por valor de \$207.8 millones, la cual sufrió un incremento de \$601.8 comparada con la realizada en el primer semestre de 2008 por valor de \$809 millones sin que la entidad hubiese implementado procesos, procedimientos y puntos de control para realizar la misma. Corriendo el riesgo de que sea utilizado este código incorrectamente.	1). Crear procedimientos para la liquidación de facturas por la fuente 24, anulación de facturas, acorde con las políticas del hospital y la minimización de riesgos en nuevo formato enviado por la Oficina de Control Organizacional, que permita establecer puntos de control a través de un solo usuario con única autorización para la anulación en el sistema de información. 2). Crear instructivo con criterios de registro y liquidación de facturas por la fuente 24. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividades por parte del responsable del área.	1. Documento validado e implementado del procedimiento. 2. Instructivo para liquidación de fuente 24.	Procedimientos funcionando y con puntos de control.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de Facturación, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró el procedimiento de facturación manual en el sistema de información (Fuente 24), utilizado para la refacturación de cuentas y para la generación de facturas de eventos especiales.	Se creó el procedimiento e instructivo FA-05-06 V1, pero así mismo se creó el procedimiento FA-03-07-S1 Y FA-05-24-S2	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2061	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.3 Partiendo de la base que el hospital realizo ventas por prestación de servicios en el primer semestre de 2008. Por valor de \$13.742 Millones, radicando con los diferentes pagadores la suma de \$12.673.1 se evidencia que algunas de las facturas no se encuentran debidamente soportadas, evento que genera glosas por contestar.	1. Crear procedimientos para soportes de las cuentas acorde con las políticas del hospital y la minimización de riesgos en nuevo formato enviado por la Oficina de Control Organizacional, que permita puntos de control definidos a través de un solo usuario con única autorización para la anulación en el sistema de información. 2. Crear instructivo con criterios de soportes de acuerdo a las normas legales vigentes.	1. Documento validado e implementado del procedimiento. 2. Instructivo para soportes de cuentas.	Procedimientos funcionando y con puntos de control.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de Facturación, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se viene realizando revisión y actualización de la plataforma documental del área de facturación teniendo en cuenta la normatividad vigente.	Se creó el procedimiento e instructivo FA-05-06 V1, pero así mismo se creó el procedimiento FA-03-07-S1 Y FA-05-24-S3	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2062	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.4 En el área de facturación para la vigencia objeto de auditoría, no se observó que la entidad haya implementado controles para emitir las autorizaciones para disminuir el valor de las facturas.	1. Documentar todas las notas crédito en forma consecutiva por usuario. 2. Crear un procedimiento de elaboración soporte y autorización de notas crédito. 3. Auditar y dejar evidencia con trazabilidad que permita evidenciar por los entes de control la memoria institucional frente a las notas crédito elaboradas.	1. Documento validado e implementado del procedimiento para la elaboración soporte y aprobación de notas crédito. 2. Documento de informe sobre notas crédito realizadas de manera mensual.	1. Procedimiento funcionando 2. Evidencia de archivo consecutivo soportado y auditado de notas crédito por periodo.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de Facturación, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se creó instructivo y procedimiento para la elaboración de notas débito y crédito. Se ejerce control diario en las notas con la firma de las auditoras del área y el aval de la coordinadora de facturación.	Se elaboro el procedimiento FA-04-02-S1, Elaboración de notas Débito y Crédito. Verificándose su implementación y aplicación	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2063	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.5 Para la vigencia auditada, el archivo de Notas Crédito y sus soportes no se encuentra en el área.	1. Documentar todas las notas crédito en forma consecutiva por usuario. 2. Crear un procedimiento de elaboración soporte y autorización de notas crédito. 3. Auditar y dejar evidencia con trazabilidad que permita evidenciar por los entes de control la memoria institucional frente a las notas crédito elaboradas.	1. Documento validado e implementado del procedimiento para la elaboración soporte y aprobación de notas crédito. 2. Documento de informe sobre notas crédito realizadas de manera	1. Procedimiento funcionando 2. Evidencia de archivo consecutivo soportado y auditado de notas crédito por periodo.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de Facturación, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró instructivo y procedimiento de elaboración de notas débito y crédito. Se lleva control diario de las notas con el aval de las auditoras y la coordinadora del Área de Facturación.	Se elaboro el procedimiento FA-04-02-S1, Elaboración de notas Débito y Crédito. Verificándose su implementación y aplicación	2	C

						mensual.												
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2064	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.6 Notas crédito sin control para que disminuyan facturación, sin soporte ni autorización. (Generadas por distintas áreas)	1. Documentar todas las notas crédito en forma consecutiva por usuario. 2. Crear un procedimiento de elaboración soporte y autorización de notas crédito. 3. Auditar y dejar evidencia con trazabilidad que permita evidenciar por los entes de control la memoria institucional frente a las notas crédito elaboradas.	1. Documento validado e implementado del procedimiento para la elaboración soporte y aprobación de notas crédito. 2. Documento de informe sobre notas crédito realizadas de manera mensual.	1. Procedimiento funcionando 2. Evidencia de archivo consecutivo soportado y sueldado de notas crédito por periodo.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de Facturación, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró instructivo y procedimiento de elaboración de notas débito y crédito. Se eleva control diario de las notas con el aval de las auditorías y la coordinadora del Área de Facturación.	Se elaboro el procedimiento FA-04-02-S1. Elaboración de notas Débito y Crédito. Verificándose su implementación y aplicación	2	C		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2065	CONTABLE	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.7. Partiendo de la base el Hospital maneja dos informes con el mismo contenido, este ente de control no entiende el porque, a 31 de diciembre de 2007, las Notas Crédito presentan diferencia de \$87.7 millones, entre el valor reportado por la interfase de \$444.9 millones y el informe de facturación por centro de costos de \$357.2 millones, los cuales fueron llevados al gasto en la misma vigencia. Sin que el hospital hubiese realizado las indagaciones correspondientes, corriendo el riesgo que se realicen registros inadecuados aumentando o disminuyendo las cuentas.	1). Efectuar la anotación mediante una observación en el Informe mensual de costos, respecto de la diferencia que se genera entre la interfase de Notas Crédito (la fuente 27 del módulo de facturación) y el total reportado en el informe de costos. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Observaciones realizadas en el informe mensual de costos, especificando las notas créditos sobre la facturación de vigencias anteriores.	La totalidad de informes de facturación para el Área de Costos, realizados en forma mensual deben contener una observación en donde se establezca la diferencia entre la fuente 27 de Notas Crédito de la vigencia, con las de vigencias anteriores.	Contabilidad	Responsables del Área de Contabilidad Dr. Oswaldo Gómez	Humano del Área de Contabilidad. Sistema de Información Servinte Clinical Suite	15/05/2009	31/12/2009	100	A partir del mes de mayo se viene especificando en el informe generado por el área de Contabilidad, que las notas crédito relacionadas corresponden a aquellas que afectan el ingreso de la vigencia.	Se evidenció el cumplimiento de la acción mejoramiento	2	C		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2066	CONTABLE	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.8. En ejecución de la auditoría se constato que el Hospital no ha actualizado los procedimientos, ni establecido puntos de control, en la devolución de los medicamentos despachados desde farmacia a los distintos servicios del hospital, así como la devolución de los sobrantes o no utilizados en los servicios a la farmacia.	1). Incluir en el procedimiento de devolución de insumos o medicamentos de los servicios la fecha y hora de la devolución. 2). Establecer dentro del procedimiento los puntos de control. 3). Realizar seguimiento a través llamadas a los diferentes servicios para estar coordinados y recordar si existen devoluciones para la entrega o no a farmacia en tiempo oportuno. 4) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Numero de devoluciones / total de ordenes medicas recibidas.	Presentar un mínimo de insumos o medicamentos como inactivos.	Farmacia	Funcionarios área de Farmacia	Humano, Sistema de Información, base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se revisó el procedimiento con las áreas de facturación, se socializó con el personal de farmacia. Se priorizó la recepción y registro de las devoluciones en el momento de la entrega de cada servicio.	SE EVIDENCIÓ EN CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN (ES) COMPROMETIDAS SOPORTE PROCEDIMIENTO DEVOLUCIÓN INSUMOS O MEDICAMENTOS FX-03-06-V4	2	C		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2067	CONTROL INTERNO	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.9. No existen actas de entrega en puesto de trabajo.	1). Incluir dentro del procedimiento el protocolo de entrega de puesto de trabajo. 2). Diseñar el protocolo, validarlo y socializarlo. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Documento Instructivo	1. Entregar informe definitivo 2. Plan de mejora por causal y servicio.	Facturación.	Area de Facturación Dra Alba Yaneth Aguilar.	Humano, del área de facturación y base documental existente en cada área.	15/05/2009	31/12/2009	100	Mediante formato TH-05-06-V3 se exige el certificado de paz y salvo institucional en caso de retiro de la entidad.	Se verificó la implementación del formato TH-05-06-V3	2	C		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2068	GESTIÓN	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.10 70% del recaudo es del FFDS, situación que debe colocar en alerta a la entidad debido a la dependencia económica que existe con el FFDS.	1). Iniciar un plan de choque de recaudo de otros pagadores diferentes al FFDS. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Valor recaudo de otros pagadores / Total cartera de otros pagadores sujeta a cobro	Incrementar el recaudo de otros pagadores en un 20% respecto al valor promedio recaudado de estos pagadores en el año 2008	Cartera	Cartera dra. María Elpidia Aroca	Recurso Humano del área de Cartera	15/05/2009	31/12/2009	100	Gestión personalizada a pagadores a nivel nacional. Plan de recaudo de otros pagadores diferentes al Fondo Financiero. Se realizó plan de trabajo direccionado al recaudo, depuración y conciliación de los otros pagadores.	Se revisó la implementación del proceso de depuración de cartera el cual opera a partir del 1 de enero del 2010, este proceso de depuración se está adelantando con la facturación del 31 de diciembre 2008 hacia a tras.	2	C		

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2008	GESTIÓN	EVALUACION AL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE FACTURACION	2.3.12.No gestión de cobro de \$102 Millones a empresas liquidadas.	1). Hacer seguimiento a la gestión realizada ante las entidades liquidadas. 2). Revisar si hubo dentro de la gestión exigencia del pago. 3). Reintentar por medio de un requerimiento de cobro el recaudo de los dineros adeudados. 4). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	100% de gestión en las empresas liquidadas en mención, revisadas y con retoma de gestión si es necesaria.	Revisar la gestión en las 3 empresas mencionadas y retomar las acciones a que haya lugar.	Cartera	Cartera dra. María Elpidia Aroca	Recurso Humano del área de Cartera	15/05/2009	31/12/2009	95	Gestión escrita sobre requerimientos de pago a las empresas liquidadas. Se solicitó a SuperSalud las resoluciones de las entidades liquidadas con el fin de analizar la cartera y si es susceptible de castigo o no.	EL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN COMPROMETIDA EL HOSPITAL SUSCRIBIÓ OFICIO ELL 17 DE DICIEMBRE 2008 A C/JANAL SOLICITANDO REQUERIMIENTO DE PAGO Y OFICIO GG 1653 DEL 2009 SOLICITANDO A LA FIDUPREVISORA EL REQUERIMIENTO DE PAGO TODA VEZ QUE ESTA ENTIDAD ES RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACIÓN Y PATRIMONIO DE CAJANAL.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2070	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.1 En los contratos el interventor no verifica el cumplimiento por parte del contratista de las obligaciones contenidas en las leyes 789 de 2002 y 100 de 1993, esto es pago de parafiscales y seguridad social. Incurriendo en presunta falta disciplinaria de conformidad con lo previsto en el numeral 1 del Art. 35 de la ley 734 de 2002.	1)Verificar con el supervisor y central de cuentas los parafiscales a partir del 1/12/08. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	SOLICITUDES DE PAGOS CON CERTIFICACIONES DE INTERVENTOR / PAGOS REALIZADOS A CONTRATISTAS	Establecer un formato o proceso para la verificación de los parafiscales para el pago por central de cuentas	Contratación y Central de Cuentas	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	HUMANO Y TECNOLÓGICA Y DOCUMENTACIÓN Y CERTIFICACIONES DE CONTRATISTAS	15/05/2009	31/12/2009	100	Se verifica el pago de parafiscales de los contratistas.	El tesorero certifió que los pagos se hubiesen efectuado previo a la cancelación de la cuenta de cobro.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2071	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.2. El Hospital el Tunal, no realiza estudios de conveniencia y oportunidad serios, y mucho menos aplica el principio de planeación en la celebración y ejecución de los contratos, esto es, efectúa contratos los cuales son adicionados y prorrogados en varias oportunidades. Incurriendo en presunta falta disciplinaria de conformidad con lo previsto en el numeral 1 del Art. 35 de la ley 734 de 2002.	1). Realizar la proyección de compras bienes y servicios para la vigencia 2010 en forma conjunta con la Subgerencia administrativa Financiera y la subgerencia Científica 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	NECESIDAD DEL SERVICIO Y TÉRMINOS DE REFERENCIA CON ESTUDIOS DE CONVENIENCIA / TOTAL DE CONTRATOS CELEBRADOS	Seguir en 2009 con la implementación y empleo de los procedimientos establecidos para que haya una coherencia entre la solicitud de necesidad del servicio, los estudios de conveniencia, las invitaciones y finalmente la celebración del respectivo contrato	Contratación, recursos físicos y Adquisiciones	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	HUMANO, INFRAESTRUCTURA Y MEDIOS MAGNETICOS	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realizó la proyección de compras para la vigencia 2010 en forma conjunta con la Subgerencia Administrativa y Financiera.	Se adelantó la implementación del formato del seguimiento ejecución de los contratos por parte de los interventores a través del formato SU -05-16.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2072	CONTRATACION GLOSA	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.3. A 30 de junio de 2008, el Hospital, a pesar de tener pactado que las glosas definitivas generadas con ocasión de la ejecución de los contratos de prestación de servicio y de concesión las debe asumir el contratista, a la fecha de ejecución de la auditoria no ha hecho efectivas las cláusulas contractuales	1). Adelantar un plan de choque con el fin de establecer las glosas definitivas y las consecuencias que les deron origen 2). Adelantar las acciones pertinentes tendientes a su recuperación a través de los respectivos contratos o en su defecto iniciar los procesos pertinentes contra los funcionarios responsables en los casos a que haya lugar. 3). Hacer mesas de trabajo con algunos contratistas para revisar el tema de glosas como es el caso del contrato 116 de 2007.4). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Glosas definitivas en contra del contratista / efectividad de las cláusulas contractuales sobre la materia	Estar pendientes de las glosas de responsabilidad del contratista y si es el caso hacer efectivas las cláusulas al 31/03/2009	Glosas y Conciliaciones	Responsable del área Glosas y conciliaciones Dra. Luz Stella Avellaneda	HUMANO Y TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL	15/05/2009	31/12/2009	20	Se está verificando los posibles responsables de glosas de contratistas y se envió oficio a las cooperativas correspondientes	Hasta que la SDS-FDS no termine de auditar las cuentas, no se podrá liquidar los contratos y hacer efectivas las dadas de los contratos.	1	A
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2073	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.4. Faltó amparar riesgos de cumplimiento, calidad, salarios y responsabilidad, ni al comienzo ni luego de adicionado. CONTRATO 06 UNISALUD	1). Implementar formato codificado por calidad para la solicitud de pólizas. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Pólizas con cubrimiento según lo establezca el contrato.	Todo contrato debe tener las garantías respectivas según su naturaleza y condiciones contractuales.	Contratación	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	HUMANO Y TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL	15/05/2009	31/12/2009	100	Se ejerce control para la solicitud de las pólizas en el cual se coloca sello de aprobación.	Se impNemento formato codificado con N CN 05-05S1, ADICIONAL SE MANEJA SELLO DE APROBACION DE POLIZAS	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2074	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.5. Contrato de prestación de servicios no. 006 de 2007, garantía aprobada sin cumplir el pactado: tomada solo por uno de los miembros	1). Implementar procedimiento para la constitución de polizas para las uniones temporales especificandoles que se debe tomar por los unidos temporalmente y como tomador el representante legal de la misma. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	GARANTÍAS APROBADAS / GARANTIAS SOLICITADAS EN LOS CONTRATOS	Que todos los contratos tengan las respectivas polizas pactadas de acuerdo a la naturaleza del contrato, con sus respectivas actualizaciones si es el caso al 31/03/09	Contratación	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se ejerce control para la solicitud de las polizas en el cual se coloca sello de aprobación.	Se implemento formato codificado con N CN 05-0551. ADICIONAL SE MANEJA SELLO DE APROBACION DE POLIZAS	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2075	CONTRATACION-PPTO	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.6. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. Registro presupuestal expedido a nombre de CoopIntrasalud y no a Unisalud.	1). Implementar procedimiento para exigir nit a las uniones temporales que oferten servicios al hospital. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Uniones temporales con Nit contratadas por el Hospital / contratos celebrados con Uniones Temporales	Identificar desde la evaluación jurídica la naturaleza jurídica del participante (persona natural-jurídica- u/ consorcios, etc.)	Jurídica	Jefe de Oficina Jurídica Dra María Hilsa Mora	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION INSTITUCIONAL	15/05/2009	31/12/2009	100	Se implementó el procedimiento para la exigencia del NIT a las Uniones Temporales.	Contrato liquidado, no obstante se implemento procedimiento para el evento de una union temporal.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2076	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.7. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. En los términos no se establecieron requisitos para Uniones Temporales y aun así se consideró y calificó.	1). Reestablecer en los términos de referencia la calidad de los participantes en los procesos de selección. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Requisitos establecidos en términos de referencia y evaluación realizada a participantes en los procesos de selección	ESTANDARIZAR REQUISITOS PARA LAS UTE EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA	Contratación y Adquisiciones	Contratación Dr. Leda Belén Viveros RESPONSABLE DEL AREA DE ADQUISICIONES	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	En los contratos celebrados con uniones temporales se tiene en cuenta la participación accionaria de los proponentes.		2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2077	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.8. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. La póliza de seriedad de la oferta es tomada sólo por CoopIntrasalud	1). Implementar procedimiento para la constitución de polizas para las uniones temporales especificandoles que se debe tomar por los unidos temporalmente y como tomador el representante legal de la misma. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE CONSTITUCION DE POLIZAS PARA UNIONES TEMPORALES	Implementar los procedimientos en los cuales se especifiquen los requisitos para el amparo de la poliza de seriedad de la oferta de acuerdo a los términos de referencia	Contratación y Adquisiciones	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se ejerce control para la solicitud de las polizas en el cual se coloca sello de aprobación.	Contrato liquidado, no obstante se implemento procedimiento para el evento de una union temporal.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2078	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.9. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. Publicación en diario oficial dos días después y uno antes del lapso de la convocatoria.	1). Considerar en el proceso de contratación términos mas amplios en los que se pueda evidenciar la publicación dentro de parámetros de tiempo mas largo. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Cumplimiento del cronograma establecido en los términos de referencia / tiempo de publicación	Lapso mas amplio para la publicación de los términos de referencia	Contratación y Adquisiciones	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Actualmente el término de publicación es de 5 días.		2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2079	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.10. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. En certificado de Uncoop la representante tenía límite para contratar hasta 100 SML.	1). Adelantar proceso de verificación de documentación para no incurrir en estos hallazgos. 2). Realizar seguimiento al cumplimiento de esta actividad y de determinarse desviaciones impulsar las acciones contingentes requeridas para asegurar la meta prevista dentro del plazo planificado.	Cumplimiento de requisitos establecidos en los términos verificados en la evaluación jurídica	LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA SE ENCUENTREN DENTRO DEL MARCO LEGAL ESTABLECER UN FORMATO PARA LA EVALUACION JURIDICA.	Contratación y Adquisiciones	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se verifica la documentación para subsanar la causa.	Contrato liquidado, no obstante se implemento procedimiento para el evento de una union temporal.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2080	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.11. CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. Contrato de \$3.200 MM y propuesta por la suma de \$3.154.5 MM	1). Ajustar el plan de compras y los valores de los contratos contra lo establecido en las invitaciones a cotizar. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Valores de los Contratos registrados en el Plan de Compras / Valores de las respectivas Invitaciones a Cotizar	LOS CONTRATOS DEBEN ESTAR ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN LA INVITACION	Contratación	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se verifica la documentación para subsanar la causa.		2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2081	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.12 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. Interventor no verifica pago de parafiscales (CBF, Sisa) de Ucincoop. Al otro integrante de la unión no se le pidió tal requisito.	1). Verificar con el supervisor y central de cuentas los parafiscales de acuerdo a la normatividad interna sobre el particular; 2). Instruir a los supervisores, interventores, tesorería y subgerencia administrativa y financiera, sobre la obligatoriedad de hacer exigible en todos los contratos, el cumplimiento de acreditación de pago de aportes parafiscales; 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Solicitudes de pagos con certificaciones de interventor / pagos realizados a contratistas	Establecer un formato o proceso para la verificación de los parafiscales para el pago por central de cuentas	Central de Cuentas y supervisor	RESPONSABLE DE CENTRAL DE CUENTAS	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se socializa por escrito con interventores y supervisores los requisitos de Ley sobre soportes de pago parafiscales por parte de los contratistas. Se expide certificación de la Tesorería del Hospital con fecha 10 de marzo de 2009, sobre la exigencia del pago de los parafiscales de los proveedores y contratistas. El área de Contabilidad socializa la circular 07 del 25 de febrero de 2009 del Contador General de Bogotá D.C.	Contrato liquidado, no obstante se implemento procedimiento para el evento de una unión temporal.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2082	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.13 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 006 de 2007. La liquidación no contiene corte de cuentas. No hace alusión a entrega de inventario.	1). Revisar exhaustivamente las liquidaciones y minutas proyectadas; 2) Realizar seguimiento al cumplimiento de esta actividad y de determinarse desviaciones impulsar las acciones contingentes requeridas para asegurar la meta prevista dentro del plazo planificado.	Contratos terminados y liquidaciones realizadas / contratos solicitados y liquidaciones solicitadas	Realizar la liquidación con base a la última certificación de pago.	Contratación, supervisores y central de cuentas	contratación Dra. Leda Belén Viveros y central de cuentas.	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se revisan las liquidaciones de los contratos. Se realiza seguimiento a dicha actividad.		2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2083	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.14 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.280 de 2007. Solicitud de necesidad no específica (médicos)	1). Estandarizar las solicitudes de servicio especificando en el contenido del respectivo formato las características, cantidad y calidad del requerimiento, de manera que la misma información se refleje en los términos de referencia y este de acuerdo a las necesidades del servicio; 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Necesidades del servicio y términos de referencia debidamente especificados / total de contratos celebrados respaldados con el respectivo formato.	LA JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD ESTE ACORDE LOS SERVICIOS REQUERIDOS ESTABLECIDOS POR EL HOSPITAL	Contratación y Recursos Físicos	RESPONSABLES DE RECURSOS FISICOS Y CONTRATACION	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se modificó el formato y se exigen que la justificación usen de acuerdo a la verdadera necesidad del hospital	Se creó el formato de necesidad del servicio mediante el formato SU-05-40-S4	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2084	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.15 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.280 de 2007. Otro si sin estudios técnicos (Subcientífica)	1). Diseñar un instrumento donde se registre el estudio de necesidad para las adiciones y prórrogas, sujeta a la aprobación de presupuesto; 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Estudios técnicos en cada contratación / total procesos de contratación	Evitar la multiplicación de adiciones y prórrogas si las condiciones presupuestales lo permiten	Contratación, Recursos Físicos y supervisores	Contratación Dra. Leda Belén Viveros	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se implementó el formato en donde el responsable de cada área justifica la necesidad de cada servicio.	Contrato liquidado, se anexa certificación del pago de los aportes parafiscales.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2085	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.16 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.280 de 2007. Interventor no verifica pago de parafiscales	1). Verificar con el supervisor y central de cuentas los parafiscales de acuerdo a la normatividad interna sobre el particular; 2). Instruir a los supervisores, interventores, tesorería y subgerencia administrativa y financiera, sobre la obligatoriedad de hacer exigible en todos los contratos, el cumplimiento de acreditación de pago de aportes parafiscales; 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Solicitudes de pagos con certificaciones de interventor / pagos realizados a contratistas	ESTABLECER UN FORMATO O PROCESO PARA LA VERIFICACION DE LOS PARAFISCALES PARA EL PAGO POR CENTRAL DE CUENTAS	Central de Cuentas y supervisor	RESPONSABLE DE CENTRAL DE CUENTAS	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se socializa por escrito con interventores y supervisores los requisitos de Ley sobre soportes de pago parafiscales por parte de los contratistas. Se expide certificación de la Tesorería del Hospital con fecha 10 de marzo de 2009, sobre la exigencia del pago de los parafiscales de los proveedores y contratistas. El área de Contabilidad socializa la circular 07 del 25 de febrero		2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2091	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.22 CONTRATO DE SUMINISTRO No. 015 DE 2007. Adiciones y prórrogas sin estudios de necesidad	1). Diseñar un instrumento donde se registre el estudio de necesidad para las adiciones y prórrogas, sujeta a la aprobación de presupuesto. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Necesidad del servicio y justificación en el formato / total elaboración de minutos solicitadas	Todas las justificaciones de adiciones y prórrogas deben coincidir con las necesidades de los servicios prestados por el hospital y estar dentro del formato establecido para ese proceso	Contratación, Recursos Físicos y Adquisiciones	Contratación, Dra Leda Belén Viveros Rponsables de las áreas de Recurso Físicos y adquisiciones	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se diseñó el instrumento en donde se justifica la necesidad.		2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2092	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.23 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 010 DE 2007. Se dio inicio a la ejecución sin haber constituido las garantías y el registro presupuestal.	1) Iniciar contratos con el cumplimiento de los requisitos establecidos, incluyendo garantías y acta de ejecución, como consta en los procedimientos. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Requisitos de contratación cumplidos / total contratos perfeccionados	LOS SUPERVISORES DEBEN DAR INICIO A LA EJECUCION CON EL CONTRATO PERFECCIONADO	Contratación y Supervisores	Contratación Dra. Leda Belén Viveros y supervisores	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	El área de contratación realiza seguimiento a los requisitos del contrato antes de dar inicio.	Se elaboró formato para solicitud de polizas y se codificó por calidad Con el código CN 05-05-S1	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2093	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.24 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 010 DE 2007. Adiciones y prórrogas sin estudios de necesidad	1). Implementar procesos y procedimientos para requerir las necesidades, con sus debidas justificaciones, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Necesidad del servicio y justificación en el formato / total elaboración de minutos solicitadas	Todas las justificaciones de adiciones y prórrogas deben coincidir con las necesidades de los servicios prestados por el hospital y estar dentro del formato establecido para ese proceso	Contratación, Recursos Físicos y Adquisiciones	RESPONSABLES DE LAS AREAS DE RECURSOS FISICOS, ADQUISICIONES Y CONTRATACION	RECURSO HUMANO Y DOCUMENTACION	15/05/2009	31/12/2009	100	Se implementó el formato SU-05-42-S2 que unifica el proceso relacionados con las progas, adiciones, o suspensión.	Se creó el formato de adiciones y prórrogas suspensiones reanudación de contratos. Formato SU-05-42-S2	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2094	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	2.4.25 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 010 DE 2007. El proponente ofrece 5 meses 28 días, en la oferta y en objeto del contrato. El contrato se fija por 6 meses, lo cual genera reconocimiento de mayor valor, generando una adición (Hecho cumplido).	Ajustar el objeto de los contratos a lo establecido en las respectivas invitaciones a cotizar y ofertas de los proponentes. 2). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	Condiciones establecidas en los objetos de los Contratos / Condiciones de las Invitaciones a Cotizar y Ofertas de los Proponentes	Contratación, Recursos Físicos y Adquisiciones	Contratación, Recursos Físicos y Adquisiciones	Contratación, Dra Leda Belén viveros y responsables de las áreas Recursos Físicos , Adquisiciones	RECURSO HUMANO, DOCUMENTACION Y TECNOLOGICO	15/05/2009	31/12/2009	100	Se implementó el formato SU-05-24-S2 para el proceso de solicitud, elaboración de contrato al área de Contratación donde se especifica el tiempo, valor y detalle de la oferta seleccionada.	Contrato liquidado. Se sesió aplicando el formato SU-05-24-S2.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULAR 2095	CONTROL INTERNO	EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.1. El sistema de gestión de la calidad institucional evaluado se encuentra diseñado e implementado bajo el enfoque de sistemas integrados MIG 1-6, que integra los estándares de las normas: 1) NTCGP 1000:2004 2) ISO 9000:2001, 3) Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOCC, 4) Sistema de Gestión Ambiental, 5) Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional, 6) Sistema de Control Interno alineado al Modelo Estándar de Control Interno MECI y 7) el Sistema de responsabilidad Social, pero el cual no se encuentra apropiado e interiorizado debidamente por quienes en el día a día deben materializar su operación. Se incumple el literal d, numeral 6.2.2, título Competencia, toma de conciencia y formación de la norma NTCGP 1000:2004.	1) Incorporar en el procedimiento de comunicaciones internas la actividad de despliegue de la información de los sistemas integrados de gestión en: a) el proceso de inducción y reinducción del personal tanto de planta como por prestación de servicios u otra modalidad de contratación, b) poner a disposición en cada unidad de computo de los puestos de trabajo la versión vigente de los documentos del sistema de gestión de calidad para su consulta y aplicación, y c) blog de calidad, d) evaluación de la adherencia a los procedimientos por parte del personal de planta, outsourcing, prestación de servicios y cualquier otra modalidad de contratación, e) implementar las acciones de contingencia que resulten de la determinación de desviaciones sobre el cumplimiento de las actividades definidas en los literales a al d. 2) verificar que los procedimientos a partir de la suscripción del plan de mejoramiento garanticen el cumplimiento de estas actividades de manera recurrente y sistemática y si no están incorporadas actualizarlos, socializarlos y operacionalizarlos.	Adherencia del personal al modelo integrado y política. (Funcionarios capacitados que comprendan el tema / Funcionarios capacitados *100) Despliegue del sistema integrado. (Inducciones realizadas / inducciones programadas *100 - Blogs publicados / Blogs programados *100)	Adherencia= 80% Despliegue=100%	Sistemas de Gestión	Representante por la Gerencia a los sistemas de Gestión de Calidad, Dr. Alejandro Cárdenas	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	50	Se está alternando el despliegue dentro del proceso de inducción en el tema de los sistemas de gestión y su integración a la acreditación. Se están transformando los documentos del sistema de gestión a PDF. Se realizó el ajuste al tema de la adherencia a los procedimientos con la encuesta de adherencia a los procesos.	Se verificó la inducción que se está adelantando a cada uno de los nuevos funcionarios, estudiantes, contratistas asistentes, contratista administrativos y personal de planta, es un proceso permanente en la medida de la rotación de personal tanto en la parte misional, como en la parte administrativa	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2096</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.2. La entidad no asegura el control de los procesos entregados a terceros. No obstante el contar con la interventoría de los contratos de outsourcing al interior de la institución y quienes deben asegurarse que los contratistas se adhieran al sistema de gestión de la calidad institucional, se reconocen y operan otros dos sistemas de gestión de la calidad, contrario a lo previsto en el sistema de gestión implementado; los contratistas que prestan los servicios de vigilancia y lavandería para el desarrollo del objeto del contrato operan el sistema de gestión de la calidad implementado por cada uno de ellos y no operan los procedimientos adoptados por el Hospital, hecho que constituye operación de la institución bajo tres sistemas de gestión de la calidad. Se incumple requisito 4.1, título requisitos generales de la norma NTCGP 1000:2004, en lo conducente a lo observado.</p>	<p>1). Asegurar la participación de los trabajadores de los outsourcing en el proceso de inducción institucional, en la minuta del contrato. 2). Actualización del manual de interventoría y supervisión incorporando el seguimiento a esta actividad. 3). Socialización del sistema de gestión de la calidad al contratista y entrega formal de los procedimientos que lo operativizan en medio magnético. 4). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Participación del personal outsourcing en los cursos de inducción. (Total participantes outsourcing en inducción / Expectativas de participantes *100).</p>	<p>a 31 de diciembre de 2009 se habrá capacitado el 85% del personal de los outsourcing</p>	<p>Sistemas de Gestión</p>	<p>Representante por la Gerencia a los Sistemas de Gestión de Calidad, Dr. Alejandro Cárdenas</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>80</p>	<p>El proceso de inducción se encuentra diseñado para todo el personal, se está aplicando conforme a cronogramas. Esta actividad se sustrá especialmente para los contratos de la vigencia 2010.</p>	<p>La inducción se está aplicando directamente a los contratistas a través del área de gestión, y hace parte de las estadísticas e indicadores de esta área.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA 2097</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.3. El proceso de planeación institucional es deficiente. No garantiza que la institución hospitalaria: a) Cuente con el modelo de atención previstos en la ley. b) formule y apruebe los planes operativos, de capacitación, de necesidades de talento humano, entre otros, de manera oportuna de tal forma que desde el primer día de cada año fiscal la entidad disponga de cada uno de ellos y se encuentren debidamente socializados. Agrava el hecho, no contar con el plan de mercadeo previsto en sus procedimientos, formulación de los planes operativos y presupuestales sin contar con insumos técnicamente soportados en la determinación de las capacidades institucionales (tales como demandas, requeridas, disponibles, ociosas, entre otras), que permitan a su vez a partir del conocimiento de la demanda potencial de servicios definir, formular y aprobar plan de mercadeo ajustado a la realidad institucional. Se incumplen los requisitos 7.2.2, título Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y 7.3.2, título elementos de entrada para el diseño y desarrollo de la Norma NTGP 1000:2004 y el literal h del artículo 1 de la ley 87 de 1993.</p>	<p>1). Ajustar los procedimientos estratégicos incorporando la formulación de la metodología para el direccionamiento estratégico y su adopción. 2). Estructurar el modelo de atención. 3). Estructurar proceso de planeación de recurso humano. 4). Implementar el plan de comunicaciones. 5). Formular el plan de Mercadeo. 6). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Cumplimiento al 100% de las actividades de la acción correctiva</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se habrán cumplido con las actividades.</p>	<p>Planeación</p>	<p>Jefe oficina de Planeación Dra. Yackeline Moreno</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>se ga</p>	<p>50</p>	<p>1). Se está estructurando el modelo de atención, con el modelo de acreditación 2) Esta adelantando el plan de mercadeo, con el levantamiento de la información de capacidad, recurso humano disponible, tarifas, etc. La metodología de la planeación estratégica se está desarrollando de forma participativa con las diferentes áreas. .</p>	<p>Se verificó el cumplimiento de la acciones comprometidas, quedando a la espera de la acreditación</p>	<p>1</p>	<p>A</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2098</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.4. No hay apropiación del código de ética institucional ni adhesión tanto al manual de la calidad como de los procedimientos del sistema de gestión de la calidad institucional por parte del personal que aporta en cada uno de los procesos institucionales realidad que potencia el riesgo de a) Incurrir en incumplimiento del marco normativo que rige al hospital, b) incrementar la vulnerabilidad del sistema, c) exponer al hospital al pago de multas y sanciones por omisiones e incumplimientos, entre otros y d) ineficiencia e ineficacia del sistema. En el día a día se opera de manera funcional y no sistemáticamente, no se realiza la revisión oportuna de sus procedimientos (anualmente), ingresa recurso humano a operar el sistema sin garantizar el previo conocimiento del sistema, cumplido una etapa de inducción y socialización del sistema, esta última dada el alto índice de rotación del personal cooperado que satisface la necesidad de actividades contratadas. Se incumple el requisito literal d, título 6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación definido en la norma NTCGP 1000:2004. .</p>	<p>1) Incluir en el procedimiento para la elaboración del plan de inducción y reinducción institucional la actividad de programar como temáticas: código de ética, sistema de gestión de la calidad 2) Elaborar una ficha didáctica del Código de ética con difusión al 100% del personal. Promover un concurso ético. 3). Realizar seguimiento al cumplimiento de estas actividades y de determinarse desviaciones impulsar las acciones contingentes requeridas para asegurar la meta prevista dentro del plazo planificado.</p>	<p>Número de colaboradores/Totales de colaboradores</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se socializará el código de ética a un 90%</p>	<p>Talento humano</p>	<p>Jefe oficina Talento Humano dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se redifinió el programa de inducción y reinducción, incluyendo la temática del código de ética.</p>	<p>Se ajustó el procedimiento de inducción de personal, se incluyó en el programa de inducción en los referente a la ética, control organización. Se verificó la implementación del procedimiento y programa a través del formato TH 03-30V3</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2099</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.5. La estructura institucional operada no corresponde a la aprobada por la Junta Directiva en su acuerdo 28 de diciembre de 2007. El área de farmacia de conformidad con el organigrama consignado en el PAMEC 2007 funcionalmente depende de la Subgerencia Servicios Salud, pero operativamente actualmente depende tanto de la de la Subgerencia Científica como Administrativa y Financiera, agrava el hecho: a) que las funciones Administrativa y Financiera fueron concebidas independientemente, se instituyó la Subgerencia Administrativa y la Financiera, b) se identifica la Oficina de Planación y Mercadeo, cuando lo correspondiente es denominada Oficina Asesora de Planación y Desarrollo Institucional, error que también se incurre en el diagrama citado, c) no se identifican las oficinas asesoras como tal y d) el manual de funciones vigente no incorpora funciones para todas las dependencias como es el caso de la Subgerencia Científica ni determina quienes desarrollan los roles de responsable de proceso previstos en el sistema institucional de la calidad. Se incumple el requisito 5.5.1 Responsabilidad y autoridad de la norma NTCGP 1000:2004, el Acuerdo 28 de 2007, expedido por la Junta Directiva del Hospital Tunal y el literal c del artículo 4 de la Ley 87 de 1993.</p>	<p>1) Diseño, revisión y aprobación del proyecto de reordenamiento estructural de la ESE desde la formulación de su estructura hasta la adopción de los manuales de funciones competencias y habilidades en lo relativo al personal de planta y el manual de actividades contratadas para actividades tercerizadas o por prestación de servicios para ser presentado a la Junta Directiva. 2) Aprobación de la estructura institucional e impulso de las acciones legales pertinentes. 3) Ajuste de los documentos del sistema que incorporan la plataforma estratégica. 4) Socialización e implementación de la nueva estructura institucional. 5) Seguimiento al nivel de implementación, desde la determinación de las desviaciones frente a lo planificado hasta la determinación de las acciones contingentes que permitan atender adecuadamente el cumplimiento de las acciones planificadas.</p>	<p>Proyecto de reordenamiento estructural aprobado.</p>	<p>A 31 de diciembre se tendrán aprobados los acuerdos de modificación de estructura, modificación de planta de personal y modificación de funciones.</p>	<p>Talento humano</p>	<p>Jefe oficina Talento Humano dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Revisión de la Junta Directiva de la entidad del proceso de reordenamiento y emisión de nuevo documento para revisión del DASC. Elaboración de acuerdos.</p>	<p>SE REALIZÓ EL ESTUDIO TECNICO POR PARTE DEL HOSPITAL Y SE PRESENTÓ DASC QUIEN EMITIO CONCEPTO CO SUGERENCIAS PERO DADA LAS LEY DE GARANTIAS ELECTORALES SE CONDICIONÓ Y A ESTUDIOS DE CARGAS DE TRABAJO ASÍ COMO PERFILES. SE PRESENTÓ A LA JUNTA DIRECTIVA PARA SU SOCIALIZACIÓN.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2100</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.6. La Oficina Asesora de Control Organizacional y de Calidad no cumple el rol de evaluador independiente. Esta oficina: a) desarrolla las funciones de la Oficina Asesora de Control Interno definida en la ley 87 de 1993, b) simultáneamente despliega las funciones de diseño, implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, las cuales son de tipo operativo, y c) cumple delegaciones de actividades como son avalar decisiones que son de carácter administrativo propias de otras áreas funcionales, ejemplo de ello cumplir la función de interventoría de contratos y participar en procesos conciliatorios, circunstancias que de hecho no permite cumplir el ejercicio del control de controles con debida independencia; se informa que operativamente hay segregación de funciones en dos grupos el de Sistema de Control Interno y el de Calidad dándole a éste último el desarrollo de auditorías médicas y concurrentes, que dada su naturaleza corresponden a control interno, diferenciación que no elimina la causa de la incompatibilidad descrita para esta oficina asesora. Se incumplen el artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y la circular 003 de 2005 del Concejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial.</p>	<p>1). Actualizar la estructura institucional en concordancia con lo ordenado en la ley. 2) Reformular el manual de funciones aplicable a la Oficina de Control Interno Organizacional. 3). Socializar e implementar la nueva estructura y el manual ajustado, 4) Hacer seguimiento a nivel de implementación, desde la determinación de las desviaciones frente a lo planificado hasta la determinación de las acciones contingentes que permitan atender adecuadamente lo planificado y lo ordenado en la ley ..</p>	<p>Estructura institucional y funciones de la Oficina de Control Interno Organizacional actualizadas</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se tendrá las funciones establecidas de la Oficina de Control interno de conformidad con la Ley 87 de 1993.</p>	<p>Talento humano</p>	<p>Jefe oficina Talento Humano dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se está adelantando el proceso de análisis y valoración del cargo mediante la herramienta de perfiles por competencias.</p>	<p>Se aplicó funcionalmente y esta operando, pero está sujeto al cumplimiento de circular conjunta de procuraduría 023 del 16 de abril de 2009</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2101</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.7. El hospital carece de una política de gestión de talento humano direccionada a consolidar la estabilidad del recurso humano, que aporte a los procesos institucionales, donde los criterios determinantes sean la óptima selección, ubicación, remuneración, definición y cumplimiento de perfiles y competencias. El factor humano que desarrolla actividades contratadas presentan una alta rotación y las actividades contratadas por áreas funcionales no se consignan en un documento técnico adoptado formalmente, mecanismo e instrumento que permitan construir un ambiente interno de confianza, de comunicación efectiva, respeto e incremento de la productividad. Se incumple el numeral d, del requisito 4.2.1. Generalidades correspondiente al título 4.2 Gestión Documental y el requisito 6.4 Ambiente de Trabajo de la Norma NTCGP 1000:2004 y literal f del artículo 4 de la Ley 87 de 1993</p>	<p>1) Formular, adoptar y cumplir la política de gestión del talento humano institucional, la cual garantice la intervención de los factores críticos tales como: estabilidad del recurso humano, óptima selección, ubicación, remuneración, definición y cumplimiento de perfiles y competencias. 2). Ajustar el procedimiento de formulación de la plataforma estratégica con la incorporación de las actividades que permitan garantizar el mantenimiento de la política de gestión del talento humano institucional. 3). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna</p>	<p>Formulación de la política de gestión de Talento Humano. Adopción de la política</p>	<p>Disminuir el índice de rotación</p>	<p>Talento humano</p>	<p>Jefe oficina Talento Humano dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>En concordancia con los lineamientos formulados y adelantados por la Secretaría de Salud, se está valorando los procesos de selección, competencias, contratación y remuneración, para la reformulación de la política interna del Talento Humano</p>	<p>Se integró la política de gestión del talento humano a las demás políticas institucionales. Incluyendo bienestar así como la planeación y selección del personal a esta política.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2102</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.8. El Modelo Estándar de Control Interno del Hospital Tunjál se encuentra implementado pero no apropiado por los servidores. De las entrevistas realizadas a sus operadores en las áreas evaluadas se destaca el debilitamiento del sistema de Control Interno derivado de: a) alta rotación del personal que presta el servicio de actividades contratadas, b) ejercicio de cinco personas en el cargo de gerente para el periodo 2007-2008, c) debilidad en la operación de las actividades del planear, verificar y actuar del ciclo PHVA, lo cual impactó su eficiencia y eficacia por no adherencia a los manuales, procedimientos, formatos e instructivos adoptados. Se incumple el artículo 1 de la Ley 1599 de 2005, en lo pertinente al mantenimiento del SCI.</p>	<p>1) Incluir en el procedimiento para la elaboración del plan de inducción y reincursión institucional la actividad de programar como temáticas: código de ética, MECI, sistema de gestión de la calidad e importancia de la adhesión a los procedimientos. 2). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna</p>	<p>Número de colaboradores capacitados/ total de colaboradores</p>	<p>.A 31 de diciembre se habrán capacitado el 60% de los colaboradores del Hospital.</p>	<p>Talento Humano</p>	<p>Jefe oficina Talento Humano dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se incluyó la temática en el programa de inducción y reincursión del personal.</p>	<p>Se verificó la integración en la política de gestión del talento humano a las demás políticas institucionales. Incluyendo bienestar así como la planeación y selección del personal a esta política.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2103</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.9 La institución no reconoce su mapa de riesgos institucional ni por procesos y es débil en la gestión del riesgo. Desconoce los riesgos sistémicos y por procesos, no ha identificado en su mapa de riesgos de ataques informáticos e incompatibilidad de los sistemas, algunas áreas no dan cumplimiento oportuno al levantamiento de su mapa, los procedimientos no establecen el periodo en el cual se deben levantar los mapas de riesgo de manera sistemática y recurrente, lo cual no le permite tomar acciones puntuales que atomen, dispersen, eliminen, trasladen o deriven en asumir el factor de riesgo determinado. Incumple el requisito literal d) numeral 4.2.1 Subtítulo Generalidades, título 4.2 Gestión y 8.4 Análisis de Datos contenidos en la Norma NTCGP 1000:2004.</p>	<p>1). Socializar el mapa de riesgos institucional.Consolidar el mapa por proceso y socializarlo. 2). Diseño, elaboración y socialización de una cartilla que contenga los lineamientos metodológicos para la administración del riesgo, en donde se comuniquen los periodos en los cuales debe realizarse la actualización de los mismos, la obligación de tener en cuenta los factores de riesgo emergentes y los determinados en la normatividad vigente, la necesidad de su seguimiento y reporte del resultado del mismo en el informe de gestión del área, del proceso y del sistema, cumplir estrictamente los periodos de levantamiento, reporte y socialización del resultado de la gestión al personal aportante a los procesos. 3) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Número de colaboradores que recibieron la socialización / el total de colaboradores del hospital</p>	<p>.A 31 de diciembre se habrán capacitado el 60% de los colaboradores del Hospital.</p>	<p>Oficina Control Interno</p>	<p>Responsable del proceso en la Oficina de Control interno, Dra. Dolly Santoyo.</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Existe un mapa de Riesgos Institucional en donde se presentan los más críticos y de impacto para la entidad. Se socializó con los líderes funcionales.</p>	<p>SE VERIFICÓ LA EXISTENCIA DEL MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL EL CUAL SE DENOMINA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES CIO-01-01-V1 OFICIALIZADO EL 09-09-09</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2104	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.10 El manual de funciones vigente no consigna las funciones del Jefe Oficina de Control Organizacional y de Calidad el apego al artículo 12 de la ley 87 de 1993. El manual de funciones vigente precisa en su numeral 5. que debe participar en la revisión y el ajuste del sistema de garantía de la calidad en la prestación del servicio, responder por el proceso y aplicar los correctivos, en el 7. Asesorar a la implementación de las políticas de Control, definiendo con la gerencia el sistema para la institución y en el 13 que deberá cumplir con la política de gestión ambiental y salud ocupacional conforme a los criterios de certificación vigentes. Se transgrede la independencia definida en el artículo 12 de la ley 87 de 1993 y literal b del requisito 4.2.3 Control de documentos de la Norma NTC/PG 1000:2004. ...	1) Formalizar la independencia de las actividades de control interno de las de Calidad. 2) Reformular el manual de funciones aplicable a la Oficina de Control interno Organizacional de conformidad a la normatividad vigente. 3) Formular el manual de funciones aplicable al área de calidad de conformidad a la estructura ajustada. 3) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.	Funciones de la Oficina de Control Interno reformuladas conforme a la ley.	A 31 de diciembre de 2009 se tendrá las funciones establecidas de la Oficina de Control interno de conformidad con la Ley 87 de 1993.	Talento Humano	Jefe oficina Talento Humano	Humanos, físicos	15/05/2009	31/12/2009	5	Se incorporó una nueva metodología para análisis de cargas y de ocupaciones.	Se aplicó funcionalmente y esta operando, pero está sujeto al cumplimiento de circular conjunta de procuraduría 023 del 16 de abril de 2009	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2105	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.11- La Oficina de Control Organizacional no dispone de capacidad operativa para concentrarse en las funciones previstas para los auditores internos. Esta área no cuenta con el personal suficiente para cumplir sus funciones. Se incumple el requisito literal e) del numeral 5.1 Compromiso de la Dirección de la Norma NTCGP 1000: 2004. .	1) Realizar un análisis de cargas ocupacionales de la oficina de Control interno de conformidad a la naturaleza de la función. 2) Determinar el recurso humano mínimo requerido que garantice el adecuado cumplimiento de la función y realizar su asignación. 3) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.	Número de auditores/ total de colaboradores	Cumplimiento del plan de Trabajo de la Oficina de Control Interno.	Talento humano	Jefe oficina Talento Humano. Dr Julio César Franco	Humanos, físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se incorporó una nueva metodología para análisis de cargas y de ocupaciones. Se determinó el recurso humano para el área, con estudios de cargas de trabajo.	Se verificó la distribución del personal del área organizacional, de acuerdo con las cargas de trabajo que requieren la auditoría. En la evaluación adelantada se estableció la no necesidad de más personal.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2106	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.12 Es recurrente y sistemática la informalidad en la entrega de los puestos de trabajo y de las actividades contratadas. La alta rotación del talento cooperado y por contrato de prestación de servicios desencadena vacíos de responsabilidad, informalidad en el traspaso de funciones y actividades, desorden en los procesos, reprocesamiento de información y pérdida de la memoria institucional; el que recibe o deja un puesto de trabajo no está obligado a formalizar acta de entrega de puesto trabajo o de actividades, independiente de la naturaleza de su vinculación, razón por la cual el que asume la función o actividad debe reconstruir información, ejemplo de ello es lo observado en el área de farmacia, aparte de los riesgos de alto impacto que genera el hecho de la pérdida de información al no permitir cumplir la función y ejercer su control. Incumple el artículo 15 de la ley 594 de 2000 y el requisito Control de documentos de la Norma NTC/PG 1000:2004.	1) Diseñar e implementar un procedimiento de retro institucional aplicable a todos los grupos funcionales del hospital 2) Incorporar en la minuta de los contratos de prestación de servicios la obligatoriedad de realizar levantamiento de acta de recibo y entrega del estado de los servicios a prestar y prestados según sea el caso como requisito de liquidación del contrato (procedimiento de retro institucional o como se identifique) 3) Para el caso de actividades a cargo de contratistas incorporar en la lista de chequeo del procedimiento contratos el ítem levantamiento y entrega de acta del estado del recibo y entrega de los servicios contratados de conformidad al instrumentos institucional adoptado para tal fin. 4) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.	Número de paz y salvo / número de retiros	A 31 de diciembre se contará con la herramienta implementada.	Talento Humano y Planeación	Jefe oficina Talento Humano. Dr Julio César Franco	Humanos, físicos	15/05/2009	31/12/2009	10	A partir del 2010 se incorpora en la minuta de los contratos de prestación de servicios la obligatoriedad de realizar acta de recibo y entrega de los servicios prestados.	Se implementó el formato TH- 05-70-V3 PARA INGRESO DE PERSONAL Y PARA RETIRO EL FORMATO TH-05-66-V3. CON PROTOCOLOS DE INGRESO Y RETIRO	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2107</p>	<p>GESTION</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.13. Los comités Ética Médica Ética Hospitalaria no planifican el cómo van a dar cumplimiento a las funciones asignadas en cada vigencia fiscal y no garantizan el cumplimiento de la totalidad de las funciones conferidas y el tratamiento oportuno, eficiente y efectivo de las temáticas y problemáticas de su competencia. El alcance de sus acciones no generan el alto impacto esperado, del contenido de sus actas no se determina claramente cuales son las temáticas y problemáticas tratadas, el análisis efectuado, la valoración del costo beneficio de las alternativas de decisión, la decisión adoptada, validación de la obtención del beneficio esperado de la decisión tomada y ejecutada y así como los ajustes que estas demandaron en el tiempo, ejemplo lo constituye la obligatoriedad de formula plan de trabajo por parte del Comité de Ética Médica que no consta en su unidad documental su formulación y cumplimiento. Para el caso del Comité de Ética Hospitalaria se incumple la Resolución 08 de 2007, expedida por la Gerencia del Hospital.</p>	<p>1) Dar cumplimiento a la normalidad vigente. 2) Socializar la normalidad y sensibilizar a los miembros del Comités sobre la obligatoriedad de formular el cronograma de actividades de cada vigencia de manera oportuna y con alcance a todas las funciones conferidas, calendarización de las actividades de planeación, ejecución, seguimiento y control de tal forma que se garantice el cumplimiento oportuno, eficiente y efectivo de dichas funciones, 3) Reinducir a los miembros del comité sobre: a) la actividad de levantamiento de actas y su obligatoriedad de diligenciar en las actas con debida claridad las temáticas y problemáticas tratadas, el análisis efectuado a la relación costo beneficio de las alternativas de solución presentadas, de la decisión adoptada, validación de la obtención del beneficio esperado sobre la decisión adoptada y ejecutada y b) Incorporar a la unidad documental del comité definida en la tabla de retención documental institucional los registros generados por el comité de conformidad a la normativa documental interna, 4) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna</p>	<p>Número de actas /total de reuniones de comites realizadas</p>	<p>A 30 de noviembre cumplir con el 90% de las actividades programadas.</p>	<p>Subgerencia Científica</p>	<p>Subgerente científico Dr. Wilson bustos</p>	<p>Humano y Físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>80</p>	<p>Se encuentra en proceso de firma el acta del mes de diciembre de 2009.</p>	<p>estos comites se reúnen a solicitud de el médicom hospitalario o de urgencias o específicamente de patologías en las que la intervención médica presuntamente no mejorará el estado del paciente. Se verificó el cumplimiento de los compromisos entre los cuales estaba la firma del acta.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2108</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.14 La entidad no impada sistemática y transversalmente, la inducción y capacitación planificada hacia quienes desarrollan actividades contratadas a través de cooperativas. El plan de inducción y capacitación institucional no garantiza resolver la coyuntura que se deriva de la alta rotación de personal y la demanda de aumento de competencias específicas en áreas críticas para el desarrollo de las competencias centrales del hospital, dado que a éste no se articula en iguales condiciones los desplegados por los contratistas que desarrollan las actividades cooperadas contratadas y sobre quienes no ejerce ningún control directo ni indirecto. Incumple el requisito literal b) del numeral 6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación de la norma NTGP 1000:2004</p>	<p>1) Formular, adoptar y cumplir la política de gestión del talento humano institucional que garantice la transversalidad de los requerimientos que deben cumplir los programas de capacitación y bienestar social de la organización sobre los que son a cargo de los contratistas u outsourcing. 2) Fortalecer los planes de inducción, reinducción y capacitación específica tendientes a responder a las necesidades del hospital. 3) Ajustar el procedimiento de formulación de la plataforma estratégica con la incorporación de las actividades que permitan garantizar el mantenimiento de la política de gestión del talento humano institucional 4). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Número de personas capacitadas/ total de colaboradores</p>	<p>Capacitar el total de los colaboradores</p>	<p>Talento Humano</p>	<p>Jefe de Talento Humano, Dr Julio César Franco</p>	<p>Humanos, físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se adelanta el proceso de inducción conforme a los lineamientos institucionales y se valora la rotación del personal indirecto.</p>	<p>El proceso de inducción de la entidad tiene cobertura a planta, contrato, estudiantes y outsourcing. Con presentación presencial de la plataforma virtual de la entidad consulta virtual de memorias, adicionalmente con valoración o evaluación dentro de los tres días siguientes, así mismo se incluyó de manera específica en la política integrada de gestión de talento humano</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2109	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.15 Durante la vigencia 2007 y 2008 la institución aprobó los planes operativos en el segundo semestre no garantizando con oportunidad el despliegue del plan estratégico institucional. En el Manual de calidad del hospital se define la construcción del Plan Estratégico, Plan de Gestión y Plan Operativo Anual, pero no se determina un período calendario para su formulación, concertación, aprobación y divulgación, del tal manera que sea conocido por los aportantes al sistema desde el mismo inicio de la cada vigencia; que a su vez determine los períodos cíclicos y la forma de planificar para el período de transición.. Incumple el literal h del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1)Actualizar el procedimiento de la construcción de los planes (Estratégico, Gestión y Operativo). 2)Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.	A 31 de julio de 2009, entregar el procedimiento a la oficina de calidad.	De cumplimiento	Planeación	Jefe de Oficina de Planeación	Humanos, físicos	30/06/2009	31/12/2009	20	1. Se ha realizado despliegue de la información de los planes estratégicos por medio de intranet, publicación en carteleras institucionales, boletines, revista institucional, el periódico mural y en web. 2. Se realiza retroalimentación de los planes (Estratégicos, Gestión y Operativo) por parte de la oficina de planeación a las diferentes áreas.	Se adopto el plan estratégico del hospital el cual esta siendo ejecutado y se le está efectuando evaluación trimestral, semestral y anual.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2110	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.16 La entidad no valora el impacto que tiene el no contar con los recursos para adelantar una actividad, operación o proceso dentro de la sostenibilidad financiera de la entidad y el cumplimiento de la misión. No se determina ni traslada a quien corresponda el impacto económico que genera una cancelación de agendas por la no asistencia de un médico que presta la actividad de consulta médica, o por cancelación de cirugías por no asistencia del cirujano o el anestesiólogo, o no se tuvo el insumo de farmacia o el mantenimiento preventivo de un equipo no fue realizado y estaba contratado y todos los otros factores eran favorables, cuando se formulan estos tipos de contratos se gestiona el riesgo con la perspectiva de trasladarlo al contratista. Se incumple el manual de supervisión institucional, el clausulado de los contratos conducente a la actividad de interventoría y de la responsabilidad económica por el incumplimiento del contratista y el Manual de Contratación en lo útil y conducente.	1). Dejar estipulado en el contrato de manera clara y concreta, las funciones y responsabilidades del contratista. 2. Implementar y socializar con los supervisores de contratos las funciones y responsabilidades incluidas dentro del manual de contratación. 3). Hacer seguimiento de las cancelaciones de cirugías y definir cuáles son de causa intrainstitucional inherentes a factores de tiempo, espacio, lugar y condiciones clínicas del paciente.	No. de cirugías canceladas por causa intrahospitalaria /total de cirugías programadas.	A diciembre 31 de 2009, se tendrá intervenidas el 60% de las causas intrahospitalarias de cancelación de cirugías	Subgerencia Científica	Subgerente científico Dr. Wilson Bustos	Subgerente científico Dr. Wilson Bustos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se efectua seguimiento a la cancelación de cirugías.	Para solucionar en parte la problemática señalada, se procedio a cambiar de lider funcional y hacer seguimiento de las cancelaciones diarias tanto intra como extra institucional. Como resultado de la aplicación de los correctivos el índice de cancelación de cirugías paso en la vig 2010 con respecto al 2009 de 8.17 a 6.12.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2111	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.17 No hay estricto control sobre los documentos controlados. De las visitas de campo efectuadas a las áreas funcionales se establece: a) que los documentos controlados son archivados indistintamente dentro de las carpetas del archivo de gestión, b) el archivo de gestión no se organiza con base a tabla de retención documental, el control de registros establecido en los procedimientos y si se encuentra debidamente identificado; agrava el hecho que el sistema o subsistema de gestión documental no es visible institucionalmente y que el personal no identifica los instrumentos del sistema de gestión de la calidad que garantizan la administración, conservación y recuperación de los archivos institucionales. Se incumple la ley 594 de 2000 en sus artículos 4, 11, 12, 16, 26 y 46.	1). Identificar series y subseries en la tabla de retención documental en cuanto a la conformación de los expedientes de los documentos controlados. 2). Cada área debe abrir expedientes con adhesión a la tabla de retención documental y control de registros consignados en los procedimientos aplicables en cada una de ellas, con alcance al archivo de los documentos controlados de tal forma que sean identificados con serie y subserie. 3). Capacitar al personal de asistencial y administrativo en el manejo de archivos de gestión. 4) Visibilizar el proceso de gestión documental de tal forma que el personal aportante a los procesos identifique los instrumentos del sistema de gestión de la calidad que garantizan la administración, conservación y recuperación de los archivos institucionales. 5) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.	Número de documentos controlados archivados por área total de documentos controlados del hospital. Número de personal capacitado/total de colaboradores del hospital	A 31 de diciembre de 2009 se habrán capacitado el 100% de los colaboradores de planta.	Planeación - Archivo Institucional	Jefe Oficina de Planeación. Dra. Yackeline Moreno	Humanos, físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se esta adelantando un proceso de capacitación con el cual se pretende corregir y mejorar la situación encontrada en la auditoría, pues se esta, pues se esta llegando a cada servicio y área del Hospital con una charla que involucra, 1) marco legal de referencia. 2) organización de archivos de gestión. 3) utilización de códigos para identificar expedientes. 4) aplicación y entrega de las TRD de las áreas que cuentan con este formato para que haya correspondencia en la forma de identificar los expedientes con lo establecido en las tablas. 5) este proceso iniciado permitira incluir en las TRD una serie y subserie que identifique los documentos controlados para cada servicio y área del hospital y se haga un archivo correcto de estos documentos.	Se adelantó la implementación del formato del seguimiento ejecución de los contratos por parte de los interventores a través del formato SU -05-16.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2112	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.18 No hay articulación de los procedimientos de un mismo proceso y de estos con los otros procesos. Si en el cumplimiento de una función se opera un procedimiento que simultáneamente debe ser articulado con otro procedimiento del mismo proceso o de otro proceso éste no observa a que actividad de un procedimiento específico debe remitirse. Incumple la norma NTGP 1000:2004	1). Revisar y ajustar procedimientos con el fin de garantizar su articulación. 2) Realizar el montaje de la documentación controlada del sistema a un ambiente web. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del proceso.	Volumen de documentación en el sistema de información (Documentos cargados / Total documentos planificados a cargar / Total documentos del sistema de gestión *100).	A 31 de diciembre de 2009 estará en la página web del hospital el 65% de la documentación controlada	Sistemas de Gestión	Representante por la Gerencia a los sistemas de Gestión de Calidad. Dr Alejandro Cárdenas	Horarios de acceso web (4 horas por semana).	01/06/2009	31/12/2009	50	Plan de documentación elaborado sobre lista de relación entre procesos y procedimientos conforme al nuevo mapa. Se inició la actualización de los procedimientos prioritarios conforme al nuevo mapa. Esta documentación será montada en formato pdf a la web.	Se redefinió el mapa de procesos así mismo se publicó en el blog de los sistemas de gestión el 17 de diciembre de 2009, y las caracterización de los 15 procesos. Así mismo se estableció una evaluación de la gestión por procesos.	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2113	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.19 La entidad carece de una política de gestión de talento humano lo cual impacta negativamente el clima organizacional. El recurso humano que aporta a los procesos derivado de su vinculación como cooperado o por contrato de prestación de servicio le da miedo expresar y dar a conocer las debilidades del sistema por temor a recibir como retaliación su expulsión de éste; los programas de capacitación y bienestar social de la organización no tienen impacto transversal sobre la articulación de los programas de capacitación que deben operar simultáneamente los contratistas que satisfacen la prestación del servicio de talento humano, lo cual deriva en desarrollo de competencias y habilidades desiguales. Incumple la norma NTGP 1000:2004 ASAB000 - Responsabilidad Social.	1) Formular, adoptar y cumplir la política de gestión del talento humano institucional. 2) Tomar como uno de los insumos para la formulación de la política de gestión del talento humano los resultados obtenidos en la valoración del clima organizacional 3.) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.	Cumplimiento de la política de gestión de talento humano adoptada	Aumento en el porcentaje de satisfacción de clima organizacional.	Talento Humano	Jefe oficina Talento Humano, Dr Julio César Franco	Humanos	15/05/2009	31/12/2009	100	En concordancia con los lineamientos formulados y adelantados por la Secretaría de Salud, se está valorando los procesos de selección, competencias, contratación y remuneración para la reformulación de la política interna del Talento Humano.	El proceso de inducción de la entidad tiene cobertura a planta, contrato, estudiantes y outsourcing. Con presentación presencial de la plataforma virtual de la entidad consulta virtual de memorias, adicionalmente con valoración o evaluación dentro de los tres días siguientes, así mismo se incluyó de manera específica en la política integrada de gestión de talento humano	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2114	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.20. A quien se le define el rol de responsable de un proceso no se le dota de la capacidad de decisión sobre el mismo. No se determina formalmente quien asume la responsabilidad de cada proceso. Se incumple el requisito 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad. Norma NTGP 1000: 2004 y literal a del registro 9.5, título Planeamiento y Aplicación de la norma ASAB000 - Responsabilidad Social.	1).Involucrar el esquema de responsabilidades definidas por ocupación en los perfiles de cargos.2) socializar el procedimiento actualizado en toda la organización para que se identifique quien es el responsable de cada proceso y el alcance de dicha delegación. 3) Seguimiento del cumplimiento de la responsabilidad y determinación de desviaciones y acciones contingentes para asegurar el cumplimiento de estas actividades de mejora.	De cumplimiento	A 31 de diciembre se tendrá el 90% de perfiles ocupacionales ajustado de conformidad con el esquema.	Talento Humano	Jefe oficina Talento Humano, Dr Julio César Franco	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se inició el proceso de valoración de responsabilidad de los líderes de los procesos y se están estableciendo los actos administrativos de responsabilidad es.	Se definieron las áreas funcionales y sus correspondientes líderes, haciendo socialización de cada uno de ellos en la estructura con sus correspondientes responsabilidades tanto para el personal de planta como el de contratos en su rol de líderes y/o responsables. Así mismo se incluye en las minutas de los contatos éste aparte.	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2115</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.21. El área de urgencias, archivo y almacén presentan deficiencias de infraestructura y dotación de elementos. Las condiciones en que opera el archivo institucional generan alta exposición de los documentos a su deterioro y pérdida: a) carece de estibas para proteger los documentos que se encuentran localizados en los pasillos, las paredes presentan humedad, las tejas presentan orificios que permiten la entrada del agua lluvia, las conexiones y cableado eléctrico no son óptimas, las áreas de custodia de los documentos se encuentran sin puertas, los baños se encuentran deteriorados, utilizan patio trasero para almacenar elementos inservibles lo cual genera exposición a vectores tales como roedores; la bodega de farmacia y la bodega de almacén carecen de suficientes estibas para proteger los insumos almacenados, además el área es insuficiente; y en el área de urgencias es recurrente la sobre ocupación. Se incumplen como generalidad los requisitos 6.1, título provisión de recursos y 5.3, título infraestructura de la norma NTCGP 1000.2004 y con especificidad para el archivo institucional el artículo 13 de la ley 594 de 2000.</p>	<p>1. Gestionar ante la Secretaría de Salud Proyecto para la consecución de un nuevo predio que garantice las condiciones mínimas para la conservación de los documentos. 2. Gestionar ante la Secretaría de Salud Proyecto para la obtención de recursos para el mantenimiento y adecuación del área de urgencias. 3). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>No. de proyectos gestionados/TOTAL de proyectos programados..</p>	<p>a 31 de diciembre de 2009 haber ejecutado en un 50% los proyectos..</p>	<p>Planeación</p>	<p>Jefe Oficina de Planeación, Drayackeline Moreno</p>	<p>Humanos y Financieros</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>20</p>	<p>Se envió oficio al Jefe del Área Administrativa y Financiera de la Secretaría Distrital de Salud, en el cual se le solicita su intermediación ante el DADEP departamento Administrativo de espacio Público, como órgano encargado de los predios del Distrito para la adjudicación de un nuevo predio donde funcione el Archivo Institucional del Hospital El Tunal. A la fecha no se ha logrado la consecución de mismo.</p>	<p>SE ADELANTARON LAS GESTIONES PARA LA CONSECUCCIÓN DE UN PREDIO Y UBICAR LOS DIFERENTES ARCHIVOS GENERADOS POR LA ENTIDAD, SIN OBTENER RESPUESTA POSITIVA POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL, NO OBSTANTE SE HABILITÓ UN ESPACIO PARA ESTE PROPÓSITO EL CUAL ESTÁ SIENDO ADECUADO EN LA MEDIDA DE LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2116</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.22 La institución no garantiza la salvaguarda y conservación de la documentación. No existe tabla de retención documental que garantice la adecuada administración de archivo de gestión y de la memoria institucional. El hospital no ha materializado el diseño, implementación y mantenimiento de un sistema o subsistema de gestión documental; existen instrumentos adoptados inicialmente para un proceso certificado en la etapa de implementación que no satisfacen la necesidad de un sistema completo, evidenciándose un problema estructural de gestión documental vigente y recurrente. Se incumple recurrentemente la Ley 594 de julio de 2000 Ley General de Archivos, en lo conducente.</p>	<p>1). Adelantar el proceso ante la Secretaría de salud para la consecución de un nuevo predio que garantice las condiciones mínimas para la conservación de los documentos. 2). Fortalecimiento del proceso de gestión documental mediante: a) Actualización de las tablas de retención documental en uso, garantizando la incorporación de los registros definidos en los procedimientos como instancias documentales que cuenten con serie y subserie, b) adoptar mediante resolución las tablas de retención documental, c) socializar y capacitar al personal sobre el proceso de gestión documental interno y su obligatorio cumplimiento, d) Hacer seguimiento de la aplicación de las tablas. 3). Determinar las desviaciones presentadas en el desarrollo de las actividades de mejora previstas y formular e implementar las acciones de contingencia que permitan alcanzar su cumplimiento.</p>	<p>De cumplimiento. No de personal capacitados /sobre el total del personal</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se contará con el nuevo predio</p>	<p>Planeación</p>	<p>Jefe Oficina de Planeación</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>20</p>	<p>Se realiza una reunión de Comité de archivo, donde se invita a las coordinadores de las oficinas de Auditoría a los Sistemas de gestión, calidad, Jurídica, Planeación, Sistemas, Subgerencia Administrativa, Talento Humano y Archivo Institucional, donde se propone el establecimiento del SIGA subsistema interno de gestión y archivo, se presenta a la oficina jurídica dos proyectos de resoluciones que tienen que ver con las TRD y el SIGA para que sean verificados los alcances legales de las mismas y puedan ser avaladas por Gerencia.</p>	<p>SE ADELANTARON LAS GESTIONES PARA LA CONSECUCCIÓN DE UN PREDIO Y UBICAR LOS DIFERENTES ARCHIVOS GENERADOS POR LA ENTIDAD, SIN OBTENER RESPUESTA POSITIVA POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL, NO OBSTANTE SE HABILITÓ UN ESPACIO PARA ESTE PROPÓSITO EL CUAL ESTÁ SIENDO ADECUADO EN LA MEDIDA DE LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2117</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.23 La institución no reconoce plan de mejoramiento institucional ni se evidencia que integra los planes de mejoramiento que suscribe constantemente con los entes de control y los pagadores. Se opera de manera dispersa el instrumento plan de mejoramiento y no se identifica por el personal que aporta a los procesos que se cuente con plan de mejoramiento consolidado a nivel institucional ni por procesos con determinación de origen de la observación, visualizan focalización del esfuerzo a garantizar la formulación e implementación de la acción de corrección frente a un hecho observado y con el propósito de eliminar la inconformidad que sobre este bien o servicio exista y no la formulación de acciones correctivas con impacto sistémico, como se aplica el instrumento hay mayor demanda de recursos, desgaste organizacional, pérdida de la utilidad del control, reconocimiento de acciones sólo coyunturales y en algunos casos se desencadena es más descontrol e desencadena incumplimiento de compromisos suscritos. Incumple los elementos Plan de Mejoramiento Institucional y Plan de Mejoramiento por Procesos del componente Planes de Mejoramiento, del Subsistema Control de Evaluación concebidos en el Modelo Estándar de Control Interno MECL.</p>	<p>1) Ajustar el procedimiento relativo a la formulación de los planes de mejora, acciones preventivas y de mejora continua donde se incorpore las actividades que permitan el levantamiento del plan de mejoramiento por proceso o institucional, en el cual se puede identificar su origen (autocontrol, auditoría interna, auditoría externa, entes de control, pagadores etc). 2) Socializar los planes de mejoramiento al personal que aporta a los procesos institucionales 3) Implementar la unidad documental dentro de la tabla de retención documental 4). Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Ajuste del procedimiento sobre planes de mejoramiento. Número de colaboradores socializados/ total de colaboradores</p>	<p>Total de acciones de mejora / No acciones de mejora cerradas</p>	<p>Control Interno</p>	<p>Jefe oficina Control interno organizacional, Dra Luz Angela Garcia</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>70</p>	<p>Se implementaron los formatos CIO-05-07-S1 y CIO-05-06-S1 Seguimiento Planes de Mejoramiento. Se elaboró el Plan de Mejoramiento Institucional y se efectúa seguimiento.</p>	<p>SE VERIFICÓ LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS FORMATOS CIO 05-07-S1 Y CIO 05-06-S1 SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2118</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.24. Las actividades de seguimiento llevadas a cabo por la entidad tan sólo se constituyen en un instrumento de cumplimiento pero no como potenciador y conductor de acciones de mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad. El personal aportante a los procesos no se encuentra retroalimentado sobre los niveles de desempeño alcanzado, las desviaciones que presenta el sistema y las acciones a implementar que permitan alcanzar las metas previstas; desconoce los indicadores construidos y operados para medir el nivel de cumplimiento de actividades.</p>	<p>1) Desarrollar e implementar un instrumento para consolidar el desempeño de los procesos con información relativa a: Indicadores de desempeño, acciones de mejora levantadas, acciones de mejora efectivas y mejoras implementadas en el proceso, 2) Adoptar, conformar y operar los equipos de análisis del proceso donde el insumo de trabajo sean los resultados del seguimiento al proceso, 3) Aplicar el procedimiento relativo a la revisión por la dirección., 4) Realizar la actividad de seguimiento del cumplimiento de las acciones previstas, identificar desviaciones sobre lo planificado, definir y desarrollar actividades contingentes con el propósito de garantizar su cumplimiento de manera oportuna.</p>	<p>Desempeño de los procesos de los sistemas de gestión. (Factores de desempeño seleccionados= Sumatoria / Promedio)</p>	<p>A 31 de diciembre se tendrá el desarrollado e implementado un instrumento que consolide el desempeño de los procesos.</p>	<p>Sistemas de Gestión</p>	<p>Representante por la Gerencia a los sistemas de Gestión de Calidad, Dr Alejandro Cárdenas</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>70</p>	<p>Se desarrolló el maestro de acciones de mejora y tablero de indicadores reportados en el Manual. Se desarrolló capacitación a los líderes del proceso.</p>	<p>Se estableció una evaluación del tema, con dos grupos de trabajo, uno asistencial y uno administrativo adelantándose una línea base para los indicadores de gestión</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL- MODALIDAD REGULADORA 2119</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.25 El representante legal de la entidad, como único responsable de establecer, desarrollar y mantener el Sistema de Control Interno no da la dignidad de Directivo de Primer Nivel de la respectiva entidad a quien designa como Representante de la Dirección, que si bien es distinto de quien ejerce la función de Jefe de la Oficina de Control Interno este depende estructuralmente de éste. Se incumple el Numeral 3, título Designación del representante de la dirección de los lineamientos generales consignados en la circular 03 de 2005, expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las entidades del Orden Nacional y Territorial-</p>	<p>1). Revisar y ajustar la estructura organizacional conforme al nuevo mapa de procesos y proyectar la viabilidad de creación de un cargo de nivel directivo que asuma este rol de no ser viable adoptar la acción contingente que permita dar cumplimiento a este requisito. 2). Efectuar seguimiento al cumplimiento de la acción prevista y de establecerse desviación de la misma prevista impulsar con debida oportunidad las acciones contingentes que permitan superar lo observado .</p>	<p>Fases de revisión del proyecto de reestructuración</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se tendrá adelantado el 50%del proyecto</p>	<p>Talento Humano , Subgerencia Científica y Mejora de los sistemas de gestión.</p>	<p>Responsables de las áreas de Talento Humano, Mejora de los sistemas de Gestión y Subgerencia Científica</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se modificó la estructura orgánica de la entidad conforme al mapa de procesos. Se encuentra en la etapa de socialización a todo el personal del Hospital.</p>	<p>Se realizó estudio técnico con el propósito de modificar la estructura organizativa, definir la jerarquía y liderazgo de las áreas de acuerdo con el nuevo mapa de procesos.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL- MODALIDAD REGULADORA 2120</p>	<p>CONTROL INTERNO</p>	<p>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p>	<p>3.2.4.26 Las actividades de interventoría ejecutadas evidencian deficiencia técnica en su cumplimiento. No hay evidencia física en las unidades documentales de los contratos que consignen el cumplimiento de las actividades críticas tales como: a) comunicar al contratista la normatividad interna aplicable en la ejecución del contrato, b) puesta a disposición de los manuales, procedimientos y protocolos a operar, c) seguimiento al cumplimiento de las actividades contratadas en las áreas de servicio de conformidad al documento fuente de las actividades contratadas, d) verificación de la adhesión al sistema de gestión de la calidad institucional, e) formalización tanto de la entrega de los elementos facilitados por el hospital como de su devolución al cumplirse el cierre de la actividad contratada, f) la entrega y devolución del archivo operado para el desarrollo de las actividades, g) suscripción de acta del estado de las actividades recibidas y de entregadas por retiro o traslado del cooperado a otra actividad, h) cumplimiento del plan de capacitaciones cuando son de obligatorio cumplimiento del contratista, i) cumplimiento estricto de la fase de inducción requerida, las cuales no son evidenciadas de manera sistemática y recurrente dentro de la ejecución de los contratos suscritos con las cooperativas de trabajo asociado, afirmación sustentada en la evidencia de la no existencia de informes de interventoría con estos criterios técnicos y si la homologación de la certificación expedida en virtud de la prestación del servicio como informe de interventoría lo cual desencadenando falta de análisis en aspectos de fondo aquí citados que impacta de manera directa y en alto grado la adhesión efectiva e inmediata del recurso humano teorizado al conocimiento y operación del sistema de gestión de la</p>	<p>1). Revisar el manual de interventoría y de supervisión para establecer si identifica, y determina y sigue el cumplimiento de las actividades críticas de control observadas y de no cumplir estos parámetros realizar su modificación y socialización del manual actualizado, 2). Capacitar a los interventores en normatividad aplicable a la contratación, 3). Desarrollar e implementar el manual de actividades contratadas con terceros, 4). Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>No. interventores capacitados / total de interventores. Adherencia del personal al proceso de interventoría</p>	<p>A 31 de diciembre se habrá capacitado el total de los interventores. Adherencia del personal</p>	<p>Contratos y Talento humano</p>	<p>Responsables áreas de contratación Dra. Leda Belen y Talento Humano Dr. Julio César Franco</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>El Manual de contratación se elaboró y se socializó. Se han capacitado a los supervisores e interventores de los contratos sobre la normatividad aplicable.</p>	<p>A partir de la expedición de la directiva por parte del señor alcalde mayor de bogota , se dejaron de adelantar contratos con cooperativas. Adicionalmente se han implementado formatos para los diferentes procedimientos incluyendo el paz y salvo por entrega de elementos. Código TH-05-66-v3</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

			1420. ANTICIPOS ENTREGADOS, se tomará como base para efectuar la amortización de la diferencia entre el saldo contable y el saldo establecido en la resolución 0162 de 2007, la suma de Nueve Millones Ochocientos Treinta y Ocho Mil Novecientos Cincuenta Pesos (\$9.838.950) y la diferencia, es decir los 6.8 millones se constituyen en un presunto detrimento al patrimonio del Hospital el Tunal. Lo anterior incumple el clausulado del contrato y los Manual de Contratación y Supervisión del Hospital.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2122	GESTION	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.28. La operación de los libros de Junta Directiva incumplen el debido registro en el documento registrado ante el ente competente. Del seguimiento efectuado al libro actas Junta Directiva No. 122, se establece que la hoja que le sigue a hoja útil No. 1 se identificada con el número 100 y no cuenta con sello seco de la Secretaría de Salud relativo a libro de actas; verificado el número de hojas útiles se establece que las hojas Nos 24, 86, 87 y 91 no cuentan con sello seco de la Secretaría de Salud relativo a libro de actas de junta directiva, contrario a lo consignado a folio 001, donde la Jefe Área de Vigilancia y Control de la Oferta, Isabel Cristina Artunduaga Pastrana, informa que ha inscrito en el registro del libro destinado para actas de Junta Directivas de las Empresas Sociales del Estado a folio 112, el libro No. 122 que consta de cien hojas útiles debidamente foliadas y selladas el cual pertenece al Hospital el Tunal, Empresa Social del Estado, fecha de registro del libro 12 de enero de 2006. Se incumple recurrentemente la Ley 594 de julio de 2000 Ley General de Archivos y lo relativo a la normativa de registro de actas integrada.	1). Diseñar e implementar el procedimiento para el manejo y control de libros de actas de Junta Directiva. 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	De cumplimiento; Procedimiento diseñado e implementado al 100%.	A Junio 30 de 2009 se contrará con el procedimiento para manejo y control de libro de actas de la Junta Directiva, diseñado e implementado.	Subgerencia Administrativa	Subgerencia administrativa Dra. Myriam Herrera	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se documentó al procedimiento, manejo y control de libros de actas de Junta Directiva mediante AD-03-01-S1.	Se verificó la documentación implementada y aplicada para la observación	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA R 2123	GESTIÓN	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.29. El hospital no proyecta en ningún rubro al presupuesto de ingresos los generados por la concesión de Hemodinamia para otros pagadores. Suscrito el contrato de concesión de la gestión de las actividades asistenciales en las áreas de cardiología invasiva, Hemodinamia, electrofisiología, cirugía cardiovascular y unidad de cuidados coronarios y en general todas las actividades anexas y complementarias al servicio de Hemodinamia disponiendo de un área al interior de la institución por un término de 7 años no se registran en el presupuesto de ingresos del hospital los valores estimados para la vigencia 2008 y 2009 para otros pagadores. Decreto 111 de 1996, Manual Operativo Presupuestal Nacional, y la Resolución 1602 de 2006, Manual Operativo Presupuestal del Distrito.	1) Ajustar el procedimiento correspondiente a la formulación estratégica presupuestal mediante la implementación de una matriz de control de la facturación, la cual permitirá evaluar el comportamiento del recaudo por este concepto, la periodicidad y el porcentaje de participación de este concepto sobre el total del recaudo. 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Procedimiento Ajustado. Total de recaudo de servicios por este concepto	A Diciembre 31 de 2009 establecer un promedio de recaudo mes por este concepto que le permita a la empresa determinar a futuro cuales serían sus ingresos netos y de esta manera poder garantizar con estos recursos la financiación de un gasto	Subgerencia Administrativa - áreas de Cartera - Presupuesto - Facturación.	Responsables de las áreas de Cartera Dr. María elpidia Arco - Facturación Alba Yaneth Aguilar	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realiza seguimiento a la matriz	Para los contratos de prestación de servicios se diseño el formato CN-05-05-V3 Y para contratos realizados con los proveedores se implemento el formato SU 05-04-S3 el cual se esta aplicando al momento de la vista. Esto fue socializado a los que intervienen.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA R 2124	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.30 La gerencia no cumple la función de custodia de los las actas de Junta Directiva. Del seguimiento efectuado se establece que los soportes de las actas de junta directiva que hacen parte de las mismas no se encuentran custodiadas por la gerencia, se encuentran dispersas en la Oficina de Control Organizacional y Subgerencia Administrativa, afirmación que se sustenta en la evidencia obtenida al solicitar a la Gerencia poner a disposición los documentos soportes de las actas de junta directiva de la vigencia 2007 y 2008. Se incumple el acuerdo 27 de 2007.	1) Dar cumplimiento al acuerdo 27 de 2007 de Junta Directiva. 2) Aplicar la tabla de retención documental establecida para la custodia de estos documentos. 3) Diseño, adopción, socialización e implementación del procedimiento para la custodia y control de este proceso. 4) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Diseño y adopción del procedimiento para la custodia de las actas de la Junta Directiva. Número de actas custodiadas en la Gerencia/total de actas de Junta Directiva	Todas las actas estarán custodiadas por la Gerencia.	Subgerencia Administrativa	Subgerencia administrativa Dra. Myriam Herrera	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró instructivo de Control de Libros de Actas y Documentos de la Junta Directiva, socializándolos con las áreas involucradas.	Se verificó la aplicación del instructivo.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADORA R 2125	CONTROL INTERNO	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.4.31. No se evidencia existencia del procedimiento para la expedición y numeración de los acuerdos y resoluciones. Del seguimiento efectuado a los libros de actas y lectura tanto de los procedimientos del sistema de gestión de la calidad como de las mismas resoluciones se establece que se anulan resoluciones tales como 679, 716, 720, 721, 743 de 2006 sin contar con un procedimiento. Se incumple el requisito 4.2.4 control de registros de la norma NTGP 1000:2004	1) Diseñar, documentar, adoptar, socializar e implementar el procedimiento para la expedición, numeración y publicación (página web los que tengan alcance externo, intranet alcance a procesos y áreas funcionales) de acuerdos y resoluciones. 2) Aplicar la tabla de retención documental. 3) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Procedimiento diseñado, documentado e implementado	Procedimiento diseñado, documentado e implementado	Oficina Jurídica	Jefe Oficina Jurídica, Doctora María Hilsa Mora	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elaboró el procedimiento para la expedición, numeración y publicación de resoluciones y acuerdos. Se están aplicando las tablas de retención de documentos.	Se elaboró procedimiento GG-03-09-V1	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2126</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES</p>	<p>3.3.1 El hospital durante la vigencia auditada no presenta registros de provisión de glosa, lo cual se evidenció en los estados de cartera donde la mayor a 360 días ascendió a \$ 13.667 millones de pesos. Dentro del grupo de deudores se encuentran las cuentas 1475 Deudas de difícil cobro, la cual refleja los valores reclasificados de la cuenta 1409 Servicios de Salud correspondientes a la cartera con un alto grado de incobrabilidad. Igualmente la 1480 Provisión para Deudores, a la cual se abonan los saldos de las cuentas reclasificadas a difícil cobro (1475) con un 100% de protección, con cargo a la Provisión para deudores afectando el resultado (cuenta 5304). Partidas que al cierre de la vigencia ascendieron a \$8.348 millones de pesos. Tanto en deudores, como en provisión, el incremento de un año a otro correspondió a \$2.126 millones de pesos.</p>	<p>Teniendo en cuenta que la glosa no se provisiona. 1). 1) Incorporar en el procedimiento la aplicación de la Metodología para la constitución de Provisión de Cartera con el fin de contabilizar la provisión de la cartera de difícil recaudo, 2) Adoptar, socializar e implementar el procedimiento ajustado, 3) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación. .</p>	<p>Registro semestral del ajuste a la provisión de deudores.</p>	<p>A 30 de junio y 31 de Diciembre de la vigencia contable 2009, se llevará a cabo el registro de la provisión para deudores de servicios de salud.</p>	<p>Cartera y Contabilidad</p>	<p>Responsables de las áreas de Cartera y contabilidad, Dra María Etlipida Aroca y Dr. Oswaldo Gómez</p>	<p>Humanos, tecnológicos y físicos.</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Los registros de provisión serán aplicados una vez esté terminado el estudio técnico de cada uno de los pagadores que presentan mora en el pago de las obligaciones contraídas con el Hospital</p>	<p>Se implemento el procedimiento CA--03-03-S2</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2127</p>	<p>CONTROL INTERNO GLOSAS</p>	<p>EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES</p>	<p>3.3.2. De otra parte, analizado el reporte de glosas definitivas a diciembre 31 de 2008 el hospital, establece un detrimento por \$15.4 millones de pesos, Para lo cual debe proceder a dar inicio a los correspondientes procesos disciplinarios y fiscales a que haya lugar. Lo anterior teniendo en cuenta lo normado en el numeral 5.1 Procedimiento contable y administrativo de las glosas, de la Circular externa No. 035 de 2000 y demás conceptos emitidos por el Contador del Distrito.</p>	<p>1) Validación de la aplicación y cumplimiento de la resolución No. 835 de 2008 expedida por la Gerencia en lo concerniente al procedimiento de Glosa definitiva con posible detrimento en los procedimientos del sistema de gestión de la calidad, determinar y realizar los ajustes requeridos para garantizar su cumplimiento, adoptarlos, socializarlos e implementarlos, 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>% de glosa con posible responsable identificado. Valor glosa definitiva con posible responsable identificado total de la glosa definitiva del periodo *100.</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009, se tendrá identificados los presuntos responsables de las conciliaciones realizadas en la vigencia 2009.</p>	<p>Glosas</p>	<p>Responsable del Area de Glosas: Dra Luz Stella Avellaneda</p>	<p>Humanos, tecnológicos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se está enviando oficios a los posibles responsables de glosas</p>	<p>Se actualiza el valor de la glosa definitiva a diciembre 31 - 2009. Dado que el proceso es permanente y dinámico.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2128</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES</p>	<p>3.3.3. Realizado el cruce de las cifras reportadas por las áreas de cartera, facturación, glosas y recaudo frente a lo registrado en contabilidad se observaron las siguientes diferencias: Entre contabilidad y facturación: \$ - 19,206,286.90; Entre contabilidad y cartera: \$5.724.054.00 Entre contabilidad y Glosas \$- 4,362,437.20 Entre contabilidad y Recaudos: \$ - 16,898,871.40 El saldo de la cuenta 4300, se encuentra sobrestimada en \$19.206,3 millones de pesos con respecto al total facturado; igualmente se presenta sobrestimación en la cuenta 8333 por \$4.362,4 millones frente a lo reportado por el área de glosas y situación idéntica presentan las cuentas 021148 y 026102 por un total de \$16.938,9 millones respecto al recaudo. De otra parte se presenta subestimación en la cuenta 1409 por \$5.724,1 millones de pesos, con respecto al informe del área de cartera. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 2.9.1.1.3 relativo a las etapas de reconocimiento y revelación de los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales contenidas en las normas técnicas relativas a la evaluación de los activos.</p>	<p>1) Incorporar en el procedimiento la actividad de formulación, concertación y ejecución del cronograma de conciliaciones mensuales a realizar para cada vigencia entre las áreas de Facturación, Cartera, Glosas y Contabilidad. 2) Adoptar, socializar e implementar el procedimiento ajustado. 3) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades, previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>Numero de Conciliaciones Realizadas mensualmente</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009, se tendrá las conciliaciones realizadas por las áreas involucradas de la vigencia 2009</p>	<p>Facturación, Cartera, Glosas y Contabilidad</p>	<p>Responsables de las áreas de cartera D: Mía Elida Arca, facturación Dra Alba Yaneht Aguilar, glosas Luz Stella Avellaneda y contabilidad</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>A 30 de junio del 2009 se ingresó al sistema toda la glosa que estaba pendiente de su ingreso de vigencias anteriores y actual y a partir del mes de julio los saldos reportados de glosas a contabilidad serán generados por el sistema de información médica Suite, teniendo en cuenta que el proceso de incorporación del total de la glosa no ha culminado, debido a que no se encuentran los soportes de glosas y está en proceso de conciliación con las Entidades de vigencias anteriores y actuales.</p>	<p>Contabilidad no puede conciliar con glosas por cuanto la información es generada por glosas. Complementar con facturación y cartera. Se estableció el formato CO-05-22-S1 CONCILIACIÓN ENTRE FACTURACIÓN Y CONTABILIDAD. EN CUANTO A LA CONCILIACIÓN ENTRE GLOSAS Y CONTABILIDAD NO SE CUENTA CON UN MÓDULO DE CONTABILIDAD Y GLOSAS</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R2129</p>	<p>CONTABLE</p>	<p>EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES</p>	<p>3.3.4. De otra parte y verificado en la cuenta rendida a través de SIVICOF, el área de farmacia no efectuó levantamiento físico de inventarios por ende, no realizó la conciliación de saldos y movimientos del inventario de medicamentos e insumos médicos por lo que no fue posible determinar cuantitativamente los resultados de la toma física y los posibles ajustes por concepto de faltantes y sobrantes que pudieron haberse presentado, factor que originó la reunión extraordinaria del Comité de Inventarios, en el cual se adquirió el compromiso por parte del responsable del área de Farmacia Hospitalaria, de presentar tanto el inventario físico, como la propuesta de compensaciones a la tercera semana del mes de Febrero de 2009, a la fecha de este informe no se tiene el reporte del inventario ni se han efectuado los cruces para establecer diferencias si las hubiere. Lo anterior incumple lo establecido en el numeral 2.9.1.1.4 relativo a las etapas de reconocimiento y revelación de los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales contenidas en las normas técnicas relativas a la evaluación de los activos y lo consagrado en el literal e) del artículo 2º de la ley 87 de 1993, confiabilidad de la información</p>	<p>1) Incorporar en el procedimiento las fechas de la actividad de levantamiento del inventario físico de medicamentos e insumos médicos anual y coyuntural de conformidad a la normatividad vigente (coyuntural: cambio del responsable del área de farmacia), términos para las tareas de programación, levantamiento, conciliación, ajustes, determinación del inventario ajustado y comunicación a las instancias correspondientes sobre los resultados para la toma de acciones que se deriven del mismo. 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades, previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>No conciliaciones por mes total de meses pendientes por conciliar</p>	<p>A 31 de julio se tendrá conciliado el 100%</p>	<p>Farmacia</p>	<p>Cordinadora del área de farmacia, Dra Irene Morales</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se revisaron las cuentas de farmacia con corte mayo 2009 hasta mayo 2009 para conciliar saldos con contabilidad. Se presentaron cronogramas de inventarios físicos para las bodegas de farmacia y se está adelantando en la actualidad conciliación de prestamos con hospitales.</p>	<p>Para la vigencia 2009 se evidenció programación y socialización de la toma física de inventarios</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULARR 2130	CONTABLE	EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.5. El Hospital no llevó a cabo el avalúo técnico de bienes muebles e inmuebles por lo tanto no fue revelado contablemente en la vigencia 2008. Lo anterior incumplió lo establecido en el numeral 2.9.1.1.5 relativo a las etapas de reconocimiento y revelación de los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales contenidas en las normas técnicas relativas a la evaluación de los activos.	1). Incorporar en el procedimiento las fechas de la actividad de avalúo técnico de bienes e inmuebles y su revelación contable oportuna para cada vigencia fiscal, con determinación de los términos para las tareas de programación, levantamiento, conciliación, ajustes, determinación del inventario ajustado y comunicación a las instancias correspondientes sobre los resultados para la toma de acciones que se deriven del mismo. 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades, previstas para eliminar la causa de lo observado l y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación. Nota: El avalúo correspondiente al año 2008 se adelantó con la firma SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION EMPRESARIAL LTDA.	De cumplimiento	Realización del inventario en las fechas establecidas	Recursos físicos	Responsable de Recursos Físicos	Financieros	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realizó el avalúo técnico de los bienes e inmuebles, se incorporaron sus valores en los Estados Contables del Hospital.	Se verificó el procedimiento a 31-12-2009, No IN-03-15-V1. ASI MISMO SE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN CONTABLE	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULARR 2131	CONTABLE	EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.6. No obstante lo anterior, efectuada la revisión de los pagos de retención en la fuente, ICA y demás obligaciones fiscales, se estableció que el Hospital canceló: RETENCIÓN EN LA FUENTE Sanción por extemporaneidad 0.221 Intereses de mora 0.174 Total \$0.395 ===== I.C.A. Sanción por corrección 0.123 Intereses de mora 0.171 \$0.294 ===== En consecuencia, se configura un presunto detrimento al patrimonio de la entidad por valor de \$6.9 millones de pesos por el pago de sanciones por extemporaneidad por corrección e intereses de mora.	1. Notificar a los supervisores de los contratos de hemodinamia y adquisición de medicamentos por responsabilidad fiscal por corrección en declaraciones tributarias en la vigencia 2008. 2. Esperar resultado de la indagación realizada por el organismo de control en relación con el pago de sanción e intereses en la corrección de las declaraciones del mes de agosto de 2007.	N/A	N/A	Contabilidad	N/A	N/A	15/05/2009	31/12/2009	50	Se notificó a las personas responsables de área de farmacia para realizar el reporte a central de pagos, quienes determinaron reintegrar los dineros cancelados por el hospital con sanciones y multas dadas por esta situación. Se espera resultado de la indagación preliminar de la entidad.	Se notificó a la contraloría sobre las sanciones e intereses generados en la corrección de declaraciones de retención e ICA, así mismo se notificó a Nelson Bustos quien canceló \$0.6 millones según recibo de caja 1828711.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULARR 2132	CONTABLE	EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES	3.3.7. De acuerdo al análisis efectuado sobre el seguimiento al plan de mejoramiento de la vigencia de 2006, se estableció que el Hospital en cumplimiento de la Resolución 187 del 27 de septiembre de 2007, canceló la suma de \$422.8 millones, por concepto de liquidación más costas y agencias, en cumplimiento al pago de la liquidación del crédito aprobado dentro del proceso 2003-13794 que cursó en el Juzgado 7º del Circuito, a favor de la firma Farmoc de Panel S.A. En el seguimiento contable de los pagos por sentencias judiciales se encontró que dentro de los procesos disciplinarios fueron archivados. De otra parte, en la revisión efectuada a la documentación que tiene que ver con la cesión de derechos de la Unión Temporal Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas del Hospital el tunal a Frieslandius Medical Care, se observa que el proceso de cesión de derechos de su participación, conllevó al Hospital a verse involucrado en un proceso de falsedad en documento público. De otra parte se evidenció que el Hospital no gestionó las acciones pertinentes en el momento que se presentaron cada una de las conductas, por lo cual consideramos realizar por	Esperar que se produzca el fallo definitivo del proceso que se adelanta en el juzgado.	N/A	N/A	Jurídica	Jefe Oficina Jurídica, dra Maria Hissa Celis.	N/A	15/05/2009	31/12/2009	30	Se otorgó poder al abogado externo, para que inicie el proceso de subrogación, ante la jurisdicción ordinaria, se inició el trámite para agotar la conciliación como requisito de procedibilidad, se programó diligencia de conciliación ante la Procuraduría, para el 27 de julio de 2009 y el despacho la aplazo. Pendiente fijar nueva fecha. Porcentaje de avance 30%.	ESTA EN PROCESO	1	A

			parte de este ente de control una indagación preliminar..													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADOR 2133	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2.1.1. En los contratos Nos: 180/07, 189/07, 802/08 y 803/08, celebrados con cooperativas se observo que: El hospital le da el nombre de prestación de servicios, cuando son contratos de suministro de personal. Como se observa en las distintas cláusulas de los contratos, en donde se combinan obligaciones de un suministro de servicios con prestación de servicios asistenciales y/o administrativos. El valor que se esta dando como contraprestación de los servicios prestados podría estar equivocado, al ser este una cantidad global; por ser estos contratos de suministro de servicios, el valor debería ser un valor total estimado, reflejado en el resultado de multiplicar los precios unitarios establecidos en la oferta por los servicios efectivamente prestados	1) Suspender contratación con cooperativas de trabajo asociado e implementar el proceso de contratación por prestación de servicios directamente atendiendo la directriz de la Alcaldía Mayor y la circular de la Secretaría Distrital de Salud	De cumplimiento.	Suscripción de Contratos de prestación de servicios	Contratación	Coordinador del área de contratos, Dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Actualmente no se está contratando con cooperativas.	A partir de la expedición de la directiva por parte del señor alcalde mayor de bogota , se dejaron de adelantar contratos con cooperativas. Adicionalmente se han implementado formatos para los diferentes procedimientos incluyendo el paz y salvo por entrega de elementos. Código TH-05-66-v3	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADOR 2134	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2.1.2. En los contratos Nos: 180/07, 189/07, 802/08 y 803/08, celebrados con cooperativas se observo que: Frente a las obligaciones del contratista como es la de realizar en conjunto con el hospital en forma periódica evaluaciones de las actividades y objetivos logrados por el personal cooperado, la administración podría estar en riesgo de ser demandada por este hecho.	Se proyectará otro si modificatorio en cada uno de los contratos excluyendo esta obligación.	De cumplimiento	Se suprimirá la obligación todos los contratos.	Contratación	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Actualmente no se está contratando con cooperativas.	Se acepta la explicación dada por la administración en cuanto a que ya no se adelantan contratos con cooperativas	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2135	CONTRATACIÓN	EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	3.5.2.1.3. En los contratos Nos: 180/07, 189/07, 802/08 y 803/08, celebrados con cooperativas se observó que: En cuanto a la obligación del hospital de facilitar el acceso de información que sea necesaria y los bienes de la entidad requeridos para la prestación del servicio, esta se suministra sin inventario pormenorizado en el que se especifiquen temas, líneas, marcas, características, cantidades, estado de funcionamiento y valor de reposición en caso de pérdida o deterioro y amparado por una póliza de manejo, Artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Se implementará acta de entrega de la información que maneje cada uno de los cooperados y/o contratistas en la que se describirá detalladamente toda la documentación que esté o estará bajo su responsabilidad.	Total de personal cooperado/ total de actas de entrega de información diligenciadas.	Todos los cooperados deben diligenciar un acta de entrega de información	Contratación	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Actualmente no se está contratando con cooperativas.	Están pendientes por liquidar los contratos 802 y 803 del 2008, por cuanto no se ha establecido plenamente lo correspondiente a la glosa.	1	A
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2136	CONTRATACIÓN	EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	3.5.2.1.4. En los contratos Nos: 180/07, 189/07, 802/08 y 803/08, celebrados con cooperativas se observó que: En las cláusulas de los contratos la Penal Pecuniaria, se esta dejando que: en caso de declaratoria de caducidad o incumplimiento total o parcial de las obligaciones contraídas por el contratista en los contratos, estos pagaran al hospital a título de pena suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato que se considerará como pago parcial de los perjuicios que se le causen al hospital. El pago de la pena no extingue el cumplimiento de la obligación principal. Teniendo en cuenta que no todo incumplimiento conduce a la caducidad y que el hospital podría optar por no caducar el contrato en caso de incumplimiento, en tales eventos no se podría hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria por no estar pactada sino para el evento de la caducidad	En adelante en los nuevos contratos se revisará y modificará el texto de la cláusula penal pecuniaria de manera que sea claro, estableciéndose que no todo incumplimiento conduce a la caducidad y que el hospital puede optar por no caducar.	De cumplimiento	Se revisarán y modificarán la cláusula en los cuatro contratos	Contratación	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Actualmente no se está contratando con cooperativas.	La contratación con cooperativas de trabajo asociado están suspendidas en acatamiento a una directiva del alcalde mayor. Por lo tanto el hospital esta contratando directamente mediante la modalidad de CPS, tanto asistenciales como administrativos desde agosto 2009	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2137	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2.2. Unidad documental En el estudio de las carpetas de los contratos seleccionados se puede establecer que, en ninguno de ellas hay unidad documental, ya que solo reposa el contrato, los certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal, las pólizas y los certificados modificatorios de las mismas, las solicitudes y suscripción de los otros modificatorios, dejando de lado los más importante la evidencia del cumplimiento del objeto contractual y a las obligaciones de las partes intervinientes. (informes de supervisión y/o interventoría), puesto que lo que se encuentra son certificaciones de cumplimiento, documentos soportados con la información suministrada por el contratista, más no el control y vigilancia que se debe observar frente a la ejecución del contrato, incumpliendo así con los postulados del artículo 209 de la Constitución Política, Artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 3 del Decreto 01 de 1984 y el principio de Responsabilidad.	La oficina de contratación dentro de su plan de contingencia incluyó la capacitación a los interventores sobre este tema específico con el fin de que en cada una de las carpetas repose la evidencia del cumplimiento contractual y de las obligaciones de las partes intervinientes.	Número de contratos con soportes completos/total de contratos	A 31 de diciembre de 2009. Los contratos celebrados en la vigencia 2009 tendrán todos los soportes requeridos en la unidad documental.	Contratación	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	90	Se imparte instrucción a los interventores de los contratos trimestralmente.	Se diseño e implemento el formato de informe de supervisión CCN 05-10-E11, en donde se deja constancia sobre el cumplimiento a las obligaciones por parte del contratista. Adicionalmente se creó el formato CN-05-11-b1 informe general de contratos que es diligenciado por el supervisor y corresponde a un reporte trimestral de los contratos bajo su responsabilidad.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2138	CONTRATACION	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2.3. Certificados modificatorios En los siguientes contratos: 180/07, 189/07, 728/08, 729/08, 731/08, 780/08, 802/08, 803/08, 828/08, 833/08, 868/08, 873/08, 882/08 y 944/08, se confirmo que los certificados modificatorios de las pólizas que cubren los diferentes amparos son de fechas de expedición posteriores a la suscripción de los otros modificatorios, incumpliendo así lo establecido en el literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, situación que podría generar un eventual perjuicio para el hospital en el evento de presentarse incumplimiento de las obligaciones contraídas por el contratista	1). Elaborar para cada contrato una lista de chequeo. 2). Dar aplicación a la lista para el control del cumplimiento oportuno en la entrega de las respectivas pólizas. 3) Capacitar a los supervisores en el tema. Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Número de contratos con lista de chequeo/total de contratos*100	Todos los contratos tendrán su lista de chequeo en donde se evidencia la entrega oportuna de las pólizas.	Contratación	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se elabora lista de chequeo. Los contratos que requieren póliza se exige, la cual hace parte del contrato. Se capacita periódicamente a los supervisores de los contratos.	Se implemento la lista de chequeo y se aplica en cada contrato revisado en la muestra.	2	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2139</p>	<p>CONTRATACION</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.2.4. Registro Presupuestal En los siguientes contratos: 728/08, 729/08, 731/08, 780/08, 802/08, 803/08, 828/08, 833/08, 882/08 y 944/08, se evidencio que los certificados de Registro Presupuestal que garantizan la apropiación de los recursos destinados para cada otrosis modificatorio son expedidos después del tiempo determinado para su emisión, incumpliendo así lo consagrado en el procedimiento de Contratación, identificado con el código de calidad CN-03-01-S4, aprobado en el 2007, descrito en los numerales 8.29 y 8.30 del numeral 8 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES y en la Resolución No. 848 de 2008, numeral 6.2.5. (Registro Presupuestal).</p>	<p>1).Elaborar para cada contrato una lista de chequeo. 2).Dar aplicación a la lista para el control del cumplimiento oportuno del registro presupuestal. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.</p>	<p>De cumplimiento</p>	<p>Todos los contratos a partir de la fecha se les realizará el control tendiente a cumplir con el nuevo procedimiento</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se elabora lista de chequeo.Los contratos que requieren poliza se exige, la cual hace parte del contrato. Se capacita periodicamente a los supervisores de los contratos.</p>	<p>Se implemento la lista de chequeo y se aplica en cada contrato revisado en la muestra.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2140</p>	<p>CONTRATACION</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.2.5. Informes de los Supervisores En ellos se observa el incumplimiento de las cláusulas de los contratos y los literales a) e i) (del numeral 3 del artículo primero y el artículo segundo de la Resolución No 341 de 2006 (por la cual se unifica y modifica el Manual de Interventoría y/o Supervisión del hospital), por medio de los cuales tenía la obligación de Llevar un control sobre la ejecución y cumplimiento del objeto contratado y realizar junto con el contratista la correspondiente liquidación, concordante con el artículo vigésimo sexto del Acuerdo No 06 de 2008 (por el cual se modifica y aprueba el Manual Interno de Contratación). Así mismo se transgrede el principio de Responsabilidad. La observación esta dirigida a que en los soportes documentales que obran en las carpetas que contienen los diferentes contratos solo se encuentran certificaciones expedidas por los diferentes supervisores, por medio de las cuales se manifiesta el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones estipuladas en el contrato. Por otra parte no apremian a los contratistas para que suscriban en tiempo oportuno los certificados modificatorios a las pólizas que cubren los diferentes amparos contractuales. Así mismo las solicitudes de adición y/o prórrogas a los contratos no presentan justificaciones argumentativas. Incumpliendo lo establecido en la resolución 341 de 2006.</p>	<p>Continuar, con la capacitación a los interventores y hacer seguimiento al cumplimiento de sus obligaciones las cuales están contempladas en la resolución 848 de 2008.</p>	<p>Número de contratos sin objeciones por parte del área de contratación /total de contratos de la vigencia fiscal *100</p>	<p>a 31 de diciembre de 2009, las carpetas de los contratos contendrán los informes de supervisión.</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se elabora lista de chequeo.Los contratos que requieren poliza se exige, la cual hace parte del contrato. Se capacita periodicamente a los supervisores de los contratos.</p>	<p>Se adelantó la implementación del formato del seguimiento ejecución de los contratos por parte de los interventores a través del formato SU -05-16.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2141</p>	<p>CONTRATACION</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.2.6. Adiciones En los siguientes contratos: 180/07, 189/07, 728/08, 729/08, 731/08, 780/08, 802/08, 803/08, 828/08, 833/08 y 882/08, se observó que las justificaciones arguidas para las suscripciones de los otrosis carecen de argumentos que permitan evidenciar el estudio de la necesidad eminente para celebración de la adición y/o prórroga, incumpliendo el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, concordante con el artículo 3 del Decreto 01 de 1984.</p>	<p>Continuar con la capacitación y Exigir a los interventores el estudio de conveniencia y oportunidad para las adiciones y prórrogas de los contratos, diligenciando completamente el formato establecido para este fin</p>	<p>Número de contratos sin objeciones por parte del área de contratación /total de contratos de la vigencia fiscal *101</p>	<p>a 31 de diciembre de 2009, las solicitudes de prórroga deben contar con el estudio de conveniencia y oportunidad.</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se elabora lista de chequeo.Los contratos que requieren poliza se exige, la cual hace parte del contrato. Se capacita periodicamente a los supervisores de los contratos.</p>	<p>Se exige un requerimiento el cual debe ser tramitado por el área correspondiente. Formato COD TH 05-26S3</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2142</p>	<p>CONTRATACION</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.2.7 Soportes documentales En los siguientes contratos: 180/07, 189/07, 728/08, 729/08, 731/08, 780/08, 802/08, 803/08, 828/08, 833/08, 868/08, 873/08, 882/08 y 944/08, se observó que se incumplió lo establecido en la tabla de retención documental adoptada en el año 2006, por el Comité de Archivo Central, por medio de la cual se identifica el código del área, la serie y subserie documental, el tipo de archivo, el periodo de retención y la disposición final. De igual manera se transgrede el procedimiento de Contratación, identificado con el código de calidad CN-03-01-S4, aprobada en el 2007, descrita en el numeral 7. Control de Registros, segundo renglón hoja de ruta. Código JU-05-03. Por otra parte no se está dando cumplimiento al compromiso asumido en el Plan de Mejoramiento suscrito con este ente de control durante la vigencia 2006, definido en el título Evaluación al Sistema de Control Interno-Operacionalización de los elementos procesos y procedimientos, párrafos primero y tercio del numeral 3.2.3.3.1. Establecer lista de chequeo de los documentos soporte del proceso de contratación y foliar cada uno de los documentos que reposan en la carpeta como parte constitutiva del contrato desde la necesidad hasta la liquidación del contrato. Verificar que los documentos se encuentren archivados en forma cronológica.</p>	<p>1). Incorporar en el plan decapacitación institucional la actividad de manejo y control de la unidad documental . 2) capacitar a los interventores sobre la importancia del manejo y control de de los registros 3). Aplicar las tablas de retención documental aprobadas. 4).Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecese desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación..</p>	<p>De cumplimiento</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009, las carpetas de los contratos estarán archivadas de acuerdo a las tablas de retención aprobadas.</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>50</p>	<p>Se realizó capacitación a los interventores y supervisores sobre sobre la importancia del manejo y el control de los registros.</p>	<p>Para los contratos de prestación de servicios se diseñó el formato CN-05-09-V3 Y para contratos realizados con los proveedores se implementó el formato SU 05-04-S3 el cual se está aplicando al momento de la visita. Esto fue socializado a los que intervienen en el proceso de contratación tanto en adquisiciones como en prestación de servicios.</p>	<p>2</p> <p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2143</p>	<p>CONTRATACION</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.3.1. Los siguientes contratos Nos. 180/07, 189/07 y 728/08, no se han liquidado, compromiso de los supervisores por medio del cual se aprecia el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las partes y da seguridad a la terminación de los objetos contractuales, situación que podría generar riesgo en el manejo apropiado de los recursos públicos; ya que de acuerdo con los clausulados de los contratos, el literal i) del numeral 3 de la Resolución No. 341 de 2006 (por la cual se unifica y modifica el Manual de Interventoría y/o Supervisión del hospital), concordante con el artículo trigésimo quinto de la Resolución No.667 de 2008, por medio de la cual se reglamenta el Acuerdo 06 de 2008 (Manual de Contratación), la liquidación se debe realizar en forma bilateral dentro de los cuatro meses siguientes a la finalización del contrato, o en forma unilateral dentro de los dos meses siguientes.</p>	<p>1) Dar cumplimiento al clausulado pactado para la liquidación de los contratos.2) Liquidar el contrato 189/07 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por parte del responsable del área.</p>	<p>De cumplimiento</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se habrá liquidado la totalidad de los contratos hasta la vigencia de 2008 y 2009 que estén en término de liquidación.</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>50</p>	<p>Se solicitó a los supervisores remitir las Actas de liquidación de los contratos a su cargo. Se ofició al Supervisor del Contrato con el fin de cerrar el hallazgo.</p>	<p>Estos contratos fueron liquidados, según actas de verificados.</p>	<p>2</p> <p>C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2144	CONTRATACION	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.1 Al revisar los componentes estructurantes del Proyecto de Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud en los dos planes de desarrollo ejecutados durante la vigencia fiscal de 2008; se observa en términos generales, que existe un desfase de la programación de los recursos presupuestales observado en el proyecto Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria; si se tiene en cuenta por un lado, que en el registro de la Ficha EBI se proyectaron unos costos estimados por valor de \$1.442 millones, y en la apropiación presupuestal de los rubros de Dotación e Infraestructura se asignaron recursos por \$819.4 millones. De otra parte, en el Informe de gestión y resultados el hospital registra el cumplimiento del 100% de las meta 1.17 relacionada con Aumentar la capacidad instalada de infraestructura física, terminando las obras de construcción del quinto piso y ampliación de la sede administrativa, y de la meta 1.18, la cual tiene como propósito Gestionar y actualizar proyectos ante la S.D.S para la dotación del quinto piso de hospitalización y el edificio administrativo, siendo por lo tanto incongruente las ejecuciones presupuestales registradas en el Informe oficial del Presupuesto de la entidad frente a los resultados presentados en el Informe de Gestión y Resultados de la vigencia fiscal de 2008, al igual que no se observa claramente las razones del desfase de la programación de los recursos estimados como costos del proyecto en la ficha EBI de dicho proyecto. Situación esta que no está debidamente sustentada en los ajustes que haya recibido el proyecto en mención.	1) Establecer un procedimiento que permita medir las metas y efectuar control a las actividades establecidas en los proyectos planteados. 2) Actualizar el proyecto y ejecutar los recursos en el tiempo asignado. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Total de recursos ejecutados/total de recursos asignados.	Ejecutar el 100% de los recursos	Oficina de Planeación	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno	Humanos	15/05/2009	31/12/2009	100	Los proyectos actualizados previamente ante la SDS, de acuerdo a los condiciones se encuentran en proceso de ejecución dando cumplimiento a lo requerido por los mismos.	SE ESTAN EJECUTANDO LOS PROYECTOS DE ACUERDO A LAS MODIFICACIONES POR LA SDS, COMO CONSTA EN EL OFICIO DEL 11 DE NOVIEMBRE DE 2009, EN ACTA DE AVANCE PROYECTOS	2	C
--	--------------	---	---	---	---	----------------------------------	-----------------------	---	---------	------------	------------	-----	--	---	---	---

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2145	GESTION	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.2 En materia de los recursos de inversión asignados al proyecto de Infraestructura y dotación hospitalaria, se observa en términos generales que se asumió un costo estimado para el año 2008 de \$1.063 millones, de los cuales \$802 millones se programaron para el componente de Dotación Hospitalaria, y con relación al componente de Infraestructura se estimaron costos por \$ 261 millones, que corresponden a obras adicionales del proyecto. Sin embargo, al revisar la ejecución presupuestal, se observa que el rubro inició con un presupuesto de \$1.619 millones, valor sobre el cual se realizó una suspensión de recursos por valor de \$800 millones, sin evidenciar justificación sobre el carácter parcial o total de la suspensión. En este sentido, se tiene que al cierre de la vigencia fiscal el proyecto registró una apropiación disponible de \$819 millones, de los cuales se registraron compromisos presupuestales por valor de \$737 millones, alcanzando una ejecución real del 21,2%, equivalente a \$ 155 millones, de donde se coliga el atraso en las obras y por ende la entrada en funcionamiento.	1) Realizar procedimiento de seguimiento y monitoreo a los recursos suspendidos del proyecto 2) Actualizar el proyecto y ejecutar los recursos en el tiempo asignado. 3) Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Total de recursos ejecutados/total de recursos asignados.	Ejecutar el 100% de los recursos	Oficina de Planeación	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno	Humanos	15/05/2009	31/12/2009	100	Los recursos fueron ejecutados conforme a las actualizaciones realizadas a los proyectos y los únicos recursos pendientes por ejecutar corresponden a \$800 millones que provienen del convenio 852 de 2007, el cual tiene por objeto realizar el reordenamiento médico-arquitectónico y las realización de actividades preliminares para la construcción de la Torre de Cuidados Críticos. Dicho proyecto se encuentra en proyecto de actualización con el fin de ajustar la distribución de recursos dentro del convenio dado que lo inicialmente programado para la realización de los estudios se ajustaba a las necesidades planteadas.	LAS ACTUALIZACIONES DE LAS FICHAS DE LOS DIFERENTES PROYECTOS HA CONLLEVADO INCLUSO A LA SUSPENSIÓN DE RECURSOS EN LOS DIFERENTES PROYECTOS DE INVERSIÓN	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2146	GESTION	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.3 En cumplimiento al Estatuto Orgánico de Planeación (Ley 152 de 1994 y Acuerdo 12 de 1994), en lo que corresponde a la elaboración y formulación del Plan de Acción o Plan Operativo Anual de la vigencia fiscal 2008, se observa que la entidad no formuló debidamente este instrumento de planeación, ya que la ESE manifiesta que no se estructuró debidamente la Plataforma Estratégica del período 2008, por motivos de cambios en la administración. No obstante, la administración mediante el Acuerdo No.021 del 29 de Agosto de 2008 aprueba el Plan Operativo Anual del 2008, y donde en la parte considerativa del Acuerdo se plantea que el Plan Operativo del año 2008 del Hospital El Tunal Tercer Nivel, es el instrumento de planeación de corto plazo que permiten monitorear la gestión de la ESE y el cumplimiento de su Plan de Desarrollo en dicha vigencia. De igual forma, el POA, ha sido definido como un instrumento de Planeación Estratégica que concreta un conjunto de objetivos y metas a los cuales se les asegura los recursos necesarios para su efectiva ejecución en relación a las actividades, recursos financieros y recursos humanos a lo largo del año. En tal sentido, se observa por parte del equipo auditor que este instrumento de planeación ha sido formulado de manera extemporánea, afectando la planeación de las actividades y de la ejecución de los recursos de la entidad en dicha vigencia, resultado éste	Actualizar el procedimiento de la construcción de los planes (Estratégico, Gestión y Operativo).	Cumplimiento	A 31 de julio de 2009, entregar el procedimiento a la oficina de calidad.	Oficina de Planeación	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se Verificaron los procedimientos y se adecuaron a la realidad de la Institución.	LAS ACTUALIZACIONES DE LAS FICHAS DE LOS DIFERENTES PROYECTOS HA CONLLEVADO INCLUSO A LA SUSPENSIÓN DE RECURSOS EN LOS DIFERENTES PROYECTOS DE INVERSIÓN	2	C

			que se refleja en la presentación de algunos de los indicadores de producción hospitalaria de la entidad. A partir de lo anterior, la entidad estaría incumpliendo uno de los objetivos del sistema de control interno, que a la letra dice: Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características; además la formulación de manera extemporánea del POA, no se cumple de forma acertiva el principio de celeridad que rige el funcionamiento del Sistema de Control Interno. Igualmente incumple uno de los elementos del sistema de control interno expresado en el literal a del artículo 4º, de la ley 8793, relacionado con la formulación de los planes operativos necesarios en función de su objeto misional. Con este actuar, también se incumple uno de los principios generales del Estatuto Orgánico de Planeación, relacionado con el proceso de planeación en aplicación de los artículos 26 y 41 señalados en la ley sobre los mecanismos de adopción de los planes de acción u operativos que deben regir en los entes territoriales.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL- MODALIDAD REGULADA R 2147	GESTIÓN	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.4 En lo que corresponde a los resultados presentados en los indicadores de producción hospitalaria, se observan deficiencias en aquellos indicadores relacionados con los Egresos por tipo de servicios, si se compara como línea base el período correspondiente al 2007. En términos generales se observa que los egresos por tipo de servicio disminuyeron en un (-1.60%), al pasar de 65.225 egresos registrados durante el periodo de 2007 a 65.165 egresos en el 2008. Sin embargo, al examinar algunos servicios hospitalarios en su comportamiento de una vigencia a otra, se puede observar claramente que sus resultados son preocupantes al establecerse que en muchos de los servicios que constituyen el portafolio de servicios del hospital su reducción es bastante ostensible. Ver CUADRO 31 del informe: RESUMEN EGRESOS POR TIPO DE SERVICIO (Fuente: Sistema de Información Clínica Suite-Modulo Admisiónes y estadísticas-Hospital Tunal III Nivel Periodos 2007-2008.) En este sentido, la auditoría observa que el hospital no estaría contribuyendo de manera significativa en los propósitos consignados tanto en la plataforma estratégica de la ESE, como en los lineamientos establecidos en el Plan de salud del Distrito capital, como en los expresados en el Plan de Desarrollo, esto si se tiene en cuenta que uno de los objetivos centrales es la prestación de servicios de salud con alcance de cobertura y ampliación de la población usuaria de los servicios de salud.	1) Implementar un procedimiento de Seguimiento, monitoreo, evaluación y control a cada uno de los indicadores de producción y de calidad Hospitalaria. 2) Ampliar la capacidad por cada uno de los tipos de servicios. 3) hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.	Egresos 2008/egresos 2008	Mantener el número de egresos en cada uno de los tipos de servicios	Oficina de Planeación	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno	Humanos, físicos y financieros	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realizó el procedimiento Seguimiento, monitoreo, evaluación y control a cada uno de los indicadores de producción y de calidad Hospitalaria	Se verificó la implementación de los diferentes controles a la elaboración y establecimiento de los indicadores de producción y de calidad hospitalaria	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADOR 2148	GESTIÓN	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.4.1 El hospital registra incumplimiento de la meta 2.13, correspondiente al Objetivo Institucional No.2 del Plan Estratégico. Se observó que la información registrada en el módulo de Admisiones y estadísticas del Sistema de Información Clínica Suite del Hospital El Tunal, en lo relacionado con los niveles de producción hospitalaria alcanzados en los servicios de Urgencias, registra en el 2007, 2.490 egresos de Hospitalización en cirugía general y para el periodo 2008 dichos egresos fueron de 543. De igual forma, por el tipo de servicios identificado como Urgencias se registraron en el 2007, 2.404 egresos y para el 2008 se reportan 718, sin evidenciar claramente las causales de dicho comportamiento. Adicionalmente y para efectos de confrontar lo anterior en el cumplimiento de las metas trazadas en los planes operativos de la entidad, se observa que la entidad registra la meta No.2.13 relacionada con obtener un estudio de oportunidad de cirugías de urgencias del hospital, actividad ésta que no se cumplió.	Ampliar la capacidad para el servicio de urgencias	Egresos 2009/egresos 2008	Mantener el número de egresos en el servicio de urgencias	Oficina de Planeación	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno	Humanos, físicos y financieros	15/05/2009	31/12/2009	100	Se amplió la capacidad del servicio de urgencias.	Se verificó la implementación de los diferentes controles a la elaboración y establecimiento de los indicadores de producción y de calidad hospitalaria	2	C
---	---------	---	--	--	---------------------------	---	-----------------------	---	--------------------------------	------------	------------	-----	---	---	---	---

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2149</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL</p>	<p>3.6.1.5. Al analizar y verificar las metas determinadas en el anexo 1 matriz 2 del contrato celebrado entre el FFDS-SDS y la ESE Hospital del Tunal, se observa que no hay una debida correlación y justificación de las metas ajustadas frente a las actividades realizadas por el Hospital y reflejadas en la presentación de las respectivas cuentas de cobro mensuales al pagador del FFDS. De otra parte no es clara la razón de reformulación de las metas inicialmente planteadas, de acuerdo con los soportes evidenciados. Además, éstos resultados no se reflejan claramente en los indicadores de producción hospitalaria que se observan en el Sistema de Información del Clínical Suite. CUADRO 32 TIPO DE INTERVENCIONES CONTRATO 478/07 SUSCRITO CON EL FFDS TIPO DE INTERVENCIONES META INICIAL META AJUSTADA META ANUAL PROYECTADA CANTIDADES FACTURADAS AL FFDS AMBULATORIOS 1870 1115 13380 75233 HOSPITALARIOS 932 1265 15180 19807 PAQUETES ATENCION INTEGRAL CARDIOVASCULAR 40 77 924 4632 ESPECIALES 3118 3125 37500 68115 Medicamentos x fuera del POS 155000 180000 2160000 153421 Fuente: Matriz 2 Anexo 1, del Contrato No.478 de 2007, suscrito con el FFDS-SDS y Cuentas de Cobro presentadas al FFDS. Vigencia fiscal 2008. Es de observar que en la matriz 2 de programación de actividades individuales del resolutivo y de promoción y prevención del Anexo No 1, del contrato de compraventa de servicios de salud No.478 de 2007, suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud, no se evidencia las actividades concernientes de los servicios de hospitalización en las intervenciones de Cirugía en los Grupos 11-13 II Nivel y de Cirugía Grupo 20-23 II Nivel, las cuales las prestó el hospital de acuerdo a las respectivas cuentas de cobro radicadas al FFDS-SDS, esto si se tiene en cuenta que la matriz 2 Anexo 1, hace parte integral del contrato suscrito con el FFDS y por ende se constituye en la Matriz de contratación del portafolio de servicios del hospital.</p>	<p>1). Establecer un procedimiento que permita evaluar, monitorear y controlar las metas físicas y presupuestales del contrato del FFDS con el Hospital 2). Realizar un estudio específico por cada uno de los servicios por parte de la subgerencia de servicios que permita evaluar, ajustar y medir mediante indicadores de producción las metas reflejadas en el anexo 1 de la matriz 2 del contrato suscrito con el FFDS. 3). Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.</p>	<p>Cumplimiento entrega del informe del análisis de la capacidad instalada.</p>	<p>A diciembre de 2009, contar con una base de datos que le permita al hospital calcular de manera permanente la capacidad de oferta..</p>	<p>Subgerencia Científica-Mercadeo y Facturación</p>	<p>Subgerente científico Dr Wilson Bustos</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se elaboró procedimiento para el seguimiento a la facturación de servicios con cargo al FFDS. Mensualmente el Área de Facturación y la persona responsable del seguimiento al contrato con el FFDS realiza monitoreo por pivote de las actividades y metas de acuerdo con el contrato.</p>	<p>Se socializó el contrato 985-2007, con la subgerencia científica y los servicios con el propósito de entender la forma de pago del FFDS, entendiéndose que se paga por egreso quirúrgico o médico y ajustando la meta a los anexos del contrato en el que se especifica meta mensual de actividad.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA 2150</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL</p>	<p>3.6.1.6 No se evidencian criterios indicados por la Administración para efectuar el correspondiente análisis, presentación y evaluación de los resultados operados en la ejecución del Plan de Desarrollo Bogotá de su incidencia. De acuerdo con visita realizada, la Oficina de Planeación y Mercadeo del Hospital, no registra soportes de la evaluación realizada a fin de evaluar los resultados del Plan durante el cuatrienio 2004-2008.</p>	<p>1). Establecer un procedimiento para presentar el reporte de los informes trimestrales, semestrales y del periodo de los proyectos del plan de desarrollo. 2) Hacer seguimiento mensual a la ejecución de los convenios y a sus respectivos contratos.</p>	<p>No de informes presentados / No de informes programados 100</p>	<p>Actualizar la ejecución de c/u de los convenio en curso</p>	<p>Oficina de Planeación</p>	<p>Jefe oficina Planeación, Dra Yackeline Moreno</p>	<p>Humanos y físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se han enviado los informes a la SDS correspondiente a los avances, desarrollo o modificaciones a los proyectos realizados en la administración.</p>	<p>SE VERIFICÓ LA PRESENTACIÓN DE LOS INFORMES A LA S.D.S</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2153</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL</p>	<p>3.6.3.2 Al verificar y examinar las respectivas cuentas de cobro presentadas por el Hospital el Tunal al FFDS-SDS, por concepto de la facturación de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Salud-POS, se observa que este tipo de concepto no está claramente determinado en la presentación de las cuentas de cobro al FFDS, en el sentido de cuales corresponden a medicamentos originados en la prestación de servicios de salud de orden Hospitalario y cuales corresponden a medicamentos suministrados por concepto de servicios ambulatorios o de consulta externa, de acuerdo a lo fijado por la norma. Esto en razón a que en dichas cuentas se registran un total de 1.593.421 actividades prestadas en suministro de medicamentos por fuera del POS, con un valor facturado del orden de los \$ 2.221 millones. Por lo que no se evidencia cual ha sido el recaudo por este concepto</p>	<p>1) Presentar la cuenta del fondo financiero acorde al formato establecido en el anexo de contratación con SDS. 2) Identificar en el anexo 4 el pivote de medicamentos no pos facturados con cargo al contrato del fondo financiero. 3). Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte del responsable del área.</p>	<p>No. cuentas presentadas de acuerdo al anexo total de cuentas presentadas.</p>	<p>Presentación mensual de la cuenta de acuerdo al contrato establecido.</p>	<p>Facturación</p>	<p>Coordinador de Facturación, Dra Alba Yaneth Aguilar.</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>En las cuentas presentadas se relacionan los medicamentos NO-POS.</p>	<p>Se adjunta soporte de la actual cuenta de cobro diferenciando el temas de la observación</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2154</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL</p>	<p>3.6.3.3. Al revisar la estructura de costos por servicios del Hospital durante la vigencia fiscal de 2008, se observa que la entidad incurrió en unos costos promedios de \$84.076 millones y registró unos ingresos operacionales por valor de \$81.308 millones, generando al final del ejercicio una utilidad negativa de \$2.767 millones, lo cual indica que el margen de rentabilidad en los diversos servicios prestados por el hospital para el periodo, fue del (-3.40%). Teniendo en cuenta algunos de los servicios más críticos del Hospital, desde el contexto de la operación de los costos por servicios frente a la facturación o ingresos que se deben generar por los mismos, se observa que en el 35%de los costos totales por servicios de la ESE, se viene operando con márgenes de rentabilidad negativos, que en promedio alcanzan un nivel para el periodo 2008 del -35.42%. Es así que, por ejemplo, en los servicios de urgencias se viene operando con un margen de rentabilidad negativo del 31.43%, constituyéndose por ende en un área crítica de operación del servicio por la estructura de costos que se maneja frente a los ingresos que se proyectan recaudar. Esta situación se presenta no solo en el servicio de Urgencias, sino también en Neurocirugía, pediatría, Ortopedia, Cirugía General y Sala de Partos, se constituyen en factores críticos para efectos de poder garantizar la sostenibilidad financiera en cada uno de los servicios que posee el Hospital atendiendo a su portafolio como una ESE de III Nivel de atención. Las realidades anteriores, evidencian la ineficiente</p>	<p>Implementar procedimiento de evaluación, seguimiento y monitoreo de los costos por cada uno de los servicios del hospital</p>	<p>No. De servicios revisados/total de servicios.</p>	<p>A 31 de diciembre de 2009 se revisará el 100% de los servicios.</p>	<p>Costos</p>	<p>Responsable del área de costos, Dra Mireya Nuñez</p>	<p>Humanos, tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se elaboró, documentó y socializó el procedimiento CT-03-05-V1 cuyo nombre es: "Revisión de los conceptos de costos cargados a los servicios.</p>	<p>Se verificó la implementación del formato CT-03-05-V1. SE SOCIALIZÓ A LOS DIFERENTES LIDERES DE LOS PROCESOS.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>

			gestión en el cumplimiento del objetivo estratégico No. 2 relacionado con garantizar la autosostenibilidad financiera del hospital contemplado dentro del plan operativo anual institucional y de su plataforma estratégica.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR 2155	AMBIENTAL	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.7.1. De acuerdo a la visita de inspección, vigilancia y control- IVC- realizada el 17-03-09 por el hospital de Tunjuelto II Nivel, en la dependencia de la cocina del hospital el Tunal, se determinó el cumplimiento parcial en las instalaciones físicas; incumplimiento en higiene locativa; cumplimiento parcial en materias primas e insumos y por último en el ítem de salud ocupacional falta la segunda dosis de Hepatitis A en los manipuladores de alimentos. Por lo tanto, se deja concepto pendiente y se dan 30 días a partir de la fecha de la visita, para subsanar las exigencias consignadas por la autoridad sanitaria. Lo anterior denota incumplimiento de la Resolución 3075/97. Existen huecos que están ubicados en el techo del área del proceso de los alimentos y paredes rugosas que no permiten la limpieza y desinfección, lo que permite la proliferación de microorganismos en este tipo de superficies que contaminan el ambiente y por ende los alimentos que allí se preparan y además el cableado expuesto puede producir accidentes laborales.	1. Elaborar un diagnóstico de las necesidades de infraestructura e higiene locativa en el área de cocina y realizar las adecuaciones pertinentes. 2. Aplicar la segunda dosis de Hepatitis A en los manipuladores de alimentos. 3. Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Actividad ejecutada / Actividad programada	Dosis aplicada a todo el personal del área de cocina / Dosis programada	Oficina de Planeación - Salud Ocupacional	Jefe de Oficina de Planeación Dra yackeline Moreno y Responsable de Salud Ocupacional	Humanos, Financieros	15/05/2009	31/12/2009	100	Ya se aplicó la segunda dosis de Hepatitis A.	Se encuentra pendiente la terminación del techo de la cocina, a la fecha	1	A

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2156	GESTIÓN	<p>RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS</p> <p>3.10.1.2 La asociación de Usuarios del Hospital Tunal requiere que el hospital de alcance del instrumento suscripción de planes de mejoramiento a ésta para potenciar el impacto de sus actuaciones en pro de la mejora de la calidad del servicio prestado por la institución. La asociación de usuarios en su informe presentado sobre las entregas de turno comunico a la entidad la necesidad de 1) controlar los horarios médicos, 2) ubicar servicio de cabinas telefónicas, 3) corregir las Faltas en la atención de fotocopiadora, 4) eliminar las largas filas para la atención y el desconocimiento de los documentos que se exigen (se fotocopian hasta los carne de citas), 5) superar la falta información previa a la realización de procedimientos (patología se deben facturar como particular, por lo cual el paciente debe llevarse la muestra y volver al otro día con el dinero), 6) en el área de Urgencias resolver el sobrecupo, reducir el promedio de tiempo que debe permanecer el paciente en una silla (es de 36 horas), agilizar los trámites administrativos de Ingreso, Autorización y Egreso, evitar la salida de algunos pacientes sin orden de control por consulta externa y algunas de estas ordenes sin diagnóstico 8) en urgencias no hay conformidad de familiares con una sola visita, hay problemas de aseo, no se cuenta con un sistema de información para la familia y el mismo paciente y no hay oportunidad en la interconsulta de nefrología, y no se consigna en el plan de mejora institucional y no se asegura que se cumplan estos requisitos del servicio demandado por los clientes. Se incumple el requisito 5.2, Enfoque al Cliente de la norma NTGP 1000, 2004</p>	<p>1) Incorporar en el procedimiento de Participación Social la actividad de suscripción de planes de mejoramiento con la comunidad como resultado de su actividad de control social, de conformidad al procedimiento interno de formulación, ejecución y seguimiento a los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta la comunicación del nivel de cumplimiento en debida oportunidad a la comunidad 2) Adoptar, socializar (tanto internamente como a la comunidad) e implementar el procedimiento ajustado, 3) Coordinar con los responsables de los servicios la gestión que las acciones a implementar den respuesta a cada una de las actividades descritas. 3) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	No. de actividades gestionadas/Tot al de actividades..	A 31 de diciembre de 2009, haber gestionado el 60% de las actividades.	Oficina de Planeación	Jefe de la Oficina de Planeación, Dra Yackelina Moreno y la Coordinadora Participación social.	Humanos, físicos y económicos.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se ha realizado una articulación con el Plan de Acción de control ciudadano de la Asociación, con una comunicación directa con la Gerencia permitiendo mayor coherencia con la ciudadanía.	Se actualizó procedimiento donde se incluye directamente el control ciudadano, se definen compromisos se hace socialización de los hallazgos planteados por la comunidad, se socializa la respuesta por parte de la gerencia administrativa a los ciudadanos. ACCIONES DE FORTALECIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD -PS-03-01-V2	2	C
--	---------	--	--	--	--	-----------------------	--	--------------------------------	------------	------------	-----	--	--	---	---

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2157</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS</p>	<p>3.10.2.1 Del alcance de las propuestas de los contratos 802 y 803 suscritos por el hospital con la CTA Promoviendo, que dicen en su primer párrafo La cooperativa, en vista del proceso de crecimiento y mejoramiento del Hospital Tunal, aportará la suma de veinte millones de pesos (\$20.000.000) (.), se establece que la institución hospitalaria a la terminación de estos contratos ha debido recibir dotaciones en cuantía de cuarenta millones de pesos mcte. Realizado el seguimiento en el área de Tesorería y la bodega de almacén se determina que al 2 de abril de 2009 el hospital reporta en sus registros de almacén haber recibido dotaciones por valor de \$0.9 millones de la CTA Promoviendo, representada en 14 blusas en gabardina con un costo unitario de 0.062.4 para un valor parcial de \$0.9 millones y una (1) blusa en gabardina tempo largo por valor unitario de \$0.05, millones consta en registro de almacén número 126 de noviembre 20 de 2008. Validado el monto de la ejecución de dotaciones realizadas por la CTA Promoviendo a través del almacén y, los certificados expedidos por la Tesorería del hospital el día 2 de abril de 2008, donde consta que durante la vigencia de los contratos 802 y 803 el hospital no ha efectuado donaciones por este concepto, ni recibido donaciones cuando ha realizado los pagos a esta cooperativa y que no ha recibido dinero en efectivo en virtud de las donaciones citadas, se determina que a la fecha está pendiente por ejecución dotaciones pactadas estimadas en el monto de \$39,1 millones, hecho que valorado con los documentos que integran la unidad documental de los contratos se establece que no consta las actividades realizadas por el supervisor de los contratos 802 y 803 de 2008 que permitan evidenciar las dotaciones realizadas por el contratista, incumpliendo el clausulado de supervisión y lo previsto en la Resolución 667 de 2008, Reglamenta el Acuerdo 06 de 2008 - Manual de Contratación del Hospital, y Resolución 848 de septiembre 8 2008 mediante la cual se adopta el Manual de Contratación.</p>	<p>1). Incorporar en el plan de inducción, reinducción y capacitación institucional la actividad de inducir, reinducir y capacitar a los interventores sobre la importancia del conocer y garantizar que se cumplan en forma estricta los compromisos que se derivan para el contratista desde la etapa precontractual (se debe tener en cuenta la propuesta presentada por el contratista). 2). Incorporar en la lista de chequeo del Procedimiento Contratación item relativo a la determinación de los compromisos adquiridos por el contratista desde la fase precontractual y el seguimiento y reporte periódico del cumplimiento de cada uno de ellos dentro del informe de interventoría previsto. 4. Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>Cumplimiento de obligaciones del contratista</p>	<p>No. de interventores capacitados / Total de interventores*100</p>	<p>Contratación</p>	<p>Coordinador del área de contratos, Dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, físicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>50</p>	<p>Se están capacitando a los interventores, se crearon formatos para seguimiento de las obligaciones del interventor.</p>	<p>Se presentaron para su verificación los soportes correspondientes a la entrega de elementos a los cuales se había comprometido el contratista.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	----------------	--	--	--	---	--	---------------------	--	-------------------------	-------------------	-------------------	-----------	--	---	----------	----------

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL - MODALIDAD REGULADA R 2158</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>3.10.2.2. Contrato de outsourcing para cobro de cartera con vigencia 2007 suscrito en condiciones lesivas para la entidad (17% de las vigencias 2007 en adelante sobre lo facturado cuando la cartera atrasada corresponde al año 2006 hacia atrás). El hospital celebró el contrato No. 834 de 2008, con Asesorías Integrales de Salud Ltda. con plazo de 12 meses, comenzando la ejecución en abril 23 de 2008, cuyo objeto es la prestación del servicio de recaudo y depuración parcial de la cartera, por valor de \$100 millones liquidados en porcentajes de compensación de 10%, 12% y 15% para moras entre 0 a 60 días, 61 a 180 días y 180 días en adelante, respectivamente. Valor del contrato que se ejecutó, según lo certificado por el interventor del 23 al 30 de abril de 2008, siendo necesario adicionalmente, lo cual se hizo el día 3 de junio de 2008, en cuantía de \$150 millones, para un total de \$250 millones. Con esta situación se deja entrever la falta de planeación y estudios previos de conveniencia y oportunidad en la celebración y ejecución del contrato, pues este tenía como plazo de ejecución 12 meses y tan solo en 8 días calendario se ejecutó lo presupuestado. Adicional a lo anterior, se evidencia que la entidad continuo ejecutando el contrato, sin que existiera apropiación presupuestal, generándose un hecho que no hay que perder de vista que este contrato tenía por objeto, el cobro de la cartera corriente (de 0 a 180 días), cartera esta, que por norma general y por su naturaleza, no requiere de gestión de cobro por cuanto se considera una cartera sana y de fácil cobrabilidad, ya que el Hospital, cuenta con buenos pagadores, como es el caso de la ARS COLSUBSIDIO, la cual cancela sus obligaciones de acuerdo a lo pactado en los contratos y una vez sean radicadas las facturas, aunado a lo anterior este recaudo se efectúa por el giro ordinario de la actividad económica del hospital. Se dio por terminado el contrato de manera bilateral sin haberse agotado el plazo, según resolución No. 654 de junio 25 de 2008 de la gerencia del hospital y Acta de liquidación bilateral de julio 31 de 2008, por agotamiento del presupuesto inicial más la adición, dejando consignado que el Hospital le adeuda la suma de \$560,8 millones. Como consecuencia de lo anterior, tenemos que la iniciación del contrato No. 834 de 2008, se dio el día miércoles 23 de abril de 2008, haciéndoles entrega de la información de cartera, sobre la cual debían realizar gestión de cobro el día viernes 25 de abril de 2008, tal como consta en el acta que para el efecto se suscribió. Del ocurrir normal y ordinario de una gestión de cobro de cartera, se desprende que se deben</p>	<p>1) Validar los procedimientos relativos al proceso de contratación y verificar la calidad de los criterios técnicos definidos para los proceso de contratación de la misma naturaleza 2) Realizar la actividad de seguimiento y control sobre las actividades de interventoría, su adhesión a los procedimientos institucionales y de evidenciarse desviaciones formular las acciones útiles para su corrección. 3) Realizar seguimiento a la actividad de conciliación que se realiza ante la Procuraduría 9 Delegada Judicial Administrativa y tomar las acciones que de ésta se deriven.</p>	<p>% Cumplimiento de las funciones por parte del interventor. Gestión realizada por el Hospital</p>	<p>Llegar a una conciliación favorable para el Hospital</p>	<p>Contratación - Abogado de Cartera y Oficina Jurídica</p>	<p>Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros</p>	<p>Humanos, físicos.</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Ya se concilió.</p>	<p>ESTA OBLIGACIÓN YA SE PAGO EN EL AÑO 2010, COMO RESULTADO DE LA CONCILIACIÓN ADELANTADA CON LA PROCURADURIA DELEGADA Y POSTERIORMENTE APROBADA POR EL TRIBUNAL</p>	<p>2</p>	<p>C</p>
---	----------------	--	--	---	---	---	--	--------------------------	-------------------	-------------------	------------	------------------------	---	----------	----------

			realizar algunos trámites y gestiones ante las entidades deudoras, para que éstas en un tiempo posterior realicen sus trámites internos y comience el giro de las sumas adeudadas y cobradas.																	
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2159	GESTIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.2.2 Dentro de los documentos del contrato se encuentra certificación suscrita por la supervisora del contrato en la que toma el valor total del recaudo diario, como consta en los reportes de Tesorería del Hospital, suministrados a este ente de control, valor este al cual le es aplicado el porcentaje establecido en el contrato, y con ese resultado genera el monto a cancelar por la gestión de cobro a favor del contratista. Gestión esta que no fue realizada, por la firma, pues al efectuar las pruebas de auditoría, se verificó que cuentas canceladas en los primeros 3 días de la ejecución del contrato no se les había realizado gestión de cobro por parte del contratista, partiendo de la base que esos datos no habían sido suministrados al mismo. Concluyéndose con lo anterior que todos los valores que ingresaron a tesorería desde el mismo día del inicio de la ejecución del contrato no habían sido objeto de gestión alguna por parte del contratista, lo que constituye un evidente detrimento al patrimonio estimado en \$250,0 millones de pesos. Agravando lo narrado anteriormente, se establece que el contratista con anuencia de la supervisora continúa ejecutando el contrato a pesar de no existir apropiación presupuestal, pues esto se prueba con el contenido de la certificación del periodo comprendido entre el 23 y 30 de abril de 2008, en el que agotó el presupuesto inicial. Se evidencia falta de supervisión y seguimiento a la ejecución del contrato por parte de la interventora y/o supervisora.	1) Validar los procedimientos relativos al proceso de contratación y verificar la calidad de los criterios técnicos definidos para los procesos de contratación de la misma naturaleza 2) Realizar la actividad de seguimiento y control sobre las actividades de interventoría, su adhesión a los procedimientos institucionales y de evidenciarse desviaciones formular las acciones útiles para su corrección. 3) Realizar seguimiento a la actividad de conciliación que se realiza ante la Procuraduría 9 Delegada Judicial Administrativa y tomar las acciones que de esta se deriven.	% Cumplimiento de las funciones por parte del interventor. Gestión realizada por el Hospital	Llegar a una conciliación favorable para el Hospital	Contratación - Abogado de Cartera y Oficina Jurídica	Coordinador del área de contratos, dra Leda Belén Viveros	Humanos, físicos.	15/05/2009	31/12/2009	100	Se logró la conciliación ante la Procuraduría delegada.	ESTA OBLIGACIÓN YA SE PAGO EN EL AÑO 2010, COMO RESULTADO DE LA CONCILIACIÓN ADELANTADA CON LA PROCURADURÍA DELEGADA Y POSTERIORMENTE APROBADA POR EL TRIBUNAL	2	C				

			del mismo, pues resulta inconcebible que se certifique y pague comisión solamente por presentar ingresos en tesorería, provenientes de entidades como Colsubsidio que han tenido una tradición comprobable de efectuar sus pagos en tiempo oportuno. Ahora bien si se analiza el contenido de la liquidación del contrato y se parte de la base que el porcentaje de comisión se tasa con base, al igual que los anteriores, en el 100% de lo recaudo por el Hospital, se considera que la suma de \$560,8 millones, reconocidos como deuda del Hospital por gestión de cobro son detrimento.																
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULADA R 2160	GESTIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.3 Efectuado seguimiento al área de Farmacia en atención al memorando 11000-0050 de enero 8 de 2009, mediante el cual el Director de Apoyo al Despacho de la Contraloría de Bogotá dio traslado del oficio No. 2008EE73881 del 18 de diciembre de 2008, remitido por el Contralor Delegado para la Participación Ciudadana de la Contraloría General de la República, este ente de control observa que en el corrido del primer trimestre de la vigencia 2009: 1) existían insumos pendientes con eventos donde no se ha solicitado al proveedor, otros adicionalmente no cuenta con proveedor (imipramina 25 MG TB, Topiramato 50 mg, Lactulosa Fco, gotabiotic Got, Paroxetina 20 mg, Tobramicina + Dexametazona, lamotrigina 25 mg), ciproterona 50 mg, clotrimazol crema vaginal, alprazolam 1mg, colestiramina sopro, aciclovir ungüento oftálmico, betametazona crema, flucanazon suspensión) 2) se siguen presentando faltantes, a corte 10 de febrero el monto de medicamentos faltantes de la bodega de farmacia código 6131 asciende a la suma de \$2.2 millones, valores consignados en el inventario físico por cambio de responsable, realizado en febrero 10 de 2009. 3) la suma de \$2.3 millones, por sobrantes de la bodega de farmacia código 6131 \$13,09 millones y sobrantes por cambio de responsable febrero 10 de 2009, adicional a los elementos pendientes por monetizar. Hechos derivados por la adherencia a los procedimientos del área y	1) Incorporar en el procedimiento las fechas de la actividad de levantamiento del inventario físico de medicamentos e insumos médicos anual y coyuntural de conformidad a la normatividad vigente (coyuntural: cambio del responsable del área de farmacia), términos para las tareas de programación, levantamiento, conciliación, ajustes, determinación del inventario ajustado y comunicación a las instancias correspondientes sobre los resultados para la toma de acciones que se deriven del mismo. 2) Incorporar en el manual de interventoría la actividad crítica de entregas y recibo de la bodega de farmacia y farmacias en áreas de servicios entrega de actividades contradas con su respectivo inventario físico 3) Incorporar en los procedimientos del área de farmacia el registro y control sistematizado de estado de inventarios, medicamentos a vencer y medicamentos vencidos con el validador del quien era responsable del área para cada etapa de reporte. 4) Aplicar los procedimientos internos de baja de insumos tanto de farmacia como médicos, solicitud de medicamentos, contratación (desde el requerimiento de la contratación de suministro de medicamento hasta recepción, distribución y actividad de interventoría . 5) Establecer la obligariedad de contenido de los informes de gestión del área la determinación de las desviaciones en el suministro de medicamentos e insumos médicos, incumplimiento de proveedores, necesidades de contratación, resultados de interacción con el interventor del contrato y la formulación de la acción correctiva correspondiente. 6) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación. .	2. % de diferencias sobre inventario total. 3. Valor de vencidos /total de inventario x mes	2. Cero Diferencias.3. Cero vencidos	Farmacia	Responsable del área, Dra. Irene Morales	Humanos y físicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se hace seguimiento por parte del comité de inventarios a los faltantes con corte a 10 de febrero de 2009.	En cumplimiento de los objetivos definidos en el memorando de planeación, para la auditoría que se adelanta en el hospital, uno de los objetivos específicos en el componente de estados contables era revisar inventarios y en especial los medicamentos, situación ésta que se adelantó y con base en la revisión nos se encontraron diferencias ni medicamentos vencidos.	2	C			

			la rotación de personal en los meses de enero y febrero de 2009. Durante la vigencia 2008, fueron efectuadas auditorías de cumplimiento de procedimientos y vencimiento de medicamentos donde se tuvo conocimiento sobre estos hechos, los cuales son recurrentes y ya habían sido objeto de traslado por el área de Control Organizacional y de la Calidad, pero los controles a la fecha implementados y operados no han permitido garantizar eliminar su causa o reducir su impacto. A 2 de marzo de 2009 existe un inventario de medicamentos vencidos valorados en la suma de \$21.4 millones															
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADA R 2161	GESTIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.4.1 Analizado y valorado el sistema de peticiones quejas y reclamos del hospital para la vigencia 2008, con un universo de 1.073 manifestaciones, y tomada una muestra de 323, correspondiente al primer cuatrimestre de 2008, se establece un nivel de respuestas extemporáneas media del 28%, y en detalle por mes: a) enero 44%, b) febrero 27%, c) marzo 22, y d) abril 21%. Los servicios que más presentan manifestaciones por reclamos de oportunidad en los servicios son farmacia, apoyo diagnóstico, urgencias, inter consulta, y por falta de humanización del servicio las áreas de apoyo administrativo, entendida ésta como el servicio ofrecido por el personal de vigilancia y facturación. Se incumple el literal c) del requisito 4.1 de la norma NTGP 1000:2004 y la normativa interna sobre la atención de los derechos de petición interpuestos ante la entidad, y literal c) del requisito 7.2.3 Comunicación con el cliente, de la norma NTGP 1000:2004.	1). Revisar y ajustar el procedimiento de requerimientos para garantizar la oportunidad y calidad de la respuesta.2) Recepción y respuesta de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones a través de la página web, 3) crear un vínculo en la página web institucional que permita al usuario interponer su requerimiento 4) Efectuar seguimiento del cumplimiento de los compromisos institucionales con el requerimiento 5). Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Días de respuesta al requerimientos despues de radicado / 15 días hábiles.	A 31 de diciembre tener los procedimiento actualizados.	Atención al Usuario	Coordinadora de Atención al usuario, Dra Gladys Lozano	Humanos y tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se da respuesta en forma oportuna a las peticiones, quejas y reclamos. Se efectúa seguimiento a los compromisos institucionales.	Se depuraron los campos correspondientes a la captura de información, en donde existe la obligatoriedad de diligenciarlos porque de lo contrario no los acepta. Se hace una evaluación mensual y trimestral, como punto de control	2	C		

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2162</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS</p>	<p>3.10.4.2 Valorada la calidad de la respuesta se establece que es débil. No se hace seguimiento al cumplimiento de los compromisos institucionales relacionados con la mejora del servicio que motivo la manifestación y la extemporaneidad en las respuestas. Ejemplo de ello es la manifestación 001 de 2008, donde se le precisa al quejoso que la entidad no suministra el medicamento por no haber sido atendida por un profesional de la institución prestadora del servicio, cuando la evidencia es contraria al argumento dado. La conservación del archivo presenta fallas por errores al intercalar las peticiones, algunas omiten alguno de los soportes requeridos y no obstante tener la dirección de la parte interesada de la respuesta se hace contacto telefónico y éste debe desplazarse al hospital, generando el riesgo de no notificar oportunamente. Incumple el requisito generalidades. Se incumple el literal c) del requisito 4.1 de la norma NTGP 1000:2004 y la normativa interna sobre la atención de los derechos de petición interpuestos ante la entidad, y literal c) del requisito 7.2.3 Comunicación con el cliente y 8.2.3, en lo relativo a demostrar la efectividad, eficiencia y eficacia del sistema, consignados en la norma NTGP 1000:2004.</p>	<p>1) Ajustar el procedimiento de requerimientos con la incorporación de las actividades de revisión de la calidad de las respuestas a través de la coordinación de Atención al usuario, 2) recepción y respuesta de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones a través de la página web, 3) crear un vínculo en la página web institucional que permita al usuario interponer su requerimiento 4) Efectuar seguimiento del cumplimiento de los compromisos institucionales con el requeriente 5) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>Número de respuestas revisadas / total de respuestas recibidas.De cumplimiento.</p>	<p>A 31 diciembre se habrá dado cumplimiento a las acciones.</p>	<p>Atención al Usuario</p>	<p>Coordinadora de Atención al usuario, Dra Gladys Lozano</p>	<p>Humanos y tecnológicos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Ajuste de procedimiento con inclusión de Vo.Bo. Coordinación de Planeación para optimización de respuestas, planteado lo de creación de página web. Presentación de quejas y reclamos en informe mensual a la Oficina de Planeación y Gerencia para toma de decisiones en Comité Directivo</p>	<p>Para efectos de subsanar la deficiencia citada se implemento el procedimiento " Procedimientos gestión del requerimiento" Código AT-03-08-V5</p>	<p>2 C</p>
<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULAR 2163</p>	<p>GESTIÓN</p>	<p>RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS</p>	<p>3.10.4.3. De las auditorias efectuadas por los pagadores se observa que no se impulsan con debida oportunidad la formulación, adopción y ejecución de los planes de mejora, caso concreto los que se encuentran pendientes resultado del proceso realizado por la Universidad de Antioquia, Salud Total EPS-S, Unicajas. Los pagadores identifican sobre ocupación en los servicios hospitalarios de pediatría y urgencias, medicina interna y cirugía, neonatos, intermedio neonatos, oportunidad en la consulta e interconsulta, no se cumple con el porcentaje para la entrega de medicamentos completos y no hay oportunidad en medicamentos pendientes. Se incumple el requisito 8.5.2 en lo relativo a el tema de acciones correctivas, norma NTGP 1000: 2004.</p>	<p>1).Hacer seguimiento a pacientes hospitalizados con el fin agilizar su conducta de salida más ágil buscando mejor el giro cama. 2) garantizar camas para UCIS. 3). Creación del consultorio de egreso del paciente. 4) Diseñar un plan de compras por insumos más ajustado a las necesidades de la institución. 5) Llevar a cabo un proceso de compra oportuno. 6). Desarrollar políticas adecuadas para para el manejo de inventarios, stocks en cada una de las farmacias. 7).Desarrollar una herramienta para el registro de pendientes. 8) Efectuar seguimiento del cumplimiento de los compromisos institucionales con el requeriente 9). Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.</p>	<p>1. Giro cama 2. No de egresos por servicios 3. fórmulas pendientes/total de las fórmulas entregadas *100</p>	<p>90% de efectividad en egresos</p>	<p>Subgerencia científica , planeación, Coordinación de farmacia</p>	<p>Subgerente científico, doctor Wilson Bustos. Jefe oficina de Planeación, doctora Yackeline Moreno Coordinador de farmacia, Doctora Irene morales.</p>	<p>Humanos</p>	<p>15/05/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>100</p>	<p>Se diseñó el plan de compras de acuerdo con las necesidades de la Institución.</p>	<p>Se verificó la adopción del plan de mercado institucional, así como la existencia del plan de compras para la vigencia.</p>	<p>2 C</p>

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2164	SISTEMAS	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.4.3.1 La calidad de la base de datos se ve afectado por encontrarse espacios del formato sin información o sin tipo de vinculación al sistema de seguridad social y la calidad de la respuesta al riesgo de caer en la respuesta tipo y no implementar la acción planteada, como se pudo evidenciar en la actividad de campo donde transversalmente salió el área de urgencias y no existía la evidencia del trabajo se sensibilización por un servicio humanizado	1)Efectuar ajuste a la base de datos y realizar seguimiento a las respuestas. 2) Hacer seguimiento al cumplimiento de la actividad por el responsable del área.	No. de quejas y reclamos gestionadas/Tot al de quejas y reclamos.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado seguimiento al 70%.	Oficina de Planeación- Atención al usuario	Coordinador Atención al Usuario, Dra Gladys Lozano	Humanos y Tecnológicos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se realizó seguimiento a los servicios para recepción de respuestas y así diligenciar los campos pendientes, creación de base de datos que permitan identificar fácilmente la oportunidad en la entrega de respuestas por servicio.	Se depuraron los campos correspondientes a la captura de información, en donde existe la obligatoriedad de diligenciarlos porque de lo contrario no los acepta. Se hace una evaluación mensual y trimestral, como punto de control	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2165	GESTIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.4.3.2 Las observaciones presentadas por los pagadores expresa la necesidad de valorar el requisito de ofertar la capacidad disponible y validar los estándares institucionales de oportunidad del servicio versus el pagador con el propósito de validar su congruencia. Se incumple el requisito 5.2 Enfoque al Cliente de la Norma NTGP 1000:2004 en lo relativo al aseguramiento del cumplimiento de los requisitos del cliente	1) Adoptar el procedimiento de formulación del plan de mercadeo institucional donde se incorpore como insumo la capacidad disponible, cumplimiento de estándares institucionales en la oportunidad del servicio versus pagador. 2) Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado por el ente de control y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviaciones	Adopción del procedimiento de formulación del plan de de mercadeo.	Formulación del plan de mercadeo.	Oficina de Planeación-Subgerencia Científica	Jefe de oficina Planeación, Dra. Yackeline Moreno-Subgerente Científico, Dr. Wilson Bustos	Humanos	15/05/2009	31/12/2009	100	Se adoptó el procedimiento de formulación del plan de mercadeo institucional.	Se verificó la adopción del plan de mercadeo institucional, así como la existencia del plan de compras para la vigencia.	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL-MODALIDAD REGULADORA R 2166	GESTIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS	3.10.4.3.3 Unicajas comunica que las ambulancias del hospital se demoran, presentación de inoportunidad con las maternas, deben quedar en el lugar de admisión de origen, entrega completa y oportuna de retrovirales del 100% de medicamentos retrovirales formulados (83.27%), reducir y estandarizar los tiempos de oportunidad de entrega de los medicamentos. Universidad de Antioquia junio 25 de 2008 y Junio 19 de 2008. Se incumple el requisito 5.2 Enfoque al Cliente de la Norma NTGP 1000:2004 en lo relativo al aseguramiento del cumplimiento de los requisitos del cliente.	1) Fortalecer los procedimientos de las áreas de prestación de servicio en lo relativo a la determinación y aseguramiento del cumplimiento de los requisitos del cliente y la estandarización de los tiempos de oportunidad en la prestación de los servicios (integra la entrega de medicamentos, la asignación de citas y tiempo de espera en las unidades de servicios). 2) Contratar una nueva empresa de ambulancias que cubra oportunamente las necesidades del hospital. 3) Implementar en el sistema de información de farmacia mecanismos de alerta que permitan determinar de manera oportuna los cambios en la demanda de medicamentos e insumos médicos para contrarrestar el riesgo de su insuficiencia, inventarios mínimos y la oportunidad de elevar nuevos requerimientos de medicamentos, suscripción, renovación y/o adición de contratos de suministros). 4) Aplicar el procedimiento Almacenamiento, solicitud de pedido y despacho 5)Efectuar seguimiento a los avances de las actividades previstas para eliminar la causa de lo observado y de establecerse desviaciones formular, adoptar y verificar el cumplimiento de acciones contingentes conducentes a eliminar la causa de la desviación.	Oportunidad de respuesta en el servicio de ambulancias y entrega de medicamentos	Mejorar la oportunidad de respuesta en traslado de pacientes como mínimo en un 60%.	Urgencias	Coordinador Área de urgencias, Dr salomón Quintero, responsable área de farmacia, Dra Irene Morales.	Humanos, Financieros	15/05/2009	31/12/2009	100	Se suscribió contrato para el transporte de pacientes con la empresa Servicios de Telemedicina Integrados donde se garantiza la prestación del servicio contando con una ambulancia básica con disponibilidad 24 horas.	Se verificó el cumplimiento de las acciones correctivas.	2	C

