

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

HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL DE ATENCION ESE

PERÍODO AUDITADO VIGENCIA 2009

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2010
CICLO: II**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

SEPTIEMBRE DE 2010

AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL ENGATIVA II NA ESE

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Director Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector Fiscalización Salud	Juan Guillermo Plata Plata
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoría	Yolanda Gómez Flórez – Líder Fabio Enrique Penagos Aguiño Gilma Aceneth Reyes Bejarano Martha Cuéllar López Gladys Martínez Díaz Claudia Silva Cordero Roberto Jiménez Rodríguez

CONTENIDO

1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	4
2 ANÁLISIS SECTORIAL	12
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	28
3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	28
3.2 SEGUIMIENTO CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS.....	28
3.3 SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	30
3.4 EVALUACIÓN ESTADOS CONTABLES	46
3.5 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	57
3.6 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	66
3.7 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL.....	80
3.7.1 <i>Evaluación Plan de Desarrollo.....</i>	<i>80</i>
3.7.2 <i>Evaluación Balance Social</i>	<i>88</i>
3.7.3 <i>Evaluación Salud a su Casa SASC.....</i>	<i>90</i>
3.7.4 <i>Evaluación Salud al Colegio SAC</i>	<i>91</i>
3.7.5 <i>Evaluación POT</i>	<i>93</i>
3.8 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL.....	93
3.9 EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS.....	105
3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTA.....	107
4 ANEXOS	109
4.1 CUADRO DE HALLAZGOS.....	109
4.2 CUADRO DE TRANSPARENCIA	110
4.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	111



1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Doctora

DALILA ASTRID HERNÁNDEZ CORZO

Presidente Junta Directiva
Hospital Engativá II NA ESE

Doctora

DIANA MARGARITA GARCIA FERNANDEZ

Gerente

Hospital Engativá II Nivel ESE
Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Regular a la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud 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 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2009 (cifras que fueron comprobadas con las de la vigencia anterior), la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias 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 del 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 la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno, 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 producción y/o prestación de bienes y/o 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 los 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 examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

<i>Variables</i>	<i>Ponderación</i>	<i>Calificación</i>
Plan de desarrollo y Balance Social	35%	26.03
Contratación	20%	14.30
Presupuesto	15%	11.34
Gestión Ambiental	10%	6.00
Sistema de Control Interno	10%	7.00
Transparencia	10%	8.88
SUMATORIA TOTAL	100%	73.55

Rango de Calificación para obtener el Concepto

<i>CONCEPTO DE GESTIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN</i>
FAVORABLE	Mayor o igual 75
FAVORABLE CON OBSERVACIONES	Menor 75, mayor o igual a 60
DESFAVORABLE	Menos a 60

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2009 en razón a que la ponderación de las variables arrojan un promedio del 73.55%, lo que determina una gestión **FAVORABLE CON OBSERVACIONES**.

Para emitir el concepto sobre la gestión adelantada por la entidad en la vigencia fiscal 2009, el equipo auditor se fundamenta en la resolución 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá, anexo 7 evaluación concepto de gestión dentro de los cuales se tuvieron en cuenta los componentes de integralidad correspondientes a Plan de Desarrollo y Balance Social, Contratación, Presupuesto, Gestión Ambiental, Sistema de Control Interno, gestión de sistemas de información y evaluación a la Transparencia.

La evaluación al Sistema de Control Interno se realizó con base en la implementación y seguimiento a MECI y cumplimiento a la norma NTCGP 1000:2004, de acuerdo a la metodología implementada por el Departamento

Administrativo de la Función Pública y Resolución 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá. Como resultado la entidad obtuvo una calificación de 3.5, ubicando a la Entidad en un rango de calificación REGULAR con incidencia de RIESGO MEDIO.

Se verificó que los objetos de los contratos seleccionados en la muestra se encaminan al acatamiento de los objetivos misionales de la entidad.

En referencia a la gestión del hospital en contratación y de acuerdo a las pruebas de auditoría practicadas se evidenció irregularidades así: a) por la contratación de Cooperativas de Trabajo Asociado que cumplen con funciones de Empresas temporales b) el pago de actividades por montos superiores de los 4.000 millones de pesos, mediante la figura excepcional de la transacción para lapsos por fuera de la contratación d) calificación de una empresa en la parte precontractual como no apta, adjudicándose sin embargo, el contrato e) obligaciones incumplidas en los contratos y que no fueron objetos de requerimiento al contratista y en general los diferentes documentos de legalización del contrato que no se encuentran dentro de las carpetas o que no se han cumplido por parte del contratista; por lo tanto, de acuerdo con la irregularidades observadas por la auditoría se concluye, que existen debilidades en las diferentes etapas del proceso contractual.

Del universo de los contratos celebrados por la entidad durante la vigencia 2009, se evaluaron 29 equivalente al 15.32% (5.191.3 millones), del total de la contratación la cual ascendió a \$33.877 millones de acuerdo al reporte en SIVICOF en la vigencia 2009, teniendo como criterios: el mayor valor y las modalidades de contratación correspondientes a prestación de servicios, suministro de medicamentos e insumos hospitalarios, vigilancia, aseo, mantenimiento y compraventa de equipos; así mismo, se contempló dentro de la muestra de contratación evaluar los contratos del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud (PIC) que equivalen al 17% (\$9.838.7 millones) del total del valor establecido como ventas de servicios de salud (\$58.654 millones), en tal sentido, el total de la muestra de los contratos a evaluar corresponden al 32.3% del total de la contratación del hospital celebrada durante la vigencia fiscal de 2009.

Como resultado de la auditoria se evidenciaron dos hallazgos con probable incidencia fiscal respecto a los contratos 206 y 235 suscritos el 28 de diciembre de 2005 con la Fundación Nodos Taller para las Comunidades, con el objeto de la consecución de las licencias de construcción, reconocimiento y modificación de algunas unidades médicas del hospital Engativá; por valor de \$61.1 millones debido al incumplimiento del objeto de los contratos.

Igualmente se evidenció la suscripción de 1264 contratos de transacción durante la vigencia auditada por valor de \$4.780 millones para cancelar obligaciones y actividades, que no estaban amparadas por disponibilidad, registro presupuestal o por la falta de suscripción del contrato, de lo cual se deriva una presunta incidencia penal.

De acuerdo con el análisis a los indicadores de gestión, la entidad incumplió para la vigencia 2009, el objetivo estratégico “Lograr la autosostenibilidad de la institución” en los indicadores de: margen neto de utilidad, margen operacional y porcentaje de relación gasto costo/ingreso, obteniendo un resultado inferior a lo programado, así mismo, incumplió el objetivo de calidad, obteniendo un resultado muy por inferior a lo programado, lo cual incide en la atención a la población pobre y vulnerable.

En la vigencia 2009, el hospital presentó modificación de algunos indicadores con relación al año 2008. La oportunidad de citas en la consulta de medicina general aumentó de 3 días en 2008 a 4.3 días en 2009, la oportunidad de la asignación en citas en la consulta de Ginecología pasó de 1.8 días en 2008 a 4.8 días en 2009, así mismo, el indicador de tasa de satisfacción global pasó del 83.8% en 2008 al 71% en 2009, lo cual incide en los principios de eficacia y efectividad y afecta la gestión del hospital.

Si bien la entidad cumple con la metodología de presentación del Informe del Balance social, la estructura presupuestal del hospital, no permite desagregar el presupuesto indicando la ejecución total y el monto de los giros, de los proyectos o acciones realizadas en atención al problema social, ya que se identifica el total del presupuesto asignado al hospital; así mismo, cumplió con las metas establecidas en Salud a su Casa y Salud al Colegio.

El Hospital Engativá no cuenta con la aprobación del Plan Institucional de Gestión Ambiental por parte de la SDA, aunque durante el proceso auditor se verificó que uno de sus lineamientos es el cuidado del medio ambiente.

Cuenta con compromisos que ha llevado a cabo y que permiten lograr la reducción de los impactos ambientales a través de la prevención de la contaminación, apoyados en el mejoramiento continuo de sus procesos y compromiso de su personal

El compromiso se evidencia a través de la implementación de programas ambientales; dentro de estos programas pueden destacarse los relacionados con la optimización de los recursos (agua, energía y aire), y el manejo integral de los residuos generados en el Hospital.

La implementación de los programas ambientales, también están encaminados hacia la disminución de la posibilidad de ocurrencia de accidentes, mediante la modificación de condiciones y cambio de actitudes.

Una vez evaluada las distintas etapas que conforman el sistema presupuestal en el Hospital Engativá II NA ESE, concernientes a la programación, ejecución y cierre presupuestal, al igual que revisados algunos aspectos de legalidad de aprobación del presupuesto y en la etapa de las modificaciones que afectaron el presupuesto; se establece que de acuerdo a los recursos aforados inicialmente mediante la Resolución de Liquidación del Presupuesto 405 del 27 de noviembre de 2008, este guarda conformidad en los aspectos de legalidad de aprobación del presupuesto. No obstante y de acuerdo con las observaciones formuladas en el informe.

La entidad presenta deficiencia en el manejo de PQRs al evidenciar que del total de la muestra seleccionada, 69.14% tuvo respuesta superior a 15 días hábiles y el 11.11% no contó con respuesta, lo que no garantiza que todos los requerimientos, solicitudes, quejas y/o reclamos presentadas por los usuarios sean tramitadas con oportunidad

Concepto sobre la evaluación y rendición de la cuenta

Como resultado de la aplicación de la lista de chequeo y una vez analizada el contenido de la cuenta radicada por el Hospital mediante el SIVICOF, no obstante cumplió con los términos de la rendición de la misma, se observa deficiencias en los formatos CB-0118 Cuentas por pagar por edades reportado en el SIVICOF, debido a que el formato reporta la totalidad del pasivo.

No se reportaron los documentos electrónicos CBN 1093 y CBN 1094 de notas y anexos. Con relación al contenido de la información que se debió reportar en los documentos electrónicos CBN 1093 y CBN 1094, correspondiente a las notas y anexos de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, el hospital de Engativá, no reportó dicha información, incumpliendo con lo estipulado en la Resolución reglamentaria No. 034 de 2009 de la Contraloría de Bogotá, teniendo en cuenta que el artículo 2º, expresa que los responsables del erario distrital, deben presentar los soportes que sustentan legal, técnica, financiera y contablemente las operaciones realizadas por los gestores públicos.

Opinión sobre los Estados Contables

La situación del hospital de Engativá al término de la vigencia 2009 muestra un resultado deficitario de \$5.317.9 millones, no obstante en la vigencia 2008 también registró una pérdida de \$13.250 millones.

De igual manera, sus indicadores financieros continúan determinando un estado crítico de sus finanzas; las ventas de servicios de salud aunque presentan incremento del 20% respecto del año anterior, contrario sucede con los costos de operación que se incrementan en 10%, situación que se ve reflejada en falta de liquidez para cubrir sus obligaciones corrientes, originadas además por el incremento del monto de la cartera en el 16% para la vigencia auditada.

El saldo de \$17.568.6 millones en deudores presenta incertidumbre debido a que no se ha depurado la cartera, se evidencia facturación de servicios médicos por radicar de vigencias 2003 a 2009 por \$1.500 millones, la gestión para el cobro y recaudo de la misma es deficiente, se evidencia sobrevaluación de los saldos de las entidades en liquidación por \$91.6 millones y de anticipos por \$ 74 millones de los contratos 235-05 de 2005, 206/2005 y 255/06 que se encuentran liquidados y que a diciembre de 2009 permanecen en los Estados Contables de la entidad.

En la subcuenta avances y anticipos se estableció una sobreestimación de \$ 74 millones y que una vez analizados los contratos 235 y 206 del año 2006 constituyen un presunto hallazgo disciplinario con incidencia fiscal en cuantía de \$61 millones, situación descrita en el presente informe en el numeral 3.6 Evaluación a la Contratación.

En nuestra opinión, **excepto** por lo mencionado en párrafos anteriores, los Estados Contables del hospital Engativá II Nivel ESE 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.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la **presente** auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 4.1 se establecieron cincuenta y cuatro (54) hallazgos administrativos, de los cuales ocho (8) tienen probable incidencia disciplinaria, que se trasladarán a la Personería de Bogotá, dos (2) con presunta incidencia fiscal que se trasladarán a la Dirección de Responsabilidad y uno (1) con presunta incidencia penal que se trasladará a la Fiscalía General de la Nación.

Concepto Sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con salvedades a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, el aceptable desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, la opinión expresada con salvedades de los estados contables del



Hospital Engativá II NA ESE, la cuenta presentada por la entidad 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 conduzca a solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, a través del SIVICOF dentro de los cinco (5) días al recibo del presente informe, de conformidad con la Resolución Reglamentaria No.014 de 2010.

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

Bogotá D. C. 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.

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.

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 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.

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

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 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 responden 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

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

consisten en identificación de necesidades, educación en hábitos de vida saludables, información sobre derechos y deberes y referenciación a servicios.

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrencia de recursos de los Fondos de Desarrollo

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
	complementariedad	Local, para dar respuesta a las necesidades de la población en complemento a las acciones que no se pueden financiar desde el sector salud.
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	

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
	Candelaria		2	18		2	
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

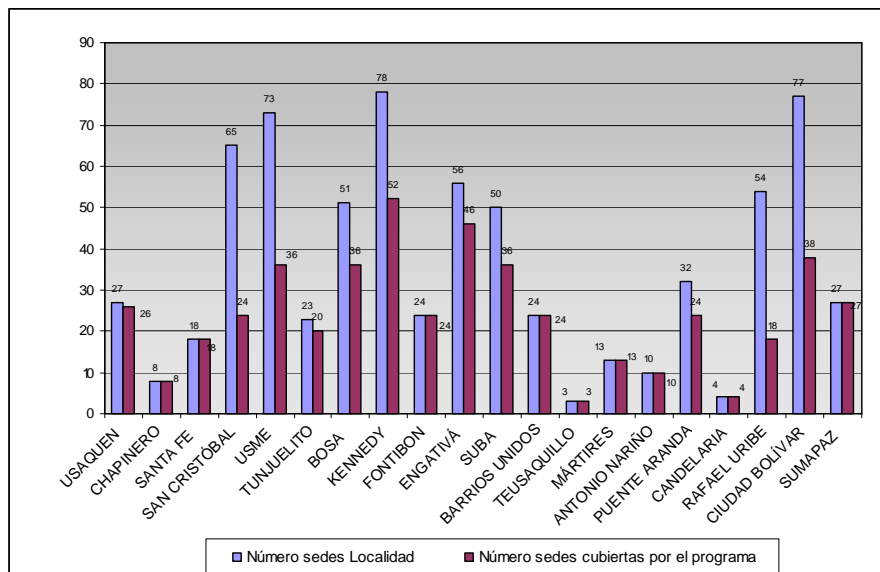
Fuente: Informe Balance Social SDS, SED y SDIS. Corte diciembre 2009.

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.

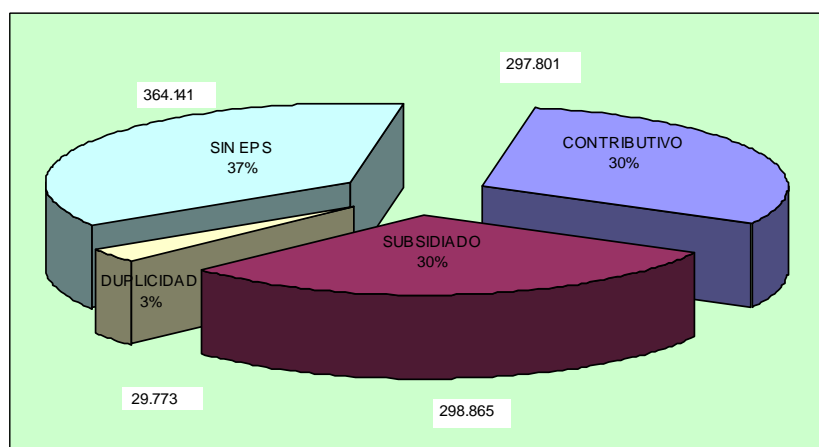


Fuente: Secretaría Distrital de Salud

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.

PROYECTO NO. 623 "SALUD A SU CASA"	PROYECTO NO. 624 "SALUD AL COLEGIO"
	Se adelantaron acciones preventivas y restitutivas, a cerca de 90.000 personas entre las que se 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 AUDITORÍA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento del Hospital Engativá II NA ESE suscrito con la Contraloría de Bogotá, presenta 149 hallazgos que corresponden a lo observado en las siguientes auditorias:

TABLA No. 1
PLAN DE MEJORAMIENTO

VIGENCIA AUDITADA	No DE HALLAZGOS
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2002	3
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2003	1
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2004	1
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	19
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2006	4
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2007	46
AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2008	75
TOTAL	149

Fuente: SIVICOF 2010

En desarrollo de la auditoria se establecieron 149 hallazgos, de los cuales se cerraron 120 hallazgos, continúan en ejecución 5 y se encuentran abiertos 24 hallazgos obteniendo una calificación de 1.7 sustentada en el seguimiento que se registra en el cuadro anexo de plan de mejoramiento, lo que significa que el Hospital cumplió con el Plan de Mejoramiento.

3.2 SEGUIMIENTO CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS

PRONUNCIAMIENTO DEL PROCESO DE SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES

Teniendo en cuenta el pronunciamiento emitido por la Contraloría de Bogotá ante la Secretaría Distrital de Salud, relacionado con *“el riesgo de dejar percibir recursos para financiar la salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda por el proceso de saneamiento de aportes patronales previsto en los literales a) y b) del parágrafo del artículo 58 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 3815 de 2003 del Ministerio de la Protección Social”*; es pertinente indicar que la normatividad mencionada plantea que se deben surtir unas etapas para adelantar el proceso de saneamiento de los aportes patronales del periodo 1994-2001 por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales los cuales son financiados con recursos provenientes del situado fiscal

Como las etapas a cumplir en el proceso son: el establecimiento de saldos a favor o en contra de los aportes patronales en cada una de las ESE del Distrito y de otra parte, la aplicación de los excedentes para el saneamiento; la auditoria solicito a la ESE las gestiones adelantadas al respecto, donde mediante oficio OTH-881-10 del 29 de julio de 2010 del Hospital, informan, que el proceso de conciliación de los saldos con las AFP, EPS y ARP se viene realizando en conjunto con la Secretaría de salud, para el Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones, a 2009 se ha conciliado y se tienen actas firmadas con las entidades Salud Total, Cruz Blanca, Famisanar y Saludcoop y el resto se encuentran en proceso de análisis de deudas presuntas y otras en firmas.

PRONUNCIAMIENTO CRISIS ESTRUCTURAL Y SITUACION FINANCIERA DE LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA

Teniendo en cuenta los planteamientos esbozados en el pronunciamiento sobre la crisis estructural y financiera de los Hospitales adscritos a la red pública distrital, se señala por la auditoria las acciones realizadas por el Hospital frente al tema.

La entidad indica que se realizó un *“análisis de la ejecución de los contratos de venta de servicios de salud, bajo la modalidad de capitación y teniendo como información el segundo semestre de 2008; lo cual arrojó indicadores negativos en el tema financiero, en razón a que la facturación generada a tarifa SOAT plena era superior en un 60% al valor del contrato y cancelado por las EPS-S en el Primer Nivel, y hasta de un 100% en los servicios capitados de II Nivel”*.

Así mismo es de reseñar, que la entidad informa que se han realizado esquemas de negociación que le permitieran a la ESE enfrentar el proceso contractual desde el mes de marzo de la vigencia 2009, para posibilitar mejores condiciones financieras.

Otras de las acciones administrativas adelantadas por el Hospital, se sustentan en desarrollo de procesos internos, como cambios en los procesos de facturación, la realización de auditorías concurrentes y preauditorias al 100% de las facturas. Se han realizado planes de choque y se implementó el modulo de autorizaciones (GESAUT), se han tomado medidas para reducir el gasto principalmente en la reducción de la contratación de prestación de servicios por OPS, entre otras muchas acciones que se viene desarrollando por parte de la ESE.

En tal sentido, es de observar, que las acciones administrativas realizadas por la ESE, frente al tema de la contratación, resulta ser soslayada al tener en cuenta únicamente la contratación realizada por la modalidad de capitación, si se tiene en cuenta, que existen serios problemas con la contratación que realizan los Hospitales con las empresas del régimen subsidiado en la modalidad de no

capitado o por evento, donde se puede observar que de recursos programados en el presupuesto por valor de \$3.622,8 millones, tan solo se estén recaudando recursos por valor de \$1.489,5 millones, lo que indica que su nivel de ejecución alcance apenas el 41%, en el giro ordinario de los recursos en esta modalidad de contratación.

3.3 SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con el fin de evaluar el **sistema de control interno** y determinar su calidad y nivel de confianza, y a la vez determinar el cumplimiento a la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, se aplicó la metodología implementada por el Departamento Administrativo de la Función Pública para su implementación y seguimiento; de conformidad con lo establecido en el encargo de auditoría y en el memorando de planeación, aplicando los procedimientos de auditoría establecidos en la Resolución 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.

Es así como se evaluó la implementación del MECI en sus tres grandes subsistemas, los cuales son desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control. El seguimiento y evaluación arrojó una calificación de 3.5, ubicando a la Entidad en un rango de calificación REGULAR con incidencia de RIESGO MEDIO.

Se realizaron visitas, encuestas y verificación de la información. Se seleccionó una muestra del área asistencial y administrativa que corresponde al 30% de las aéreas de la estructura organizacional del Hospital, abarcando directamente las oficinas de Control Interno OGPA, Oficina Asesora Jurídica – Contratación, atención al usuario, Talento Humano, Servicios de Apoyo - Gestión Ambiental, Garantía de la Calidad, Presupuesto, Contabilidad y costos.

El Hospital de ENGATIVA NIVEL II, en cumplimiento del Decreto No. 1599 del 20 de mayo de 2005, de la Presidencia de la República, expidió la Resolución No. 220 de junio 8 de 2007 *“Por el cual se crean dentro del Hospital Engativa Nivel II E.S.E, los grupos de trabajo para desarrollar el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y establecen sus funciones”*.

3.3.1 Control Estratégico

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.6, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO. En este se agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas.

3.3.1.1 Ambiente de Control

Acuerdos compromisos o protocolos éticos

El Hospital cuenta con código de ética, el cual fue aprobado mediante Resolución 331 de 2008, su elaboración no se desarrollo de manera participativa, el hospital aplico una metodología para la elaboración del código, reuniendo las inquietudes a través de los referentes de cada servicio, a pesar de que estos manifiestan que recogieron las manifestaciones del personal de cada área, no existe prueba documental que permita establecer la veracidad de lo mencionado; mas aun cuando en diferentes visitas realizadas a las sedes algunos funcionarios y/o contratista por prestación de servicios manifestaron desconocer la existencia del código y de lo que en el se plantea.

3.3.1.1.1. La entidad no ha puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el código de ética, tales como capacitaciones, reuniones internas, comités, reinducción etc., de haberlas realizado el resultado de ellas no refleja el compromiso institucional por parte del personal, incumpliendo lo preceptuado en la Resolución 338 de 2008; Artículo 2, literal b y articulo 4 literal k de la ley 87 de 1993.

Este componente tuvo una calificación de 3.0

Desarrollo de Talento Humano

La oficina de Talento Humano cuenta con 42 procesos y procedimientos, entre ellos procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación de desempeño de los servidores públicos. Por otra parte cuenta con manual de funciones aprobado mediante Acuerdo 007 de 2008, el cual contempla el propósito principal de cada empleo de planta de personal.

3.3.1.1.2 El proceso de formación y capacitación del hospital, está basado en un plan de capacitación, sin embargo su formulación no incluye aprobación mediante acto administrativo, evaluación de los resultados del plan de capacitación correspondiente a la vigencia 2008, ni verificación de que este estuviera enmarcado dentro de las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación. De igual manera el programa de bienestar de la entidad no contempla la evaluación de los resultados de la vigencia 2008, lo que puede ocasionar en la Entidad un riesgo al dejar de contemplar actividades en los planes mencionados, incumpliendo el artículo 6, literal c) del artículo 13 del Decreto Ley 1567 de 1998 el literal b del articulo 16; el artículo 19 de la Ley 87 de 1993 y manual de procesos y procedimiento de la entidad.

Por otra parte, la oficina Talento Humano identifica el personal requerido en cumplimiento a las necesidades de los servicios ofertados, a la vez se desarrollan las gestiones de ingreso, selección, inducción y evaluación de desempeño para los funcionarios de planta acorde con la Ley 909 de 2004. Esta evaluación de desempeño tiene correspondencia entre las metas individuales con las metas del área o del proceso al que pertenece el servidor, contempla retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores, contempla acciones de mejoramiento individual presentadas en cada uno de los formatos utilizados en esta evaluación,

Este componente tuvo una calificación de 3.5.

Estilos de Dirección

La estructura con que cuenta el Hospital permite la asignación de funciones y delegación de responsabilidades, en cumplimiento a los objetivos, visión y misión. El personal identifica claramente los niveles de autoridad y responsabilidad y quien toma las decisiones.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7.

3.3.1.2 Direccionamiento Estratégico.

Planes y Programas.

El esquema de planeación institucional contempla visión, misión, objetivos, acciones, cronogramas, responsabilidades y metas, acordes con el quehacer misional de la entidad. Cada una de las áreas realiza reuniones periódicas de evaluación de las actividades; presentadas posteriormente de manera consolidada a los comités de gerencia, por cada uno de los referentes, sin embargo existe incumplimiento de indicadores, pues no se ejecuta la totalidad de las acciones de acuerdo a lo planeado, incumpliendo en algunas ocasiones cronogramas y metas; situación ratificada en el componente de Plan de Desarrollo de esta auditoría

La entidad cuenta con política de calidad que responde al direccionamiento estratégico y refleja el compromiso de la entidad por el mejoramiento continuo.

Este componente obtuvo una calificación de 3.5

Modelo de Operación por Procesos.

3.3.1.2.1 De acuerdo a consulta de bases de datos, la entidad cuenta al menos con 710 procedimientos aprobados mediante acuerdo 020 de 2009; los cuales han sido actualizados y ajustados a la plataforma estratégica. Sin embargo no se

aplican en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general. Situación que se evidencia en los diferentes componentes de esta auditoría y que de alguna manera representa un riesgo para la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% su cumplimiento, trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f), h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y manual de procesos y procedimientos de la entidad.

3.3.1.2.2 Mediante prueba selectiva efectuada por el grupo auditor se pudo observar que algunos centros como La Española, Álamos, Garcés Navas, Estrada, no disponen de inventarios de elementos devolutivos actualizados, al evidenciar que existen bodegas con elementos que al parecer son para dar de baja o para mantenimiento, sin que se tenga control de los mismos ni responsable asignado; de igual manera cuando un responsable de inventarios sale a disfrutar su periodo de vacaciones no hace entrega del mismo y en ocasiones lo deja bajo llave, situación observada en el CAA Garcés Navas; generando para la entidad riesgo al no disponer de estos elementos de manera inmediata cuando puedan requerirse y a la vez en caso de que se presente pérdida de elementos dificultaría la investigación que adelante el hospital; lo anterior incumple lo preceptuado en el Manual de procesos y procedimientos de la entidad, Art. 2 de la Ley 87 de 1993, Resolución No. 001 del 2001 de la Secretaría de la Hacienda

Este componente obtuvo una calificación de 3.8

Estructura organizacional.

La entidad cuenta con una estructura que articula los cargos, funciones, relaciones y niveles de responsabilidad y autoridad. La estructura organizacional está compuesta por la organización interna por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales, aprobado mediante Acuerdo 007 de 2008.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0.

3.3.1.3 Administración de Riesgos.

Contexto Estratégico.

3.3.1.3.1. El Hospital tiene identificado los factores internos y externos de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, esta identificación se ha realizado a través de los procesos, para lo cual se han desarrollado programas de sensibilización interna; sin embargo no cuenta con política de administración de riesgos, al igual que se evidencia que no se realiza seguimiento a las acciones

realizadas, situación que se presenta de manera repetitiva con la anterior auditoria, lo que puede constituirse en amenaza para la consecución de los objetivos de la entidad; incumpliendo lo preceptuado en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001; literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.3.1.3.2 El hospital cuenta con contratación por prestación de servicios, en los cuales los términos pactados dentro del contrato divergen de los términos de la ejecución del mismo; es así como se evidencia en el acta de visita fiscal de fecha 13 de agosto de 2010 que se suscriben contratos de prestación de servicio con un termino que va del 2 al 31 de agosto de 2010; siendo su ejecución a partir del 1 de agosto de 2010; colocando en alto riesgo al hospital en razón a que se presto servicios el día 1 de agosto, con personal que no esta debidamente contratado. Lo anterior incumpliendo lo preceptuado en el manual de contratación aprobado mediante Acuerdo No. 3 de 2006 y Art. 2 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.1.

Identificación de Riesgo

3.3.1.3.3 La entidad cuenta con mapa de riesgo aprobado mediante Resolución No. 334 de 30 de Septiembre de 2008, donde se identifica, analiza y valora los riesgos, clasificándolos en riesgos Financieros, Estratégicos, de Cumplimiento y Operativos por cada una de las áreas. La entidad posee 39 mapas de riesgos; los cuales no se encuentran consolidados. Cada mapa se maneja en matriz de valoración por cada una de las áreas y procesos; sin embargo en algunas áreas como Talento Humano y oficina jurídica no realizan seguimiento periódico a la mitigación del riesgo, lo que conlleva a que la entidad no cuente con mapas de riesgo actualizados incumpliendo lo preceptuado en la Resolución 334 de 2008 y articulo 2 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0.

Análisis de Riesgo.

El Hospital cuenta con matriz de riesgo en donde se describe la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el nivel de impacto de sus consecuencias, la calificación y evaluación. Cuenta con procedimiento de administración de riesgo aprobado en el manual de procesos y procedimientos de la entidad. Este componente obtuvo una calificación de 3.8.

Valoración de Riesgo.

El Hospital ha priorizado los riesgos por procesos, clasificándolos en riesgos

bajos, medios y altos, a la vez se ha establecido actividades de control para cada uno de ellos, estas actividades se han establecido conjuntamente por el personal que labora en cada una de las áreas, de tal manera que el personal identifica las acciones de mejora y controles requeridos, es decir los controles se han aplicado a pesar de que estos no han sido actualizados en los mapas, tal como se evidencio en el punto anterior.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0.

Políticas de Administración de riesgo.

La entidad no cuenta con política de administración de riesgos que hace parte de la plataforma estratégica, permitiendo en algunos casos que no se apliquen los correctivos para evitarlos, reducir, dispersar, transferir, o asumir el riesgo. Situación que se contempla en el componente de contexto Estratégico de esta evaluación. Este componente obtuvo una calificación de 2.8

3.3.2 Control De Gestión

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.5, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO. Este reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.

3.3.2.1 Actividades de Control.

Políticas de Operación.

El Hospital cuenta con cuatro políticas de operación: Financiera, Desarrollo de Servicios, Calidad y Desarrollo Integral del Talento Humano, documentadas en el plan de desarrollo institucional. Este componente obtuvo una calificación de 3.8

Procedimientos – Manual de Procedimientos.

El hospital cuenta con manual de procesos y procedimientos aprobado mediante acuerdo 020 de 2009, los procedimientos se han implementado y cada uno de ellos contempla un responsable en la ejecución de las actividades, identificando la forma como se ejecutan las diferentes actividades; sin embargo estos no se actualizan en su totalidad, no se cuenta con un cronograma de revisión y en algunas oportunidades no se dan cumplimiento en su totalidad; situación que ha

sido evidenciada en Modelo de Operación por Procesos de la encuesta aplicada por esta auditoría.

Este componente obtuvo una calificación de 4.1
Controles

Se evidencia que la entidad definió los controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos para cada uno de los procesos, clasificados en preventivos o correctivos, la entidad no cuenta con formato de controles y análisis de efectividad.

Este componente obtuvo una calificación de 3.2.

Indicadores.

Los indicadores se encuentran definidos en fichas técnicas. Su seguimiento se refleja en las matrices de los POAS por área y por objetivos. Situación que en ocasiones no se cumple en su totalidad, situación reflejada en el componente de Plan de Desarrollo de este documento.

Este componente obtuvo una calificación de 3.5

3.3.2.2 Información.

Información Primaria.

La información que proviene de fuentes externas se procesa dentro de la entidad, identificando su procedencia y concepto, sin embargo las políticas y mecanismos diseñados por la entidad no permiten la efectividad en las operaciones que se requieran para atender la información.

Es así como la principal fuente de información es la ciudadanía, para lo cual el Hospital ha implementado mecanismos de atención, quejas y reclamos; sin que se asegure el cumplimiento en la oportunidad de la respuesta, por fallas en el proceso implementado. Situación que se evidencia en el resultado de la auditoría de Acciones Ciudadanas.

Este componente obtuvo una calificación de 3.3

Información Secundaria.

3.3.2.2.1 La entidad identifica las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; la entidad no

cuenta con tablas de retención documental actualizadas, situación que se presente de forma repetitiva de acuerdo con lo evidenciado en el plan de mejoramiento resultado de anteriores auditorías. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, carpetas de contratos sin foliar y en ocasiones desorganizados, contratos de varias vigencias archivados en una sola carpeta como es el caso del contrato de Humana Vivir EPS, etc. en contravía a la ley 594 de 2000, circular 046 de 2004 de la secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá., artículo 2 de la ley 87 de 1993.

3.3.2.2.2 En el transcurso del año 2009 se realizaron 21 actas de Junta Directiva; según consta en los libros de actas con fechas de registro 9 de julio de 2007 y 14 de abril de 2009; los cuales fueron suministrados oficialmente como insumos dentro del proceso auditor. El 19% de las actas no se encuentran legalizadas, al notar que las actas número 10, 16, 17 y 18 no contemplan alguna de las firmas requeridas. Por otra parte la aprobación de actas no se realiza acorde con el procedimiento establecido, al notar que esta se realiza de manera conjunta, en ocasiones hasta con la aprobación de 6 actas, con salvedades de modificaciones realizadas en la misma sesión; es decir, la junta aprueba siempre y cuando se realicen algunos ajustes los cuales no son presentados en sesiones posteriores. Finalmente se observa en los libros que el acta No 2 del 5 de febrero de 2008 no esta firmada. Lo anterior trasgrede lo contemplado en los literales b), c), g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993; art. 16 del acuerdo 17 de 1997, artículo 34 numeral 1 de la ley 734 de 2002.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4.

Sistemas de Información.

3.3.2.2.3 El Hospital maneja un conjunto de herramientas como bases de datos en Excel, aplicativo HIPOCRATES, Sistema de información gerencial SERVINTEC CS, pagina web; que facilitan la captura, procesamiento, administración, y distribución de datos e información, con asignación de responsables de cada proceso. Sin embargo posee dificultades al no contar con información en línea en las diferentes áreas para la consulta actualizada, así por ejemplo el sistema de información Hipócrates no ha implementado la interfaz entre los módulos de tesorería y presupuesto. La página Web no contempla información actualizada, teniendo en cuenta que esta puede ser utilizada como medio de consulta por la ciudadanía en general. Situaciones que generan riesgos para la entidad, trasgrediendo lo contemplado en los literales e), h) i) del artículo 2º. de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.5.

3.3.2.3 Comunicación pública.

Comunicación Organizacional.

La entidad presenta debilidades al no difundir la información que se genera a todos los servidores relacionada con los objetivos, las estrategias, los planes, los proyectos y la gestión. Como se observa en el componente estratégico hace falta el fortalecimiento, el compromiso y el clima laboral.

Este componente obtuvo una calificación de 3.6

Comunicación informativa.

La entidad comunica a la ciudadanía los avances de gestión; programas, servicios, obras, o administración de recursos, propicia la participación ciudadana en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión a través de rendición de cuentas y programación de reuniones con la veeduría ciudadana

Este componente obtuvo una calificación de 3.7

Medios de Comunicación.

3.3.2.3.1 La entidad utiliza como medio de comunicación hacia la ciudadanía, las carteleras, comunicados, folletos, líneas de atención telefónica. La información de carteleras no es actualizada, en ocasiones no contemplan publicaciones de interés para la ciudadanía de forma clara, lo que genera insatisfacción por parte de los usuarios, Incumpliendo lo preceptuado en los literales h, i, j, del artículo 4 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.2

3.3.3. Control De Evaluación.

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.4, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO, este agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

3.3.3.1. Autoevaluación.

Autoevaluación de control.

Las políticas trazadas permiten la medición del desempeño de los procesos, cada área cuenta con procesos diseñados, sin embargo, no se da el cumplimiento en un 100% y en ocasiones no son efectivos para desarrollar las funciones y alcanzar los objetivos y metas; como es el caso del área de atención al usuario, donde se requiere la implementación de controles e identificación de riesgos permanentes.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4

Autoevaluación de gestión.

La entidad ha establecido como elementos de control indicadores de gestión diseñados a los planes y programas que permiten la medición de metas y de resultados previstos; a través de estos la entidad presenta desviaciones que son reflejadas en el componente de Plan de desarrollo del presente informe.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4

3.3.3.2. Evaluación Independiente.

Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno.

El hospital cuenta con una oficina de Gestión Pública y Autocontrol OGPA como instancia asesora de la administración, cuya función específica es la evaluación del control en forma independiente acorde con lo estipulado en la ley 87 de 1993. Esta a su vez realiza las recomendaciones necesarias como resultado de las auditorías aplicadas, las cuales son analizadas con cada una de las áreas.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7.

Auditoría Interna.

3.3.3.2.1 La entidad cuenta con plan anual de auditoría aprobado mediante acta de comité de control interno de septiembre de 2009, sin embargo la mayoría de las auditorías programadas pertenecen al grupo de auditores de calidad, por otra parte se evidenció que la oficina de OGPA no realiza en un 100% el seguimiento a la elaboración y puesta en marcha de planes de mejoramiento, con el fin de subsanar los hallazgos encontrados y de verificar el logro y efectividad de las acciones correctivas o preventivas establecidas en cada una de las áreas, lo que ocasiona un riesgo para la entidad, incumpliendo lo estipulado en los literales d), e), f) y g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.0.

3.3.3.3. Planes de Mejoramiento.

Plan de Mejoramiento Institucional.

La entidad cuenta con plan de mejoramiento institucional que consolida los hallazgos encontrados en auditorías internas y en auditorías del órgano de control Contraloría de Bogotá. Los planes de mejoramiento presentados por área son elaborados como resultado de las auditorías internas de la oficina de Garantía y Calidad y de la oficina de Control Interno. Es de anotar que no existe seguimiento de algunas actividades a desarrollar; situación que se evidencia en la calificación de plan de mejoramiento del presente informe.

Este componente obtuvo una calificación de 3.3.

Plan de Mejoramiento por Procesos.

Los procesos cuentan con planes de mejoramiento como resultado de las evaluaciones periódicas, estos planes han sido concertados con cada una de las áreas.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4

Plan de Mejoramiento Individual.

La entidad cuenta con planes de mejoramiento individualizados, como resultado de la evaluación de desempeño realizado al personal de carrera como lo contempla Ley 909 de 2004. Por otra parte la entidad elabora acciones de mejora como resultado al seguimiento de auditorías internas.

Este componente obtuvo una calificación de 3.6

TABLA No. 2

RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS EVALUACION MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS			
1. CONTROL ESTRATÉGICO	3,6	1.1.AMBIENTE DE CONTROL	3,4	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	3,0		
				Desarrollo del Talento Humano	3,5		
				Estilos de Dirección	3,7		
		1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3,8	1.2	3,8	Planes y Programas	3,5
						Modelos de Operación por Procesos	3,8
						Estructura Organizacional	4,0
		1.3 ADMINISTRACION DE RIESGOS	3,5	1.3	3,5	Contexto estratégico	3,1
						Identificación de Riesgos	4,0
						Análisis de Riesgos	3,8
						Valoración de Riesgos	4,0
		2. CONTROL DE GESTION	3,5	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	3,6	Políticas de Operación	3,8
						Procedimientos - Manual de Procedimientos	4,1
Controles	3,2						
Indicadores	3,5						
2.2 INFORMACIÓN	3,4			2.2	3,4	Información Primaria	3,3
						Información Secundaria	3,4
						Sistemas de Información	3,5
2.3 COMUNICACIÓN PÚBLICA	3,5			2.3	3,5	Comunicación Organizacional	3,6
						Comunicación Informativa	3,7
						Medios de Comunicación	3,2
3. CONTROL DE EVALUACION	3,4	3.1 AUTOEVALUACION	3,4	Autoevaluación de control	3,4		
				Autoevaluación de Gestión	3,4		
		3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	3,4	3.2	3,4	Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno	3,7
						Auditoría Interna	3,0
		3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	3,4	3.3	3,4	Plan de Mejoramiento Institucional	3,3
						Plan de Mejoramiento por Procesos	3,4
Plan de Mejoramiento Individual	3,6						

Fuente: Cuestionarios de Evaluación – Equipo Auditor. 2010

3.3.4 .Evaluación Implementación - Norma Técnica NTCGP 1000 2004.

En el hospital Engativá se han desarrollado directrices y objetivos generales a través del Sistema de Gestión de Calidad que guían su actuación en relación con la mejora de la salud de la población de la localidad de Engativá. En este sentido, la institución se ha comprometido a la búsqueda de la integralidad y eficiencia en la prestación de los servicios, a brindar calidad y seguridad en la atención a los usuarios, a satisfacer sus necesidades y a lograr su fidelidad.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad establecida en el Decreto 4110 de diciembre 9 de 2004 y cumplir los compromisos anteriormente mencionados el hospital ha implementado y desarrollado un Sistema de Gestión de Calidad, integrado al Sistema de Control Interno con base a los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2009

En concordancia con lo anterior se dispuso hacer la verificación en los cuatro (4) ejes fundamentales que dicta el Decreto 1011 del 2006 en donde se implementa el sistema Obligatorio de Garantía y Calidad.

3.3.4.1 Sistema Único de Habilitación

La entidad aplica los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Protección Social, los cuales a la fecha están siendo objeto de auditoria y mejoramiento continuo por parte de la Secretaria Distrital de Salud.

La entidad cumple con las condiciones de capacidad técnico administrativa, cuenta con representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica, así como con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Por otra parte la Entidad presenta de todos sus puntos de atención los diferentes formularios de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Secretaria Distrital de Salud correspondientes a los servicios ofertados y las novedades que se han generado a través del tiempo. A través de dicho formulario, se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el decreto 1011 del 2006, es importante destacar que previo a este procedimiento se han hecho una autoevaluación de cumplimiento de las condiciones para habilitación, evidenciado a través de los distintivos de habilitación en cada uno de los servicios declarados y ofertados.

La institución cuenta con una auditoría externa continua por parte de todas las EPS con las que tienen contrato en las cuales se puede verificar que hay una constante vigilancia de cumplimiento de estándares de calidad entre ellos la verificación de la declaración de los servicios ofertados a cada una de estos aseguradores.

3.3.4.2 Sistemas de Información para la Calidad

La entidad tiene como referencia la Circular 030 del 2006 la cual describe las instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad,

accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en la Institución.

También cuenta con la circular 056 del 2009 con los indicadores de alerta temprana que tiene como fin revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios de salud a fin de identificar en forma inmediata las falencias o problemas que resulten y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones oportunas.

3.3.4.3 Plan de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud

Para todos los efectos de esta verificación debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993.

El Hospital Engativá estableció un Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, basado en documentos internos como son procedimientos de auditoría interna y acciones de mejoramiento, externos como Bogotá positiva para vivir todos del mismo lado 2008-2012 así, como las diferentes normas afines a este proceso como son la Resolución 2181 por la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de garantía y calidad para las IPS, entre otras.

Para el desarrollo del PAMEC la institución determina un plan de trabajo a partir de noviembre del 2008 comenzando con la Autoevaluación, seguido de la selección y priorización de procesos a mejorar, definición de la calidad esperada, medición de desempeño de los procesos y la elaboración de un plan de mejoramiento finalizado en noviembre del 2009.

A partir del mes de noviembre del 2009 a febrero del 2010 se da la ejecución del plan de mejoramiento aplicando acciones correctivas y preventivas de manera permanente

3.3.4.4 Sistema único de Acreditación

Para este eje, el hospital cuenta con las herramientas de planeación y preparación para la implementación del sistema Único de Acreditación con compromisos claros y adelantos reflejados en la calificación de sus diferentes procesos y adopción del componente de auditoría interna.

3.3.5 Seguimiento al compromiso Ético

En cuanto al Compromiso Ético suscrito entre el Hospital de Engativá Nivel II ESE y el ente de control, el Hospital ha realizado algunas gestiones en cumplimiento a cada uno de los compromisos, es así como con corte a 31 de Diciembre de 2009, la entidad adelanto las acciones relacionadas con la formulación y adopción de Planes al interior, como se observa en Acuerdo de Junta Directiva No.16 de 2008 el cual Aprueba y adopta el Plan de Desarrollo Institucional; de igual manera formulo y adopto la Política de manejo integral al Talento Humano y su instrumento de operación.

Por otra parte el hospital promueve la participación ciudadana, sin embargo presentan algunas deficiencias las cuales son contempladas en el componente de acciones ciudadanas de este informe.

3.3.6 Evaluación De Transparencia

Para la evaluación de transparencia se aplico la metodología establecida mediante Resolución 029 de 2009. La entidad cuenta con página Web, el seguimiento y evaluación arrojo como resultado un nivel de RIESGO MEDIO.

3.3.6.1 Visibilidad

Página Web:

La estructura y contenido de la página WEB contempla información general; sin embargo no se evidencia información con relación a funcionarios principales, organigrama, normas básicas que regulan la actividad de la entidad, se presenta un portafolio de servicios sin mencionar el lugar donde el usuario puede acceder. La información publicada es vigente, no se evidencia fecha de actualización de la página, la estructura de la página permite una navegación ordenada y rápida por los diferentes niveles del sitio web.

Línea Atención al Ciudadano y Sistema Peticiones, Quejas y Reclamos:

La página Web evidencia que el hospital cuenta con línea de atención al ciudadano gratuita y está en funcionamiento, cuenta con sistema de peticiones, quejas y reclamos, como resultado de la auditoria se pudo evidenciar que la entidad no da cumplimiento a los tiempos de respuesta exigidos por la norma.

El buzón de PQR en la página web no permite la asignación del número de radicación, en el desarrollo de la auditoria se realizo un ejercicio de prueba radicando una inquietud a través del link, al respecto no se recibió respuesta.

Contratación:

En la página web del Hospital existe un link que indica el acceso a la contratación que este realiza a través de invitaciones públicas; sin embargo no es posible identificar las diferentes etapas surtidas en los procesos contractuales, no se evidencia procesos adelantados en otros años. Se verifico que en esta página no se puede consultar el plan de compras aprobado por el Hospital para el 2009.

Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control:

En la página Web de la entidad, no se publican los planes y programas ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia; con relación a la publicación del presupuesto esta contiene un link de la alcaldía de Bogotá a través del cual se puede acceder a esta información. No se evidencia informes de gestión, metas e indicadores de evaluación de las metas.

Tramites:

La página Web no contempla información sobre trámites tales como: descripción, requisitos y documentos necesarios, lugar donde debe acudir el ciudadano, principales normas que regulan el trámite

3.3.6.2 Mejoramiento de la Gestión

Fenecimiento:

En el fenecimiento en la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá se obtuvo un concepto desfavorable.

Plan de Mejoramiento

El Plan de Mejoramiento del Hospital Engativá II NA ESE suscrito con la Contraloría de Bogotá, presenta 149 hallazgos de los cuales se cerraron 120 hallazgos, continúan en ejecución 5 y 24 hallazgos se encuentran abiertos, obteniendo una calificación de 1.7, lo que significa que el Plan de Mejoramiento se cumplió.

MECI

Una vez consolidados los resultados de la evaluación preliminar al Sistema de Control Interno del Hospital Engativá II Nivel ESE, obtuvo una calificación de 3,5 ubicándolo en rango REGULAR con un nivel de RIESGO MEDIO

3.3.6.3 Participación Ciudadana

Empoderamiento en el control social y fiscal:

Durante la vigencia auditada no se evidenció la existencia de pactos firmados con la ciudadanía. Sin embargo las veedurías ciudadanas realizaron recomendaciones que la entidad aceptó, y para lo cual formuló planes de mejoramiento con el fin de aplicar los correctivos pertinentes. En el trámite de elaboración y aprobación del presupuesto no se identificó participación de la ciudadanía.

3.4 EVALUACIÓN ESTADOS CONTABLES

Con el fin de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras en los Estados Contables presentados por el Hospital Engativá II Nivel ESE, con corte a 31 de diciembre de 2009 y conceptuar sobre el sistema de control interno contable de conformidad con las normas de contabilidad prescritas por la Contaduría General de la Nación y demás disposiciones vigentes y aplicables al hospital, se desarrollaron los procedimientos contemplados en los respectivos programas, para lo cual se aplicaron en forma selectiva técnicas de auditoría, dirigidas a determinar si estos reflejan los hechos económicos, financieros y sociales en forma oportuna y útil. De acuerdo a la evaluación realizada se observó lo siguiente:

Efectivo

El saldo de la cuenta registra a diciembre de 2009 un valor de \$ 600.1 millones, equivalente al 9% del total del activo. Presenta un incremento del 151% en relación con la vigencia anterior, por los saldos de nueve cuentas en depósitos en entidades financieras, cuyo manejo de éstas refleja en la subcuenta gastos la suma de \$25 millones, siendo las comisiones de tarjetas las más representativas de estos gastos. A junio de 2010 han cancelado 5 cuentas.

Verificados los convenios suscritos entre el hospital y las instituciones financieras se observa que la entidad no tiene los promedios mensuales exigidos por las entidades financieras en los acuerdos suscritos con éstas, por tal razón le cobran los servicios utilizados de acuerdo con los costos estipulados en la tabla de tarifas de los bancos, generando como se mencionó anteriormente un valor de \$25 millones para la vigencia auditada en gastos.

En la subcuenta depósitos en instituciones financieras al efectuar la revisión de conciliaciones bancarias a diciembre de 2009, se observó en los bancos Davivienda cuenta corriente 45156999985, cuenta 11100512 cheques pendiente

de cobro por \$845.780¹¹, subestimando el saldo de la cuenta bancos, de los cuales cuatro fueron girados hace más de seis meses, sin embargo en el mes de enero de 2010 algunos de estos fueron anulados por el hospital.

3.4.1 Continúa presentando en la vigencia 2009 consignaciones sin registrar en libros por valor de \$378,7 millones, de las cuales \$7,1 millones son del año 2008. Lo anterior contraviene el Manual de Contabilidad Pública Resolución 354 de 2007, características de la información contable, numerales 104 y 107.

Dado que las cifras por identificar y los cheques pendientes de cobro presentados en esta cuenta no son representativas, consideramos que el saldo de la cuenta depósitos en instituciones financieras se encuentra razonablemente determinada a 31 de diciembre de 2009.

Deudores

El Hospital presentó a 31 de diciembre de 2009 en el rubro de Deudores un saldo de \$17.568.6 millones, equivalentes al 26% del total del activo y se encuentra clasificado así: \$ 9.055 millones en el activo corriente y \$8.513.6 millones en el no corriente. Presenta un incremento del 16% con relación a la vigencia 2008. Esta cifra presenta incertidumbre debido a que no se ha depurado la cartera, hay facturación por radicar de vigencias anteriores, la gestión para el cobro y recaudo de la misma es deficiente, se evidencia sobrevaluación de los saldos de las entidades en liquidación y de los anticipos y avances de contratos que se encuentran liquidados con su cuenta correlativa.

Al cruzar el saldo reportado por la oficina de cartera con los estados contables, se observa que el módulo de cartera registra a diciembre de 2009 un valor de \$22.037.8 millones, en libros auxiliares el saldo es de \$21.325.0 millones con una diferencia de \$712.7 millones, cifra que se encuentra conciliada.

Provisión

La provisión, alcanzó un valor de \$10.087.7 millones, con un aumento del 72% en relación con la vigencia anterior, debido a que se incrementó la provisión de la cuenta del Fondo Financiero Distrital de Salud (reserva de glosa \$3.258 millones) y de otros pagadores (\$1.330 millones).

¹¹ De la vigencia 2008: del 6 de marzo el número 4506 por \$2,800, del 2 de junio el cheque 4415 por valor de \$696.520 girado a Fisalud, el cheque a nombre de Alirio Ramírez Castro de fecha 4 de julio por \$100.000 y del 17 de julio el cheque 2534 por valor de \$40.000 a nombre de Altamar Cantillo.

Servicio de Salud

La subcuenta Servicios de Salud registra la venta de servicios del hospital y registra un valor de \$12.073.2 millones en el activo corriente y \$9.094 millones en largo plazo,

Estado de cartera

Verificado el estado de cartera por edades con corte diciembre 31 de 2009, se puede evidenciar que las empresas que más adeudan al hospital son las EPS con el 31% y por edades está la cartera ubicada entre 180-360 días como la que más valor adeuda al hospital, representada con el 24%.

Deuda difícil cobro

Así mismo, se presentaron las cuentas deudas de difícil cobro por valor de \$2.852.3 millones por concepto de cuentas Servicios de salud conformada por partidas con un vencimiento mayor a 360 días y además con saldos de empresas ARS y EPS en proceso de liquidación por \$91.6 millones.

3.4.2 Evaluados los registros contables, se evidencia que del saldo de la subcuenta -deudas de difícil cobro- entidades en liquidación presenta una sobrevaluación de \$91.6 millones, por concepto de entidades que se encontraban en proceso liquidatorio y que a diciembre 31 de 2009 ya habían terminado su liquidación, tal como se evidencia en:

CUADRO 8
ENTIDADES EN LIQUIDACION

CUENTA 147511005	
TIPO DE EMPRESA: ARS EN LIQUIDACION	
ASFAMILIAS ARS	75,42
COMCAJA ARS	1,62
COOPSOLSA ARS	1,03
SALUD FAMILIA	0,08
TOTAL ARS EN LIQUIDACION	78,15
TIPO DE EMPRESA: EPS EN LIQUIDACION	
CAJANAL	12,83
EPS RISARALDA EN LIQUIDACION	0,63
TOTAL EPS EN LIQUIDACION	13,47
TOTAL EMPRESAS EN LIQUIDACION	91,6

Elaboró Grupo Auditor, Subdirección de Fiscalización Salud, contraloría de Bogotá

- La ARS ASFAMILIAS, que adeudaba al hospital \$75.42 millones a diciembre 31 de 2009; terminó su proceso de liquidación con la resolución No. 13 del 31/12/2006 expedida por el liquidador, en la que declara la terminación de la Caja de Compensación Familiar Asfamilias, incluyendo lo concerniente a la liquidación de la administradora del régimen subsidiada ARS, por tanto este registro se encuentra sobrevaluado en este valor.
- CAJANAL, que adeudaba al hospital \$12.83 millones a diciembre 31 de 2009; con escritura pública No. 0982 del 18/04/2008 expedida por la Notaria 73 del Círculo de Bogotá D. C. en cláusula segunda establece: “... *QUE CON BASE EN EL ACTA DE FINAL DEL PROCESO LIQUIDATORIO DE LA SOCIEDAD CAJANAL EPS EN LIQUIDACION y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 38 de Decreto Ley 254 de 2000 el liquidador ha declarado terminado el proceso de liquidación de CAJANAL S.A EPS EN LIQUIDACION el día 30 de marzo de 2008, hecho que implica la extinción de la personería jurídica de esa sociedad...*”, en consecuencia este registro se encuentra sobrevaluado en este valor.
- COOPSOLSA ARS, que debía al hospital \$ 1.03 millones a diciembre 31 de 2009; con Resolución 868 el 04/05/2001 toma posesión el agente liquidador y con la número 005 del 30/04/2004 declara terminada la existencia y representación legal de COOPSOLSA ARS en liquidación, quiere decir que este registro se encuentra sobrevaluado en este valor.
- La EPS RISARALDA EN LIQUIDACION, que adeudaba al hospital \$0.633 a diciembre 31 de 2009; terminó su proceso de liquidación con la resolución No. 007 del 5/12/2005 expedida por el liquidador, en la que declara la terminación de la, EMPRESA PROMOTORA DE SALUD DE RISARALDA S.A, por tanto este registro se encuentra sobrevaluado en este valor.
- COMCAJA ARS que debía al hospital \$ 1.62 millones a diciembre 31 de 2009; con Resolución 2219 Prorroga Res 242 de fecha 30/08/2005 y toma posesión el agente liquidador el 09/10/2001.
- SALUD FAMILIA ARS que adeudaba al hospital \$0.76 a diciembre 31 de 2009; terminó su proceso de liquidación con la resolución No. 065 del 23/06/2005 expedida por el liquidador, en la que declara la terminación de la EMPRESA COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD PARA LA FAMILIA COLOMBIANA SALUD FAMILIA LTDA ESS, por tanto este registro se encuentra sobrevaluado en este valor.

Estos hechos incumplen lo normado en las Resoluciones 354 de 2007 numerales 104 y 107 y 357 de 2008, en el procedimiento para la implementación y evaluación del control interno contable, numeral 3, inciso a) Depuración contable permanente y sostenibilidad.

Glosas

La glosa definitiva reportada en SIVICOF a diciembre de 2009 en formato CB-119 es de \$657 millones correspondiente a \$4.689.4 millones de lo facturado para otros pagadores.

Con relación a las actuaciones realizadas por el Hospital, por concepto de presunta responsabilidad por glosas, la oficina de Control Interno Disciplinario durante los años 2005-2009 recibió y tramitó los procesos 422-06,496-08 y 497-08, los cuales fueron archivados.

A la fecha de la auditoria, el estado de la glosa del FFDS como se evidencia en oficio del 25 de agosto de 2010, la firma interventora VCO auditó el segundo semestre de 2008 y primer semestre 2009 para la población vinculada, entregando las actas a la institución las cuales fueron analizados los motivos de glosa definitivos, sin que se genere responsabilidad fiscal por considerar que no hay mérito a detrimento patrimonial, por lo cual se realizará plan de mejoramiento para corregir los motivos de mayores valores cobrados, situación que se encuentra para ser estudiada en los próximos comités de glosas.

Glosa pendiente por contestar

3.4.3. A diciembre de 2009 reporta un valor de \$1.500 millones por glosa pendiente por contestar y corresponde a periodos de 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, aunque disminuyó el 54% de glosa con relación a lo observado en el informe de auditoría gubernamental con enfoque integral de la vigencia 2008, sin embargo, al cruzar con las cuentas de orden 8333 registra un valor de \$3.952 millones, con una diferencia de \$313,1 millones, incumpliendo lo establecido en los Decretos 3260 de 2004 artículo 9 y 11 y el 4747 de 2007 artículo 23, Resolución 357 de 2008, numerales 104 y 107, esta situación además afecta negativamente la liquidez del hospital.

CUADRO 9
GLOSA PENDIENTE POR CONTESTAR

Cifras en Millones de \$

GLOSA PENDIENTE POR CONTESTAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2009									
TIPO PAGADOR	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total general	%
Total EPS-S	0,06	9,43	50,73	46,88	168,44	226,29	495,35	997,18	66,45
Total EPS-C	1,90	2,19	2,80	8,30	19,71	26,00	99,81	160,71	10,71
Total RECLAMACIONES FOSYGA-ECAT	0,30	2,14	8,17	60,80	30,46	49,49	1,96	153,31	10,22
Total ASEGURADORA	0,25	0,18	0,18	1,84	16,36	32,40	42,05	93,27	6,21
Total ENTE TERRIT	8	0,02	4,22	3,61	9,13	20,13	26,11	70,98	4,73
Total OTRAS CTAS,POR COBRAR	-	-	-	0,06	0,93	1,18	16,25	18,43	1,23
Total ARP	-	-	-	-	0,46	0,18	2,07	2,71	0,18
Total IPS PRIVADA	-	-	-	-	0,72	0,13	1,19	2,04	0,14
Total ESE	-	0,41	0,31	-	1,22	-	-	1,94	0,13
Total EMPRESAS MEDICINA PREPAG.	-	-	-	0,11	-	-	-	0,11	0,01
TOTALES	10,26	14,36	66,42	121,60	247,43	355,80	684,79	1.500,67	100,00

Fuente: Oficina de Cartera Hospital Engativá

En la glosa pendiente por contestar de otros pagadores la de mayor representatividad corresponde a las EPS Subsidiadas con el 66.45%, le siguen las EPS cápita con el 10.7% al igual que las reclamaciones FOSYGA .ECAT, en su orden las aseguradoras con el 6.2%, entes territoriales el 4.7% y otras cuentas por cobrar con el 1.2%.

3.4.4. Se observan debilidades en el proceso de facturación de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta que no se tiene claridad si ésta corresponde a la modalidad de capitación o de no capitado (por evento); situación que ha determinado un nivel de riesgo alto ante el volumen de glosas generadas por los pagadores (EPS y aseguradoras), tal como se evidencia en el acta de julio 21 de 2009 del comité de glosas, donde se refleja una diferencia por ejemplo en el mes de enero del 11% con capitación, del 23% sin capitación y en los meses subsiguientes hasta mayo de la citada vigencia, incidiendo en los indicadores financieros, facturación real, aumento de la cartera, gestión del recaudo y causales de la glosa, además incumplen con el artículo 5 de la Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social.

Anticipos y avances

Esta subcuenta reporta un valor de \$397.9 millones a diciembre de 2009.

3.4.5 La subcuenta anticipos y avances 1420 se encuentra sobreestimada en \$74 millones y sin legalizar algunas partidas de años anteriores correspondientes a los anticipos entregados por el Hospital a contratistas desde el año 2006 y que a diciembre de 2009 permanecen en la contabilidad de la entidad sin legalizar el anticipo, los contratos se encuentran liquidados y son los siguientes: 235-05 de 2005, suscrito con Fundación Nodos Taller para las comunidades y Rodolfo Andrés Rey G, Nit 830092426 registrado con un anticipo de \$61.1 millones, el cual

se encuentra liquidado con acta sin fecha y firmada por la anterior Gerente; contrato 206/2005 celebrado con Fundación Nodos contabilizado y ejecutado por \$9,9 millones y registrado su anticipo en enero de 2006, contrato 255/06 celebrado con Pacar Ingeniería y Cia Ltda Nit 830055302, reporta anticipo de \$2.9 millones y se encuentra con acta de liquidación del 11 de febrero de 2008.

Estos hechos para los dos primeros contratos analizados constituyen un presunto hallazgo disciplinario con incidencia fiscal en cuantía de \$61 millones, situación descrita en el presente informe en el numeral 3.6 Evaluación a la Contratación, y además incumplen lo establecido en Manual de Contabilidad Pública Resolución 354 de 2007, numerales 106 y 107 y denota debilidades de control interno en el procedimiento de análisis y depuración contable.

Inventario para la prestación de Servicio

La subcuenta 1518 reporta un saldo de \$ 1.247 millones con un incremento del 92% con relación a la vigencia anterior, representada por el 49% en materiales médico quirúrgico y el 46% por medicamentos.

Cuentas por pagar

Reportan un valor de \$20.750 millones a diciembre de 2009. Al comparar las cuentas por pagar de esta anualidad con el 2008 se incrementaron en 23, siendo las obligaciones de bienes y servicios las de mayor representatividad con el 61% le siguen el 22% por prestación de servicios. Esto es el resultado de la falta de liquidez del hospital para cubrir sus obligaciones al observarse obligaciones adquiridas con más de 360 días.

3.4.6 Al cruzar las cuentas por pagar con lo reportado en el SIVICOF, se observa una diferencia de \$17,599,5 millones debido a que el formato CB- 118 denominado cuentas por pagar por edades a diciembre 31 de 2009 reporta la totalidad del pasivo es decir \$38,349,5 millones, mientras que las cuentas por pagar son \$ 20,750 millones discriminadas a corto plazo \$18,630,1 millones y a largo plazo \$2,119,9 millones. Lo anterior, incumple con lo normado en las Resoluciones 354 de 2007, características de la información contable, numerales 106 y 107 y la 034 de diciembre 21 de 2009, en su capítulo I, artículo 22 instructivo para diligenciar el formato CB-0118 *Informe cuentas por pagar por edades*.

Dado que el saldo de los registros presentados en esta cuenta se encuentra debidamente soportado y registrado, se infiere que están razonablemente determinados a 31 de diciembre de 2009.

Pasivos Estimados

Registra \$3.631 millones a diciembre de 2009, con un incremento del 33% con relación al año 2008.

3.4.7 Al cruzar el saldo registrado en contabilidad en la cuenta 27100501 del proceso laboral 2005-07121 instaurado en contra del hospital por el tercero con C.C. 72301473 reporta una provisión de \$4,1 millones a diciembre de 2009; el cálculo efectuado por la oficina de Talento Humano del Hospital en la vigencia 2010 estima en \$258,7 millones, quiere decir que la provisión registrada está subestimada en \$255 millones, incumpliendo en el procedimiento para la implementación y evaluación del control interno contable, numeral 3, inciso a) Depuración contable permanente y sostenibilidad.

Otros gastos ordinarios

Al término del periodo refleja gastos en cuantía de \$5.860 millones, con una disminución de \$4.162 millones equivalentes al 41% en relación al año 2008. Esta disminución obedece especialmente al margen de contratación con el Fondo Financiero de Salud estimado para el 2009 en \$4.868 millones.

Estado de actividad financiera, económica y social

El Estado de actividad financiera, económica y social de la vigencia 2009, presentó como resultado una pérdida de \$5.317.9 millones originado en: los ingresos operacionales reflejan un valor total de \$67.530 millones, de los cuales \$66.111 millones, que equivalen al 97% del total de los ingresos operacionales corresponden a ingresos por venta de servicios y \$576 millones es decir, el 1% de otros ingresos.

Los ingresos por venta de servicios muestran un incremento del \$11.365 millones (20 %), con relación a los ingresos obtenidos por el mismo concepto durante la vigencia 2008, los cuales ascendieron a \$54.746 millones.

Los costos de ventas y operación y los gastos operacionales ascendieron a 31 de diciembre de 2009 a \$46.069.3 millones y \$22.118 millones respectivamente, mostrando un incremento de \$4.263 millones que equivalen al 10% de lo registrado para la vigencia de 2008 que ascendieron a \$41.806 millones, para los primeros y \$27.936 millones que equivale al 20% para los operacionales, los cuales ascendieron a 31 de diciembre de 2008 a \$27.936 millones.

Evaluación del Control Interno Contable

Componentes generales

El hospital contempla dentro de su estructura organizacional con un área Contable y Financiera, dispone de sus propios manuales de procesos y procedimientos para el registro de sus operaciones.

Aplica el régimen de contabilidad Pública vigente y demás técnicas contables, expedidas por el Contador General de la Nación, para el registro de sus transacciones.

Dispone de libros oficiales de contabilidad con corte a 31 de diciembre de 2009 en medio magnético, de conformidad con las Resoluciones 357 del 23 de junio de 2008 expedida por el Contador General de la Nación y la 395 de noviembre 10 de 2008 firmada por la Gerencia de la entidad. El archivo relacionado con la documentación contable se encuentra adecuadamente organizada y debidamente custodiada.

La administración concilió las operaciones recíprocas con las entidades públicas con las cuales efectuó operaciones económicas; sin embargo, continúa presentando diferencias en algunos saldos.

Las notas a los estados contables se ajustan a las normas técnicas relativas a los estados, informes y reportes contables reglamentadas en el Plan General de Contabilidad Pública.

En cuanto a los sistemas dispone del Hipócrates para el manejo de los registros contables, sin embargo, en la parte financiera, se observan conciliaciones con corte diciembre de 2009 con los diferentes módulos, excepto con activos fijos el cual fue legalizado el 28 de enero de 2010 por falta de personal en esta área.

Componentes específicos:

Área del activo.

La administración prepara conciliaciones y efectúa los ajustes correspondientes, según los documentos soportes. Sin embargo, presentan algunas partidas conciliatorias de vigencias anteriores las cuales se encuentran pendientes de aclarar por parte de las instituciones financieras y de algunos pagadores en cartera.

El hospital no tiene inversiones a 31 de diciembre de 2009. En avances y anticipos se evidenciaron al final de la vigencia partidas pendientes de legalizar, las cuales dieron como resultado presunto hallazgo fiscal con incidencia disciplinaria por \$61 millones, descrito en el numeral 3.6 del presente informe.

Las propiedades, planta y equipo se encuentran registradas contablemente y adecuadamente soportadas, no obstante a diciembre 31 de 2009 no se efectuó la conciliación entre los módulos de activos fijos y contabilidad debido a que no había persona laborando a este corte del período, sin embargo, se observó la conciliación con fecha 28 de enero de 2010. Además se observa el registro y legalización de la sede de la calle 80 y por consiguiente el incremento en la cuenta del patrimonio de la entidad y valorizaciones.

La depreciación se calcula mediante el método de línea recta y de acuerdo a la vida útil de cada elemento, según lo estipulado en el Plan General de Contabilidad Pública, además se encuentran adecuadamente valorizados.

3.4.8 Efectuada prueba selectiva a la farmacia principal del hospital, se observó deficiencias en el manejo de estos, que derivan en faltantes y sobrantes de medicamentos frente a lo reportado en el módulo del sistema y el conteo físico, por ejemplo en el elemento “*adaptador plástico*” se contaron 8 y el sistema reporta 10, con una diferencia de 2, a un valor unitario de \$1.326.5, para un faltante de \$2.653. Esta cifra aunque no es representativa frente al total de la subcuenta, llama la atención en cuanto al manejo del ingreso de medicamentos, entrega a piso, traslado, devolución y demás, incumpliendo el Manual de control de bienes del Distrito, Resolución 01 de 2000.

3.4.10 Se evidenció medicamentos próximos a vencerse, para lo cual se pudo constatar que la administración dispone de un procedimiento específico para la devolución, o el manejo de este tipo de medicamentos, sin embargo no lo aplica. Por otra parte, la disposición en el stand no corresponde a la señalización definida dentro del mismo, así por ejemplo el medicamento lorazepan se encontró ubicado en el rótulo de fenobarbital. Esta situación, podría generar un riesgo en la entrega de medicamentos a los usuarios, así como en el desempeño de la gestión del hospital, transgrediendo la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal a) y Resolución 1403 de 2007 y Manual de normas técnicas de calidad guía técnica de análisis 2002 del INVIMA.

La administración efectuó el levantamiento del inventario físico de sus bienes muebles e inmuebles y concilió los saldos que presentan los estados contables a 31 de diciembre de 2009.

Los registros contables se concilian entre dependencias: Cartera, Tesorería, contabilidad, facturación, glosas, activos fijos, talento humano, entre otras.

Presenta en nota específica en la cuenta 181640 transacciones en las cuentas bienes de beneficio y uso público, debido a que posee 11 predios.

No presenta transacciones en las cuentas de recursos naturales, del medio ambiente y deuda pública, en el patrimonio no registra entes inversionistas ni reservas.

Cuentas de Resultado

Los ingresos y gastos se registran oportunamente, de acuerdo con los documentos soportes y se aplicó el principio de devengo o causación para dichas cuentas.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, se concluye que el control interno contable es **confiable**.

Indicadores Financieros

Razón Corriente: $11.788 / 30.177 = 0.39$

Indica que por cada peso que debe el hospital a corto plazo, tiene \$0.39 centavos para responder.

Capital de Trabajo: $11.788 - 30.177 = - 18.389$

Esta razón indica que el hospital dispone de un capital de trabajo negativo a 31 de diciembre del 2009 de -\$18.389 millones, cifra que no le permite tener capacidad de pagar sus compromisos a su vencimiento y al mismo tiempo satisfacer contingencias.

Margen operacional: $- 656 / 66.111 = - 0.009$

Este indicador pasó de -0.25 a -0.009 y mide el rendimiento de los activos operacionales de la entidad en el desarrollo del objeto social, quiere decir que su resultado no alcanzó lo previsto en la meta de sostenibilidad financiera, descrita en el numeral 3.7 del presente informe.

En desarrollo de las normas que regulan la salud, el hospital para cumplir con lo estipulado en el Decreto 4747 de 2007; en aplicación del Decreto 1281 de 2002 en su artículo 7, inciso 4, Resolución 3047 de 2008, así como el Decreto 050 de 2003, el hospital ha incumplido en el cobro de intereses por la falta oportuna de pago de los pagadores a la facturación de su cartera.

3.4.10 En sostenibilidad financiera, se observó que no obstante el hospital viene

depurado la cartera, requiere aunar esfuerzos con el fin de determinar el valor real de la misma. En verificación a las actas del comité de sostenibilidad, siendo la instancia asesora del área contable que procura por la generación de información contable confiable, relevante y comprensible, no se hace un adecuado seguimiento a los compromisos adquiridos en el acta anterior. En las actas de comité de glosas sucede lo mismo. Estos hechos incumplen la Circular externa 01 de 2009, suscrita por el Contador del Distrito.

3.5 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

En cumplimiento al Programa de Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral, se realizó en primera instancia un examen y revisión de los aspectos concernientes a la aprobación y liquidación del presupuesto del Hospital de Engativá II Nivel de atención ESE, para la vigencia fiscal de 2009.

Se constataron los actos administrativos que aprobaron dicho presupuesto, por lo que mediante Resolución del CONFIS Distrital No.015 de noviembre 5 de 2008, aprobó el Presupuesto de Ingresos, Gastos e Inversión del Hospital Engativá, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año 2009, en la suma de CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN MILLONES DE PESOS (\$53.821,8 millones).

De igual forma y atendiendo al marco jurídico establecido para la aprobación del presupuesto de las empresas sociales del estado, se tuvo en cuenta la revisión de las normas del estatuto orgánico presupuestal y demás normas relacionadas en la materia, verificándose que mediante la Resolución No.405 del 27 de noviembre de 2008, se procedió a la liquidación del presupuesto del Hospital, de acuerdo a los cómputos presupuestales aprobado por el CONFIS Distrital.

Ejecución Activa del Presupuesto

En lo que corresponde a la ejecución activa del presupuesto, se examinó el nivel de la composición de los ingresos del Hospital de Engativá, de acuerdo a la siguiente estructura:

Con relación a la ejecución activa del presupuesto, la entidad registra un presupuesto inicial de ingresos por \$53.821 millones, los cuales se adicionaron en el transcurso de la vigencia fiscal de 2009 en \$13.865 millones, es decir, en el 25.76%, lo cual permite establecer que se contó con un presupuesto definitivo de \$67.687 millones, para atender las diversas obligaciones contraídas por el Hospital para atender la nomina asistencial y administrativa, gastos generales y de comercialización y de inversión, al igual que para atender las obligaciones

registradas como cuentas por pagar de vigencias anteriores.

De dicho presupuesto establecido como meta de recaudo, se observa que la ESE, registró un recaudo acumulado al cierre de la vigencia fiscal de \$54.096 millones, es decir, que su nivel de ejecución alcanzó un porcentaje del 80% frente a la meta de recaudo. Considerándose en tal sentido, que la ESE presenta un saldo por recaudar del orden de los \$13.590 millones, en más del 20%, situación que se vio afectada por el comportamiento registrado en los rubros de “Venta de servicios sin situación de fondos”, el cual registro un comportamiento de ejecución del 76%, así mismo, es de relevar el bajo nivel de ejecución registrado en el rubro presupuestal “Régimen Contributivo-EPS”, en el cual se estableció como meta de recaudo un monto de recursos por más de \$ 2.600 millones, de los que se recaudaron \$929 millones, lo que indica que el nivel de ejecución alcanzado tan solo fue del 36%.

De igual forma, es de observar el comportamiento irregular presentado en los rubros de “Régimen Subsidiado Capitado-EPS” con un recaudo del 69%, del rubro presupuestal “Régimen Subsidiado No capitado” del 41%; al igual que se observa que exista un poco dinámica en los recursos contratados con el Fondo de Desarrollo Local.

CUADRO 10
RENTAS E INGRESOS

(En millones de pesos)

RUBRO PRESUPUESTAL	PRESUPUESTO 2008	DECRETO LIQUIDACION 2009	VARIACION		% PARTICIPACION PPTO 2009
			ABSOLUTA	(%)	
INGRESOS CORRIENTES	56.947,5	53.811,8	-3.135,7	-5.50	99.98
Venta de Servicios	56.827,5	52.291,8	-4.535,7	-7.98	97.16
Cuentas por Cobrar	7.000,0	5.613,1	-1.386,9	-19.81	10.43
Otras rentas contractuales	0	1.400,0	1.400,0	-	2.60
Otros Ingresos no Tributarios	120,0	120,0	-	-	0.22
Recursos de capital	15,0	10,0	5,0	-33.33	0.02
TOTAL INGRESOS	56.962,5	53.821,8	-3.140,7	-5.51	100.0

Fuente: Informes de ejecución presupuestal de rentas e ingresos 2008-2009 -Hospital Engativá II NA ESE-

De acuerdo al decreto de liquidación del presupuesto establecido para la vigencia fiscal de 2009, el Hospital Engativá liquidó un presupuesto anual por \$53.821,8 millones, registrando una variación negativa con relación a la vigencia anterior del 5.51% al disminuirse el aforo inicial de los ingresos en \$3.140,7 millones.

La anterior situación evidencia de acuerdo a los planteamientos esbozados en el

Pronunciamiento de la Contraloría sobre la “Crisis estructural de los Hospitales adscritas a la red pública distrital en salud”, que las gestiones adelantadas en pro de contar con mayores recursos aprobados dentro del presupuesto de la entidad hospitalaria no han sido aún lo más eficiente desde el punto de vista de la etapa de la programación presupuestal.

A nivel de composición del presupuesto, la participación mayor se registra para los recursos que se originan por Venta de Servicios de Salud de la vigencia corriente en un 97.16% (\$52.291,8 millones); recursos éstos que comprenden por un lado, los correspondientes al FFDS de Atención a Vinculados, el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud, el APH, Venta de servicios sin situación de fondos y otros ingresos por valor aforado en el presupuesto de ingresos en \$30.680,6 millones.

Le sigue, de otra parte los ingresos pertinentes por venta de servicios de salud a los regímenes contributivo, subsidiado, cuotas de recuperación y copagos y otros pagadores por venta de servicios en \$15.998,1 millones.

Posteriormente se encuentran los ingresos proyectados de Cuentas por Cobrar de venta de servicios en el 10.43%, y finalmente el rubro recursos de capital.

CUADRO 11
EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS

(En millones de pesos)

CONCEPTO	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO	% NIVEL DE EJECUCION	PARTICIPACION RECAUDO
VENTA DE SERVICIOS	58.654,0	45.377,8	77.4	83.9
FFDS(Vinculados-PIC-APH-Otros)	34.434,6	30.854,3	89.6	57.0
R.CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	11.503,7	6.041,9	52.5	11.2
CUENTAS POR COBRAR	7.604,7	5.767,7	75.8	10.7
CONVENIOS	8.903,2	8.174,4	91.8	15.1
R. DE CAPITAL	10,0	4.9	49.0	
TOTAL INGRESOS	67.687,2	54.096,9	80.0	100.0

Fuente: Informes de ejecución del presupuesto de ingresos 2009. Hospital Engativá II NA ESE.

Ejecución Pasiva del Presupuesto

Teniendo en cuenta la liquidación del presupuesto establecido para el Hospital para la vigencia fiscal de 2009, el cual se aforo inicialmente en \$53.821,8 millones, para atender los gastos de funcionamiento en 22.5%, los gastos de operación e inversión en el 74.7%, de dicho presupuesto aprobado, se observa que frente al presupuesto inicial aprobado en la vigencia 2008, la entidad tuvo una variación

negativa del 5.51%, estando por debajo de los \$3.140,7 millones, situación que indica la afectación presupuestal de inicio para atender las obligaciones de la vigencia fiscal de 2009.

CUADRO 12
GASTOS E INVERSIONES

(En millones de pesos)

RUBRO PRESUPUESTAL	PRESUPUESTO 2008	RESOLUCION LIQUIDACION 2009	VARIACION		% PARTICIPACION PPTO 2009
			ABSOLUTA	(%)	
1.GASTOS FUNCIONAMIENTO	13.869,2	12.089,1	-1.780,1	-12.8	22.5
2. INVERSION DIRECTA/G. OPERACION	40.843,3	40.232,7	-610.6	-1.49	74.7
DISPONIBILIDAD FINAL	2.250,0	1.500,0	-750	-33.3	2.8
TOTAL GASTOS	56.962,5	53.821,8	-3.140,7	-5.51	100.0

Fuente: Informes de ejecución de gastos e inversiones 2008-2009 Hospital Engativá ESE.

En cuanto a la Ejecución Pasiva del Presupuesto del Hospital Engativá, se observa que inicialmente se aprobó un presupuesto por \$52.321 millones, y al cierre de la vigencia fiscal registró una apropiación disponible de \$67.687 millones, siendo esta en equilibrio con los recursos presupuestados en los ingresos del Hospital.

La entidad destinó para atender los gastos de funcionamiento el 22.7% del presupuesto definitivo, por concepto de gastos generales se registraron recursos por \$5.173 millones que significaron una participación frente al total del presupuesto del 7.6%, y para atender los gastos de operación de la ESE se contó con un presupuesto de \$51.529 millones, que representan una participación del 76% frente al total del presupuesto de la ESE.

El rubro Sentencias Judiciales, no presentó ejecución presupuestal alguna, no obstante que se le habían programado inicialmente recursos por \$220 millones para atender futuras contingencias judiciales, las cuales se contracreditaron en su totalidad.

Con relación a los recursos establecidos como Inversión del Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para vivir mejor", la participación es insignificante frente al total del presupuesto de la entidad, ya que solamente registra una apropiación disponible de \$757 millones, los cuales se comprometieron en más del 97%, sin embargo su ejecución real alcanzó un nivel del 55%, al cierre del periodo fiscal.

Se observa como un cambio relevante, el comportamiento registrado en la apropiación de recursos por concepto de Servicios Personales Indirectos, los cuales están asociados a la nómina por Remuneración de Servicios Técnicos, al

cual se le aforo un presupuesto inicial de \$1.571 millones, destacándose que a dicho rubro se le adicionaron recursos por \$2.363 millones, es decir, en más del 150% del presupuesto aforado inicialmente, para contar al cierre de la vigencia con una apropiación disponible de \$3.934 millones para atender la contratación por prestación de servicios personales.

De otro lado, igual situación se presenta en el rubro presupuestal “Contratación de Servicios Asistenciales”, al cual se le aforo un presupuesto inicial de \$4.371 millones, y donde se le adiciono un presupuesto de \$12.635 millones, para registrar una apropiación disponible de \$17.006 millones, los cuales se ejecutaron en más del 91%.

Finalmente, es de observar el bajo comportamiento registrado en el rubro compra de bienes por concepto de Medicamentos y de Material Médico-Quirúrgico, teniendo en cuenta que de una apropiación disponible de \$6.170 millones, registra una ejecución real del 36%, no obstante que se comprometió el 100% del presupuesto establecido para dicho rubro.

Comportamiento de la ejecución del presupuesto de gastos

CUADRO 13
EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS

(En millones de pesos)

CONCEPTO	APROPIACION DISPONIBLE	COMPROMISOS ACUMULADOS	EJECUCION REAL(GIROS)	% NIVEL EJECUCION
GASTOS	67.687,2	66.781,1	55.231,6	82.7
G. FUNCIONAMIENTO	15.400,4	14.906,4	12.044,0	80.8
G. OPERACION	51.529,8	51.142,6	42.782,6	83.7
G. INVERSIÓN	756,9	732,1	404,9	55.3

Fuente: Informes de ejecución de gastos e inversiones 2009 Hospital Engativá II NA ESE.

Análisis cuentas por pagar constituidas a 31-12-2009

Con relación al comportamiento de las cuentas por pagar que se constituyeron al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se observo una relación de saldo de compromisos por pagar de la vigencia 2009 de \$11.549,5 millones, que representa un saldo del 17.3% por ejecutar frente al total de los compromisos celebrados durante el periodo. Dicho saldo se constituyó teniendo en cuenta que el Hospital, celebro compromisos por valor de \$66.781,1 millones y de los cuales realizó autorizaciones de giro presupuestal por \$55.231,6 millones.

CUADRO 14
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A 31-12-2009

(En millones de pesos)

CONCEPTO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL GIROS	SALDO COMPROMISOS POR PAGAR	% POR EJECUTAR	NIVEL PARTICIPACION
GASTOS FUNCIONAMIENTO	14.906,4	12.044,0	2.862,4	19.2	24.8
G. OPERACION	51.142,6	42.782,6	8.360,0	16.3	72.4
G. INVERSION	732,1	404,9	327,2	44.7	2.8
TOTAL C x PAGAR	66.781,1	55.231,6	11.549,5	17.3	100.0

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal Vigencia 2009 Hospital Engativá II NA ESE.

Cuentas por pagar de vigencia anterior

Con relación a las cuentas por pagar de la vigencia anterior, se estableció un saldo de compromisos por pagar al cierre de la vigencia 2009 de \$2.613,6 millones, producto de un total de compromisos celebrados por \$10.837,2 millones, de los cuales se efectuaron giros por \$8.223,6 millones, indicado que su nivel de ejecución fue del 75.9%..

CUADRO 15
CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIA ANTERIOR

(En millones de pesos)

CONCEPTO	TOTAL COMPROMISOS	TOTAL GIROS	SALDO COMPROMISOS POR PAGAR	(%)NIVEL EJECUCION
GASTOS FUNCIONAMIENTO	2.969,6	2.281,8	687,8	76.8
G. OPERACION	7.867,6	5.941,8	1.925,8	75.5
G.INVERSION	0	0	0	0
TOTAL C x PAGAR	10.837,2	8.223,6	2.613,6	75.9

Fuente: Informe de Ejecución Presupuestal-vigencia 2009 Hospital Engativá II NA ESE.

En atención al objeto del gasto estas cuentas se constituyeron por gastos de funcionamiento un saldo de \$687,8 millones, con un nivel de ejecución del 76.8%, de las cuentas generadas por gastos de operación se constituyó un saldo de cuentas por pagar de \$1.925,8 millones, correspondiente a un nivel de ejecución del 75.5% de los compromisos celebrados durante la vigencia 2009.

Análisis vigencias futuras

El Hospital no registra de manera directa compromisos de vigencias futuras para el desarrollo de sus programas de inversión, ya que estos se desarrollan con los recursos que le son aprobados al FFDS/SDS

De acuerdo a la verificación, examen y análisis realizado en los aspectos relacionados con el cumplimiento normativo, al comportamiento de la ejecución

presupuestal y al proceso de cierre presupuestal registrado por el Hospital Engativá II NA al cierre de la vigencia fiscal, se relacionan las siguientes observaciones de carácter administrativo:

3.5.1 Desequilibrio e ineficiente gestión financiera del contrato interadministrativo No. 479/2007 de compraventa de servicios de salud celebrado entre el FFDS y el Hospital Engativá II NA. Teniendo en cuenta que al rubro presupuestal –FFDS- ATENCION A VINCULADOS- el cual desarrolla básicamente la ejecución financiera del contrato 479/07, para la vigencia fiscal de 2009 se le aforó una meta de recaudo de \$19.035,5 millones, se observa inicialmente que al cierre del periodo este registro una meta de \$18.649,5 millones, es decir que se le contracreditaron recursos por valor de \$385,8 millones. De dichos recursos establecidos como ingresos por este concepto la ESE registro un monto de recaudos acumulados en el rubro presupuestal por valor de \$17.475,5 millones, lo cual indicaría que su nivel de ejecución del recaudo fue del 94%, restándole un saldo por recaudar desde el punto de vista de las metas presupuestales de \$1.174,1 millones. Sin embargo, al revisar la facturación bruta generada por pagador y atención de servicios de salud a la población vinculada la ESE reporta una facturación por valor de \$29.363,3 millones, lo cual indicaría que la gestión de recaudo tan solo sería del 59.5%, por lo que se estaría presentado un total desequilibrio en la gestión del contrato interadministrativo celebrado con el FFDS, incumpliendo el Decreto 195 de 2007, artículo 5, numeral 2 y la Ley 87 de 1993 artículo 2.

Con relación al rubro Régimen Subsidiado No Capitado, se observa la baja gestión de recaudo en este rubro si se analiza que de una facturación generada por prestación de servicios de salud por valor de \$6.013,6 millones, el Hospital tan solo recaudo \$ 1.489,5 millones, lo cual indica un nivel de ejecución del 25%.

3.5.2 Incertidumbre de la ejecución financiera del convenio 1001000-2008 con el Fondo de Desarrollo Local para infraestructura. De acuerdo al proceso de la programación financiera del rubro presupuestal -Convenios Fondo de Desarrollo Local- se liquidó un presupuesto inicial por valor de \$1.400,0 millones, el cual en el transcurso de la vigencia se contracreditó en \$616,0 millones, observándose en consecuencia que al cierre de la vigencia fiscal se registró un presupuesto definitivo por \$784,0 millones. Para efectos de evaluar el nivel de ejecución del rubro presupuestal el hospital percibió un recaudo de \$55,2 millones, lo que indica que el nivel de ejecución fue del 7.0%. Situación que genera un grado de incertidumbre sobre la real ejecución financiera del Convenio y sobre las expectativas creadas para el cumplimiento de los propósitos del mismo, de igual manera no se evidencia cual es la gestión administrativa celebrada por el hospital para la consecución de dichos recursos, por lo que se incumple lo normado en el decreto 195/07, artículo 2, numeral 2.

3.5.3 Deficiente gestión en cuentas por pagar de vigencias anteriores con saldos de registros presupuestales con proveedores.

Teniendo en cuenta la revisión dentro del proceso de la auditoría de gestión celebrada sobre las cuentas por pagar de vigencia anterior que quedaron con saldos de registro presupuestal; se observa que hubo cuentas que no tuvieron movimiento alguno durante la vigencia fiscal de 2009, como se evidenció en las cuentas 199/08 con el proveedor ATENCION TECNICA BIOMEDICA, por \$7.0 millones, de saldo; cuenta 931/07, cuyo proveedor es ID CONTROL E.U la cual se registra como una adición y presenta un saldo de \$3.8 millones; con LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA, según cuenta por pagar 265/08 con saldo pendiente de \$48.3 millones; de igual forma, se observa con el proveedor PHARMA EXPRESS S.A., el cual tiene una cuenta por pagar (206/08), con un saldo de \$276,2 millones, sin presentarse ningún pago durante la vigencia 2009. De igual forma, con el mismo proveedor se registra la cuenta por pagar No.019/09, por un valor comprometido de \$200.0 millones, cuyo registro presupuestal se expidió el 4 de febrero de 2009 y al cierre de la vigencia no se realizó pago alguno por este concepto.

Por lo anterior se incumple lo establecido en la Circular N° 011 del 31-03-2008, sobre los Lineamientos de Política Presupuestal vigencia 2009, numeral 2.5., Otros Criterios para Empresas Industriales y Comerciales y Empresas Sociales del Estado, que a la letra dice: *“Las Empresas Sociales del Estado deberán adelantar las gestiones administrativas necesarias para depurar las obligaciones y/o cuentas por pagar sobre las cuales no es posible ejercer su pago, adoptando por parte del Representante Legal y de las respectivas juntas directivas, las medidas y procedimientos necesarios para poder reflejar una situación financiera real al término de la vigencia”.*

Análisis del Programa Anual Caja

3.5.4 Teniendo en cuenta que el Programa anual mensualizado de caja es el instrumento que permite establecer el cumplimiento de las etapas de programación y ejecución del presupuesto dentro de una vigencia, de acuerdo a lo normado en el Estatuto Orgánico de Presupuesto, es pertinente indicar que la entidad presenta un PAC, al cual no se le registra cuales son las proyecciones de ingresos frente a las metas de ingresos determinadas en el presupuesto oficial.

En tal sentido, la ESE reporta un PAC a diciembre de 2009, con los ajustes correspondientes a los recaudos efectivos realizados por valor de \$54.096,9 millones, determinando en este sentido un PAC no ejecutado de \$ 13.590,3 millones, frente al presupuesto definitivo de \$67.687,2 millones.

Este PAC de ingresos resultó estar afectado por el comportamiento registrado en la baja ejecución de los rubros presupuestales –Régimen Contributivo EPS-en el 35%, -Régimen Subsidiado capitado- en el 69%, -Régimen Subsidiado no capitado-, en el 41%, -Cuotas de recuperación y copagos-, en el 60% y en el rubro –FFDS-Atención a vinculados- en el 90% de ejecución de recaudos. Los anteriores rubros presupuestales sumaron un saldo por recaudar de más de \$9.000 millones, afectando seriamente una programación del PAC ajustada a las necesidades del Hospital dentro de las obligaciones recurrentes en la prestación del servicio. Incumpliendo el decreto 195/07, artículo 25.

Cierre presupuestal

3.5.5. La Contraloría de Bogotá D.C., mediante la Circular de diciembre de 2009, comunicó a las entidades sobre las actividades a realizar para el cierre presupuestal – 2009.

En cumplimiento al objetivo del programa de auditoría correspondiente al operativo de cierre presupuestal del Hospital Engativá, se verificaron las operaciones de cierre registradas en los formatos CB 1007 y el formato CB1008, determinándose que se registró un recaudo neto de \$48.329,2 millones y por compromisos presupuestales, descontando las cuentas por pagar de vigencias anteriores se presentó un valor de \$55.944.0 millones.

En tal sentido, la entidad registró un déficit presupuestal al cierre de la vigencia 2009 de \$7.614.8 millones, situación que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria para el cumplimiento de los objetivos contemplados en el plan estratégico y de desarrollo de la ESE. De lo anterior se deriva que el Hospital no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, anexo técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores.

Análisis del Presupuesto Orientado por Resultados

3.5.6 Se observa incumplimiento en el reporte del presupuesto orientado por resultados, dado que no se evidencia en los informes de la entidad una gestión integral correspondiente al cumplimiento de las metas o productos definidos, que estén debidamente correlacionados con la gestión financiera de los recursos programados en cada uno de los productos del PMR, incumpliendo de esta manera con las directrices y circulares impartidas por las Secretarías Distrital de Hacienda y Salud.

Concepto Gestión Presupuestal

Una vez evaluada las distintas etapas que conforman el sistema presupuestal en

el Hospital Engativá II NA ESE, concernientes a la programación, ejecución y cierre presupuestal, al igual que revisados algunos aspectos de legalidad de aprobación del presupuesto y en la etapa de las modificaciones que afectaron el presupuesto; se establece que de acuerdo a los recursos aforados inicialmente mediante la Resolución de Liquidación del Presupuesto 405 del 27 de noviembre de 2008, este guarda conformidad en los aspectos de legalidad de aprobación del presupuesto, excepto por las observaciones planteadas en este informe.

3.6 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

En desarrollo de la auditoria se analizó el componente de contratación y se evidencia que se expidió el Manual de contratación para el Hospital Engativá II Nivel Empresa Social de Estado, ESE, mediante Acuerdo N° 003 de marzo 3 de 2006, y el Manual de Procedimientos para el Ejercicio de la Interventoría o Supervisión mediante Resolución 115 de 2007, en los contratos que celebre el Hospital Engativá II NA ESE.

En cumplimiento del memorando de planeación se evaluó la contratación celebrada durante la vigencia 2009, aplicando los procedimientos de auditoria, análisis de documentación, valoración de los soportes y demás pruebas consideras necesarias para la realización y terminación de la auditoría.

Del universo de los contratos celebrados por la entidad durante la vigencia 2009, se evaluaron 29 equivalente al 15.32% (5.191.3 millones), del total de la contratación la cual ascendió a \$33.877 millones de acuerdo al reporte en SIVICOF en la vigencia 2009, teniendo como criterios: el mayor valor y las modalidades de contratación correspondientes a prestación de servicios, suministro de medicamentos e insumos hospitalarios, vigilancia, aseo, mantenimiento y compra de equipos; así mismo, se contempló dentro de la muestra de contratación evaluar los contratos del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud (PIC) que equivalen al 17% (\$9.838.7 millones) del total del valor establecido como ventas de servicios de salud (\$58.654 millones), en tal sentido, el total de la muestra de los contratos a evaluar corresponden al 32.3% del total de la contratación del hospital celebrada durante la vigencia fiscal de 2009.

Observaciones a la Contratación:

3.6.1 De conformidad con la evaluación a los contratos 086, suscrito el 17 de febrero de 2009, y de transacción 1258 suscrito el 03 de diciembre de 2009 entre el CONSORCIO formado por las firmas promoviendo y Coopservir formadas por

la Cooperativa General de Servicios y la Cooperativa de Servicios Empresariales Promoviendo CTA (Cooperativa de Trabajo asociado), cuyo objeto fue la prestación del servicio de aseo en todas las instalaciones del hospital, se observa que estas actividades objeto del contrato están prohibidas ejecutarlas a Cooperativas de trabajo asociado, de conformidad con los Decretos del Ministerio de Protección Social Nos. 4369 artículo 10 y 4588 artículo 17 de 2006 y ley 50 de 1990 artículo 71, sin embargo, el hospital las contrató y ejecutó, por lo tanto incumple con estos decretos y presunta incidencia disciplinaria de conformidad con la Ley 734 artículo 34 numeral 1 de 2002.

3.6.2 Revisada la parte precontractual del contrato 086 de 2009, se observa que se suscribió con el CONSORCIO formado por las firmas Promoviendo y Coopservir formadas por la Cooperativa General de Servicios y la Cooperativa de Servicios Empresariales Promoviendo CTA (Cooperativa de Trabajo Asociado), cuyo objeto fue la prestación del servicio de aseo en todas las instalaciones del hospital, al revisar la presentación de la oferta se evidencia que solo la efectúa la Cooperativa de Servicios Generales COOGESERVIR como persona jurídica y no la presenta el consorcio citado anteriormente, conllevando a que se incumpla lo establecido en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

3.6.3 Revisados los contratos 3647 y 3648 de 2009 se evidencia en la parte precontractual que la evaluación financiera aportada en los contratos, para efectuar la adjudicación del mismo dictaminó lo siguiente *“la empresa ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA., “AFENPE” ... no cumple con los términos exigidos en los términos de referencia ya que los estados financieros no están firmados por contador público, lo cual hace que no se encuentren debidamente suscritos, su capital de trabajo y su patrimonio no soportan los valores contratados por el hospital en la parte asistencial y administrativa, igualmente, no se entregó antecedentes disciplinarios del revisor fiscal.”* y por lo tanto concluye que no se debe contratar a esta firma, sin embargo, el hospital no tubo en cuenta este concepto y contrató con la firma citada, por lo tanto se observa la contravención a los principios de transparencia y objetividad plasmados en la Ley 80 de 1993 y en el Código Contencioso Administrativo y presunta incidencia disciplinaria de conformidad con la Ley 734 artículo 34 numeral 1 de 2002.

3.6.4 En los contratos 3647, 3648 y 4809 de 2009, suscritos la firma ALTA EFECTIVIDAD EN PERSONAL LTDA,” AFENPE de conformidad con la cláusula CUARTA en las que se establece que el contratista *“...se compromete de conformidad con la propuesta a dar como valor agregado la suma mensual de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORREINTE (\$5.500.000), para contribuir a los costos del área de facturación y así contribuir al mejoramiento en este servicio o en lo que el hospital considere”;* analizada la documentación se observa que no se dio cumplimiento en los tres contratos de esta obligación, por lo tanto, se considera que el hospital dejó de

percibir en el contrato 3647 la suma de \$5.5 millones por tres meses y \$3.48 millones por un período de 19 días, como plazos estipulados en el contrato, para un total de **\$19.9 millones**; en el contrato 3648 dejó de percibir la suma de \$5.5 millones por un mes y \$1.1 millones por un período de seis días, como plazos estipulados en el contrato, para un total de **\$6.6 millones** y en el contrato 4809 dejó de percibir la suma de \$11 millones por dos meses y \$2.4 millones por un período de trece días, como plazos estipulados en el contrato, para un total de **\$13.4 millones**, debido a que no se evidencia entrega de un valor agregado en el monto pactado, por tal razón, se efectuará seguimiento a la liquidación de estos contratos para que se cumpla lo estipulado artículo 1626 y ss del Código Civil.

3.6.5 Revisadas las pólizas de los contratos 024, 119, 3648 y 4809 suscritos en la vigencia 2009 se observa que fueron constituidas de forma extemporánea, al igual que sus modificaciones (por prorrogas dentro de los contratos), generando riesgo para la entidad por cuanto en este lapso no habría lugar a reclamaciones y el hospital tendría que asumir cualquier eventualidad correspondiente al objeto del contrato, en incumplimiento al contrato y al Manual de contratación Acuerdo 003 de 2006, artículo 4, numeral 6.

3.6.6 Se evidencia en los contratos 3648 y 4809 el pago extemporáneo del impuesto de timbre como tributo, que debió efectuar el contratista inmediatamente se suscribió el contrato y antes del inicio de la ejecución del mismo, como lo señala el artículo 519 del Estatuto Tributario en concordancia con el artículo 27 del Decreto 2076 de 1992, y así lo ha determinado la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, en oficio No. 025203 de 27 de marzo de 2006, en que manifestó: "*... cumplidos los presupuestos generadores del impuesto de timbre previstos en el artículo 519 ibídem, debe el agente de retención proceder a efectuar la retención, toda vez que está obligado a responder en forma directa del impuesto, en los términos y condiciones previstas en la ley, independientemente del cumplimiento o no de la obligación por parte del contratista de entregar a la entidad pública el valor del impuesto, lo que no afecta en modo alguno la responsabilidad del agente de retención frente al fisco, siendo por lo tanto ajena a la Administración Tributaria la forma o los mecanismos que determinen las partes para hacer efectivo el cumplimiento de sus compromisos...*"; esta irregularidad evita la legalización oportuna del contrato y coloca en grave riesgo al hospital como agente retenedor del impuesto, transgrediendo de esta forma el Estatuto Tributario en las normas atrás anotadas

3.6.7 Revisada la etapa precontractual y contractual del contrato 4809 suscrito el 19 de agosto de 2009 se observa deficiencia en las mismas, así: a) El estudio de conveniencia y oportunidad tiene fecha del 21 de agosto de 2009, es decir 2 días después de firmado el contrato b) no se efectúa invitación a cotizar siendo que el monto a contratar fue de \$883 millones y el manual de contratación vigente a la fecha indica dentro de las reglas de contratación fijadas en el artículo 4. "*Para suscripción de contratos en cuantía superior a QUINIENTOS (500) SMLMV- y menos de dos mil*

(2000) SMLMV- el Hospital deberá fijar aviso en cartelera invitando a cotizar y para contratar deberá contar por lo menos con dos ofertas, las cuales podrán ser verbales o escritas”, obligación que no se cumplió por parte del hospital, Acuerdo 3 de 2006, Manual de supervisión y con los principios de objetividad y transparencia fijados en la Ley 80 de 1993 y el Código contencioso Administrativo, observaciones con presunta falta disciplinaria de acuerdo con la Ley 734 de 2002 artículo 34 No. 1.

3.6.8 El contrato 206 suscrito el 28 de diciembre de 2005 con la Fundación Nodos Taller para las Comunidades, cuyo objeto es: “legalización de la Unidad Médica Las Ferias en cuanto *delimitación, licencia de intervención y ocupación de espacio público y licencia de construcción estudio de suelos y cálculo estructural de la ampliación del edificio debidamente firmado por el profesional responsable ...*”, con una duración de cuatro meses y quince días, y un “*plazo de ejecución de cuatro meses contados a partir del perfeccionamiento del mismo.*” (sic)

El plazo de ejecución del contrato estaba comprendido entre el acta de inicio del contrato firmada el 16 de enero y el 7 de junio de 2006, por valor de \$19.7 millones. La forma de pago pactada fue del 50% del valor del contrato entregado al contratista a título de anticipo, una vez firmado el contrato y aprobada la garantía, el 25% contra avance de obra y el 25% restante se cancelarían contra entrega presentación de la factura debidamente legalizada.

Se pagó el anticipo del 50% por \$9.9 millones el 17 de enero de 2006.

Revisada la ejecución se comprobó que el plazo del contrato terminó en junio de 2006, sin que se hubiese cumplido el objeto del mismo. No se evidenció requerimientos o diligencias por parte de la administración del hospital en alerta al contratista para que cumpliera con las obligaciones estipuladas, sin embargo, fuera del término del contrato se observan las siguientes actuaciones:

1. Acto administrativo expedido por la Curaduría en donde se niega el 20 de agosto de 2006 la solicitud de licencia de construcción y la licencia de construcción en la modalidad de ampliación para el Centro Médico las Ferias, la justificación de la decisión negativa de la Curaduría se soporta en normas anteriores, no se observó por parte del hospital diligencias para impugnar la decisión tomada por la Curaduría.
2. Se levantó acta de acuerdo entre el hospital y el contratista con fecha 22 de septiembre de 2006, con el compromiso para el contratista que aclare ante Planeación Distrital el concepto negativo dado para el Centro Médico de Las Ferias, simultáneamente se compromete a tramitar la licencia para el reforzamiento estructural del citado centro incluido en el contrato.

3. El 25 de septiembre nuevamente se firma acta de acuerdo en la que el contratista se compromete a efectuar gestiones ante Planeación Distrital con el fin de determinar la viabilidad de obtener la licencia para determinar la ampliación del CAMI, así como los estudios para el reforzamiento estructural que debían presentar dentro de los dos meses contados a partir del 26 de septiembre de 2006 y hasta el 25 de noviembre de 2006.
4. Se evidencia una prórroga firmada por las partes sin fecha, en donde se establece ampliar el plazo del contrato por 125 días hábiles hasta el 30 de marzo de 2007.
5. Además se observa en actas suscritas en el año 2006 de fechas: Julio 5, octubre 30, noviembre 1, 2, 7 y 20; diciembre 28 y del año 2007: enero 11 y mayo 7 respectivamente, que se abordó el tema objeto del contrato, pero no se evidenció ningún resultado en vistas a cumplir con la finalidad del mismo.
6. Así mismo, se expide el acta de liquidación del contrato 206 sin fecha, suscrita por la Fundación Nodos y la entonces Gerente del Hospital, en donde se certifica la ejecución del contrato por \$9.9 millones y se justifica la liquidación de común acuerdo entre las partes debido a ...“ *vencimiento del término contractual... y a la adopción del Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá, D.C. mediante Decreto 318 del 15 de agosto de 2006, se presentaron cambios en la normatividad aplicable a las diversas gestiones que en materia urbanística existía a la suscripción del contrato y que en razón de la normatividad sobreviniente, se hizo necesario dar otros rumbos a las actividades desarrolladas por el contratista, las cuales implican costos adicionales, y que generan el rompimiento del equilibrio contractual*”.

Analizadas las anteriores actuaciones, el grupo auditor estableció claramente que:

- Dentro del plazo establecido en el contrato no se cumplió con el objeto del mismo.
- El contrato no se prorrogó o adicionó dentro del plazo de Ley, por lo tanto su terminación se surtió el 7 de junio de 2006.
- Revisadas las actuaciones posteriores abiertamente irregulares, una vez terminado el plazo pactado dentro del mismo y a obtener el cumplimiento del objeto del contrato, se puede evidenciar que no se cumplió con el objeto del mismo por cuanto la licencia solicitada ante la Curaduría fue negada.
- Los fundamentos del acta de liquidación del contrato 206 no son de recibo por cuanto la norma soporte de esta actuación, de acuerdo a todos los documentos evidenciados en esta auditoría que registran las actuaciones y diligencias efectuadas por la administración, no fue tomada en cuenta en la ejecución del contrato y además la vigencia del contrato correspondía a un

término anterior a la expedición del Decreto 318 del 15 de agosto de 2006 y la negación de la solicitud de la licencia por parte de la Curaduría tampoco se sustentó en dicha norma.

- Respecto al CAMI las Ferias, se pudo acreditar de acuerdo con el acta de visita fiscal atendida por el Arquitecto del hospital, que la licencia de construcción fue tramitada y obtenida recientemente por este profesional.

De lo descrito anteriormente, se concluye que en el contrato 206 de 2006, no se cumplió con el objeto contractual, y que además se pagó al contratista la suma de **\$9.9** millones como anticipo, valor que se justificó en lo que se denominó acta de liquidación, lo que generó el presunto daño fiscal en este monto, registrado en los Estados Financieros de la Entidad a diciembre de 2009, incumpliendo con los Manuales de Contratación acuerdo 007 de 2000 y Acuerdo 3 de 2006, incurriendo en una presunta falta disciplinaria consagrada en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2001 y artículos 3, 6 y siguientes de la Ley 610 de 2000.

3.6.9 El contrato 235 suscrito el 28 de diciembre de 2005 con la Fundación Nodos, cuyo objeto es: *“licencia de construcción en la modalidad de reconocimiento, conforme los decretos 1600 de 2005, 194 de 2004 y 555 de 2001 para los centro de Garcés Navas, Bachué, Estrada, Bella Vista, Española, Minuto de Dios y Alamos”* (sic), objeto aclarado en el otro sí del 9 de marzo de 2006 incluyendo *“...el trámite de la licencia de construcción en la modalidad de modificación, para la UCI Neonatos de la Sede calle 80...”* con un valor de \$10 millones de pesos.

El plazo de ejecución del contrato fue de cuatro meses y quince días, comprendido entre el acta de inicio del contrato firmada el 16 de enero y el 7 de junio de 2006, por valor de \$122.4 millones. La forma de pago pactada fue del 50% del valor del contrato entregado al contratista a título de anticipo, una vez firmado el contrato y aprobada la garantía, el 25% contra avance de obra y el 25% restante se cancelarían contra entrega presentación de la factura debidamente legalizada.

Se pagó el anticipo del 50% por \$61.2 millones en enero de 2006.

Revisada la ejecución se comprobó que el plazo del contrato terminó en junio de 2005, sin que se hubiese cumplido el objeto del mismo. No se evidenció requerimientos o diligencias por parte de la administración del hospital en alerta al contratista para que cumpliera con las obligaciones estipuladas, sin embargo, fuera del término del contrato se observan las siguientes actuaciones:

1. Se levantó acta de acuerdo entre el hospital y el contratista con fecha 22 de septiembre de 2006, con el compromiso para el contratista de cumplir la finalidad del contrato y se dan 2 meses de plazo al contratista (no se sabe desde cuando).
2. El 25 de septiembre nuevamente se firma acta de acuerdo en la que el contratista se compromete a efectuar gestiones dentro de los dos meses contados a partir del 26 de septiembre de 2006 y hasta el 25 de noviembre de 2006. Se aclara que el valor del contrato es de \$105.5 millones.
3. Se evidencia una prórroga al acuerdo del acta del numeral anterior, firmada por las partes el 25 de noviembre de 2006, por 125 días hábiles; es decir hasta el 30 de marzo de 2007.
4. Además se suscribe otrosí (que no corresponde al contrato principal) aclaratorio del 13 de diciembre de 2006, en donde se establece entregar la licencia de construcción de la modificación de la UCI neonatos de la calle 80 el 30 de marzo de 2007. Se establece que se debe dejar en el estado en que se encuentre los demás trámites adelantados por el contratista.
5. Además se observa en actas suscritas en el año 2006 de fechas: Julio 5, octubre 30, noviembre 1, 2, 7 y 20; diciembre 28 y del año 2007: enero 11 y mayo 7 respectivamente, que se abordó el tema objeto del contrato, pero no se evidenció ningún resultado en vistas a cumplir con la finalidad del mismo.
6. Así mismo, se expide el acta de liquidación del contrato 235 sin fecha, suscrita por la Fundación Nodos y la entonces Gerente del Hospital, en donde se certifica la ejecución del contrato por \$61.2 millones y se justifica la liquidación de común acuerdo entre las partes debido al ...“*vencimiento del término estipulado y el cumplimiento parcial del objeto ... y teniendo en cuenta que la adopción del Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá, D.C. mediante Decreto 318 del 15 de agosto de 2006, se presentaron cambios en la normatividad aplicable a las diversas gestiones que en materia urbanística existía a la suscripción del contrato, y que en razón de la normatividad sobreviniente, se hizo necesario dar otros rumbos a las actividades desarrolladas por el contratista, las cuales implican costos adicionales, y que generan el rompimiento del equilibrio contractual*”.
7. En la liquidación se entrega la licencia de modificación de la UCI Neonatos de la calle 80 establecida por un valor de \$10 millones.

Analizadas las anteriores actuaciones, el grupo auditor estableció claramente que:

- Dentro del plazo establecido en el contrato no se cumplió con el objeto del mismo.
- El contrato no se prorrogó o adicionó dentro del plazo de Ley, por lo tanto su terminación se surtió el 7 de junio de 2006.

- Revisadas las actuaciones posteriores abiertamente irregulares, una vez terminado el plazo pactado y a obtener el cumplimiento del objeto del contrato, se puede evidenciar que no se cumplió con el objeto del mismo, por cuanto las licencias no fueron obtenidas.
- Los fundamentos del acta de liquidación del contrato 235 no son de recibo por cuanto la norma soporte de esta actuación, Decreto 318 del 15 de agosto de 2006, de acuerdo a todos los documentos evidenciados en esta auditoría que registran las actuaciones y diligencias efectuadas por la administración no fue tenida en cuenta en la ejecución del contrato y además la vigencia del contrato correspondía a un término anterior a la expedición del citado Decreto.
- Respecto a estas licencias, se pudo acreditar de acuerdo con el acta de visita fiscal¹ atendida por el Arquitecto del hospital, que las licencias objeto de este contrato a la fecha no han sido expedidas.
- El hospital pagó un monto superior al 50% del valor del contrato como anticipo, debido a que el valor fue tasado en \$ 105.5 millones y no sobre \$122.4 millones, es decir, canceló como mayor valor en el anticipo la suma de **\$8.4 millones**, que el contratista debió reintegrar con sus respectivos intereses.
- El valor girado como anticipo fue de \$61.2 millones y la ejecución del contrato de conformidad con el otro sí del 9 de marzo de 2006, fue de \$10 millones (licencia Neonatos calle 80).

De lo descrito anteriormente, se concluye que en el contrato 235 de 2006, no se cumplió con el objeto contractual y que además se pagó al contratista la suma de **\$61.2 millones** como anticipo registrado en los Estados Financieros de la Entidad a diciembre de 2009, del cual se puede deducir una ejecución de \$10 millones, por tanto se generó el presunto daño fiscal en **\$51.2 millones**, incumpliendo los Manuales de Contratación Acuerdo 007 de 2000 y Acuerdo 3 de 2006, incurriendo en una presunta falta disciplinaria consagrada en el artículo 34 numeral 1 de la Ley 734 de 2001 y artículos 3, 6 y siguientes de la Ley 610 de 2000.

3.6.10 Revisado el contrato 562 de 2008 se evidencia que no se publicó impidiendo la legalización del contrato, lo cual debió surtirse inmediatamente suscrito el contrato, situación irregular que contraría la Ley 190 de 1995 y en abierta contradicción al principio de transparencia- publicidad de los contratos estatales conforme artículo 209 de la Constitución Política.

3.6.11 Evaluado el contrato 047 de 2009 suscrito con Jorge Ricardo Camargo Camperos, se evidenció que el hospital permitió el procedimiento irregular de la cesión a la firma Nutrir de Colombia Ltda., porque dicha actuación no contó con la

autorización previa y escrita del hospital, como lo señala la cláusula décima tercera del contrato, por tanto transgrede esta cláusula.

3.6.12 Analizado el contrato 940 suscrito el 21 de abril de 2009 con la firma ASESORIAS Y SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD LTDA., “ASERPRO LTDA” con el objeto de efectuar la recuperación de cartera del hospital, se observó que el objeto no se cumplió dentro del término de ejecución fijado en el contrato y no se surtió ningún requerimiento al contratista ni se impuso multa, tampoco se desembolsó valor alguno por el hospital, sin embargo se observa deficiencias de control por parte del supervisor al no ejercer los mecanismos establecidos en las normas para esta situación y compeler al contratista a cumplir con sus obligaciones, en incumplimiento al manual de supervisión de la entidad auditada, Resolución 115 del 13 de abril de 2007.

3.6.13 Se entregó por parte del Hospital Engativá a través del oficio con radicado 5702 del 16 de junio de 2010 información en un programa de Excel, respecto a que se han suscrito 1264 contratos de transacción durante la vigencia 2009 por valor de \$4.780 millones. La justificación de la aplicación de la figura de la transacción reposa en las actas del comité de conciliación No. 009 del 23 de diciembre de 2009, No.007 del 13 de noviembre de 2009; 005 del 1 de octubre de 2009; 003 del 29 de mayo de 2009 y en ellas se indica que:

ACTA No.009. DEL 23 DE DICIEMBRE DE 2009

“...trayendo el tema de las transacciones, relacionadas con las OPS, “ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS”, a la firma AFENPE, y de manera directa, las cuales por razones de certificación o déficit presupuestal se dejaron de cancelar a los contratistas, para los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del presente año... “

ACTA No. 007 DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 2009

“...trayendo el tema de las transacciones, relacionadas con las OPS, “ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS”, a la firma AFENPE, las cuales por razones de certificación o déficit presupuestal se dejaron de cancelar a los trabajadores de la ATS AFENPE, para los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del presente año...”

De conformidad con la las explicaciones de la ficha del comité anexa al acta de conciliación atrás anotadas el valor a transar es de \$2.817.947.165.

ACTA No. 005 DEL 1 DE OCTUBRE DE 2009:

“... el tema de las transacciones, relacionadas con las OPS, “ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS”, las cuales por razones de certificación o déficit presupuestal se dejaron de cancelar a nuestros contratistas, para los meses de Abril, Mayo y Junio del presente año...”

El valor total adeudado a nuestro contratistas es por \$28.069.886, a la cual el comité está de acuerdo que se le cancele por la vía de la transacción.”

ACTA No. 003 DEL 29 DE MAYO DE 2009:

“El hospital de Engativá II nivel ESE, adoptó las directrices dadas por la Secretaría Distrital de Salud, resolvió no continuar contratando servicios con las Cooperativas de Trabajo Asociado....

En el proceso se encontraron con dificultades propias de una actividad de dichas proporciones, toda vez que se elaboraron 1130 ordenes de prestación de servicios, las cuales requerían la correspondiente, revisión y aprobación individual y la expedición de Registro Presupuestal y Disponibilidad Presupuestal, para ejecutar dichos contratos.

Una vez depurada la base de datos de los contratistas, el área jurídica, inició un plan de choque con el fin de evaluar las diferentes problemáticas que presentan los contratistas entre las cuales se evidencian las siguientes:

. La Cooperativa de Trabajo Asociado, no realizó el retiro en el sistema de seguridad social en su momento, por lo tanto muchos de los contratistas no realizaron su inscripción como trabajadores independientes...

. Al momento de revisar la documentación se encontró que algunas carpetas se encontraban incompletas y con documentos vencidos, inconsistencias que impedían la legalización y registro del contrato.

De las anteriores dificultades, la oficina jurídica... encuentra la necesidad de traer hoy a este comité, la situación de los contratos que quedaron sin registro presupuestal por las causas ya indicadas y respecto de los cuales no es posible el pago, sino mediante las figuras de Solución Alterna... no obstante que según certificación proferida por los respectivos supervisores, se realizaron a satisfacción las actividades contratadas...”

Queda establecido por lo atrás descrito, que el asesor jurídico del hospital Engativá II NA, formula la solicitud de transacción al comité de conciliación de la entidad para el pago de obligaciones certificadas como ejecutadas en desarrollo de las actividades propias del hospital, sin que ellas estén amparadas por presupuesto o contrato y de esta forma evitar un conflicto ante la jurisdicción contenciosa.

La justificación entregada por esta situación, es del déficit presupuestal o la falta de documentación para la suscripción de los respectivos contratos; el comité de conciliación, conforme con la excusa, aprueba la cancelación de las obligaciones a través del contrato de transacción y así queda registrado en las actas de reunión.

Esta situación, considera éste órgano de Control es irregular por cuanto:

1. Vulnera los principios básicos de la contratación administrativa, fijados en la Ley 80 que dice:

“ARTÍCULO 39. DE LA FORMA DEL CONTRATO ESTATAL. Los contratos que celebren las entidades estatales constarán por escrito y no requerirán ser elevados a escritura pública, con excepción de aquellos que impliquen mutación del dominio o imposición de gravámenes y servidumbres sobre bienes inmuebles y, en general,

aquellos que conforme a las normas legales vigentes deban cumplir con dicha formalidad.

Las entidades estatales establecerán las medidas que demanden la preservación, inmutabilidad y seguridad de los originales de los contratos estatales.

(...)

ARTÍCULO 41. DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO. *Los contratos del Estado se perfeccionan cuando se logre acuerdo sobre el objeto y la contraprestación y éste se eleve a escrito.*

Para la ejecución se requerirá de la aprobación de la garantía y de la existencia de las disponibilidades presupuestales correspondientes, salvo que se trate de la contratación con recursos de vigencias fiscales futuras de conformidad con lo previsto en la ley orgánica del presupuesto.

2. Se pagan obligaciones adquiridas que previamente no están soportadas por el presupuesto ni por contrato, mediante la figura de la transacción definida en el artículo 2469 del Código Civil Colombiano, en los siguientes términos: "*La Transacción es un contrato en que las partes terminan extrajudicialmente un litigio pendiente o precaven un litigio eventual. No es transacción el acto que sólo consiste en la renuncia de un derecho que no se disputa.*"

El Tema fue abordado en el Concepto N° 10 de la Secretaria de Hacienda Distrital (del 21 de octubre de 2001 sobre hechos cumplidos, reconocimiento y cancelación, que tenía como consultante a la Dirección Distrital de Presupuesto) y que este órgano de control acoge en su análisis, en el que se indica:

“CONSIDERACIONES

En principio, es procedente precisar que la Constitución Política atribuye a la Ley Orgánica de Presupuesto la regulación de la programación, aprobación, modificación, ejecución de los presupuestos de la nación, de las entidades territoriales y de los entes descentralizados de cualquier nivel administrativo. De esta manera, las normas transcritas contienen en su esencia lo consagrado en el artículo 71 del Estatuto Orgánico de Presupuesto Nacional y que a la vez se repiten en el Estatuto Orgánico de Presupuesto Distrital (Art. 52 del Decreto 714 de 1996)

Igualmente, en las disposiciones transcritas y citadas, se deja establecida la imposibilidad de efectuar reconocimiento a los hechos cumplidos, denominados así por las disposiciones y a los que se llega por la omisión de los requisitos contenidos en las normas. De hecho, el artículo 33 del Decreto 1138 de 2000 aplicable a Empresas Industriales y Comerciales del Distrito, establece las responsabilidades fiscales, en las que, además de las penales, incurren los funcionarios en diferentes hipótesis, algunas de ellas atribuibles de una u otra forma a la situación planteada.

Así las cosas, independientemente de la solución que se plantee, está de por medio el desconocimiento de la regulación, circunstancia que desata unas consecuencias que deberán asumir quienes comportaban las funciones omitidas.

En este orden de ideas, tenemos que advertir, para responder la primera pregunta, que la transacción conlleva la disposición de unos derechos en que las partes ceden algo de sus derechos que no tiene que ser en proporción igual ni siquiera equivalente, "es de la esencia de la transacción que haya concesiones mutuas o recíprocas"¹. En el caso en consulta, no aparecen las concesiones en virtud de que, no existe controversia; la transacción "Debe recaer sobre cosas dudosas, vale decir, sobre los derechos cuya extensión y existencia son materia de disputa"². Tenemos por el contrario, que la entidad no cuestiona la prestación del servicio, las razones que impiden el pago tienen que ver con la imposibilidad de perfeccionar el contrato desde el punto de vista presupuestal, toda vez que, supuesta la inexistencia de la disponibilidad presupuestal y por lo tanto de su registro, se impide el reconocimiento de la deuda y por lo tanto su cancelación.

Como vimos anteriormente, igual prohibición presupuestal se encuentra en las disposiciones del orden nacional; por tal razón, encontramos procedente transcribir parte del concepto emitido por el Director General del Presupuesto Nacional (3) en referencia a un caso que cabría en la hipótesis planteada:

"...esta Dirección considera que la inexistencia del contrato o de las formalidades propias del mismo no exime a la entidad pública de la obligación de pagar los bienes o servicios que hubiere recibido u ordenado.

Así lo ha manifestado en repetidas ocasiones el Consejo de Estado, frente a casos en los cuales por deficiencia total o parcial del trámite contractual la entidad pública se ha negado a realizar el pago, y ante la demanda del particular afectado, la justicia Contencioso Administrativa ha sentado jurisprudencia en el sentido de obligar al Estado a pagar el valor de los bienes, servicios u obras recibidos, acudiendo al principio de que nadie debe enriquecerse sin causa, el cual se hace eficaz mediante la denominada -actio in rem verso-

En tal sentido la mencionada Corporación ha reiterado que la obligación de garantizar el cumplimiento de las normas contractuales es en principio de la entidad pública, pese a lo cual, si se ha ejecutado una obra, o prestado un servicio a favor de la misma, sin que medie un contrato debidamente perfeccionado, procede la acción de Reparación Directa por enriquecimiento sin causa a favor del particular afectado, de la cual es competente para conocer la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Así las cosas, la entidad pública será condenada al pago siempre que se demuestre que la ejecución efectiva de la obra o servicio a conocimiento y satisfacción de la entidad demandada, y que su falta de pago ha ocasionado: que el demandado se ha enriquecido, que el demandante se haya empobrecido correlativamente, y que este desplazamiento patrimonial carezca de causa que lo justifique.

En este orden de ideas, ante la imposibilidad de celebrar lo que usted denomina –contrato firmado con retroactividad-, o de legalizar hechos cumplidos, y ante la inminencia de una demanda por parte de quienes han prestado sus servicios, esta Dirección considera viable

que se adelante un proceso de conciliación prejudicial en los términos que establecen las disposiciones sobre la materia.

Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad a que haya lugar con ocasión de la actuación de los funcionarios."

De este modo, podemos afirmar que una empresa industrial y comercial del Distrito no puede celebrar contratos de transacción con fundamento en el artículo 2469 del Código Civil, para atender obligaciones que fueron adquiridas sin el lleno de los requisitos presupuestales y contractuales así hubieren sido ejecutados y recibidos a satisfacción por la entidad.

....

En lo que respecta a la tercera pregunta, los mecanismos de orden presupuestal para el reconocimiento de hechos cumplidos no existen, esa figura se encuentra completamente prohibida, de tal manera que presupuestalmente no encuentra una fuente que respalde su reconocimiento. Por esa razón, se hace necesario utilizar el mecanismo de la conciliación o en general el de la vía jurisdiccional que son los créditos judicialmente reconocidos a los que se refiere el artículo 346 de Constitución Política como una fuente directa del gasto; "Ello quiere decir que el juez no tiene que preguntar sobre la existencia de apropiaciones presupuestales antes de emitir su fallo".

Por lo que hace a la cuarta pregunta, se tendría que responder en sentido afirmativo siempre y cuando estemos frente a un conflicto surgido a la luz de una relación legal y reglamentaria de la cual se desprenda una diferencia; mas no, cuando el conflicto que se pretende solucionar nace de la ilegalidad en que se ha incurrido, la cual constituye en realidad el conflicto mismo..."¹²

Por otra parte, en un análisis más actual, en cuanto a la forma de solucionar un posible conflicto para que este no llegue al contencioso administrativo, se debe atender lo descrito en la Sentencia C – 713 de 2008 en la que se estudió la constitucionalidad de la Ley 1285 de 2009, específicamente en el análisis que se hace al artículo 13 de la enunciada Ley.

A continuación se resaltarán algunos de los apartes y citas:

- a. La facultad de conciliar en estos temas se le retiró a los conciliadores en general otorgándose a un conciliador cualificado como lo es el ministerio público. "En la sentencia C-893 de 2001, MP. Clara Inés Vargas Hernández, la Corte declaró inexecutable, entre otras, las normas que habilitaban al Gobierno para expedir el reglamento de los centros de conciliación en materia de lo contencioso administrativo, las que facultaban a los centros de conciliación para adelantar conciliaciones en asuntos de la jurisdicción contencioso administrativa, y las que señalaban que la conciliación extrajudicial supliría la vía gubernativa en las controversias de orden laboral."

¹² Arturo Valencia Zea. Derecho Civil de los Contratos Pág. 315 Ed. Temis 1975 2. Corte Suprema de Justicia, Cas. 6 de junio de 1939, XLVIII, 268 (Código Civil Temis 1984, pág. 1098). 3. Concepto 12116 del 18 de noviembre de 1997. 5. Mario Mejía Cardona. El laberinto fiscal. Pág., 169. ESAP. 2002"

La Corte enfatiza permanentemente la importancia de proteger el erario así: “En primer lugar, con el fin de proteger la legalidad y los intereses patrimoniales del Estado, la conciliación administrativa debe ser aprobada judicialmente

- b. En segundo lugar, la conciliación administrativa sólo puede ser adelantada ante los agentes del Ministerio Público asignados a la jurisdicción contencioso administrativa. Ello implica una intervención mayor del conciliador con el fin de proteger el interés general, la legalidad del proceso y los derechos fundamentales. Además, el conciliador puede solicitar pruebas adicionales a las presentadas por las partes para la sustentación del acuerdo conciliatorio y si tales pruebas no son aportadas, puede decidir que no se logró el acuerdo” (SIC) debe resaltarse las facultades del conciliador (esta cita corresponde a la sentencia C-1195 de 2001).
- c. En sentencia C-338 de 2006 la corte precisó “ Las conciliaciones extrajudiciales en materia de lo contencioso administrativo sólo podrán ser adelantadas ante los Agentes del Ministerio Público asignados a esta jurisdicción; y las actas que contengan conciliaciones extrajudiciales se remitirán a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes al de su celebración, al juez o Corporación que fuere competente para conocer de la acción judicial respectiva, a efecto de que imparta su aprobación o improbación. El auto aprobatorio no será consultable.” se resalta que dichas conciliaciones están sujetas a control jurisdiccional en pro de la protección de lo público.
Finalmente en la misma sentencia se puntualiza: “La conciliación extrajudicial en materia de lo contencioso administrativo se encuentra regulada en los artículos 23, 24 y 25 de la Ley 640 de 2001 y sus características generales son: i) Sólo pueden ser adelantadas ante los agentes del Ministerio Público asignados a dicha jurisdicción. ii) Se requiere la aprobación del juez o corporación competente para conocer de la respectiva acción judicial. iii) Los interesados pueden aportar las pruebas que estimen pertinentes.”

Como corolario se desprende que el único mecanismo alternativo de solución de conflictos al que puede acudirse en tanto el debate gire en torno a recursos públicos es la conciliación extrajudicial ante el Ministerio Público.¹³

En conclusión, el Comité de Conciliación y el Gerente al aprobar el mecanismo de la transacción para el pago de servicios prestados al hospital sin que mediara un contrato y con la justificación de falta de disponibilidad presupuestal o de la legalización del contrato por falta de documentos, en incumplimiento a las normas previstas en la Ley Orgánica de Presupuesto Decreto 111 de 1996 y 714 de 1996; Decreto 195 de 2007, artículos 20 y 22; el Manual de Contratación del Hospital

¹³ postura que se ha aceptado en la Dirección de Salud

Engativá II Nivel de Atención, acuerdo 003 del 3 de marzo de 2006 artículos 2 y 9, incurriendo en una presunta falta disciplinaria de acuerdo con la Ley 734 de 2002, artículo 34 numeral 1 y con presunta incidencia penal.

3.7 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

Para conceptuar la gestión adelantada por el Hospital Engativá II NA ESE en cuanto a la ejecución del Plan de Desarrollo, la evaluación de la inversión, análisis financiero de los programas, objetivos, políticas, proyectos y metas, se realizó con base en los principios de la Gestión Fiscal.

3.7.1 Evaluación Plan de Desarrollo

De acuerdo con la información suministrada por la entidad, durante la vigencia 2009, la apropiación final del presupuesto del Hospital fue de \$67.687 millones, de los cuales \$52.321,8 millones corresponden a gastos e inversión, \$12.089,1 millones para funcionamiento; \$39.832,7 millones para gastos de operación y \$400,0 millones en inversión.

La fuente de mayor participación dentro del recaudo de Venta de Servicios en el Hospital es el Fondo Financiero Distrital de Salud que refleja el 57% del ingreso acumulado, que corresponde a \$30.854 millones. Adicionalmente, el hospital recibió recursos producto de convenios de desempeño suscritos por valor de \$8.119 millones. Los recursos totales provenientes del Fondo Financiero ascienden a \$38.973 millones, que equivale al 72% del total de recaudo.

El Presupuesto aprobado para la vigencia 2009 del agregado cuentas por cobrar fue de \$7.605 millones; en el mes de abril se aprobó una adición en este agregado por valor de \$1.991 millones producto del recaudo de cuentas por cobrar del Fondo Financiero. Con corte a diciembre 31 el recaudo acumulado por este concepto asciende a \$ 5.768 millones, el 76% de ejecución frente a lo programado. La fuente de mayor participación fue Fondo Financiero que aporta el 53% del total de los recursos recibidos y la ejecución alcanza el 103% del monto programado.

A 31 de diciembre, el Hospital Engativá efectuó giros por valor de \$ 55.232 millones, equivalentes al 83% del total comprometido.

Mediante el Acuerdo 016 de 2008, la Junta Directiva del Hospital Engativá II NA ESE aprobó y adoptó el Plan de Desarrollo Institucional 2008-2012 “El Hospital Engativá, Un Hospital para todos!”, en el que se establecen: misión, visión, principios y valores corporativos, políticas institucionales, objetivos y ejes de

gestión. Señala los siguientes objetivos, en cumplimiento de su misión: “1) *Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la localidad;* 2) *Desarrollar un Modelo de Salud Integral con los atributos de la calidad que responda a las necesidades de la población usuaria;* 3) *Garantizar la autosostenibilidad de la institución;* 4) *Implementar un sistema de gestión integral por calidad que permita alcanzar un mejoramiento continuo y la excelencia en la prestación de los servicios;* 5) *Desarrollar de manera integral al Talento Humano con el fin de contribuir al logro de propósitos institucionales;* 6) *Garantizar el desarrollo de los procesos de participación social en salud, que proclaman la Constitución Política de Colombia y la Ley”.*

Para cumplir estos objetivos, el hospital señala como ejes de gestión institucional: Aseguramiento; Desarrollo de Servicios, Salud Pública; Promoción Social; Riesgos Profesionales y Emergencias y Desastres.

En el Acuerdo 12 de 2008, por el cual la Junta Directiva del Hospital aprueba el Plan de Gestión Gerencial 2008-2012, se establecen los lineamientos y directrices establecidas por la Gerencia para el cuatrenio.

La Junta Directiva del Hospital Engativá II NA ESE aprobó mediante Acuerdo 001 de 2009 los Planes Operativos Anuales de las áreas asistenciales y administrativas de la vigencia 2009 y corresponden a: 1) Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, 2) Calidad, 3) Oficina Asesora de Planeación, 4) Mercadeo y Comunicaciones, 5) Talento Humano, 6) Atención al Usuario, 7) Servicio de Apoyo Hospitalario, 8) Recursos Tecnológicos y Sistemas, 9) Tesorería, 10) Cartera, 11) Costos, 12) Cuentas Médicas, 13) Central de Cuentas, 14) Presupuesto, 14) Contabilidad, 16) Facturación, 17) Consulta Externa, 18) Hospitalización Calle 80 y Emaús, 19) Apoyo Diagnóstico.

El hospital Engativá II NA ESE en desarrollo de su misión, el Plan de Desarrollo Institucional 2008-2012, el Plan de Gestión Gerencial 2008-2012, el POA, Plan Operativo Anual, responde a las políticas nacionales y distritales de salud y se articula con los objetivos, ejes estructurantes, proyectos y metas del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas “Bogotá Positiva: para vivir mejor” 2008-2012 en coherencia con el Plan de Salud de Distrito Capital 2008-2012.

Indicadores

En la vigencia 2009, el hospital implementó la matriz de indicadores estratégicos y operativos de acuerdo con las perspectivas: financiera, cliente, interna y crecimiento y desarrollo. El tablero de mando se encuentra semaforizado mostrando los indicadores según colores, verde (cumplimiento), amarillo (aceptable) y rojo (no cumple las metas estándar), éstos se clasifican mediante el criterio de evaluación (eficiencia, eficacia, efectividad) de acuerdo con los

objetivos del Plan de Desarrollo y el Plan Institucional.

3.7.1.1 De acuerdo con el análisis a los indicadores de gestión que el Hospital presenta mediante el tablero de control, la entidad incumplió para la vigencia 2009, el objetivo estratégico “Lograr la autosostenibilidad de la institución” en los indicadores de: margen neto de utilidad, margen operacional y porcentaje de relación gasto costo/ingreso, obteniendo un resultado inferior a lo programado, situación que incide en la gestión del hospital y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional lo cual contraviene los principios de proceso de planeación y consistencia establecidos en el artículo 3º de la Ley 152 de 1994 y en el literal b) y h) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993

3.7.1.2 De acuerdo con los indicadores de gestión en el tablero de control, el hospital incumplió para la vigencia 2009, los objetivos de calidad “Implementar y mantener un Sistema de Gestión de Calidad; Cumplimiento de los requisitos de Habilitación; Optimizar el modelo de operación del Hospital entre la prestación de los servicios de I y II Nivel de atención” que tienen como indicador “% Integralidad terapéutica” obteniendo 30,03%, resultado inferior al mínimo esperado de 59%, es decir, un resultado muy inferior a lo programado, situación que incide en la gestión del hospital y el cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional lo cual contraviene lo normado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

El hospital Engativá cuenta con dos (2) CAMI de I Nivel: Emaús y Ferias; un CAMI de II Nivel, Hospital Engativá. En estos centros se ofertan servicios ambulatorios de medicina y odontología general, urgencias 24 horas, hospitalización (observación de urgencias) de baja y mediana complejidad y servicios de promoción y prevención. Tiene 9 UPAs: Alamos, Bachué, Bella Vista, Boyacá Real, Española, Estrada, Garcés Navas, Minuto de Dios, Quirigua, para atender a la población usuaria; en estos centros se ofrecen servicios ambulatorios de promoción y prevención, nutrición, odontología general, medicina general, optometría, terapia física, respiratoria y ocupacional. Dispone de una unidad Básica de Atención Móvil, que presta los servicios de enfermería, odontología, vacunación y educación a la comunidad.

Para la vigencia 2009, el hospital contó con 198 camas para hospitalización disponibles en los servicios de: Cuidado Intensivo Adulto y Neonatal, Cuidado Intermedio Adulto y Neonatal, Ginecología, Medicina General, Medicina Interna, Obstetricia, Pediatría, Quirúrgico y Unidad de cuidado básico neonatal. En Consulta Externa, en 51 consultorios, prestó los servicios de Medicina General, Anestesia, Cardiología, Cardiología Pediátrica, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Fisiatría, Gastroenterología, Ginecobstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría y Urología.

CUADRO 16
COMPARATIVO DE CONSULTA ESPECIALIDADES 2008-2009

ESPECIALIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009	Variación 2008-2009
Pediatría	3.743	584	-84%
Medicina Interna	5.591	1.147	-79%
Ortopedia	8.974	4.258	-53%
Fisiatría	369	249	-33%
Ginecología	17.643	16.489	-7%
Cirugía General	4.788	4.689	-2%
TOTAL	40.739	27.167	-33%

Fuente: Hospital Engativá II NA ESE. Informe de Gestión 2009 - Oficina Asesora de Planeación.

3.7.1.3 De acuerdo con el informe de gestión, el hospital, durante la vigencia 2009, presentó variación negativa en la consulta de Pediatría que pasó de 3.743 consultas en 2008 a 584 consultas en 2009 que equivale a -84%; así mismo, la consulta de Medicina Interna pasó de 5.591 consultas en 2008 a 1.147 en 2009 que corresponde a -79%, la consulta de ortopedia que de 8.974 consultas en 2008 reportó 4.258 consultas en 2009 que corresponde a -53% y la consulta de Fisiatría que pasó de 369 en 2008 a 249 en 2009, equivalente al -33%. La disminución en la ejecución de estas especialidades demuestra que la gestión realizada por la ESE en estas actividades no fue lo más eficiente de acuerdo con lo programado para la vigencia 2009 e incide en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad de Engativá e incumple lo establecido en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 17
COMPARATIVO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENICION

ESPECIALIDAD	AÑO 2008	AÑO 2009	Variación 2008-2009
Optometría	9.652	6.717	-30%
Citologías	11.388	8.989	-21%
Colposcopias	2.345	2.014	-14%
Enfermería	43.725	60.826	39%
Psicología	9.791	12.727	30%
Nutrición	6.518	7.450	14%
TOTAL	83.419	98.723	18%

Fuente: Hospital Engativá II NA ESE. Oficina Asesora de Planeación.

En el total de las actividades de promoción y prevención realizadas durante el año 2009, se presentó aumento del 18% con relación al 2008, equivalente a 15.304 actividades debido al incremento en la consulta de enfermería del 39%, en la consulta de psicología un 30% y en la consulta de nutrición un 14%.

3.7.1.4 Durante la vigencia 2009 se presentó variación negativa en la producción de los servicios de optometría, que pasó de 9.682 consultas en 2008 a 6.717 equivalentes al -30%, en citologías pasó de 11.388 en 2008 a 8.989 que corresponde a -21% y colposcopias en un 14%, lo cual incide en la gestión del hospital y en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad. La disminución en la ejecución de las actividades de promoción y prevención, indica que la gestión realizada por la ESE en estas actividades no fue lo más eficiente de acuerdo con lo programado para la vigencia 2009, incide en la calidad de vida de la población pobre y vulnerable de la localidad de Engativá e incumple lo establecido en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 18
COMPARATIVO DE INDICADORES DE GESTION

NOMBRE	PRINCIPIO	RESULTADO DE APLICACION	
		2008	2009
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Medicina General	Eficacia	3 días	4.3 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Ginecología	Eficacia	1.8 días	4.8 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Pediatría	Eficacia	4.1 días	3.6 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Odontológica	Eficacia	3 día	3.9 días
Proporción de cancelación de cirugía programada	Eficiencia	7.9%	2.4%
Oportunidad de la realización de cirugía programada	Eficacia	3.1 días	4.9 días
Tasa de reingreso de pacientes Hospitalizados	Efectividad	0.00	2.93
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada	Efectividad	77%	79.2%
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Efectividad	0.99	0.011
Tasa de Infección Intrahospitalaria.	Eficacia	0.93	0.013
Tasa de satisfacción Global	Efectividad	83.8%	71%

Fuente: Hospital Engativá II NA ESE. Oficina Asesora de Planeación.

3.7.1.5 En la vigencia 2009, el hospital presentó modificación de algunos indicadores con relación al año 2008. La oportunidad de citas en la consulta de medicina general aumentó de 3 días en 2008 a 4.3 días en 2009, la oportunidad de la asignación en citas en la consulta de Ginecología pasó de 1.8 días en 2008 a 4.8 días en 2009, así mismo, el indicador de tasa de satisfacción global pasó del 83.8% en 2008 al 71% en 2009, lo cual incide en los principios de eficacia y efectividad y afecta la gestión del hospital en contravía de lo normado en el literal b) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

El Hospital cumplió con los indicadores de salud pública de: mortalidad materna evitable; mortalidad por enfermedad diarreica y neumonía en menores de cinco

años, sífilis congénita, sífilis gestacional y alcanzó coberturas útiles de vacunación en población menor de un año para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

Sistemas de Información.

En el Hospital Engativá II NA ESE, el grupo de Recursos Tecnológicos y Sistemas de Información depende de la Oficina Asesora de Planeación; cuenta con un sistema de información SERVINTE CLINICAL SUITE que consta de dos grandes módulos: 1) Asistencial que lo conforman: historia clínica de consulta externa, historia clínica de urgencias, el triage, historia clínica de hospitalización, historia clínica de cirugía y el módulo de cirugía y 2) Administrativo, Hipócrates, se subdivide en: activos fijos, presupuesto, suministros, nómina, facturación, admisiones, costos, contabilidad, citas médicas, sistema de información gerencial, sistema de gestión de autorizaciones, cartera, cuentas por pagar, caja y bancos.

Los aplicativos se encuentran en las áreas administrativa y asistencial y la función de los aplicativos de los módulos asistenciales es capturar toda la información de la historia clínica de los diferentes servicios del hospital y son insumos para generación de procesos de RIPS. Los módulos administrativos están enfocados a la gestión administrativa según su pertinencia, por ejemplo: pago de personal de planta, manejo de presupuestos, estados financieros, manejo de bancos, controles de facturación, controles de cartera, entre otros.

En el Hospital Engativá II NA ESE se han desarrollado aplicativos específicos, uno de ellos es la página web, utilizando software libre, otros desarrollos corresponden a reportes sacados del sistema de información, utilizando las herramientas del motor de base de datos, INFORMIX.

Los módulos del sistema de información están centralizados en una base de datos única, lo cual garantiza la integridad del sistema de información, estos aplicativos interactúan a través de interfases que actualizan la información entre ellos. Los módulos administrativos envían la información a través de interfases al módulo de contabilidad.

El aplicativo de costos se alimenta de la información del módulo de contabilidad, el cual previamente ha recibido la información de todos los demás módulos a través de interfases; en el plan estratégico del hospital se tienen proyectos para complementar y robustecer el sistema integrado de información, tales como los componentes de seguridad y almacenamiento.

El manejo del inventario de sistemas depende del área de Activos Fijos; en el

área se cuenta con registros de inventario de hardware, software y comunicaciones con el fin de estar validando la información que reposa en el modulo de activos fijos; la actualización la realiza el área de activos fijos.

En el hospital se tienen políticas de backups o copias de respaldo que incluyen copia de respaldo de la configuración del sistema operativo, de la configuración del motor de la base de datos, de los usuarios del sistema de información y de la base de datos del sistema de información.

Los planes de contingencia que tiene el hospital para el sistema de información, incluyen los elementos mínimos que se deben tener en cuenta ante un evento adverso. Así mismo se cuenta con el Plan de Continuidad del Negocio: ante un evento adverso, los usuarios del módulo activan el plan de contingencia y en el área de sistemas y tecnología se activa el plan de continuidad del negocio con el fin de restablecer el sistema de información.

El sistema de información tiene diferentes servidores: para producción, prueba, correo interno, imágenes diagnósticas, laboratorio, página web, tarificación telefónica y digiturno.

Se cuenta con un centro de cómputo con control de acceso, detectores de humo, aire acondicionado, control de temperatura, cámara de seguridad interna, UPS, RACK con redundancia en UPS y fuentes de poder de los servidores, entre otros.

Tiene un sistema de grabación continúa de los sucesos del centro de cómputo y algunos centros de cableado que son críticos, por ejemplo, donde llegan las comunicaciones inalámbricas de los centro de atención. Existe comunicación redundante entre el centro de cómputo y los centros de cableados; fibra óptica entre el centro de cableado y el centro de cómputo y cableado estructurado entre el centro de cableado y el centro de cómputo, cada uno por diferente vía. Así mismo, existe ambiente de pruebas del sistema de información que va a entrar en producción.

Se cuenta con equipos de seguridad perimetral como FIREWALL, además equipos de comunicación de capa tres que permite restringir accesos a la red de comunicaciones y al sistema de información, tiene políticas de seguridad física de acceso y política de seguridad lógica, es decir, restricción en el acceso a las áreas de cómputo mediante control de acceso digital de aproximación y código a la entrada de la puerta y para salir del centro de cómputo, se tiene una alarma con clave que funcionan donde se encuentran los servidores del sistema de información y se tiene control en el acceso a través de la red.

El hospital tiene red interna e internet. En la red interna se cuenta con manejo de

correspondencia mediante OUTLOOK, con todas las potencialidades: usuarios restringidos, grupos, envío de información encriptada.

A nivel externo se tiene una página web con el diseño y especificaciones contemplados por la Comisión Distrital de Sistemas; tiene sistemas de comunicación inalámbrico de voz y datos entre los centros de atención y la sede principal. Los sistemas de comunicación de voz son controlados a través de una planta telefónica que permite tarifar y controlar el acceso a extensiones así como temporizadores. El hospital cuenta con accesos inalámbricos en los servicios de cirugía, neonatos, pediatría, partos, salas de cirugía, salas de partos, medicina interna que funcionan en el edificio de la Calle 80, lo cual permite ingresar a la historia clínica a través de portátiles.

Evaluados los procesos de contratación, se evidenció que en la entidad existe relación entre los programas/proyectos auditados y los objetos contractuales, conforme con la normatividad vigente.

Plan de Intervenciones Colectivas PIC

El Plan de Intervenciones Colectivas PIC incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud para contribuir al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública y del Plan de Desarrollo del Distrito, a través de seis objetivos y seis ejes estructurantes que contienen cada uno sus respectivas estrategias y metas. En el eje tres de Salud Pública se incluye el PIC, en el objetivo dos se define la intencionalidad y las metas que se cumplen mediante los lineamientos de la SDS de Desarrollo de Autonomía y Transversalidad.

La organización y desarrollo de las acciones colectivas de salud pública se realiza bajo tres componentes: 1. Ámbitos de vida cotidiana; 2. Gestión de la salud; 3. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento. En el ámbito de vida cotidiana se incluye: Laboral, IPS, Escolar: Salud al colegio SAC; Familiar: Salud a su Casa, SASC y Comunitario. Los lineamientos de intervención los establece la Secretaría Distrital de Salud de acuerdo con las metas del Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para los diferentes proyectos de inversión.

El hospital suscribió el Contrato Interadministrativo 618 de abril 1 de 2009 con el Fondo Financiero Distrital de Salud con el objeto de “compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas del Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital” e incluye los proyectos: Salud a su Casa, Salud al Colegio, vigilancia en salud pública, instituciones saludables, comunidades saludables, niñez bienvenida y protegida, fortalecimiento de la

gestión distrital en salud pública y salud al trabajo por un valor inicial de \$4.516,130 millones y tres adiciones por valor de \$1.783,8.

Así mismo se realizó adición del 24 de noviembre de 2009 por \$661.426,0 de acuerdo con los contratos suscritos por el hospital para la compraventa de acciones del plan de salud pública de intervenciones colectivas del sistema de seguridad social en salud, para el desarrollo de los proyectos de salud a su casa, al colegio, vigilancia en salud pública, Instituciones saludables, comunidades saludables, niñez bienvenida y protegida. Se justifica con el convenio interadministrativo 618 del 1 de abril de 2009 con el FFDS el cual se suscribió con un valor inicial de \$4.516.130.173 y cuatro adiciones que suman \$2.400.254.646. La apropiación vigente asciende a \$9.177.301.937, la cual se encuentra soportada en recursos del contrato 743 de 2008, el contrato inicial 618 y tres de las adiciones.

3.7.2 Evaluación Balance Social

El hospital Engativá II NA ESE presentó el Informe del Balance Social de la vigencia 2009 de acuerdo con la Resolución Reglamentaria 034 de 2009, por la cual se establecen en el instructivo del anexo 6, CBN 1103 la metodología de presentación del Balance Social.

El informe cumple con los lineamientos establecidos en la metodología de Balance Social; se identifican los problemas sociales, los cambios o efectos producidos en éstos con la ejecución de las distintas acciones. Está integrado por los siguientes componentes:

- Reconstrucción del problema social
- Instrumentos operativos para la solución de los problemas sociales
- Resultados en la transformación de los problemas sociales

Componente 1: Reconstrucción del Problema Social

El problema que identifica el Hospital Engativá II NA ESE es: “Deterioro de las condiciones de salud en los diferentes ciclos vitales por el aumento de las barreras de acceso (económicas, geográficas, administrativas, educativas y culturales) a los servicios de salud”, señalando que la población no tiene continuidad en los procesos educativos o no tienen niveles adecuados de salud por que existen serias barreras de acceso entre las que se encuentran: económica, geográficas, administrativas, culturales y educativas.

La entidad señala que estas barreras son el resultado de los problemas socioeconómicos (pobreza, miseria, maltrato, desnutrición, desempleo, entre

otros) y medioambientales, que afectan el comportamiento de los seres humanos y que en su mayoría no tienen respuesta integral por parte de las instituciones que prestan servicios sociales.

Focaliza la población según diferentes zonas de: 1) Riesgo físico y biológico, 2) Conflicto; 3) Deterioro psicosocial; 4) Expansión comercial; 5) Industrial; 6) Residencial; 7) Protectora.

Las principales problemáticas de la localidad se determinaron teniendo en cuenta datos estadísticos, salas situaciones, necesidades identificadas de acuerdo con los diferentes ámbitos, mesas intersectoriales, diagnóstico local y fuentes de información.

Tienen en cuenta: medio ambiente, movilidad y hábitat; mortalidad evitable; eventos de alto impacto social; violencia; oportunidad para la generación de ingresos; seguridad alimentaria y nutricional, ciclo vital; la transversalidad con desplazados y discapacidad así como los ámbitos: escolar, familiar, laboral, comunitario y la distribución de la población según régimen de aseguramiento. Así mismo, identifica como actores: gobierno, comerciales, institucionales.

Componente 2: Instrumentos operativos para la atención de los problemas sociales.

Incluye las estrategias para atender las problemáticas identificadas; a nivel de la Entidad, señala las estrategias, los proyectos de inversión y las metas, así como los objetivos específicos y los generales, las unidades de focalización objeto de atención, señalan que se pueden evidenciar múltiples alternativas de solución desde la entidad de acuerdo con el plan de desarrollo, la política, estrategia, programa, compromiso e indicador.

Estas acciones que parten de la dinámica local, de la situación de salud y los determinantes sociales que afectan el bienestar de los pobladores de la localidad de Engativá; generando desde el hospital la respuesta social implementado la atención integral a los habitantes de la localidad a través de la generación de estrategias y/o acciones mediante ámbitos, ciclos, transversalidades, mesas, redes, comités entre otros.

Componente 3: Resultados en la Transformación de los Problemas

La entidad señala los niveles de cumplimiento frente a metas y actividades; se incluyen los indicadores, el presupuesto ejecutado y la población o unidades de focalización atendidas; limitaciones y problemas del proyecto, así como los efectos de las intervenciones y las acciones complementarias para dar solución a las

diferentes problemáticas; se revisa el diagnóstico y el nivel de transformación como producto de las intervenciones realizadas en el PIC Plan de intervenciones colectivas teniendo en cuenta el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva mediante las estrategias en los ejes de: aseguramiento, desarrollo de servicios, salud pública, promoción social, riesgos profesionales, urgencias, emergencias y desastres, los Programas: Bogotá sana, garantía del aseguramiento en salud, fortalecimiento y provisión de servicios.

Las intervenciones las estructura la Secretaría Distrital de Salud mediante los Proyectos del Plan de Desarrollo 623: Salud a su casa, 624: Salud al Colegio; 625: Vigilancia en Salud Pública; 626: Instituciones Saludables; 627: Comunidades saludables; 628: Niñez bienvenida y protegida; 629: Gestión local y ejecución de Políticas y 630: Salud al trabajo.

Establece un objetivo general y nueve objetivos específicos para la transformación de la problemática planteada mediante:

El Plan de Intervenciones Colectivas, bajo los componentes de a) Ámbitos de vida cotidiana; b) Gestión de la salud y c) Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

Desarrollo de la Gestión de: 1) Salud a su Casa; 2) Salud al Colegio: me siento bien, aprendo bien; 3) Gestión Local; 4) Gestión de IPS; 5) Vigilancia en Salud; 6) Salud al Trabajo; 7) Ámbito Comunitario.

En la atención y acceso a los servicios resolutivos señalan los servicios de: a) I Nivel de complejidad: consulta de medicina general y actividades de promoción y prevención; b) II y III Nivel de complejidad: consulta medicina especializada, urgencias, salas de cirugía, hospitalización, c) Apoyo diagnóstico y terapéutico: terapia, laboratorio, imágenes diagnósticas; d) Indicadores Institucionales: trazadores de salud pública y matriz de evaluación de metas.

Si bien la entidad cumple con la metodología de presentación del Informe del Balance social, la estructura presupuestal del hospital, no permite desagregar el presupuesto indicando la ejecución total y el monto de los giros, de los proyectos o acciones realizadas en atención al problema social, ya que se identifica el total del presupuesto asignado al hospital.

3.7.3 Evaluación Salud a su Casa SASC

En cumplimiento del Proyecto 623, Salud a su Casa, SASC de la SDS, el hospital tiene 23 equipos. En la vigencia 2009 tenía establecidos 21 microterritorios. Los dos equipos actuales se constituyeron debido al proyecto especial de UNIR II, un

barrio de invasión declarado en emergencia social y se intervinieron las familias con los dos equipos adicionales de salud a su casa.

Cada equipo básico de salud familiar y comunitaria EBSFC está conformado por médico, enfermera jefe y dos auxiliares de enfermería; tienen a cargo un microterritorio constituido por 1200 familias con las que se realizan los diferentes procesos del programa de acuerdo con los componentes de: Gestión del territorio; intervenciones que promocionan la salud y de prevención del riesgo mediante: 1) Lectura de necesidades; 2) Organización de la respuesta y 3) Participación Social.

Para brindar una atención integral a cada caso detectado en los microterritorios, el programa SASC cuenta con el equipo ampliado que realiza diferentes intervenciones a nivel psicosocial, discapacidad, desplazados, salud oral y entornos saludables. El Programa SASC beneficia a 29.667 familias correspondiente a 99.805 personas, mediante las diferentes acciones.

Las metas establecidas para la vigencia 2009 en el ámbito familiar, Proyecto Salud a su Casa, Transversalidad, Acción, Proyecto de Inversión 624, Producto e Indicador, las metas programadas para la vigencia 2009 se cumplieron y no se interrumpió la ejecución de las actividades.

Del total de los recursos asignados al Programa SASC en la vigencia 2009, el valor inicial fue de \$843,0 millones; con diferentes adiciones por valor de: \$310,3 millones, \$626,6 millones, y por \$59,9 millones para un gran total de \$1.839,9 millones. Estos recursos incluyen el talento humano, insumos, vehículos para la obtención del cumplimiento de las metas que se ejecuta mediante el Contrato 618 de 2009. Durante los meses de enero a marzo de 2009, se ejecutó mediante el Contrato 743 de 2008. El seguimiento financiero lo realizan los referentes de los proyectos y lo consolida la coordinación PIC.

3.7.4 Evaluación Salud al Colegio SAC

En cumplimiento de los lineamientos que establece la Secretaria Distrital de Salud en el Proyecto 624, Salud al Colegio SAC, en la localidad de Engativá se desarrolla en 23 colegios distritales distribuidos en 48 sedes.

Tiene los siguientes objetivos de intervención:

Definir e integrar las acciones en salud con enfoque promocional de calidad de vida de acuerdo con las necesidades, expectativas y potencialidades de las comunidades educativas con la finalidad de afectar factores determinantes que afectan su calidad de vida y la salud.

Promover la construcción de una cultura de protección de la vida y la promoción de la calidad de vida en las comunidades educativas del distrito, mediante la implementación de metodologías acordes con el enfoque de Escuelas Promotoras de Salud y Calidad de Vida.

Contribuir al mejoramiento de las condiciones para el aprendizaje y el aprovechamiento de las instituciones educativas (jardines, colegios e instituciones de educación superior), promoviendo la participación de niños y niñas.

Se realizan procesos promocionales y restitutivos dirigidos a toda la comunidad educativa, docentes, administrativos, estudiantes y padres de familia dependiendo de la dinámica del colegio y de las necesidades que plantee el colegio, así mismo, se desarrollan los procesos de salud sexual y reproductiva, sustancias psicoactivas, ambiente, salud oral, salud visual, inclusión social, salud mental, discapacidad, actividad física, suplementación seguridad alimentaria y nutricional, desplazados, entre otros. Estos mismos procesos van dirigidos a los jardines infantiles que se encuentran ubicados en la localidad.

La meta establecida para la vigencia 2009 en SAC se cumplió: cubrir 4 unidades territoriales en la localidad, UPZ: Minuto de Dios, Engativá, Boyacá Real y Ferias, éstas se desarrollan en 12 sedes de unidad territorial, para un total de 48 sedes. En los jardines, se cumplió la meta de cubrir 12 jardines. En el proceso de suplementación, se cumplió la meta en 5000 escolares y 3000 estudiantes en jardines.

El programa benefició a la comunidad educativa, padres de familias con cobertura de 40000 niños; en salud oral se intervinieron 12000 niños y 18000 en el proceso de suplementación.

Los indicadores de SAC son los establecidos dentro del lineamiento de SDS, la unidad de medida se refiere al cumplimiento de las metas que envían por portafolio a nivel central. A los indicadores se les están haciendo seguimiento a partir del segundo semestre de 2010, en la página SISPIC, Sistema de Información del Plan de Intervenciones Colectivas de la SDS.

El seguimiento a la ejecución presupuestal del Programa SAC de las metas y el valor a facturar mes a mes, se presenta factura en la coordinación PIC, se confronta el cumplimiento de la meta mensual con lo programado a facturar en dicho mes, de forma que se cumpla tanto la meta como la facturación. En 2009 presentó cumplimiento al 100% tanto en metas como en facturación.

Durante el periodo del 15 de junio al 15 de julio de 2009, se suspendieron parcialmente las actividades, debido a que no se contaba con colegios que se encontraban en periodo de vacaciones y no se contó con la disponibilidad

presupuestal por parte de SDS para dar continuidad al programa.

Los recursos asignados al Programa SAC en la vigencia 2009, la inversión inicial fue de \$315,497 millones; y adiciones por \$667,4 millones; \$360,4 millones y por \$3,086 millones para un gran total de \$1.346,4 millones para nueve meses, de abril a diciembre de 2009 mediante la ejecución del Contrato 618 de 2009. De enero a marzo de 2009, se ejecutó el Contrato 743 de 2008, con una adición para cubrir estos meses: enero, febrero y marzo.

3.7.5 Evaluación POT

Los planes maestros constituyen un instrumento de planificación fundamental en el desarrollo de la estrategia de ordenamiento de la ciudad-región. Permiten definir las necesidades de generación de suelo urbanizado según las previsiones de crecimiento poblacional y de localización de las actividades económicas para priorizar y programar proyectos de inversión sectorial en el corto, mediano y largo plazo¹⁴.

Mediante el Decreto 318 de 2006 se adoptó el Plan Maestro de Equipamiento en Salud PMES e incluye las metas a corto, mediano y largo plazo. En el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva” se establecieron los proyectos 633: Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria y el 636: Plan Maestro de Equipamientos en Salud PMES.

Una vez realizada la auditoría a este componente, se estableció que durante la vigencia 2009, el Hospital Engativá II NA ESE no adelantó obras de Infraestructura física, adecuación, remodelación y dotación en sus instalaciones diferentes a las obras de mantenimiento rutinario como cambio de vidrios, pintura, cambio de chapas, limpiezas en canales, etc., como tampoco se asignaron recursos para obras de infraestructura de acuerdo con el PMES. De acuerdo con el Informe de Gestión de la vigencia 2009, se cuenta con la viabilización de los proyectos de: 1. Dotación para el Centro Emaús; 2. Reforzamiento Estructural CAMI Ferias, proyectos que se ejecutarán en la vigencia 2010 según los recursos destinados para intervención del PMES.

3.8 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental del Hospital Engativá II Nivel ESE comprendió la verificación y evaluación de la información reportada a través del aplicativo SIVICOF en los formatos CBN 1111 y CBN 1113, de conformidad con la

¹⁴ Lineamientos Dirección Economía y Finanzas. 2010

metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales y Medio Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C. Igualmente, al validar la información contenida en el formato de calificación de la gestión ambiental interna se obtuvo una calificación de 58 puntos sobre el máximo ponderado.

La Entidad no pertenece a ninguno de los grupos que conforman el SIAC (Acuerdo 9 de 1990), ya que el sujeto de control evalúa únicamente su parte ambiental interna, teniendo en cuenta el Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA y el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios - PGIRH. Para la vigencia auditada mantuvo su interés y compromiso en desarrollar una cultura de mejoramiento continuo mediante la segregación de residuos y el consumo racional de los recursos naturales.

La institución se encuentra en proceso de Implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA), por lo tanto no se ha realizado capacitación en el tema al personal del Hospital, sin embargo se realizarán las capacitaciones en el momento en el que se realice la aprobación del documento por parte de la Secretaría Distrital de Ambiente.

Se realizó el levantamiento del Plan Institucional de Gestión Ambiental para el año 2010 el cual está por aprobarse bajo acto administrativo por la Secretaría Distrital de Ambiente, sin embargo el Hospital ha venido adelantando acciones al PIGA en el Comité de Gestión Ambiental conformado, realizando las reuniones mensuales del Comité.

El Hospital Engativá, en su compromiso institucional, y en pro del mejoramiento de la calidad ambiental de la institución, enfoca sus objetivos institucionales encaminados a los objetivos y metas plasmadas en el decreto 456 de 2008.

Dentro de las acciones que se llevaron a cabo para mejorar la gestión ambiental, la entidad ha llevado a cabo las siguientes actividades:

En el uso racional del recurso hídrico:

- Promoción de campaña por Cultura de Ahorro y uso Eficiente del Agua.
- Aplicación de la Normatividad Vigente.
- Lavado y Desinfección de Tanques de Almacenamiento de Agua Potable.

En el uso racional de Energía:

- Se instalaron bombillos ahorradores de energía al interior del Hospital.
- Mantenimiento de la Planta Eléctrica.

En el uso racional de los residuos:

- Se realiza la clasificación, manejo, transporte y disposición final de los residuos hospitalarios de acuerdo a la normatividad vigente, resolución 1164 de 2002.
- Se realizó el manejo de residuos reciclables de acuerdo al decreto 400 de 2004.
- El documento aplicado en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.

Para dar cumplimiento a la normatividad vigente y así mismo gozar de un ambiente saludable, durante el proceso auditor se verificaron temas relacionados con el avance del plan institucional de gestión ambiental:

De acuerdo al plan interno de gestión ambiental se establecieron 20 estrategias las cuales apuntan a 7 objetivos y están contenidas en 7 variables así:

CUADRO 19
GESTIÓN AMBIENTAL INTERNA

VARIABLE AMBIENTAL	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1. AGUA	1. Reducción consumo de Agua	1. Sensibilización al personal y usuarios en el consumo del recurso hídrico. 2. Plan de Mantenimiento correctivo de tubería de los centros de salud y su sede calle 80. 3. Instalación de ahorradores de agua en al menos el 40% de los lavamanos del hospital. 4. Mantenimiento preventivo de las redes hidrosanitarias del Hospital 5. Campaña de cultura de ahorro y uso eficiente de agua.
2. ENERGÍA	2. Reducción en el consumo de energía.	6. Sensibilización en el consumo de energía, tanto del personal del hospital como a los usuarios. 7. Realización de Publicidad al interior del Hospital. 8. Instalación de ahorradores de Energía.
3. Aire	3. Contribución al mejoramiento en la calidad del Aire	9. Mantenimiento Preventivo y correctivo de las calderas. 10. Mantenimiento preventivo y correctivos de los vehículos del Hospital. 11. Contar con Gestores externos autorizados por la autoridad ambiental para realizar incineración de residuos 12. Realizar mantenimiento preventivo y correctivo a la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales con el fin de disminuir la generación de olores ofensivos
4. Criterios	4. Criterios de Compra	13. Para el proceso de compras se exige a los

VARIABLE AMBIENTAL	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
para la compra y Gestión Contractual	con enfoque ambiental.	contratistas que suministran insumos que los productos sean biodegradables para reducir la contaminación al medio ambiente. 14. Para la compra de bolsas para la disposición de residuos se exige que contengan rotulo para la identificación y cumplimiento del calibre exigido en la normatividad 15. En cuanto a recipientes para disposición de residuos se exige que cumpla con una resistencia de sus paredes de 12.5 conforme lo exige la normatividad vigente.
5. Condiciones Ambientales Internas	5. Mejoramiento de la condiciones ambientales internas del Hospital	16. Lograr mediante sensibilizaciones de tipo ambiental al personal, un mejor ambiente laboral. 17. Lograr en el personal y los usuarios mediante avisos una cultura ambiental, y de ahorro
6. Residuos Sólidos	6. Mejoramiento de los residuos sólidos.	18. Capacitación en el manejo de residuos al personal de Hospital. 19. Contar con convenio vigente de la empresa de reciclaje de residuos.
7. Residuos Hospitalarios	7. Mejoramiento en el Manejo de los residuos Hospitalarios	20. Capacitación al personal del Hospital en el Manejo de residuos Hospitalarios

Fuente: Oficina de Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

La entidad obtuvo para la vigencia auditada, un total de 26 puntos para el avance del PIGA, según la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales y Medio Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C.,

Cumpliendo lo estipulado en el Decreto No. 243 de 2009, el Hospital Engativa nombra como Gestor Ambiental al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación según Resolución No. 274 de 2010, igualmente se integra el Comité de Coordinación PIGA mediante Resolución 196 de 2010.

A continuación se detalla la inversión que realizó el Hospital en el año 2009 para atender la gestión ambiental.

CUADRO 20
INVERSIONES REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2009

RECURSO	ACTIVIDAD	INVERSIÓN
COMPONENTE HÍDRICO	Operación de la planta de tratamiento de aguas residuales, servicio de análisis fisicoquímico de control	14.7
	Caracterización, aforo y análisis de las aguas residuales del hospital Engativa II nivel E.S.E.	14.9
	Lavado y desinfección de tanques de agua potable y fumigación y desratización de las sedes del hospital engativa	6.5
	Instalación de dispositivos ahorradores de agua.	7.7
COMPONENTE ATMOSFÉRICO	Mantenimiento preventivo y correctivo a los vehículos del hospital Engativa II nivel E.S.E.	50.0
	Mantenimiento correctivo de las bridas y sistema de vapor de las calderas de la sede calle 80 del hospital Engativa II nivel E.S.E.	6.9
	Mantenimiento de sistemas de refrigeración y aire acondicionado sede calle 80 y centros del hospital Engativa II nivel E.S.E.	9.0
COMPONENTE ENERGÉTICO	Instalación de dispositivos ahorradores de energía	5.7
RESIDUOS SÓLIDOS	Compra de recipientes para residuos corto punzantes	6.5
	Actualización rutas sanitarias PGIRH	0.5
TOTAL INVERSIÓN		122.4

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativa II Nivel

De lo anterior se pudo establecer que del total de la inversión de \$122.0 millones, la mayor de ellas estuvo direccionada al manejo del componente atmosférico, en un 53.9 % correspondiente a \$66.0 millones; para el recurso hídrico fue ejecutado un 35.7% equivalente a \$44.0 millones, para el recurso energético fue del 4.6% que corresponde a \$6.0 millones, y para el manejo de los residuos sólidos fue ejecutado un 5.7% que equivale a \$7.0 millones, de la inversión que se destinó para la Gestión Ambiental.

En cuanto al componente hídrico se observó lo siguiente:

Verificada la cuenta rendida a través del SIVICOF a 31 de diciembre de 2009, se pudo establecer que se adquirieron compromisos tales como:

- Sensibilizar al personal y usuarios en el consumo del recurso hídrico.
- Realizar el Plan de Mantenimiento correctivo de tubería de los centros de salud y su sede calle 80.
- Instalación de ahorradores de agua en al menos el 40% de los lavamanos del hospital.
- Mantenimiento preventivo de las redes hidrosanitarias del Hospital
- Campaña de cultura de ahorro y uso eficiente de agua

La entidad obtuvo una calificación de acuerdo a la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C. para el componente hídrico un total de 6 puntos para el 2009

Esta calificación se soporta en las siguientes acciones adelantadas:

- Instalación de ahorradores de agua en las diferentes sedes del Hospital
- Desarrollo del plan de mantenimiento de redes hidrosanitarias – Arreglos fugas de agua
- Revisión bimensual de consumos de agua para establecer medidas de control por aumentos súbitos en los consumos
- Campañas de cultura de ahorro y uso eficiente del agua

Como medida de control sanitario se realizó el lavado y desinfección de tanques de agua potable y fumigación y desratización en las sedes del Hospital a través de los contratos 568/08 suscrito en diciembre de 2008 por valor de \$5.3 millones de pesos, con la firma corporación Investigativa del Medio Ambiente CIMA, el cual fue ejecutado en el primer trimestre de 2009, y el contrato No. 5908/09 por valor de \$6.5 millones con la firma E.C Control de Sanidad.

Durante el año 2009 la entidad consumió 8611.8 mt³ de agua a un costo de \$176.0 millones.

CUADRO 21
CUADRO CONSUMO AGUA

AÑO	CONSUMO PROMEDIO ANUAL M3	VR/AÑO MILLONES DE \$
2007	8733.0	\$ 167.4
2008	7626.0	\$ 157.1
2009	8611.8	\$ 176.0

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

El consumo del recurso hídrico para el año 2008 en comparación al 2007 disminuyó en un 12.67% es decir bajo en 1107 m³ generando una reducción en pesos de \$10.3 millones.

Para el año 2009 se generó un incremento significativo en el consumo del recurso en un 11.45% equivalente a 986 m³ en comparación con el año 2008, y un incremento en \$18.9 millones en comparación con el año 2008.

La ampliación en el consumo del Recurso Hídrico se presentó ya que se generaron rupturas continuas en la tubería al interior del hospital que provocaron el aumento en la facturación, el consumo por parte de los usuarios de los centros

de salud fue mayor y las fugas que se presentaron en los centros de salud generaron el incremento de facturación del Hospital.

La sede calle 80, cuenta con una planta de tratamiento de agua residual compacta, que consta de las siguientes operaciones unitarias: retención de sólidos, trampa de grasas, homogenizador, ajuste de pH, floculador, sedimentador, filtro de arena y carbón activado, tratamiento de lodos con espesador y filtro prensa, la operación de la planta está a cargo de la empresa CIPRESA, en el año 2009 tuvo un costo de operación de \$4.5 millones.

En cuanto al permiso de vertimientos ante la Secretaria Distrital de Ambiente, el hospital adelantó gestiones en el año 2009 para iniciar el trámite del permiso, se suscribió el contrato No. 3637/09 por valor de \$ 12.1 millones con la Corporación Investigativa del Medio Ambiente – CIMA - que tenía como objeto la caracterización, aforo y análisis de las Aguas Residuales del Hospital, como resultado de este contrato se radico ante la SDA los Formularios Únicos de Registro de Vertimientos y se obtuvieron los registros de vertimientos para 12 de las 14 sedes del Hospital, se verifico que los resultados de laboratorio cumplieran con lo estipulado en la Resolución 3957 de 2009.

El Hospital de Engativá y el CAMI Emaús no tienen el permiso de vertimientos requerido pese a que según memorandos GHE-6933 y GHE-7700 radicados ante la SDA en Diciembre de 2009, la entidad solicita le sea concedido un plazo de 3 meses para adelantar la documentación necesaria y así obtener el permiso necesario y aun no se ha cumplido con este requerimiento.

En cuanto al componente energético, se encontró lo siguiente:

El consumo de energía está asociado con la operación de equipos electrónicos y áreas de iluminación, las alternativas formuladas por la entidad se encaminan, principalmente, a la utilización eficiente de este recurso mediante mejoras de iluminación en las instalaciones y optimizar la operación de equipos eléctricos. Las acciones tomadas para el componente energético fueron encaminadas principalmente en el ahorro y uso eficiente de la energía, para lo cual se realizaron campañas para uso eficiente y Ahorro de Energía, se instalaron ahorradores de energías según las necesidades de reposición de los dispositivos.

A continuación se relaciona el consumo y costo de energía durante los últimos tres años:

CUADRO 22
CUADRO CONSUMO ENERGÍA

AÑO	CONSUMO PROMEDIO ANUAL M3	VR/AÑO MILLONES DE \$
2007	108702	
2008	108210	\$ 309.9
2009	106886	\$ 308.7

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

El consumo de energía para el año 2008 en comparación con el 2007 generó una leve disminución del 0.5% generando un costo de \$309.9 millones, el consumo para el año 2009 en comparación con el 2008 forjó una disminución del 1.22%, y así mismo una disminución en pesos de \$1.2 millones.

El consumo de energía del año 2009, respecto al 2008 bajo tanto en su valor como en su consumo, ya que se tomaron medidas al interior del Hospital para la minimización del gasto de la energía como:

- Se instalaron bombillos ahorradores de energía, con los cuales se logró disminuir el consumo.
- Se disminuyó la instalación de bombillos en las áreas que se requieren más de dos bombillos.
- Se logró la utilización de la luz natural en ciertas áreas en horarios diurnos, lo que generó también la reducción del consumo.
- Se tiene implementando el programa de ahorro y uso eficiente de energía a través de capacitación a los funcionarios, situación que se ve reflejada en los consumos.
- Se realizó la instalación de sistemas ahorradores de energía.

De otra parte se suscribió el contrato No. 4787 del 31 de julio de 2009 por valor de \$15.6 millones con la empresa Servicios en Ingeniería de montajes electromecánicos SIFEM LTDA, para el Suministro e Instalación de transferencia para la planta eléctrica de la sede calle 80.

Según la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales y Medio Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C., la entidad obtuvo para la vigencia auditada, un total de 4 puntos en el componente energético.

En cuanto al componente atmosférico, se observó lo siguiente:

El posible impacto ambiental generado en este componente corresponde al parque automotor, constituido por 11 vehículos (6 funcionan con gasolina y 5 con ACPM), a los cuales se les adelantó durante la vigencia auditada mantenimientos

preventivos por valor de \$50.0 millones. Verificados los certificados de revisión técnico mecánica de gases se encontraron vigentes a la fecha de la auditoria.

En cuanto a las fuentes fijas de combustión, la entidad cuenta con 3 plantas de emergencia que funcionan con ACPM y con dos calderas cuyo sistema de combustible es dual ACPM/gas natural, su uso corresponde a la generación de vapor para el suministro de agua caliente en los servicios hospitalarios de la sede calle 80. Como medidas de control para estos equipos el mantenimiento de estos equipos se realizó por medio de la Oficina de Servicios de Apoyo.

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

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente atmosférico de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C. de 10 puntos.

En cuanto al componente de residuos sólidos, se encontró lo siguiente:

Dentro del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares se describen las acciones para la gestión y manejo de los residuos no peligrosos, peligrosos sólidos y líquidos generados.

Con el ánimo de reducir la cantidad de residuos a enviar a disposición final, El hospital ha identificado como oportunidad para la reducción de dichos volúmenes: la segregación en la fuente, el envío de los residuos para reciclaje por parte de gestores externos.

La reducción en la fuente mediante la reutilización de los residuos convencionales, segregación y envío a reciclaje son actividades que permiten el mejoramiento de las características generales del componente suelo, reducen costos y contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida de los gestores de residuos.

El Hospital cuenta con rutas internas y horarios especiales para el transporte de los residuos. Para la recolección y transporte interno de los residuos no peligrosos se cuenta con funcionarios, quienes los recogen y transportan dentro de un carro transportador, posteriormente los depositan en contenedores plásticos ubicados en cuartos para el almacenamiento final que están ubicados en el exterior del Hospital, la única sede que cuenta con almacenamiento intermedio en cada piso es la sede de la Calle 80.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 400 de 2004, y la directiva 009 de 2006 el Hospital Engativá se encuentra realizando su separación y entrega de material reciclado a la organización de recicladores respectiva el PORVENIR, empresa con

la cual tiene un convenio vigente de clasificación, transporte y tratamiento de los residuos recogidos.

En el siguiente cuadro se observa la cantidad de residuos sólidos generados

CUADRO 23
CANTIDAD DE RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	VR/ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN MILLONES DE \$
2008	35606	\$ 51.6
2009	30058	\$ 67.9

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

Los residuos ordinarios en el año 2009 tuvieron una disminución en kg con respecto al 2008 en un 15.6%, el valor de su recolección aumento debido al incremento de las tarifas de los operadores externos. Estos residuos corresponden a las 12 UPAS y a lo generado en la sede Calle 80 Residuos Reciclables

CUADRO 24
CANTIDAD DE RESIDUOS RECICLABLES

AÑO	VOLUMEN ANUAL RECICLADO KG.
2008	12317
2009	8527

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

El material reciclado durante la vigencia 2009 fue menor debido a la sensibilización y a las capacitaciones realizadas por la entidad para el buen manejo de estos materiales y su reutilización, durante el 2009 se generó una disminución de residuos del 30.77% en comparación al año 2008.

De otra parte y para dar cumplimiento al Decreto 400/ 04, se tiene un convenio de corresponsabilidad con la Cooperativa de Trabajo Asociado Ecoambiental El Porvenir, quien es la encargada de recoger los residuos sólidos reciclables, realizar talleres de sensibilización a los servidores públicos en el manejo apropiado y aprovechamiento de los residuos, y de garantizar el apropiado tratamiento y disposición de los mismos. Durante el proceso auditor se verifico que los reportes han sido enviados a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos-UAESP. Se avanzó con la compra de canecas según el código de colores estipulado en el mencionado Decreto.

Residuos Peligrosos

Están caracterizados en el manual de PGIRH, el cual fue actualizado en marzo y abril 2010. Los residuos peligrosos generados tienen carácter infeccioso y químico. Para su manejo están establecidas las rutas internas y los horarios para su recolección y transporte, son entregados a un tercero autorizado por la autoridad ambiental Distrital para el tratamiento y disposición final.

CUADRO 25
CANTIDAD DE RESIDUOS PELIGROSOS

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG	VR/ANUAL CANCELADO POR LA RECOLECCIÓN Y/O TRATAMIENTO MILLONES \$
2008	80126	\$ 64.7
2009	71260	\$ 62.4

Fuente: Oficina Servicios de Apoyo Hospital Engativá II Nivel

Los residuos peligrosos generados en el año 2009 en comparación con el 2008 disminuyeron en un 11%, y presentó una disminución en pesos de \$2.3 millones.

Los residuos peligrosos bajaron en su volumen y precio ya que se logró mejorar el manejo de los residuos, así mismo su clasificación y segregación, lo cual permitió reducir considerablemente el peso generado en el año.

En cuanto al manejo y gestión de Residuos Peligrosos el Hospital Engativá realiza la gestión interna de los residuos peligrosos que genera; Ecocapital es la empresa que recoge, transporta, trata y dispone estos residuos. Lleva a celda de seguridad los residuos Cortopunzantes y Anatomopatológicos previa incineración, los residuos Biosanitarios son Esterilizados y posteriormente depositados en celda para ordinarios. En cuanto al líquido revelador y fijador son entregados a la empresa Omnium que les realiza tratamiento para sedimentar la plata; las placas de amalgama se están almacenando en el hospital por lo tanto no hay una gestión externa.

Los residuos de carácter peligroso generados por el Hospital son recogidos tres veces al día por funcionarios mediante el uso de un carro transportador y almacenados en recipientes plásticos en los almacenamientos temporales de residuos. En los servicios donde se generan residuos anatomopatológicos, hay micro rutas para la evacuación permanente de estos residuos, que se congelan antes de ser llevados a incineración.

De otra parte se verificó que durante la vigencia 2009 se suscribió el contrato No. 3642 de 2009 con la empresa ECOENTORNO, por valor de \$5.0 millones, para la recolección, transporte y disposición de Residuos Peligrosos, igualmente

se cotejó su Licencia Ambiental mediante Resolución 2944 del 30 de diciembre de 2005, expedida por la CAR.

El sujeto de control canceló durante la vigencia auditada \$56.0 millones a la empresa ECOCAPITAL quien realiza la recolección, transporte y disposición de Residuos Peligrosos Hospitalarios en las diferentes sedes del Hospital.

Igualmente se comprobó que la entidad suscribió un convenio con OMNIUM para efectuar la recolección y disposición de materiales como liquido revelador, liquido fijador y placas radiográficas. Para desarrollar esta actividad es necesario contar con Licencia Ambiental que obtuvo según Resolución No. 1375 del 10 de junio de 2008 expedida por la SDA. La entidad cuenta con los manifiestos de recolección y las respectivas actas de incineración.

La auditoría verificó los registros de auditoría externa de acuerdo a lo normado en la Resolución 1164 de 2002, realizados por el Ingeniero Ambiental por parte del Hospital a ECOCAPITAL el 22 de octubre de 2009, a ECOENTORNO el 6 de octubre de 2009, a PORVENIR el 11 de diciembre de 2009 y a OMNIUM el 23 de diciembre de 2009.

Según la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales y Medio Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D.C., la entidad obtuvo para la vigencia auditada, un total de 12 puntos en el componente residuos sólidos.

3.8.1 Revisadas las copias de los manifiestos de transporte de residuos peligrosos, se verificó que algunos no tienen diligenciadas o están parcialmente diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega, estos documentos deben tener un responsable para que en el caso de inconsistencias se facilite su identificación, lo anterior debido a que el sujeto de control no cuenta con un procedimiento para la revisión y control de la información relacionada con el diligenciamiento de dichos formatos incumplimiento lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.8.2 La entidad ha realizado gestión en cuanto a la solicitud de registro de avisos de publicidad externos, sin embargo a la fecha no cuenta con los permisos respectivos relacionados con este tema, para todas las sedes del Hospital incumpliendo con lo establecido en el artículo 7 del Decreto 959 del 2000 en cuanto a las características de ubicación del aviso de publicidad exterior visual y obtención el registro del mismo.

3.8.3 La entidad ha realizado gestión en cuanto a la solicitud de los registros de vertimientos, sin embargo a la fecha no cuenta con los permisos respectivos relacionados con este tema, incumpliendo con lo establecido en el artículo 9 de la

Resolución 3957 del 2009, en donde estipula que se debe tramitar y obtener el permiso ante la Secretaría Distrital de Ambiente.

3.9 EVALUACIÓN ACCIONES CIUDADANAS

En la auditoria se vinculó a los ciudadanos a través de mesa de trabajo en la que participó el equipo auditor y los directivos de la Dirección de Salud e Integración Social, con el propósito de escuchar sus inquietudes y así contribuir al desarrollo del control fiscal de la entidad, para fortalecer la cultura de la vigilancia, el manejo y adecuado uso de los recursos públicos, en función del interés general y del mejoramiento de la calidad de vida del ciudadano, creando espacios para llegar a los hogares de la ciudad. En esta reunión asistieron representantes del comité de participación comunitaria (COPACO) y asociación de usuarios, los cuales manifestaron inconformismo con asignación de citas, mantenimiento de inmuebles y pago de contratistas por prestación de servicio, información que sirvió como insumo en el desarrollo de la auditoria lo cual se ve reflejado en el desarrollo del informe.

El Hospital cuenta con una Unidad Funcional de Atención al Usuario y Participación Social, que en la estructura organizacional depende de la Gerencia. Esta Unidad maneja 6 procedimientos contemplados en el manual de procesos y procedimientos de la entidad así:

CUADRO 19
PROCEDIMIENTOS UNIDAD FUNCIONAL
DE APOYO Y PARTICIPACION SOCIAL

PAU01-05	Orientación al usuario.
PAU02-04	Definición de capacidad de pago
PAU03-06	Administración de quejas y reclamos
PAU04-05	Satisfacción de los usuarios
PAU05-03	Elaboración del registro civil
PPS01-02	Participación Social

Fuente: Oficina de Planeación Hospital Engativá II NA ESE 2010

Para la Vigencia auditada, la entidad presento 1078 peticiones, quejas, reclamos y/o felicitaciones (PQRs) a través de SIVICOF en el formato CB0405, con corte a diciembre 31 de 2009.

De igual manera se observa que la entidad maneja un sistema en línea con la Secretaría de Salud; a través de un instrumento del Distrito llamado SQS, "Sistema Distrital de Quejas y Soluciones", en el que se refleja un total de 1033

PQRs, este sistema le permite al ciudadano presentar una queja o un reclamo en cualquier punto de servicio al ciudadano, por el Portal de Bogotá o en la Línea 195 y a la vez hacer seguimiento a su comunicación por cualquiera de los canales.

3.9.1 Una vez verificada la información presentada por el Hospital se pudo evidenciar que el total de PQRs archivadas en AZ ascienden a 1424, cifra que no es acorde con lo reportado en SIVICOF y en el Sistema SQS, situación que genera desconfianza en la información reportada, pues no garantiza que todos los requerimientos, solicitudes, quejas y/o reclamos presentadas por los usuarios sean tramitadas en su totalidad incumpliendo lo preceptuado en los literales d) e) y f) del artículo 2º de la Ley 87 de 193 y en el manual de procesos y procedimientos de la Entidad.

3.9.2 Del total de PQRs evidenciados en la oficina de atención al usuario, se tuvo en cuenta como muestra para esta auditoría el 6% que corresponde a 81 PQRs. De estos, el 19.8% cuentan con respuesta oportuna; el 5% no refleja una respuesta acorde a lo requerido, el 69.14% tuvo respuesta superior a 15 días hábiles y el 11.11% no conto con respuesta, lo que no garantiza que todos los requerimientos, solicitudes, quejas y/o reclamos presentadas por los usuarios sean tramitadas con oportunidad, infringiendo lo estipulado en artículo 55 de la Ley 190 de 1995; los artículos 5 y 6 del Capítulo II del Código Contencioso Administrativo y el art. 34 numeral 34 de la Ley 734 de 2002

3.9.3 Por otra parte la entidad realiza apertura de buzones sin asegurar la participación de un miembro de control interno, a pesar que las actas diseñadas hacen referencia a esta participación, la apertura de buzones no se realiza de manera periódica, pues en el transcurso del año 2009 se realizaron 20 actas con intervalos de 19, 17, 10, 9, 8 o 7 días, lo que genera un riesgo para la entidad pues no garantiza la oportunidad en la respuesta a los usuarios incumpliendo lo preceptuado en el artículo 53 parágrafo 2 de la Ley 190 de 1995.

3.9.4 La Unidad Funcional de Atención al Usuario y Participación Social no aplica al 100% los procedimientos establecidos, es así como no se realiza seguimiento a la satisfacción de las repuesta a los usuarios, no se realiza análisis y generación de informes cada mes, no se realiza seguimiento a las respuestas que deben ser emitidas por los referentes, lo que genera un riesgo a la entidad, incumpliendo lo preceptuado en el artículo 54 de la Ley 190 de 1995 y manual de procesos y procedimientos de la entidad.

3.9.5 Así mismo, 26 respuestas que equivalen al 32.1% de la muestra seleccionada, fueron publicadas en cartelera bajo la figura de edicto, sin que este cumpla con dichas condiciones, y notando que no se hizo gestión para la confirmación de dirección del usuarios, a la vez que se observan un numero

exagerado de copias, ocasionando costos adicionales e insatisfacción en el usuario y un riesgo para la entidad, incumpliendo lo preceptuado artículo 55 de la Ley 190 de 1995 y en el artículo 45 del Código Contencioso Administrativo.

Adicionalmente, el equipo auditor dio trámite a un Derecho de Petición trasladado por la Subdirección de Fiscalización Salud para lo cual se requirió a la gerencia del hospital se sirviera dar las correspondientes explicaciones. Se dio respuesta oportuna al DPC 852-09 Anónimo y al AZ-465-10.

3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTA

Para efectos de dar cumplimiento a la Resolución reglamentaria No.034 de 2009, sobre la rendición de la cuenta anual a la Contraloría Distrital a través del aplicativo SIVICOF, se revisó la información que rindió la entidad en los documentos electrónicos CBN-1001, relacionados con la programación anual del PAC, el CBN-1003, relacionado con el POR, el CBN-1093 y CBN-1094, sobre las notas y anexos a la ejecución del presupuesto de ingresos y gastos.

De igual forma la entidad rindió en el formulario CBN-1025 de Cierre Presupuestal, la información relacionada con las Cuentas por Pagar por valor de \$11.549,5 millones, correspondientes a gastos de funcionamiento \$2.862,4 millones, gastos de operación \$8.359,9 millones y gastos de inversión \$327,2 millones. Así mismo se rindió la información de las cuentas por cobrar al cierre presupuestal por \$21.296,2 millones, y un estado de tesorería negativo de \$172,7 millones.

De otro lado, en el link Financiero-Presupuesto, se rindió la información correspondiente a los formularios electrónicos CB-0101-Ejecución Presupuestal de Ingresos; y en el formulario electrónico CB-0103 el Informe de ejecución presupuestal de gastos.

Al cruzar las cuentas por pagar con lo reportado en el SIVICOF, se observa una diferencia de \$17,599,5 millones debido a que el formato CB-0118 denominado cuentas por pagar por edades a diciembre 31 de 2009 reporta la totalidad del pasivo es decir \$38,349,5 millones, mientras que las cuentas por pagar son \$20,750 millones discriminadas a corto plazo \$18,630,1 millones y a largo plazo \$2,119,9 millones.

En tal sentido, la auditoría conceptúa que el Hospital de Engativá, rindió en oportunidad y de conformidad con lo establecido en la resolución de rendición de la cuenta la información pertinente a la vigencia fiscal de 2009. Sin embargo, con relación al contenido de la información que se debió reportar en los documentos electrónicos CBN-1093 y CBN-1094, correspondiente a las notas y anexos de la



ejecución presupuestal de ingresos y gastos, el hospital Engativá, no reportó dicha información, incumpliendo con lo estipulado en la Resolución reglamentaria No. 034 de 2009 de la Contraloría de Bogotá, teniendo en cuenta que el artículo 2º expresa que los responsables del erario distrital, deben presentar los soportes que sustentan legal, técnica, financiera y contablemente las operaciones realizadas por los gestores públicos.

4 ANEXOS

4.1 Cuadro de Hallazgos

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (Millones \$)	REFERENCIACION			
ADMINISTRATIVOS	54		3.3.1.1.1	3.3.1.1.2	3.3.1.2.1	3.3.1.2.2
			3.3.1.3.1	3.3.1.3.2	3.3.1.3.3	3.3.2.2.1
			3.3.2.2.2	3.3.2.2.3	3.3.2.3.1	3.3.3.2.1
			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	3.4.10	3.5.1	3.5.2
			3.5.3	3.5.4	3.5.5	3.5.6
			3.6.1	3.6.2	3.6.3	3.6.4
			3.6.5	3.6.6	3.6.7	3.6.8
			3.6.9	3.6.10	3.6.11	3.6.12
			3.6.13	3.7.1.1	3.7.1.2	3.7.1.3
			3.7.1.4	3.7.1.5	3.8.1	3.8.2
			3.8.3	3.9.1	3.9.2	3.9.3
		3.9.4	3.9.5			
Con Incidencia Fiscal	2	\$9.9	3.6.8			
		\$51.2	3.6.9			
Con Incidencia Disciplinaria	8		3.3.2.2.2	3.6.1	3.6.3	3.6.7
			3.6.8	3.6.9	3.6.13	3.9.2
Con Incidencia Penal	1		3.6.13			

4.2 Cuadro de Transparencia

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION INDICADOR	PUNTAJE	
VISIBILIDAD	Página Web	Página Web de la Entidad	Estructura, y contenido de la página web: i) información general, ii) funcionarios principales y iii) normatividad	15	
			Aspectos relacionados con la usabilidad de la página: i) características de la información, ii) presentación, iii) funcionalidad	27	
	SUBTOTAL (1)				42
	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.	25	
			Quejas y reclamos en la página web	0	
			Existencia y funcionamiento del sistema de peticiones, quejas y reclamos	42	
	SUBTOTAL (2)				67
	Contratación	Página Web de la Entidad	Información General: i) la presencia de un Link de contratación en la página principal del sitio web, ii) la publicación del Plan de Compras de la vigencia en la cual se realizó la revisión	2	
			Se publicaron: i) pre-pliegos o pre-términos de referencia, ii) pliegos definitivos, iii) fechas claras de apertura y cierre, iv) objeto, v) acta audiencia de aclaración, vi) informe de evaluación de las propuestas, vii) acta de adjudicación del contrato o acto administrativo de adjudicación, viii) liquidación del contrato, ix) licitaciones declaradas desiertas	10	
		Información suministrada por la Entidad	Se cumplió con lo establecido en la Ley 80/93 y la Ley 1150 de 2007 y sus Decretos Reglamentarios respectivamente, (Ejemplo: 2474/08, y otros)	5	
			Se dio cumplimiento a la Ley 816/03	0	
	Portal Único de Contratación	Existencia y aplicación del manual y/o proceso de contratación	0		
	SUBTOTAL (3)				17
	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	0	
			Registro de Contratos superiores a 50 SMLV y/o sujetos de esta obligación	0	
	SUBTOTAL (4)				0
	Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control	Página Web de la Entidad	Se publican los planes y programas ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia.	5	
			Presupuesto en ejecución	15	
			Información histórica de presupuesto	10	
		Información suministrada por la Entidad	Mecanismos de Control al interior de la entidad (informes de gestión, metas e indicadores de evaluación de las metas)	11	
	Realización de ejercicios de rendición de cuenta a la ciudadanía por medios diferentes a la página web		20		
	SUBTOTAL (5)				86
	Trámites	Página Web de la Entidad	Información sobre trámites en la página web	0	
			Trámites en línea de la entidad	15	
Trámites racionalizados, simplificados o eliminados			15		
SUBTOTAL (6)				30	
TOTAL FACTOR VISIBILIDAD				242	
MEJORAMIENTO DE LA GESTION	Fenecimiento	Contraloría de Bogotá	Concepto sobre el fenecimiento en la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá		
	Plan de Mejoramiento	Contraloría de Bogotá	Cumplimiento de planes de mejoramiento de la última vigencia auditada	30	
	MECI	Información suministrada por la Entidad	Seguimiento al MECI	12	
	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 GESTION				87	
PARTICIPACION 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	40	
			Existe un comité de seguimiento a los pactos firmados, la ciudadanía participa en ellos	35	
			Las veedurías ciudadanas han efectuado recomendaciones a la Entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas	40	
			La ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, presupuesto participativo, etc.	20	
SUBTOTAL (7)				30	
TOTAL FACTOR PARTICIPACION CIUDADANA				165	
TOTAL MATRIZ DE EVALUACION DE TRANSPARENCIA				494	

4.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO HOSPITAL ENGATIVA II NA ESE

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
10	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.1. Igualmente se verificaron los programas del personal; al respecto se evidenció que no se dejaron registros de la inducción específica en el área donde la persona que ingresa va a desempeñar su función. Adicionalmente, no se pudo establecer cuales funcionarios fueron capacitados durante el año 2008, tampoco el número de horas de capacitación; es decir, la entidad no realizó medición, ni el impacto que generó esta política al interior de la entidad. Incumpliendo lo consagrado en los numerales 1 y 2 del artículo 36 de la Ley 909 de 2007 y NTCGP 1000:2004.	1. Diseñar un formato para que el jefe inmediato del funcionario que ingresa nuevo a la institución registre la inducción específica proporcionada al empleado, los recursos facilitados y la normatividad específica competente. Este formato será remitido a las dependencias de la entidad junto con las instrucciones de diligenciamiento y además, con la indicación de devolverlo al área de Talento Humano, debidamente firmado por el funcionario y su jefe, para que repose en la hoja de vida respectiva como soporte de inducción. 2. Implementación de una base de datos ACCES para registrar la capacitación recibida anualmente por cada funcionario en términos de tipo de capacitación y duración. Esta base ACCES está siendo elaborada con asesoría del grupo de Sistemas. 3. Se diseñó un formato para que cada funcionario evalúe la capacitación recibida; el formato será remitido al grupo de Calidad para su revisión y aprobación.	1. Número de funcionarios nuevos con registro de inducción específica/Número total de funcionarios que ingresan nuevos a la entidad. 2. Base de datos ACCES 3. Formato de evaluación de Capacitación	1. 90% del personal nuevo que dispongan del registro de inducción específica. 2. Una base de datos ACCES 3. Formato de evaluación de Capacitación	Talento Humano	Bienestar y Capacitación	Profesionales del área	01/11/2009	31/08/2010	1-100% 2-50% 3-100%	0.84	La implementación de los formatos FTH-36-0135-01 y FTH ya se está llevando a cabo para que quede la documentación donde se realizó el procedimiento de inducción al ingreso del funcionario. Los días 24,25 y 26 de Noviembre de 2009 se llevo a cabo la reinducción institucional con una participación del 40% de los funcionarios. Igualmente se encuentra en revisión del documento final de la Cartilla de Inducción y Reinducción.	Falta No. 2. Base de datos implementada.	1,5	A
20	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.2. La alta rotación del personal se ha convertido en un riesgo inminente para el correcto cumplimiento del objeto social del Hospital, por cuanto esto dificulta la generación de un impacto positivo en la aplicación de las políticas implementadas para la mejor prestación del servicio. Es decir, que el sistema de Gestión de la Calidad es altamente vulnerable y débil, evidenciándose en el desconocimiento de los manuales y procedimientos. Incumpliendo lo consagrado en numeral 5.5.1 Responsabilidad y Autoridad, literal c) del numeral 6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación NTCGP 1000:2004.	Planear, Levantar un Diagnostico, del personal que hay y que se necesita área por área. H. Evaluar perfiles. V. Llevar un control de retiros e ingresos área por área. Verificar la rotación	Nro Egresos/ Nro Total Funcionarios Nro de Ingresos/ TT Funcionarios	Realizar el 80% de las actividades programadas	Talento Humano	Talento Humano	N.A.	01/09/2009	31/03/2010	1-50% 2-50% 3-100% 4-50%	0.62	A la fecha se está llevando a cabo un trabajo en conjunto con la Secretaría de Salud para realizar un análisis de Recurso Humano VS Capacidad Instalada. 2. En el área de Talento Humano se está actualizando la matriz de recurso humano la cual debe actualizarse como insumo para realizar la planeación del recurso Humano para el año 2010 3. Para el Año 2010 cada área debe presentar en el POA una justificación de necesidades de recurso humano que permita diseñar un plan de gestión del Recurso Humano.	Los soportes no evidencian la acción correctiva	1	A
30	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.3. La estructura del Hospital fue reorganizada para la asignación de funciones y delegación de responsabilidades; sin embargo se encontró que áreas como Control Interno tienen asignadas funciones que no son propias de esta oficina, además no cuentan con el personal necesario para el desempeño de su función, situación que incide directamente con el cumplimiento de su deber legal. Lo anterior nos permite concluir que durante el periodo evaluado no se evidenció compromiso del nivel directivo en visualizar el control interno como una herramienta gerencial, como un mecanismo de autoprotección que le permita cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad del Hospital. Incumpliendo con lo consagrado en el parágrafo de artículo 1 de la Ley 87 de 1993 y en lo establecido en el literal e del título 5.1 Compromiso de la Dirección, de la norma NTCGP 1000:2004.	Asignar un profesional para auditoría de las áreas administrativas y un auditor medico para las áreas asistenciales	Numero de profesionales asignados/ No. Total de profesionales a asignar	A Noviembre 30 haber nombrado los profesionales para el área de OGPA	Talento Humano	Talento Humano	N.A.	01/09/2009	31/03/2010	1	1	Con el fin de fortalecer la OGPA se llevo a cabo una reubicación de un Profesional Especializado, al momento posesionarse el jefe de la oficina, el profesional que se encuentra encargado de esta función pasará a desarrollar funciones de auditor administrativo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
40	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.4. En las actas de comité de glosas no se evidencia seguimiento ni se especifican los compromisos adquiridos por los funcionarios, los cuales solamente describen algunas acciones, sin asumir compromisos que permitan la ejecución de la acción de mejora y en donde se especifique claramente la problemática con que cuenta el hospital de Engativá con las glosas. Por lo descrito anteriormente, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numerales a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, i, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Especificar en el acta de comité de glosas el seguimiento y los compromisos adquiridos por los funcionarios que permita mejorar el tema de glosas.	No. De tareas realizadas/No. de tareas concertadas en comité	A 31 de diciembre de 2009 registrar compromisos y su respectivo seguimiento del tema de glosas dentro de las actas de comité de glosas.	Cuentas médicas	Cuentas médicas y Comité de glosas	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Durante la vigencia de 2009 se realizaron comités de glosas y se efectuó seguimiento a las tareas cumpliendo a cabalidad con los compromisos propuestos.	Durante el 2009 se verificó en algunas actas de comité de glosa el seguimiento a las tareas	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
50	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.5 La Entidad hasta la fecha no ha adoptado mediante acto administrativo, el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA, el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Así mismo, no se presentaron los resultados a 31 de diciembre de 2008 al plan de acción del mismo año establecido y aprobado por el comité ambiental para las actividades relacionadas con gestión ambiental.	"Adoptar el PIGA mediante acto administrativo" Redefinir al plan de acción del comité de gestión ambiental y realizar seguimiento al mismo	*Adopción PIGA= Contar con el acto Administrativo donde se adopte el PIGA *Nivel de cumplimiento del Plan de acción comité de gestión ambiental - No de actividades ejecutada / Total de actividades propuestas en el plan de acción CGA *100	"Al 31 de diciembre del 2009 contar con el acto administrativo" A 31 de diciembre de 2009 tener un Cumplimiento del 60% del plan de acción Comité de Gestión Ambiental	Servicio de Apoyo	Profesional Ambiental : Mónica Cáceres	N.A	01/09/2009	21/12/2009	0.90	0.90	Los lineamientos del PIGA fueron modificados por la SDA, por lo cual se han realizado diferentes reuniones con la autoridad para coordinar la aprobación del documento, en donde se ha aprobado: la política ambiental, el plan de acción 2010, el documento completo fue enviado a la SDA en el mes de diciembre y en el mes de enero enviaron las correspondientes correcciones, en el momento se esta realizando las adecuaciones del documento para aprobación para lo cual se concertó una reunión con la SDA para el mes de febrero y ser aprobado en este mismo mes	El Hospital no adoptó el PIGA mediante acto administrativo, se observa que se redefinió el plan de acción del comité de gestión ambiental y realizar seguimiento al mismo	1	A
60	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.6. Se pudo evidenciar que el Hospital no cuenta con la totalidad de los procesos y procedimientos elaborados y aprobados; como es el caso del área de gestión ambiental institucional. Incumpliendo en lo consagrado en la NTCGP 1000-2004.	Elaborar los procesos de gestión ambiental e incluirlos en el Manual de Procesos de la Institución	No. De procedimientos elaborados y aprobados / No. De Procedimientos a elaborar.- 100	Elaborar y aprobar el 100% de los procesos de Gestión ambiental de la institución	Servicios de Apoyo Oficina Asesora de Planeación y Calidad.	Ing. German Rodríguez, Referente se de Servicios de Apoyo Dra. María Lucía Grueso, Profesional especializado o oficina de planeación y calidad	Humanos	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Se incluyó el proceso de gestión ambiental dentro del mapa de procesos de la entidad y se levantaron los procedimientos correspondientes con su socialización	El Hospital cuenta con los procedimientos del área de Gestión Ambiental dentro del Mapa de Riesgos del Hospital.	2	C
70	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.7. Al respecto se pudo identificar que aunque los procedimientos existan en algunos casos como los generados del hospital no son conocidos por la totalidad de las áreas visitadas, tal es el caso de la radicación de la correspondencia interna que en algunos casos se realiza sin cumplir con el trámite de la oficina de correspondencia, este mismo incumplimiento ocurre con el procedimiento de levantamiento de actas. Se detecto que aunque los procesos y procedimientos que están levantados y constituyen una herramienta facilitadora para el cumplimiento de las funciones de las diferentes áreas, no son utilizados o aplicados integralmente. En este mismo sentido, no se evidenció la realización de una auditoría interna sobre el cumplimiento y operabilidad de los procesos al interior de la entidad y por ende tampoco existe un plan de mejoramiento concertado. Incumpliendo con lo consagrado artículo 1, parágrafo único, de la Ley 87 de 1993.	Realizar Auditoría al cumplimiento y operatividad de los procedimientos de recepción, entrega de correspondencia y levantamiento de actas, de la cual surja un plan de mejoramiento.	Auditorías propuestas/Auditorías realizadas*100	A 31 de Agosto de 2010 haber realizado las auditorías propuestas y el seguimiento a las acciones de mejoramiento.	OGPA	Grupo Auditor OGPA	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	Se verificó la socialización de los procedimientos de la entidad	1	En el mes de noviembre se actualizaron todos los procedimientos de la institución, con participación de todo el personal. En el manual de calidad versión 5.0 se encuentran todos los procedimientos de la entidad los cuales fueron socializados al personal del Hospital, de igual forma en los PC se cuenta con un acceso directo para una fácil consulta.	Se evidencia Auditoría al cumplimiento y operatividad de los procedimientos de recepción, entrega de correspondencia y levantamiento de actas	2	C
80	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.8. La estructura organizacional del Hospital, en lo relacionado con el personal operativo con el que cuenta algunas áreas como la de planeación y gestión de la calidad no le permite cumplir con las funciones y competencias asignadas. Es así como, durante el año 2008 no se realizó y ejecutó programa de auditoría interna. Además, el reporte del cumplimiento de metas para consolidar la gestión anual obedeció a la evaluación reportada por cada referente de área sin que se constatará algún proceso organizado de verificación. Incumpliendo con la norma NTCGP 1000-2004 y lo consagrado en los numerales g) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Elaborar y desarrollar un cronograma de auditorías con aprobación previa del Comité de Control Interno.	Porcentaje de cumplimiento de auditorías realizadas: No. De Auditorías realizadas / No. De Auditorías programadas.*100	Realizar el 100% de las actividades programadas en el cronograma.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	Mardory Serna, Profesional Especializado o Oficina de Planeación y Calidad	Humanos	01/09/2009	31/10/2009	Se han realizado 14 auditorías de las 14 programadas de acuerdo a los estándares de Acreditación	1	Se dio cumplimiento al plan de auditorías aprobado por el Comité de Control Interno y la entidad durante la vigencia.	Se verifica Plan de auditorías aprobado en comité de Control Interno en acta No 2 de septiembre de 2009	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
90	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.9. Durante el último trimestre del año 2008 y en cumplimiento del plan de mejoramiento concertado con la Contraloría de Bogotá, el Hospital elaboró el mapa de riesgos institucional en el cual se identificaron los factores de riesgo internos y externos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Igualmente se adoptó una matriz de riesgo en donde se describe la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el nivel de impacto de sus consecuencias, la calificación y evaluación. No obstante lo anterior, no se evidenciaron registros que permitan identificar que esta actividad fue realizada al interior de cada área de manera concertada. Así como tampoco se identificaron políticas encaminadas a la valoración del riesgo; en las áreas auditadas, no se evidenció la existencia de lineamientos claros que les haya permitido obtener una priorización de mencionados riesgos. Por otra parte y aunque el Hospital ha clasificando los riesgos bajos, medios y altos, en los cuales se estableció una acción de corrección, no se ha identificado un plan de mitigación de riesgos en el que se definan las actividades de control implementadas, así como tampoco se tiene un procedimiento de monitorización de autoevaluación del control. Finalmente, no se evidenció una evaluación y seguimiento del comportamiento de la matriz para generar procesos de mejora interna de la matriz de riesgos. Los anteriores hechos incumplen con lo establecido en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001.	1. Revisar y Ajustar el proceso de manejo y seguimiento a riesgo PC105-02 2. Asesoría y acompañamiento en la formulación de los mapas de riesgos. 3. Elaboración de los mapas de riesgos por proceso. 4. Consolidación de los mapas de riesgos en una matriz de riesgos global 5. Determinación de un mapa de riesgos global institucional. 6. Seguimiento individual a mapa de riesgos institucional 7. Realizar seguimiento semestral a la matriz de riesgos institucional	Porcentaje de cumplimiento de actividades realizadas: No. de actividades realizadas/ No. De actividades propuestas *100	A 31 de Agosto de 2010, haber desarrollado el 100% de las actividades para la obtención del mapa de riesgos de la institución.	* Comité de Control Interno y Calidad. * Oficina Asesora de Planeación * Grupo auditor de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Jefe de Oficina, Subgerentes y Referentes de Proceso. Comité de control interno y calidad.		N.A.	01/09/2009	31/10/2010	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo 5 de las 7 actividades programadas en la acción correctiva. La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	0.71	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo 5 de las 7 actividades programadas en la acción correctiva. La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	Falta seguimiento e informe semestral.	1,5	E
100	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.10. Aunque se observa que la entidad está en proceso de articulación del naciente mapa de riesgos; se evidencia la reiterada ocurrencia de algunos riesgos identificados y la inexistencia de controles en el desarrollo de procedimientos como el manejo de la información contractual. Situación que se presenta de manera reiterada; frente al hecho descrito, se evidenció la ausencia de auditoría interna, que no le permiten a la entidad mitigar y corregir los riesgos a los que está expuesta. Los hechos anteriormente narrados incumplen con lo establecido en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001.	Se procederá a efectuar una revisión general al mapa de riesgos del área jurídica, con el fin de ejercer controles en los procedimientos especialmente en el manejo de la información contractual, así como identificar e incluir los riesgos detectados	.Total de riesgos revisados, controlados y con seguimiento, sobre mapa de riesgos. Y Numero de auditorías realizadas sobre auditorías programadas	A 30 de Abril de 2010 haber revisado, e incluido en el mapa de Riesgos, el total de riesgos detectados en el manejo de la parte contractual. Y por parte del área de Gestión Pública realizar las auditorías y controles correspondiente s.	Jurídica y Gestión pública y a	Vladimir Ilich Mendoza Villamizar y Cesar Lugo	Mapa de riesgos	01/09/2009	30/04/2010	Se elaboró el respectivo mapa de riesgos, el cual fue presentado a la oficina de planeación.	0.90	Se identificaron los riesgos, elaborándose el respectivo mapa, para control y seguimiento, entregado a la oficina de Planeación.	No se realizó la acción, se observa en formato de Plan de Mejoramiento o firma de seguimiento; sin embargo se confirma que auditoría como tal no se realizó.	0	A
110	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.11. Al verificar los bienes recibidos de terceros se constato que la entidad no tiene todos los contratos de comodatos debidamente legalizados, como es el caso de las siguientes empresas: hospimedicos, Doquimed Ltda., Laboratorios Baxter S.A, Smartel S.A, Biocientífica, Gemedico S.A. Aliance S.A, corriendo el riesgo que no se tengan controles establecidos para la entrega de los bienes recibidos de terceros y que estos no sean registrados en las cuentas de orden. Por lo descrito anteriormente, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numeral a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Se legalizará mediante contratos de comodato, la totalidad de los bienes recibidos de terceros para efectuar un control sobre dichos bienes y registrarlos en las cuentas de orden.	Numero de contratos de comodatos legalizados, sobre totalidad de bienes recibidos de terceros.	A 30 de Diciembre de 2009, legalizar mediante contratos de comodato el 100% de los bienes recibidos de terceros y registrarlos en las cuentas de orden	jurídica y Contabilidad	Vladimir Ilich Mendoza Villamizar y Humberto Bohorquez	Informes de bienes recibidos de terceros.	02/09/2009	30/06/2010	Se ofició a las áreas correspondientes con el fin de tener todos los documentos necesarios para la elaboración del contrato. Se ha legalizado en un 85%	0.85	De acuerdo al informe de las demás áreas, se han venido suscribiendo los respectivos comodatos, en la oficina jurídica reposan las carpetas de los mismos.	No cumplieron con la acción propuesta	1	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	(50) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
120	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.1.12. Este Ente de Control observó durante la auditoría que uno de los riesgos más relevantes en el tema ambiental es la toma de decisiones por parte de la actual Administración, es el caso del traslado del contratista que venía desarrollado actividades diferentes a las relacionadas con la gestión ambiental, por cuanto éste prestaba sus servicios desde mayo de 2006 hasta el mes de enero de 2009 en el área de activos fijos. A partir del mes de febrero de 2009 fue trasladado al área de servicios de apoyo; aunque el contratista posee el título de Tecnólogo en Gestión Ambiental y Servicios Públicos, el mismo no venía ejerciendo su formación académica en el Hospital Engativá, por lo tanto, no contaba con la experiencia y conocimiento actualizado para desarrollar las actividades propias a la gestión ambiental del hospital, en especial la rendición de cuenta al SIVICOF a la Contraloría de Bogotá, D. C. Transgrediendo lo normado en los literales a), e) y f) del artículo 2 Objetivos del sistema del control interno de la Ley 87 de 1903. Los hechos descritos anteriormente ocasionaron inconsistencias en la información ambiental rendida a la Contraloría de Bogotá D.C., información que es consultada y evaluada por la Dirección Sector Ambiente para el consolidado anual del informe de Recursos Naturales del D. C.	Contratar un Ingeniero ambiental que cumpla los requisitos del cargo	Numero de personal contratado/No. Total del personal a contratar	A 30 de Sept. De 2009 haber contratado un ingeniero ambiental	Talento Humano - Servicio de Apoyo	Referente de Talento Humano Dora Elsa Guevara-Referente de Servicios de Apoyo Germán Rodríguez	N.A.	01/07/2009	30/09/2009	1-100%	1	La ingeniera Ambiental esta prestando sus servicios con contrato desde el 01 de Agosto de 2.009.	El Hospital contrato un Ingeniero ambiental manejando el área y asignado a la oficina servicios de apoyo y cumplió los requisitos del cargo	2	C
130	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.1. Durante la vigencia auditada no se pudo identificar políticas de operación que permitieran constituir marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación de los componentes direccionamiento estratégico y la administración del riesgo, lo anterior se vio reflejado en la incompleta construcción de planes operativos, en la falta interiorización del Código de Ética y Buen Gobierno Institucional. Igualmente el Hospital en sus planes operativos no incluyen los recursos presupuestados necesarios y las estrategias que habrán de seguir para el logro de esos objetivos, de tal manera que los mismos puedan ser evaluados de acuerdo con los indicadores de eficiencia que se diseñen para cada caso. Incumpliendo lo consagrado en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995.	Divulgar las políticas de operación, el código de Ética, el Código de buen Gobierno de la Institución.	Porcentaje de funcionarios que participan en la divulgación/ No. De funcionarios que participan en la divulgación / No. De funcionarios de la institución.*100	Divulgar al 100% de los funcionarios de la Institución las Políticas de Operación, el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno	Oficina Asesora de Planeación y Calidad.	Dra. María Lucía Grueso, Profesional especializada o Mardory Serna Profesional Especializada o Diana Carvajal, Jefe de la Oficina Asesora	Humanos, Gráficos	01/09/2009	31/10/2010	Con corte a 31 de diciembre se realizó socialización n al 50% de los colaboradores	0.50	Fue elaborado, el manual del sistema de gestión de la calidad, el cual contiene la divulgación del código de ética y el código de buen gobierno. Este manual, ha sido entregado al personal de la organización como medio de socialización. Se incluyó en el proceso reinducción la socialización de los mencionados documentos.	Se evidencia manual del sistema de gestión de la calidad, el cual contiene la divulgación del código de ética y el código de buen gobierno, a la fecha presentan soporte del divulgación al 55% de los funcionarios	1,5	E
140	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.2. El Hospital no cuenta con un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, acorde con las disposiciones legales vigentes sobre la materia. Es así como, no se tienen claramente identificados los puntos de control; ni las acciones preventivas y correctivas, tampoco se pudo evidenciar a través de registros las capacitaciones y socialización de los controles que se deben realizar para cada uno de los procesos y procedimientos. Incumpliendo lo establecido en NTCGP 1000:2004.	1. Elaboración del manual para el manejo de los Archivos. 2. Revisión y aprobación de las TRD. 3. revisión y socialización de los procesos y procedimientos. 4. Capacitación a todas las áreas de la Institución en el manejo de Archivo.	1. Manual aprobado por el comité de Archivo. 2. No. de tablas por área aprobada/ No. total de áreas del Hospital*100 3. No. de áreas socializadas/No. de áreas del Hospital*100 4.No. de áreas capacitadas/total de áreas del Hospital*100	A 31 de Diciembre de 2009 tener un avance del 35% , para el 30 de junio de 2010 avanzar en un 50% y para el 31 de Agosto de 2010 culminar con el 15% restante	1. Archivo, Comité de Archivo 2.Archivo o Comité de Archivo 3.Archivo 4.Archivo, Talento Humano	1. Referente de área y miembros del comité de Archivo 2.Referente de área y miembros del comité de Archivo 3. Referente del área. 4.Referentes de Archivo y Talento Humano	1 Técnico en Archivo con experiencia en levantamiento de TRD.	01/09/2009	31/08/2010	Manual pendiente de envío por correo para que lo conozcan cada una de las áreas.	0.37	1. Se evidencia instructivo - procedimiento 2.Revisión y aprobación de las TRD, se observa que el encargado de archivo solicita en varias oportunidades apoyo a la gerencia; última comunicación n 28 de junio de 2010, la acción no se ha cumplido. 3. OK. 4. OK. Se aprueba en mesa de trabajo final, justificación presentada por la Admón. Y se cierra.	2	C	

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
150	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.3. Se observan fallas de control interno en el manejo de la información en el área de cartera, en razón a que no evidenciaron los soportes de la gestión adelantada por el hospital de las conciliaciones con el FFDS y otros pagadores en la recuperación de la cartera y la claridad sobre las glosas, esto no da claridad y agilidad en la revisión efectuada por este ente de control. Por lo descrito anteriormente, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numerales a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	1. Implementar un archivo adecuado a las normas establecidas donde se guarden las actas de conciliaciones o cruces de cartera con los diferentes pagadores y el FFDS especificando los montos de cartera y glosas de manera que el Hospital cuente con información real para la presentación de informes a entes externos. 2. Llevar a cabo conciliaciones con los diferentes pagadores diferentes al FFDS	1. Numero total de conciliaciones realizadas / numero total de conciliaciones programadas. 2. Numero total de conciliaciones realizadas / numero total de conciliaciones programadas	1. Para el 31 de Diciembre de 2009 se cumpla con un 30% de cruces con los pagadores y durante el primer semestre de 2010 se concilie con un 40% de los restantes. 2. A 31 de Diciembre de 2009 haber realizado conciliaciones o cruces de cartera con el 30% del total de pagadores y Durante el primer semestre del 2010 haber conciliado con el 40% de los restantes, lo anterior para que a 30 de Junio de 2010 se haya logrado conciliar con el 70% de los pagadores. 2. A 31 de Agosto de 2010 haber realizado conciliaciones o cruces de cartera con el 70% del total de pagadores. A 31 de diciembre de 2009 haber avanzado en el 20%, con corte a 30 de junio de 2010 haber avanzado en el 50% y con corte a agosto 31 de 2010 alcanzar el 70%.	1. Cartera. 2. Cuentas Médicas	1. Cartera. 2. Cuentas Médicas	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	0.5	0.50	Se organizó el archivo de acuerdo a las normas establecidas, con relación a las actas se clasifican según pagador (glosa y recobro). Se realizó a partir de septiembre hasta diciembre de 2009, cuarenta y dos (42) Actas de Conciliación de Glosas y trace (13) Actas de Recobros con los diferentes pagadores. Se han reprogramado las visitas a las diferentes entidades teniendo en cuenta el recurso humano.	Se evidencia el archivo de las normas que guarden las actas de conciliación o cruces de cartera con los pagadores y el FFDS con glosas. No hay conciliaciones con los pagadores diferentes al FFDS	2	C
160	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.4. En el mapa de riesgos, se deja entrever prioridades de atención a los riesgos asociados a la misión institucional, sin embargo no se evidencian puntos de control en cuanto al registro, identificación y seguimiento a las glosas en la ocurrencia de la prestación del servicio, durante la vigencia de 2008. Incumpliendo NTCGGP 1000:2004.	Establecer puntos de control en los procedimientos de registro, identificación y seguimiento a las glosas	No. De procedimientos de glosas actualizados con puntos de control/No. De procedimientos del área de glosas	A agosto 31 de 2010 tener actualizados el 100% de los procedimientos relacionados con las glosas.	Cuentas médicas	Referente de Cuentas Médicas	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	1	1	Se diseñó e implementó un procedimiento para la respuesta a glosas el cual está identificado en el sistema de Gestión de Calidad con el cod. PGF04.	Tiene implementación del procedimiento para glosa, pero no tiene depurado la totalidad de la glosa	1,7	C
170	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.5. Al efectuar seguimiento a las entidades en Liquidación. No se encuentran fácilmente los soportes que permitan evaluar la gestión adelantada por el hospital tendiente a efectuar la recuperación de los recursos. Lo que transgrede lo estipulado en el artículo 2 numerales a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Organizar el archivo de las carpetas de las empresas liquidadas de conformidad con las normas establecidas en el Hospital para archivo, de igual forma realizar las acciones necesarias de gestión de cobro a que haya lugar	No. De entidades organizadas/Total entidades liquidadas	A 29 de febrero de 2010, haber realizado el 100% de las acciones correctivas	Cartera	Referente de Cartera - personal soporte jurídico área de Cartera	N.A.	01/09/2009	28/02/2010	1	1	Se organizó el archivo de las empresas liquidadas (en el área reposa el archivo correspondiente)	Se verificó el archivo de las entidades en liquidación el cual reposa en el área de cartera	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
180	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.6. El Hospital de Engativá no tiene establecidas las tarifas en el contrato vigente con el FFDS, lo que genera que el hospital no tenga la certeza sobre el valor facturado y el verdadero costo de su prestación del servicio. Por lo tanto, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numeral a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Realizar revisión y verificación de las tarifas vigentes con el FFDS.	No. De Registros actualizados/No. Total de registros a actualizar *100	A octubre 31 de 2009 tener el 100% de las tarifas actualizadas	área encargada de la cuenta del FFDS del Hospital Engativá	Referente cuenta del FFDS del Hospital Engativá	N.A.	01/09/2009	31/10/2009	1	1	El Hospital revisó y verificó las tarifas establecidas en el contrato 479 de 2007 suscrito con el FFDS y adicionalmente a 31 de octubre de 2009 se actualizó la matriz de contratación en cuanto a tarifas y cantidades		2	C
190	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.7. La carencia de controles por parte del área de facturación al momento de efectuar el registro de las facturas con los distintos pagadores y el FFDS, ocasiona la ocurrencia de la glosa por cobro de actividades intermedias y dobles cobros. Por lo tanto, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numeral a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Se realiza preauditoria técnica administrativa de cuentas médicas en los diferentes servicios hospitalarios, de tal manera que se garantice la revisión del 100% de la facturación hospitalaria.	numero de cuentas revisadas / numero de cuentas generadas	Revisar y preauditar el 100% de las cuentas de Hospitalización generadas en el Hospital.	Facturación	Referente de facturación	N/A	01/08/2009	31/08/2010	1	1	El mayor número de facturas auditadas por evento nos ha permitido mejorar la calidad de la facturación enviada tanto por soportes y cargos. Se esta realizando preauditoria administrativa en los diferentes servicios los cuales nos ha permitido efectuar la revisión de las facturas.	en mayo 10 de 2010 diseñaron el procedimiento para la preauditoria de cuentas PGF107, con el objeto de garantizar la cobrabilidad del 100% de las facturas por prestación de servicios	2	C
200	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.8. No se evidencian controles ni reportes de cartera y de la auditoría médica, referentes a las causas de glosa que permitan efectuar cruces entre las dos áreas y que estos conduzcan a obtener datos reales y de otra parte claridad sobre el manejo de las mismas, lo que permite reducirlas, aclararlas o mitigarlas. Por lo tanto, se incumple con lo establecido en el artículo 2 numeral a) hasta la h), artículo 4, numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l, artículo 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Realizar cruce bimensual entre las áreas de cartera y cuentas medicas sobre el manejo de las glosas	Numero de cruces realizados sobre el número de cruces programados.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 80% de los cruces de control de las causas de glosa y el manejo de las mismas.	Cartera y Cuentas medicas.	Cartera y Cuentas medicas.	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	1	1	A partir de septiembre de 2009 se implementó el cruce mensual de glosa inicial entre Cuentas Médicas y Cartera, las causales están identificadas en los informes mensuales. Sobre las causales de glosa se han informado y realizado seguimiento en los comités de glosa. Las causales por devolución el área de facturación las subsana y radica nuevamente a los diferentes pagadores	La glosa con otros pagadores fue enviada según acta de visita fiscal del 27 de agosto de 2010, la auditoría incluye vinculados del segundo semestre de 2008 y primer semestre de 2009 y fue enviado al comité de glosas, cartera, contabilidad el 26 de agosto de 2010, las del FFDS también fueron entregados el 25 de agosto a las mismas áreas.	2	C
210	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.9. La no elaboración oportuna de los RIPS, se ve reflejada en todo el proceso contable. De otra parte, no se efectúa oportunamente la radicación de las cuentas por facturación lo que incide en la recuperación de la cartera, además la no confiabilidad en el sistema de información Hipócrates, no permite tener incidencia ágil, oportuna y confiable en el área de cartera, glosa y facturación tanto en reportes, como en los históricos que se manejan con el fin de mostrar todos los hechos económicos de la entidad, corriendo posibles riesgos de la pérdida de información y la no recuperación oportuna de la misma. Incumpliendo lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Ley 87 de 1993.	Los RIPS se solicitaran antes del día 15 de cada mes, para que el área de Sistemas pueda entregar el 100% de los RIPS en tiempos oportunos de radicación.	numero total de solicitud de RIPS / numero de rips entregados	Radificar el 100% de las cuentas que tengan RIPS.	Facturación	Referente de facturación	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	1	1	Se esta haciendo seguimiento a las cuentas no radicadas para que sean radicadas en el mes siguiente además que la solicitud de los rips se realiza en forma oportuna, se radican todas las cuentas que tienen RIPS	Con el procedimiento implantado mejoraron la facturación radicada,	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
220	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.10. Durante este periodo no se diseñaron indicadores que permitan medir la eficiencia, la eficacia y efectividad de las áreas en la implantación del sistema de gestión de calidad. Incumpliendo lo consagrado en los literales o) y g) artículo 2 de la Ley 87 de 1993 y el manual de procesos y procedimientos.	1. Continuar con el desarrollo de los tableros de control establecidos que permitan evaluar el desempeño de la gestión. 2. Retroalimentación del comportamiento de indicadores en los comités de Producción.	Porcentaje de actualización de Tableros: No. De tableros de Control actualizados/ No. De tableros existentes.	Actualizar de manera mensual el 100% de los tableros de indicadores de la institución. Presentar sus resultados en el comité de producción.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad.	Dra. Maria Lucia Grueso, Profesional especializada o Diana Carvajal, Jefe de la Oficina Asesora	Humanos	01/09/2009	31/03/2010	Con corte a 31 de Diciembre de 2009 los tableros de control se encuentran actualizados	1	Se tiene el 100% de los tableros de gestión actualizados al finalizar la vigencia. Solicitamos cerrar el hallazgo.	Se cumplió con las acciones correctivas	2	C
230	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.11. Se estableció que no se cuenta con un procedimiento adecuado para la entrega de los puestos de trabajo; riesgo de alta permanencia ante la alta rotación del talento cooperado y por contrato de prestación de servicio, lo que generó desorden en los procesos, reprocesamiento de información y pérdida de la información, es así como en el área de gestión ambiental, no se cuenta con un backup de la información, lo que dificultó ubicar algunos documentos relacionados con las gestiones adelantadas en el año 2008. De la misma manera se identificó que en algunas áreas la información no pertenece a la entidad si no a las personas que en ella laboran, hechos que generan riesgos de alto impacto; lo que se desencadena en la pérdida de información y en consecuencia no permite cumplir la función y ejercer el control. Desconociendo lo consagrado en la norma NTGP 1000:2004.	P. contar con un diagnóstico por áreas H. Circularizar a las áreas la necesidad de cumplir con los procesos establecidos para la entrega de puestos de trabajo, V. Realizar una lista de chequeo esporádica para verificar el cumplimiento de los procedimientos. A. Realizar 02 visitas con la oficina de OGPA para ver el cumplimiento.	Nro de actas/ Nro de funcionarios que se retiraron	Realizar el 80% de las actividades programadas	Todas las áreas, Talento Humano	Talento Humano	N.A.	01/10/2009	31/03/2010	1 - 60%	0.60	Se envió circular desde el área de Talento Humano recordando la aplicación de la Ley 951 de 2005 donde se establece la obligatoriedad de la entrega de los cargos públicos y la forma de hacerlo, igualmente se debe socializar el procedimiento para entrega de los cargos para que cada funcionario tramite un Paz y salvo con la entidad antes de obtener su respectiva liquidación.	Se verifica que se creó procedimiento para la entrega de cargo PTF55,	1	A
240	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.12. El manejo documental de la información que genera el Hospital, tanto primaria como secundaria no es el más adecuado; se evidenció que: - La información no es archivada correctamente, es decir, no se archiva cronológicamente, no se tienen foliadas las AZ y carpetas. - Las AZ que se manipulan en las áreas visitadas contienen documentos que superan las capacidades de estas, los documentos no se encuentran debidamente separados por temas. - No se lleva una adecuada custodia de la información relacionada con el tema ambiental, lo cual no permite a la auditoría evaluar que adelantó la entidad en el tema ambiental durante la vigencia 2008. - Se encontró AZ con algunos documentos adelantados por las Ingenieras que prestaron sus servicios en el año 2008, sin embargo, no se encontraron algunos documentos relacionados con la ejecución de los contratos de operación de la planta de tratamiento de aguas residuales y la gestión en el tema de reciclaje del 2008. - Se observó en los reportes diarios de generación de residuos hospitalarios RH1 de la vigencia 2008 que presentan errores en sumatorias de lo generado en el mes y algunos no están firmados. También presenta enmendaduras y tachones. Los anteriores hechos, permiten concluir que el hospital no cuenta con políticas para el adecuado manejo y conservación de la información generada. Incumpliendo con lo consagrado en los artículos 4,6 y 12 de la Ley 594 de 2000.	1. Socializar instructivo de manejo de Archivos de Gestión. 2. Crear el Subsistema interno de Gestión Documental y Archivos	1. No. de áreas socializadas/total de áreas del Hospital*100 2. No. De áreas capacitadas en Manejo de Archivos/No. Total de áreas del Hospital	a 31 de Diciembre de 2009, tener un avance del 40% para el 30 de junio de 2010 avanzar en un 40%, y el 20% restante para el 31 de agosto de 2010	1. Archivo, Comité de Archivo 2. Archivo o Comité de Archivo	1. Referente Archivo, y Miembros del Comité de Archivo 2. Referente de Archivo, y Miembros del Comité de Archivo	1 Tecnico en Archivo con experiencia.	01/09/2009	31/10/2010	En el comité de diciembre se paso el manual de gestión para ser aprobado y se procede para el mes de enero remitirlo por correo a cada una de las áreas, de igual manera se enviaron por correo los procesos y procedimientos para que los consulten las demás áreas del Hospital	0.50	1. En el comité de diciembre se entregó el instructivo de manejo de archivos de gestión para que fuera aprobado. 2. se socializó por correo interno los conceptos básicos en el manejo de Archivos.	1 Se verifica que se socializó mediante correo interno (email) 2 No se observan Subsistema interno de Gestión Documental y Archivos	1	E

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
250	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.13. No existe cultura de rendición voluntaria de cuentas, ni al interior, ni al exterior de la institución; no se evidenció la existencia de instrumentos para la democratización de la administración pública; no hay una efectiva divulgación a los usuarios sobre sus derechos y deberes. Así como tampoco se promueve que los usuarios realicen control social a los planes, proyectos, servicios y contratos que realiza la entidad. Incumpliendo con lo consagrado artículo 7 del Decreto 3622 de 2005 y el literal b) del artículo 6 de la Ley 850 de 2003.	1.-Dedicar el tiempo completo de una informadora para la socialización de los derechos y deberes del usuario al cliente interno y al cliente externo de la institución, tanto con los usuarios hospitalizados como con los usuarios y sus familias en las diferentes salas de espera. 2.-En la siguiente vigencia se realizará un evento anual de rendición de cuentas voluntarias pública. 3.-Fortalecimiento de los espacios de control social por medio de la articulación de los procesos de veeduría con los interventores locales de los proyectos, de esta manera se logrará que la incursión del control social genere un impacto positivo en estos procesos, sin que se perciba por parte de los usuarios que su intervención no tiene trascendencia en la evaluación de la ejecución de proyectos.	1. # de nuevos usuarios a quienes se les socializan los derechos y los deberes/ # total de usuarios atendidos en atención al usuario. 1.2. # de funcionarios a quienes se les socializan los derechos y deberes/ # total de funcionarios del hospital 2. # de Reuniones de Rendición Pública de Cuentas / 1 vigencia del próximo periodo. 3. # de Reuniones de articulación de los veedores y de otros mecanismos de Participación para el impulso de las actividades de control social y así mismo generar impacto y planes de mejoramiento a la ejecución de los proyectos nacido de estos procesos sociales.	1. A 31 de Agosto de 2010 tener cobertura de un 50% del cliente externo. 2. A 31 de Agosto de 2010 tener cobertura de un 70% del cliente interno. 2. A 31 de Agosto de 2010 haber realizado un evento de rendición de cuentas pública así mismo continuar fortaleciendo el mismo proceso desde los mecanismos de Participación en toda la vigencia del año. 3. Estrechar los lazos de comunicación y de Participación entre los usuarios veedores y de otros mecanismos de Participación para el impulso de las actividades de control social y así mismo generar impacto y planes de mejoramiento a la ejecución de los proyectos nacido de estos procesos sociales.	Atención al Usuario Oficina de Participación Social	Atención al Usuario, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa, Coordinadores de todos los servicios y gerencia.	Folleto del Manual del usuario y folleto de Derechos y Deberes de los usuarios	01/09/2009	31/08/2010	1.5817 usuarios nuevos a quienes se les socializan los derechos y deberes / 19638 usuarios atendidos en atención al usuario 100% 2.2% 2.- 819 funcionarios a quienes se les socializan los derechos y deberes / 1465 funcionarios del hospital 100%-55% 3.-En el curso del segundo semestre del año 2009 se realizaron dos eventos de rendición de cuentas a diferentes mecanismos de participación: "Audencia Pública" - 12 de Noviembre de 2009 Liderada por Comité de Derechos Humanos* rendición de Cuentas - 11 de Septiembre de 2009 Liderada por Asousuarios*Estos eventos en la presente vigencia han tenido lugar con la Asociación de Usuarios y el Comité Local de Derechos Humanos, estos espacios se han promovido desde el Hospital Engativá como impulso y fortalecimiento de los mecanismos de Participación de la localidad. 100%. 4. Se concertaron y realizaron los espacios de las reuniones de articulación con los veedores de proyectos UEL, tanto participantes de Copaco como de la Asociación de Usuarios. En estos reuniones se realizó la socialización del punto de evaluación de los veedores como insumo a los interventores de los proyectos. En el mes de Septiembre y Diciembre de 2009 se realizaron las últimas reuniones con el referencios de proyectos UEL y cada uno de los referencios de los proyectos para la presentación del informe final de la ejecución de los proyectos, en este seguimiento se analizaron las fortalezas y los aspectos a mejorar para la siguiente vigencia. 100%	0.70	A partir del mes de agosto se inició la socialización paulatina de los usuarios tanto a los usuarios como a los funcionarios, pero en los meses de octubre renunció una informadora y en el mes de noviembre otra más, por lo cual se le quitó tiempo a esta actividad; en el mes de diciembre ingresó una informadora, quedando pendiente la tercera. A falta de este recurso la institución se ha apoyado pero en mucha menor medida en trabajo social, informadoras y estudiantes. En los aspectos de las metas del punto 3 y 4 se lograron los objetivos en su totalidad.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CIÓN GRUPO AUDITOR	CALI FICA CIÓN	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CIÓN
260	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.2.14. En la página Web del Hospital se identificó que: no es amigosa, no cuenta con un buen nivel de navegabilidad, está cargada de publicidad invasiva, no permite acceder al link de peticiones quejas y reclamos, no permite conocer los derechos de los usuarios, no se evidencian los trámites de la entidad, no se identifican los funcionarios referentes de los procesos administrativos y asistenciales, no permite conocer completamente la oferta y costo de los servicios prestados. En conclusión esta página está siendo sub-utilizada. Incumpliendo con lo estipulado en los artículos 6 y 7 de la Ley 962 de 2005.	1. Modificar la arquitectura de la página basándonos en los lineamientos regidos en la resolución 305 del 20 de octubre del 2008 de la comisión Distrital de Sistemas (CDS) de Bogota D.C (sistemas) 2. Socialización de la página web a los funcionarios del hospital. (mercadeo) 3. Actualización del contenido. (mercadeo) 6. colocar link de quejas y reclamos (sistemas) 4. Verificación de la navegabilidad de la página y la socialización. (sistemas) 5. Seguimiento al funcionamiento de la página y su contenido (sistemas y mercadeo)	Indicador de cumplimiento: funcionamiento de la página al 100 %	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de la página en funcionamiento	área de recursos tecnológicos y sistemas mercadeo y comunicaciones	área de recursos tecnológicos y sistemas mercadeo y comunicaciones	N.A	01/09/2009	31/12/2009	La página Web del hospital (www.hospitalalengativo.gov.co) se encuentra funcionando basados en los lineamientos regidos en la resolución 305 de 2008. El área de mercadeo se ha encargado de hacer la socialización interna y externa de la página web. Se realizaron pruebas y ajustes en la configuración del servidor web para garantizar el acceso y la navegabilidad de la página.	1	La página web del hospital se encuentra funcionando en un 100%. Se solicita el cierre del hallazgo por cumplimiento.		2	C
270	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.3.1. En el Hospital existe política de autoevaluación, pero la institución no tiene un completo conocimiento de la operatividad de esta política, por cuanto no se generaron espacios de verificación y evaluación de la adecuada ejecución; es así como se expone a la entidad a un riesgo permanente. Durante el año 2008 no se realizaron auditorías internas y tampoco se concertaron planes de mejoramiento al interior del Hospital. Lo que impidió realizar recomendaciones necesarias para mejorar las falencias de la institución y la oportuna coordinación en planes de mejoramiento; es decir que la oficina de control interno no cumplió con las obligaciones estipuladas en el manual de funciones del Hospital, ni con lo consagrado en el literal d) del artículo 2 y en el literal d) del artículo 3 de la Ley 87 de 1993.	Dar cumplimiento al POA aprobado para la vigencia 2009, el cual contempla la realización de Auditorías	Auditorías realizadas/Auditorías programadas en el POA	A Diciembre 31 de 2009 haber realizado las auditorías programadas	OGPA	Grupo Auditor OGPA	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	Realización de las auditorías programadas en el POA	1	La oficina ha dado cumplimiento a las auditorías programadas y aprobadas en el POA 2009, de igual manera las recomendaciones dadas han sido acogidas por el nivel directivo y como producto de las recomendaciones se han originado planes de mejoramiento.	FALTA SEGUIMIENTO AL POA A DICIEMBRE 31 DE 2009, SE VERIFICA SEGUIMIENTO A JUNIO DE 2009	1	A
280	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.2.3.2. Se pudo evidenciar que las diferentes áreas de la entidad realizó planes de mejoramiento institucionales, sin embargo no se encontró que estos se hayan realizado con la metodología indicada, así como, tampoco se observó la concertación, seguimiento y acompañamiento por parte de la oficina de gestión pública. Incumpliendo con lo consagrado en el literal a) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y artículo 3 del Decreto 1537 de 2001.	Realizar seguimiento a los Planes de Mejoramiento que surjan de las Auditorías realizadas por la OGPA	Seguimiento a Planes de Mejoramiento/ Planes de Mejoramiento propuestos por las áreas	A 31 de Agosto de 2010 haber realizado seguimiento a los planes de mejoramiento propuestos por las áreas.	OGPA	Grupo Auditor OGPA	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	Seguimiento a los planes de mejoramiento	1	La oficina ha realizado el acompañamiento a las áreas en la formulación de los planes de mejoramiento, de igual forma se está realizando el seguimiento a los planes de mejoramiento originados por auditorías de la oficina y con los entes externos (Contraloría, secretaría de salud, veeduría)	Se evidencia que de las auditorías realizadas por OGPA debió generarse 11 planes de Mejoramiento, sin embargo solo se elaboraron 3	1	A

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
290	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditoria 2008	3.3.1.1 A 31 de diciembre presenta un saldo de \$8.9 millones, los cuales se encuentran sobrestimada en \$6.9 millones y subestimada las cuentas por cobrar por el mismo valor, debido a que no se registro en cuentas por cobrar el faltante a cada uno de los cajeros, de otra parte no se evidencia gestión oportuna con el fin de recuperar los dineros faltantes en caja. El 30 de enero de 2009, se realiza acuerdo de pago por valor de \$6.2 millones, pero a la fecha de terminación de esta auditoria no había efectuado abono alguno al compromiso por parte de uno de los facturadores, ni se evidencio otra acción con el objetivo de recuperar estos recursos. De acuerdo a lo anterior se evidencia un posible detrimento por la suma de \$6.2 ocasionado por una faltante en caja general el cual el cajero mantuvo durante toda la vigencia de 2008 y el cual lo cubria con facturas anuladas y recibos provisionales de facturación manual que no era incorporada al sistema de información. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la Ley 87 de 2001 en sus artículos 2 (a hasta la h), 4 (numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l), 8 y 9 y la Ley 610 de 2002.	1, Documentar las acciones tendientes a mejorar el control del manejo del efectivo, facturas manuales, letras y recibos de caja. 2, Conciliaciones mensuales de caja. 3, Acciones penales	1, Documentación Aprobada/Documentación sin formalizar en SGC. 2, Conciliaciones realizadas/Conciliaciones programadas.	mantener la caja al finalizar cada mes debidamente conciliada y saldo cero y en caso contrario la debida justificación con los soportes respectivos	Tesorería - Caja principal, jurídica	Tesorería caja principal, jurídica	NA	01/01/2009	31/12/2009	1	1	Se reportó a la of. jurídica la documentación relacionada con los faltantes y la identificación de los responsables, esta procedió a efectuar acuerdo de pago y a iniciar un proceso de denuncia Penal ante la Fiscalía General de la Nación presentada el 25 de Noviembre de 2009 según radicado No 37578. Durante la vigencia se efectuaron conciliaciones mensuales, la Caja General cerró en ceros. En este periodo no se presentó ningún faltante		2	C
300	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditoria 2008	3.3.1.2 Al verificar las conciliaciones bancarias del mes de diciembre de 2008, en donde se evidencian consignaciones por identificar por valor de \$458.0 millones, los cuales quedaron sin registrar en libros a 31 de diciembre de 2008, se observa que las mismas se elaboran oportunamente no obstante, se evidencia que no se lleva un control de verificación chequeo y depuración ágil y oportuna, de las cuentas cruzadas periódicamente con la cuenta correlativa. Por lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007, en 2.7 características cualitativas de la Información Contable Pública, numeral 106 y 108.	Llevar a cabo la depuración e identificación del total de las consignaciones pendientes por identificar	No. Total de partidas por identificar / No. Total de recibos de caja elaborados	A 29 de Febrero de 2010 haber identificado el 100% de las partidas que aparecen en la cuenta y efectuar su correspondiente legalización	Cartera - Tesorería	Referentes del área de Cartera y Tesorería	N.A.	01/09/2009	28/02/2010	0.18	0.18	En el mes de Septiembre de 2009 se creó el procedimiento Código PGF94- PROCEDIMIENTO DE PARTIDAS CONCILIATORIAS EN BANCOS PENDIENTES POR LEGALIZAR. Del monto reportado a 31 de diciembre / 08 se legalizó la suma de 113.4 mil equivalente en valores al 36% y en número de partidas y recibos al 18.37%. El saldo a la fecha es de 200 mil que corresponden a 151 partidas de los años 2006 a 2008	A diciembre de 2009 continua las consignaciones no registradas en libros de la cuenta de abonos 99470, del 2008 hay de junio a diciembre un valor de \$7,084.917	1,7	C
310	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditoria 2008	3.3.2.1 El saldo presenta incertidumbre, debido a que se evidencia facturación por radicar por valor de \$804.6 millones de las vigencias de 2004, 2005, 2006 y 2007, la no implementación de la Interfase del modulo de cartera, la cual empezó a funcionar a partir de agosto de 2008, así mismo la no oportunidad en la aplicación de los abonos a la facturación cancelada por los diferentes pagadores de otra parte el modulo de cartera contiene datos que son objeto de depuración entre las dos áreas. Confeccionando a que la gestión para recuperar los recursos sea de manera lenta e inoportuna. Por todo lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103, 104, 106, 107.	Se esta realizando re facturación y levantando información para radicar y aclarar las cuentas no radicadas a la fecha, radicación mensual de cuentas de meses anteriores. Se revisara el proceso de pagos, a fin de poder actualizar y redefinir el mismo para que los usuarios puedan realizar abonos parciales a cuenta durante la estancia.	Valor radicado / valor pendiente por radicar Valor facturación de otros periodos / valor facturación pendiente por radicar implementación del proceso de abonos a cuenta.	Depurar el 100% del saldo pendiente. Radicar la facturación en un tiempo máximo de 6 meses. Implementar el proceso de abonos a cuenta.	Facturación Cartera	Referente de facturación Referente de Cartera	N.A.	01/01/2009	30/06/2010	0.34999	0.35	En octubre se empezó a realizar la radicación de las cuentas de otros periodos dejadas de radicar por falta de autorizaciones y soportes y se esta a depurando la facturación AP de evento y cartera depuración de capita. se ha venido estableciendo controles para hacer la entrega de la facturación diaria. Durante la vigencia 2.009 se ha radicado y radicado facturas que se encontraban en estado AP.	Se ha realizado la radicación de algunas facturas pero falta la totalidad	1,2	A
320	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditoria 2008	3.3.2.2. Se evidencia que en las cuentas por cobrar al FFDS, se encuentran las realizadas tutelas colocadas al hospital, de las cuales se han venido perdiendo los soportes, lo que hizo que el hospital presentara al mismo cuentas que no cumplían los requisitos, razón esta que genero el aumento en la glosa. De otra parte la entidad se encuentra identificando a que pagador corresponde el valor de 374.6 millones, correspondientes a acciones de tutelas impuestas al hospital. Así mismo los recobros por valor de \$101.5 millones, no fueron radicados oportunamente al Fondo Financiero Distrital, con el fin que esta efectuara la reclamación ante el fogsya. Sin que el hospital hubiese adelantado la gestión necesaria para establecer el posible responsable y de esta forma contribuir para que los recursos de la entidad se recuperen y no se queden en la fase de depuración continua. Los recobros efectuado al FFDS, por tutelas interpuesta al hospital, a pesar que se encuentran en la cuenta 1400911, por valor de \$368.2 millones, realizada la comparación con los que encuentran en facturas, estos presentan	- Seguimiento semanal a las facturas generadas por Tutelas, para verificar que si correspondan a la S.D.S. y radicación del 100% de las mismas. - Depurar y aclarar las diferencias contables existentes entre contabilidad y facturación en relación con la cuenta de tutelas.	Vr. De cuentas por Tutelas / Vr. De cuentas radicadas. - Vr. A depurar / Vr. Depurado.	Radiciar el 100% de las cuenta de tutelas oportunamente. Depurar el 100 % de diferencia en cuenta de Totales con contabilidad.	Facturación	Referente de facturación	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	100	1	Anteriormente estas cuentas se enviaban de forma individual, A partir de septiembre estas fueron incluidas al FFDS en el anexo 3, adicional a las cuentas que se presentan de vinculados y desvinculados, se radica una cuenta mensual con el total de las facturas generadas. A la fecha el saldo contable es de \$426 millones de pesos de los cuales se han conciliado con el FFDS aprox. 250 millones.	Se ha depurado parte de la glosa con el FFDS, sin embargo persiste algunas diferencias entre contabilidad y facturación,	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
		diferencia de \$178.0 millones, diferencia esta que aun no se encuentra conciliada entre las áreas. Por lo descrito en los párrafos anteriores se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103, 104, 106, 107.														
330	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.3. La subcuenta 140906 servicios de salud compañías aseguradoras, la cual presenta saldo de 0 en los auxiliares y al efectuar cruces con el listado de cartera que a la misma fecha presenta un saldo de \$595.2 millones. Conllevando a que las cuentas no sean objeto de análisis y cruces rápidos ya que las dos áreas se encuentren manejando diferentes criterios al momento de efectuar los registros. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la Resolución No.344 de 2007 de la Contaduría General de la Nación, en sus numerales 2.7 artículos 101-102, 103, 104, 105 y 106.	Depurar los pagadores que corresponden a empresas aseguradoras diferentes de accidentes de tránsito, las cuales se reclasificarán a la cuenta 140906. Facturación debe realizar la parametrización de las empresas en el módulo de manera que los registros afecten la cuenta correspondiente.	No. De pagadores depurados / No. pagadores a depurar programados parametrización cuenta contable por tipo de empresa / total tipos de empresas creados en el sistema	A diciembre de 2009 haber reclasificado el 100% de los valores a la cuenta correspondiente	Cartera - Facturación	Referentes del área de Cartera y Facturación	N.A.	01/09/2009	31/03/2010	1	1	Para la parametrización del módulo se verificó que los registros afecten las cuentas contables correspondientes de acuerdo a tipo de empresa.		2	C
340	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.4. La subcuenta 140907 servicios de salud particulares presenta diferencia de \$10.6 millones de lo registrado en contabilidad de \$133.0 millones y lo registrado en cartera de \$143.6 millones. Por lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103,106.	Depurar la diferencia que existe entre contabilidad y Cartera, estableciendo el correctivo correspondiente	valor depurado / valor de la diferencia establecida en el hallazgo	A febrero 28 de 2010, haber depurado el 100% de la diferencia	Cartera	Referente Cartera	N.A.	01/09/2009	28/02/2010	1	1	Se efectuó revisión de los valores reportados tanto por contabilidad como por cartera estableciendo y aclarando la totalidad de la diferencia.	Presenta conciliación entre contabilidad y cartera y las diferencias son identificadas	1,7	C
350	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.5. El modulo de cartera presenta falencias, como reflejar cuentas que no se encuentran registradas contablemente como es el caso de responsabilidades por facturación con un saldo a 31 de diciembre de 2008 por valor de \$2.1 millones. Lo que afecta la cuenta correlativa ingresos por venta de servicios de salud, conllevando a que no se facturen y registren todas las operaciones del hospital por la razón de ser del mismo. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la Resolución No.354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación, en sus numerales 2.7 artículos 101-102, 103, 104, 105 y 106.	Revisar que pagos aparecen en esa cuenta y determinar si se deben reflejar en cartera o de lo contrario llevar a Comité de Sostenibilidad Contable esta información para que se determine que hacer con esta cifra ya que no es cartera real para el Hospital El área de Facturación debe revisar por que se direcciono esa facturación a esta cuenta y efectuar los correctivos correspondientes.	No. De Actividades programadas/ No. De Actividades realizadas	A 29 de febrero de 2010, haber realizado el 100% de las actividades programadas	Cartera - Facturación	Referentes del área de Cartera y Facturación	N.A.	01/09/2009	28/02/2010	0.5	0.50	Este monto ha quedado reportado como observaciones en los cruces de cuentas realizadas entre contabilidad y cartera. Se encuentra en el plan y en el proceso de depuración por parte de cartera para ser tratado en el comité de sostenibilidad.	En los cruces de cuentas realizados entre contabilidad y cartera hay conciliación es, pero no se ha terminado de depurar.	1,7	C
360	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.6. Según informe presentado por auditoría medica las glosas definitivas a 31 de diciembre de 2008, alcanzo un valor de \$126.0 millones, de los cuales el hospital aún esta en proceso de identificación de la glosa que causa detrimento y por consiguiente no tiene establecido los procesos disciplinarios, con posible detrimento patrimonial. Lo anterior conlleva a que no se este realizando una gestión oportuna con el fin de efectuar la recuperación de los recursos. Con lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103, 104, 106, 107.	Realizar matriz de presunta responsabilidad de las conciliaciones realizadas por el área de Auditoría con otros pagadores diferentes al Fondo financiero y trasladar a través de comité a los entes disciplinarios correspondientes.	Numero de presuntos responsables solicitados o trasladados a investigación de presunta responsabilidad sobre el número de presuntos responsables relacionadas en cada matriz de presunta responsabilidad.	A 31 de Agosto de 2010 haber realizado la matriz de presunta responsabilidad de las glosas conciliadas de otros pagadores diferentes al fondo, en el año 2008 y a través de comité poder haber llevado el 80% de los presuntos responsables a los entes correspondiente s.	Cuentas médicas y Comité de glosas.	Cuentas médicas y Comité de glosas.	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	7.5	0.08	En la matriz de presunta responsabilidad para las actas de conciliación de glosas de julio, agosto y septiembre de 2008 de otros pagadores diferentes al FFDS, se encuentran 40 items de presunta responsabilidad, de los cuales a la fecha se ha iniciado proceso a 3 personas.	fue presentada el 26 de agosto de 2010a comité de glosas, Gerencia la matriz de presunta responsabilidad para las actas de conciliación de glosas de julio, agosto y septiembre de 2008 de otros pagadores y los del FFDS también fueron entregados el 25 de agosto de 2010,	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
370	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.7. Se constato que el hospital de Engativá, tiene glosas por contestar de los años 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, por valor de \$1.022.5 millones y de la vigencia de 2008 ascendió a \$789.1 millones, sin embargo en las cuentas de orden 8333 a 31 de diciembre figuran registros por valor de \$3.974.0 millones, evidenciándose una diferencia de \$1.811.6 millones, lo que genera incertidumbre en las cifras manejadas en las áreas involucradas en el proceso. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la Resolución 344 de 2007 de la Contaduría General de la Nación, en sus numerales 2.7 artículos 101-102, 103,104, 105 y 106	Realizar depuración en las áreas de cartera, fondo financiero y cuentas médicas sobre los valores de las glosas por contestar.	Valor de glosa contestada de otros pagadores /el valor de glosa recibida de otros pagadores.	A Agosto 31 de 2010 haber realizado la depuración de la contestación de glosas de otros pagadores diferentes al fondo en un 80%. a 31 de diciembre de 2009 haber avanzado en un 20%, a 30 de junio de 2010 haber avanzado en un 60% y a 31 de agosto de 2010 haber alcanzado el 80%.	Cartera, fondo y cuentas medicas.	Cartera, fondo y cuentas medicas.	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	0.858	0.90	De las glosas que figuran en las cuentas de orden se ha depurado (dando respuesta) por concepto de otros pagadores la suma de \$1.202 mil con corte a Diciembre 31 de 2009. Los montos por concepto de glosas relacionados con el FFDS se contestan en la medida que el Fondo programe con la entidad interventora.	A agosto de 2010 presentaron el informe de glosas del FFDS, sin responsables para Gerencia, Comité de glosas para lo pertinente pero no está al día	1,7	C
380	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.8. Durante la vigencia del 2008 se efectuaron recobros a los diferentes pagadores por valor de \$153.3 millones, valor este que difiere en \$187.1 millones de lo registrado contablemente por valor de \$340.5 millones, de donde se refleja la no conciliaciones entre las áreas involucradas en el proceso y lo que conlleva a que no se tenga certeza sobre la información que fluye al interior de la entidad. Por lo tanto se incumple con lo estipulado en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en los principios de contabilidad en sus numerales 114, 115,116 y con las	Llevar a cabo cruce bimensual entre las áreas de contabilidad y cuentas medicas en lo relacionado con el tema de recobros.	Numero de cruces realizados sobre el número de cruces programados.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado 90% de conciliaciones o cruces entre las áreas involucradas en el proceso de recobros.	Contabilidad y Cuentas medicas.	Contabilidad y Cuentas medicas.	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Se revisaron los valores reportados por contabilidad y cuentas medicas, identificando que el valor reportado por cuentas medicas correspondía al inventario fisico de Excel y no al saldo total del modulo de cartera, el cual corresponde con el reporte contable. Esta verificación se evidencia en acta de cruce de cartera con cuentas medicas de Noviembre de 2009. Se cuenta con un proceso de conciliación de la información mensual soportado en acta, así: El área de cuentas medicas entrega al área de Cartera mensualmente en medio fisico las Actas de Conciliación de Recobros realizada por parte de los Auditores Médicos. Cartera procede a disminuir el valor de recobros de las Cuentas de Cobro radicadas de la Capitación. Por ultimo Cartera realiza la conciliación mensual contable con acta firmada por los responsables de este proceso desde cada área.	Hay actas de conciliación de	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZO O OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO O DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
390	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.2.9. De otra parte no se tiene certeza sobre glosa definitiva con diferentes pagadores Facturación Glosada en venta de servicios de salud, la suma de \$ 15.386.9 millones, de los cuales \$1.513.5 millones corresponden a otros pagadores y \$13.873.3 millones al FFDS, sin que se haya efectuado una clasificación con los causales bien determinadas y que permitan registrar las mismas durante la vigencia al gasto o costo según sea el caso. Impidiendo con lo anterior registrar en procesos de Responsabilidad fiscal y 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.	Realizar matriz de presunta responsabilidad de las conciliaciones realizadas por el área de Auditoría con otros pagadores diferentes al Fondo financiero y trasladar a través de comité a los entes disciplinarios correspondientes.	Numero de presuntos responsables solicitados o traslados a investigación de presunta responsabilidad sobre el número de presuntos responsables relacionadas en cada matriz de presunta responsabilidad.	A 31 de Agosto de 2010 haber realizado la matriz de presunta responsabilidad de las glosas conciliadas de otros pagadores diferentes al fondo, en el año 2009 y a través de comité poder haber llevado el 80% de los presuntos responsables a los entes correspondientes, a 31 de diciembre de 2009 haber avanzado en un 20%, a 30 de junio de 2010 haber avanzado en un 60% y a 31 de agosto de 2010 haber alcanzado el 80%.	Cuentas médicas y Comité de glosas.	Cuentas médicas y Comité de glosas.	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	7.5	0.75	En las matrices de presunta responsabilidad conciliadas en julio, agosto y septiembre del 2008 se encuentran 40 ítems de presunta responsabilidad. A la fecha se están investigando uno a uno para identificar el nombre de la persona.	Se abren los procesos de responsabilidad pero se archivan	2	C
400	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.4.1 A 31 de diciembre de 2008 esta cuenta presenta un saldo de \$320.0 millones los cuales generan incertidumbre, toda vez que no se ha efectuado una depuración de la misma, ya que en esta cuenta se llevan las consignaciones realizadas en bancos y no identificadas valor este que debe cruzar con las mismas, de donde se corre el riesgo que se registren partidas no correspondientes. Por lo descrito anterior se incumple con lo establecido Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación, en los principios de contabilidad en sus numerales 115 y 106, 104 correspondientes a las características cualitativas de la información contable.	Llevar a cabo la depuración e identificación del total de las consignaciones pendientes por identificar en la cuenta 29100702	No. Total de partidas por identificar / No. Total de recibos de caja elaborados	A 31 de Dic 2009 haber identificado y legalizado el 100% de las partidas que se encuentran sin identificar. Al 31 de Marzo de 2010 identificar el 100%.	Cartera - Tesorería	Ejecutivos de cuenta área de Cartera y Profesional área de Tesorería - Referentes del área de Cartera y Tesorería	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	0.183700000 0000000217 60371282653 06819230318 06945800781 25	0.18	Del monto reportado a 31 de diciembre / 08 se legalizo la suma de 113.4 mil equivalente en valores al 36% y en número de partidas y recibos al 18.37%. El saldo a la fecha es de 200 mil que corresponden a 151 partidas de los años 2006 a 2008	Mediante la resolución de gerencia No.363 de 24-09-09, se constituyó el Comité de pagos, para efectos de regularizar las autorizaciones y programaciones del PAC.	1,7	C
410	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.5.1 Al efectuar cruce de información en las áreas de facturación y contabilidad presentan diferencias al verificar los saldos que figuran contablemente de \$55.096.9, frente a los ingresos por venta de servicios de salud a la misma fecha reportados por el área de facturación de \$54.935.5 millones presentan diferencia de \$161.3 millones debido a la sobrefacturación que el hospital de Engativá presenta en el momento en que se registra facturación por servicios no prestados, los cuales no son posible de conocer dentro de la misma vigencia, sino hasta el momento que la universidad de Antioquia realiza la auditoría. Conllevando con esto a que se afecte la realidad económica del hospital. Por lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 características Cualitativas de la Información Contable Pública, en sus numerales 103,104, 105,106 y 108.	Revisar, soportar y ajustar la diferencia de \$ 161 millones entre facturación y contabilidad.	vr. Diferencia final / vr. Diferencia inicial	a diciembre 31 de 2009 depurar y aclarar el 100% de la diferencia entre facturación y Contabilidad	Facturación Contabilidad	Referente de facturación Referente de contabilidad	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Se realizan cruces mensuales y con corte de vigencia levantando actas de cada cruce evidenciando que la diferencia resultante de este proceso no es representativa.	se verificó la conciliación entre facturación y contabilidad de los diciembre de 2008, junio y diciembre de 2009 de cartera y el modulo de contabilidad	2	C
420	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.8.1. En la cuenta \$3061702, cuenta de orden comodato en demostración se encuentra registrado en contabilidad, un equipo denominado analizador de orina por valor de \$33.0 millones mientras que en almacén figura en 0, por entrega del mismo.	documentar adecuadamente las entradas, traslados y salidas de los equipos entregados en comodato.	N° documentos soportados/N°total de documentos a soportar *100	30 septiembre soportar la totalidad de documentos que se encontraban al día con contabilidad	recursos físicos	coordinador del modulo de suministros	humano y logístico	01/09/2009	29/11/2009	1	1	Se actualizo las entradas y salidas de los equipos en comodato	se ajusto las entradas de los equipos en comodato	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
430	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.9.1. Durante la vigencia de 2008, no se evidenciaron los controles establecidos, al recaudo de los recursos provenientes de facturación en cada uno de los centros en donde se presta servicios de salud, en donde los facturadores a pesar de entregar cuadrada la caja diariamente, estos cubrían sus faltantes a través de las facturas anuladas o la facturación manual la cual no era incorporada oportunamente al sistema.	Realizar arqueos mensuales a los facturadores. Verificar entre tesorería y facturación el ingreso del efectivo realizado por factura manual. Realizar verificación mensual por parte de facturación de lo facturado e ingresado en el periodo de evaluación (que no existan facturas sin recibo)	Arqueos realizados a facturadores / Total de facturadores actas de cierre entre tesorería y facturación realizadas / verificaciones programadas	Efectuar el 80% de los arqueos propuestos	Tesorería a Facturación	Referente de Tesorería Referente de Facturación	NA	01/08/2009	31/12/2009	1	1	Se realizaron los arqueos mensuales a los facturadores según lo propuesto en la meta. Se verifica entre tesorería y facturación el ingreso del efectivo realizado por factura manual. Se realiza verificación mensual por parte de facturación de lo facturado e ingresado en el periodo de evaluación (que no existan facturas sin recibo) en el caso de que se generen algunas diferencias se crean los faltantes a los responsables y se informan a Jurídica para el proceso de cobro demanda penal si es necesario. Durante el periodo del 2009 no se presentaron faltantes de caja.	Se verifico el cruce de facturación y tesorería mes a mes desde de enero a junio de 2009, también en cruce de copagos de la cuenta 14091301 de enero a junio de 2009,	2	C
440	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.9.2. Al realizar arqueo de caja menor, se evidencio que no son legalizados algunos recibos oportunamente, como lo establece la resolución de creación de la misma que debe realizarse dentro de los 3 días hábiles siguientes al desembolso, de otra parte el manual para el manejo de cajas menores.	Dar cumplimiento al Manual de Caja Menor, exigiendo la legalización de los Recibos provisionales dentro de los 3 días hábiles siguientes a la entrega de los dineros.	Número de recibos legalizados/Número de recibos Provisionales dentro del término establecido	Se legalizaran los recibos al 100% oportunamente dentro de cada mes	Subgerencia Administrativa y Financiera	Dra. Dora Elsa Guevara Gutiérrez y Matilde Sánchez M.	N.A	01/09/2009	27/12/2009		1	Solicitamos cerrar el hallazgo	el 28 de diciembre de 2009 se legalizó la caja menor	2	C
450	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.9.3. A pesar que cartera tiene establecido el reglamento interno de cartera, se evidencia que este no se le da aplicabilidad toda vez que no se dan inicio a los cobros jurídicos de la cartera mayor de 180 días. Por lo descrito anteriormente se incumple con la Resolución No.055 de 2008 emitida por el hospital de Engativá.	Implementar un grupo de trabajo que lleve a cabo el proceso de cobro coactivo, y/o asignar un profesional en derecho al área de cartera para que lleve a cabo estas actividades en cumplimiento de la Resolución No. 055 de 2008.	No. De Actividades realizadas/ No. De Actividades programadas	A 31 de Diciembre de 2009 cumplir el 100% de las actividades programadas.	Subgerencia Administrativa y Financiera - Talento Humano - Cartera	Subgerencia Administrativa y Financiera	N.A.	01/09/2009	31/03/2010	0.5	0.50	Se asignó en el mes de septiembre/09 un profesional en derecho para el área de cartera, se ha continuado con el cobro persuasivo de letras, se presento conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud con la S.S. Cundinamarca, se consolido la información y estado de cartera de la S.S. Valle la cual esta en proceso de legalización del poder para presentación de solicitud de conciliación, se circularizó y se efectuo cobro a 31 de Dic/09 a los entes territoriales.	A la fecha hay cobro persuasivo, pero no es eficiente falta las actas de conciliación de algunos pagadores	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
460	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.9.4. Durante la vigencia de 2008, no se evidencian controles por parte de auditoría médica y el área de cartera, a las causas de glosa con el fin de obtener datos reales y eficientes en el manejo de las mismas, con el fin de reducir las, aclararlas o mitigarlas y de esta forma aumentar el flujo de disponible para la entidad y de esta forma evitar el crecimiento del déficit financiero.	Realizar un bimensual cruce entre las áreas de cartera y cuentas médicas sobre el manejo de las glosas	Número de cruces realizados sobre el número de cruces programados.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 80% de los cruces de control de las causas de glosa y el manejo de las mismas.	Cartera y Cuentas médicas.	Cartera y Cuentas médicas.	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Desde septiembre de 2009 se implementó el cruce mensual de glosa inicial entre Cuentas Médicas y Cartera, las causales están identificadas en los informes mensuales. Sobre las causales de glosa se ha informado y realizado seguimiento en los comités de glosa. Las causales por devolución el área de facturación las subsana y radica nuevamente a los diferentes pagadores	Se implementó el cruce mensual de glosa inicial entre Cuentas Médicas y Cartera, las causales están identificadas en los informes mensuales. Sobre las causales de glosa se ha informado y realizado seguimiento en los comités de glosa. Se creo el procedimiento con las causales de glosa	1,7	C
470	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.3.9.5. El área de recursos físicos, no cuenta con controles establecidos al momento de efectuar ingresos y egresos de información al modulo con terceros reales, ocasionando con esto inconsistencias en la información contable. Lo mencionado en los párrafos anteriores conlleva al incumplimiento de lo establecido en la ley 87 de 1993, en sus artículos 2 (a hasta la h), 4 (numerales b, d, e, f, g, i, j, k, l), 8 y 9.	Se modifica en el sistema el concepto de Ingresos y Egresos para que siempre requiera de tercero.	n° de ingresos con terceros/n° ingresos totales *100	que el 100% de los ingresos queden registrados con su tercero respectivo.	recursos físicos	coordinador del modulo de suministros	humano y logístico	01/09/2009	30/11/2009	1	1	Se implemento el proceso de recepción técnica de insumos en el área de almacén general modificando el sistema de ingresos al modulo de suministros.	Se verificó el proceso de recepción técnica de insumos en el área de almacén general modificando el sistema de ingresos al modulo de suministros.	1,7	C
480	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.2.1. En la estimación de la fuente de ingresos proyectos UEL, se presentó un gran sesgo respecto a lo realmente ingresado, al proyectarse la variable de \$ 2.815.7 millones, del cual tan solo se alcanzó un recaudo de \$ 567.0 millones soportado en el análisis de los ingresos mensualizados, se observa que al realizarse proyecciones de fuentes de ingresos poco ciertas sobrestimando los ingresos como consecuencia de una mala planeación y cálculo de las mismas, se contraviene lo estipulado en la Resolución 1602 de 2001 de la Secretaría de Hacienda Distrital, la Circular 05 de 2007 de la Secretaría de Hacienda del Distrito, por la cual se establecen lineamientos de Política Presupuestal, Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico de Presupuesto), Decreto 195 de 2007 por el cual se reglamenta el proceso presupuestal de las Empresas y Entidades Descentralizadas sujetas al régimen de aquellas y Ley 152 de 1194 (Estatuto Nacional de Planeación).	Programar en el Anteproyecto de Presupuesto la fuente Fondo de Desarrollo Local UEL, únicamente cuando se tenga la certeza de que los convenios se ejecutaran en el transcurso de la vigencia correspondiente.	Convenios incorporados en el anteproyecto de Presupuesto/Convenios UEL suscritos.	Incorporar en el anteproyecto de presupuesto 2010 los convenios UEL suscritos que se ejecutaran durante la vigencia.	Oficina Asesora de Planeación	Oficina Asesora de Planeación	Humano	01/09/2009	31/12/2009	No se programaron convenios UEL dentro del Plan Financiero 2010	1	Durante los meses de Agosto y Septiembre se realizó la programación financiera para la vigencia 2010 y se estableció como lineamiento no incluir valores en inversión por convenios UEL, si no estos no estaban firmados. Se firmaron 2 convenios UEL en el mes de diciembre de 2009 los cuales no se incluyeron en el presupuesto por estemporaneidad.	Se constato el Plan Financiero de la vigencia fiscal de 2010 donde no se afioraron recursos por esta fuente de financiación	1,8	C
490	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.3.1. FUENTES DE INGRESOS CORRIENTES SUBESTIMADAS. En la generación de ingresos corrientes por la venta de servicios, se encontró que las siguientes fuentes presentaron deficiente planeación en la proyección del recaudo:	Programar en el Anteproyecto de Presupuesto las fuentes de financiación con base en la capacidad de recaudo, siguiendo los lineamientos establecidos para el efecto por parte de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Hacienda Distrital.	Plan financiero para la vigencia 2010, elaborado con base en la capacidad de recaudo.	Programar el Plan financiero 2010 de acuerdo con la capacidad de recaudo.	Subgerencia de Servicios de Salud. Subgerencia Administrativa y financiera. Planeación Financiera	Subgerencia de Servicios de Salud. Subgerencia Administrativa y financiera. Planeación Financiera	N.A.	01/09/2009	31/12/2009	El plan financiero se presento de acuerdo a las directrices impartidas por la secretaria de hacienda y la secretaria de salud, basados en la capacidad de recaudo que obtuvo el Hospital. El presupuesto quedó aprobado en noviembre de 2009.	1	Se solicita cerrar el hallazgo	Se solicito por oficio el Plan Financiero de la vigencia fiscal de 2010, verificándolos e la programación de las distintas fuentes de financiación del presupuesto de la ESE.	1,8	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CIÓN GRUPO AUDITOR	CALI FICA CIÓN	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCIÓN
500	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.4.1. Entre los rubros que menos mostraron dinámica tenemos Materiales y Suministros Asistenciales y Ambientales (Medicamentos e Insumos Hospitalarios) donde de \$1.343,6 millones apropiados se comprometieron \$1.311,3 millones correspondientes al 97,6% pero tan solo se giraron \$49,4 millones el 3,8%, dejando como cuentas por pagar \$1.261,9 millones. De igual manera el rubro Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria donde se desarrolla lo pertinente a Infraestructura y Dotación, el cual se apropió en \$1.460,4 millones, donde su comportamiento fue pobre, al comprometerse tan solo el 17,4% \$253,8 de los cuales solo se giraron \$140,5 correspondiente al 55,4%. En estos casos en que las metas y acciones que llevan acabo los proyectos de inversión presentan grandes sesgos en su ejecución presupuestal y física evidencian una inadecuada planeación, contraviniendo lo consagrado en la Ley 819 de 2003 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia, en su Artículo 6°, en el entendido que el Hospital debe sujetarse a los correspondientes Marcos Fiscales de Mediano Plazo de manera que lo apropiado presupuestalmente deba aplicarse en su totalidad durante la vigencia fiscal correspondiente. De igual manera la Ley 152 de 1994- Estatuto Nacional de Planeación en la Circular conjunta No. 005 de 207, emanada de la Secretaría de Hacienda Distrital y Secretaría Distrital de Salud (lineamientos de política presupuestal).	Realizar proyección de ejecución físico financiera de los proyectos de inversión de acuerdo a los recursos disponibles para su cumplimiento y ajustar de acuerdo a variaciones que se presenten en el tiempo de ejecución	No. Proyectos físico financiero / No proyectos a ejecutar en la vigencia	Elaborar al 100% de los proyectos de inversión a ejecutar en la vigencia	Planeación, Salud Pública, Servicio de apoyo, Financiera	Planeación, Salud Pública, Servicios de apoyo, Financiera	N.A.	01/09/2009	30/06/2010	De los 8 proyectos en ejecución 8 tienen proyecciones físicas financieras	1	A la fecha 8 proyectos relacionados con las áreas de prestación de servicios cuentan con las proyecciones físico financieras	De acuerdo a la nueva estructura del plan de cuentas presupuestales, solamente se refleja el proyecto de inversión de infraestructura y dotación, los demás quedaron agrupados como gastos de operación.	1,7	C
510	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.5.1. Los gastos de funcionamiento registraron un incremento en las cuentas por pagar de una vigencia a otra de \$1.332,8 millones que representan 78,7% al pasar de \$1.693,7 millones a \$3.026,5 millones. En general entre gastos de funcionamiento y de inversión, las cuentas por pagar registraron grandes incrementos que alcanzan los \$1.043,5 millones. Lo anterior es reflejo de una mala programación, preparación y elaboración presupuestal traducido en incapacidad financiera para responder frente a compromisos durante la vigencia que se causan, contraviniendo las normas orgánicas presupuestales de disciplina fiscal contemplada en la Ley 619 de 2003 en su Artículo 8.	Efectuar el pago de los compromisos legalmente constituidos por el Hospital.	Valor de las Cuentas por pagar 2008 pagadas/ Valor de las cuentas por pagar 2008 Certificadas	Efectuar el pago del 100% de las cuentas por pagar constituidas a diciembre que se encuentren debidamente ejecutadas y certificadas.	Subgerencia y Financiera Tesorería	Tesorería	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	0.630000000 0000000444 08920985006 26161694526 67236328125	0.60	En el mes de sept de 2009 se creo el comité de pagos, a través del cual se verifica y aprueba los flujos de caja para cumplir con los compromisos necesarios para el buen funcionamiento del hospital, con relación a los compromisos de las vigencias anteriores. A 31 de dic de 2008 estaban constituidas \$ 6,051 millones en CxP, quedando pendiente por pagar \$ 2,238 millones. Se cumplió la meta en el 63%. Es de anotar que tanto la elaboración del presupuesto como la ejecución del mismo se hace cumpliendo con la normatividad vigente. El incremento en las cuentas por pagar se debió especialmente a problemas de liquidez durante la vigencia.	De acuerdo al informe de la ejecución presupuestal de gastos de las CxP de vigencia anterior se establecieron compromisos necesarios para el buen funcionamiento del hospital, se pagaron \$10.837,2 millones y se pagaron \$8,223,6 millones quedando un saldo x de CxP por \$2,613,6 millones, para un nivel de ejecución del 75,9%. La ESE presenta una relación como soporte de CxP pendientes a 31-12-2008 por \$1,003,2 millones.	1,5	E



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
520	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.6.1. De acuerdo al análisis de las fluctuaciones de la caja en los diferentes meses del año, se puede determinar, que se realizaron sobre ejecuciones en promedio del 130.5% por encima de lo programado correspondiente a los meses de enero, marzo, agosto, octubre y diciembre. Se estaría faltando, de esta manera, al plan de caja, en el entendido que el PAC (plan anual mensualizado de caja) es el instrumento por medio del cual se define el monto máximo mensual de fondos disponibles con el fin de cumplir compromisos adquiridos y esto debido a una errada programación de pagos por no tener presente los lineamientos o políticas de la operación del PAC el cual parte del estricto cumplimiento del plan de contratación, el cual debe de estar realizado con base en las metas propuestas para cada vigencia enmarcadas en el Plan de Desarrollo. Lo anterior trae como consecuencia el desfinanciamiento en un momento dado, del pago de obligaciones programadas superadas como ya se mencionó de plan de compras y de contratación. Contraviniendo de esta manera lo estipulado en el Decreto distrital No. 195 de 2007 en sus Artículos 2º, 9º 12 y 25, de igual manera lo acordado en el Decreto Nacional No568 de 1996 en su Artículo 2º	Cumplir los lineamientos según las políticas de operación del PAC de acuerdo a la situación de liquidez del Hospital y las necesidades del mismo para cumplir con el servicio. Crear procedimiento de elaboración y ejecución del PAC	Valor ejecutado del PAC / Valor proyectado del PAC	cumplir con el 70% de la ejecución del PAC	Cartera Tesorería a Subg A y F Recursos Fiscales Financiera	Tesorería	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	1	1	El cumplimiento de los lineamientos del PAC se están llevando a cabo según los requerimientos, se creo el comité de pago en el cual se verifica y aprueba el flujo de caja con la proyección de gastos requerido.	Mediante la resolución de gerencia No.363 de 24-09-09, se constituyó el Comité de pagos, para efectos de regularizar las autorizaciones y programaciones del PAC.	1,8	C
530	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.4.6.2. De igual manera al comparar el Plan Anual de Caja PAC, con las ejecuciones presupuestales mensuales durante la vigencia 2008, se observa que la caja durante siete meses del año estuvo desfinanciada, en argumento a las certificaciones de ingresos del área de tesorería y auxiliares de recaudo por rubro y flujo de caja mensualizada, que se tuvieron para el análisis:	Realizar cruces con las certificaciones de ingreso y los flujos de caja donde se evidencien las diferencias entre tesorería y presupuesto, teniendo en cuenta que presupuesto registra el valor bruto y Tesorería el giro neto.	Numero de cruces realizados / total de cruces a realizar	identificar el 100% de las diferencias originadas por los registros tanto presupuestales como de tesorería	Tesorería Presupuesto	Tesorería Presupuesto	N.A.	01/09/2009	31/08/2010	1	1	Las ejecuciones presupuestales se realizan con valores brutos y el plan de pagos mensual y la ejecución de gastos con valores netos. Entre tesorería y Presupuesto se efectúa el cruce mensual de giros donde se identifican las diferencias.	Se soportan las actas de conciliación de Tesorería con Presupuesto mes por mes de la vigencia 2009	1,8	C
540	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.1. En la etapa precontractual se pudo verificar que en las carpetas que contienen la contratación seleccionada, no se evidencian los estudios, diseños y análisis de conveniencia y oportunidad, así como tampoco la aplicación del principio de planeación; lo anterior quiere decir que el Hospital no cuenta con una herramienta que le permita establecer claramente las necesidades reales y/o averiguar por los bienes ofrecidos a la administración pública, para identificar los mejores precios ofrecidos en el mercado y poder obtener un mayor beneficio de la efectividad de la gestión administrativa, ofreciendo a los encargados de los procesos de contratación mayores elementos de juicio a la hora de contratar. Es decir, Tratándose de recursos públicos manejados por los servidores del Estado, nuestro ordenamiento dispone una serie de procedimientos de planeación, contratación y ejecución, pues el manejo de estos recursos involucra el interés general, por cuanto, además de ser un aporte de todos los contribuyentes, su destinación implica el cumplimiento de los fines del Estado. Incumpliendo con lo establecido en el numeral h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	En futuras contrataciones, se efectuarán los estudios, diseños, análisis de conveniencia y oportunidad, planeación que permitan establecer las necesidades reales, identificar los mejores precios ofrecidos en el mercado, e igualmente los soportes se adjuntarán a la correspondiente carpeta	Contratos con estudios, diseños, análisis de conveniencia, sobre total de contratos realizados.	A 30 de marzo de 2010 el 100% de los contratos que se celebren a partir de la fecha, deben contener los estudios, diseños, análisis de conveniencia, que permitan establecer las necesidades reales e identificar los mejores precios ofrecidos en el mercado.	Jurídica y Recursos Fisicos.	Referente Recursos físicos y Asesor Jurídico	Manual de contratación	01/09/2009	30/03/2010	1	1	De acuerdo a l modelo de contratación, que rige para las E.S.E, se subsana este hallazgo, a la fecha se cumple con todos los requisitos legales, como es el estudio de conveniencia y oportunidad, el cual es anexado en los soportes y carpeta de cada contrato. En el área de recursos se efectúan los estudios, diseños, análisis de conveniencia y oportunidad, de acuerdo al manual de contratación se establecen las necesidades reales, los mejores precios ofrecidos en el mercado, los soportes se adjuntan a la correspondiente carpeta del contrato. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
550	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.2. Una vez verificada la información que reposa en las carpetas suministradas por el Hospital de Engativá, correspondiente a los contratos evaluados, se observa que la documentación contenida está incompleta, tal es el caso de documentos que acreditan la capacidad de los contratistas (actas de juntas de socios) cuando se requiere (contrato 117 de 2008). En otros de los casos los que permitan verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales como informes de los supervisores y la verificación del pago de los aportes parafiscales por parte de los contratistas, estos se encuentran en poder de los supervisores. Los anteriores hechos impiden realizar un efectivo análisis sobre la ejecución, legalización y en consecuencia generar incertidumbre respecto del adecuado cumplimiento de los trámites precontractuales y contractuales, en la inversión de los recursos públicos a través de la contratación suscrita. Así como con el adecuado manejo archivístico de los documentos que contienen la información contractual. Lo anterior quiere decir que el Hospital de Engativá no le está dando cumplimiento a lo consagrado en la Ley 594 de 2000.	El área jurídica a partir de los nuevos contratos, verificará y exigirá a los contratistas el cumplimiento de la totalidad de los requisitos legales, igualmente exigirá a los supervisores que remitan al área jurídica la documentación que crucen con el respectivo contratista, y las certificaciones sobre porcentaje de ejecución y cumplimiento, los pagos de aportes parafiscales, para ser incorporados a la respectiva carpeta del contrato.	Soportes adjuntos en las carpetas, sobre los documentos requeridos legalmente de acuerdo con la naturaleza del contrato.	Febrero de 2010, el 100% de los contratos contarán en sus carpetas con la totalidad de los requisitos legales, certificaciones de cumplimiento, constancias de aportes parafiscales entre otros.	Jurídica y Supervisores de contratos	Asesor jurídica y Supervisores de contratos	Manual de contratación	01/09/2009	28/02/2010	Se estableció que cada referente de área debe certificar a sus contratistas, por medio del formulario H47 y vía Outlook, esta información se envió vía Outlook a los supervisores de los contratos, en la cartilera de la oficina de contratación, en reunión con los referentes y/o supervisores de los contratistas, la persona que no es certificada en el tiempo establecido por la oficina de contratación deberá ponerse al día para el segundo corte de pago.	1	Se socializó con todos los supervisores; se ha venido revisando y entregando los respectivas certificaciones anexándolas a cada contrato, de igual manera se está archivando de acuerdo a las normas pertinentes solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
560	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.3. De la revisión que se efectuó a los términos de referencia de las invitaciones públicas adelantadas por el Hospital de Engativá durante el año 2008, se evidenció que en estos no se fijó como criterio para la selección del contratista que la producción sea nacional. De esta manera se desconoció el apoyo a la industria nacional a través de la contratación pública, evidenciándose por parte de los funcionarios de la dependencia que maneja la contratación en la entidad, debilidades en el conocimiento de las normas que regulan los temas contractuales. Incumpliendo lo consagrado en la Ley 816 de 2003.	El área jurídica tendrá en cuenta que para contrataciones futuras, se fije entre los criterios para la selección del contratista que la producción sea nacional, siempre y cuando a ello haya lugar.	Contratos que requieran insumo nacional, sobre total de contratos celebrados	A febrero de 2010, en el 100% de los contratos se fijara entre los criterios de selección del contratista que los insumos, medicamentos o el bien a contratar sea producción nacional, siempre que a ello hubiera lugar.	Recurso s físicos y jurídica	Asesor Jurídico y Referente Recursos Físicos.	Manual de contratación	01/09/2009	28/02/2010	Se ha establecido un criterio con base en este hallazgo, que uno de los items a tener en cuenta es que el contratista maneje producción nacional.	1	En los términos de referencia e invitaciones públicas se estableció este criterio. En todos los términos de referencia se tiene incluido este enunciado. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
570	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.4. En los contratos No. 883, 955 de 2007, 182, 200, 194, 206, 117, 148, 297, 177 de 2008, se pudo constar que se desconoció la obligación establecida en el artículo 60 de la Ley 190 de 1995 que al tenor reza: "Será requisito indispensable para la legalización de los contratos de que trata el artículo anterior la publicación en el Diario Único de Contratación Pública, requisito que se entenderá cumplido por parte del contratista, de la publicación en el diario único de contratación pública, y exigirá de la parte obligada, como requisito para la legalización del mismo, la presentación del recibo de pago.	Jurídica verificará que en los contratos quede incluida la cláusula correspondiente a la obligación por parte del contratista, de la publicación en el diario único de contratación pública, y exigirá de la parte obligada, como requisito para la legalización del mismo, la presentación del recibo de pago.	Numero de contratos publicados, sobre número de contratos celebrados.	A febrero de 2010, el 100% de los contratos celebrados, deben contar con la respectiva publicación en el diario único de contratación pública y con la constancia del correspondiente pago.	Jurídica	Asesor Jurídico	Manual de contratación y normas legales.	01/09/2009	28/02/2010	Se esta exigiendo como requisito para la legalización del contrato, de conformidad a la ley.	1	Conforme a lo ordenado en la ley se está exigiendo, adjuntándose su respectivo comprobante de pago a la carpeta del Contrato. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERT TA/ CERR ADA/ EJECU CION
580	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.5. Por otra parte, y una vez verificadas todas las pólizas de seguros otorgadas por los contratistas, de los contratos 365, 260, 497, 541, 200, 194, 188, 206, 242 de 2008 y 955, 953 de 2007, se pudo constatar la aprobación de pólizas sin la verificación del pago de la prima por parte del tomador; al respecto es preciso manifestar que siendo la naturaleza jurídica del Hospital de Engativá la de una Empresa Social del Estado, en materia contractual se rige por las normas de derecho privado es decir el Código de Comercio y el Código Civil. Así las cosas, le correspondía al gerente como gestor fiscal verificar el pago de la prima de las pólizas de seguro que el contratista presenta para su aprobación, teniendo en cuenta que el artículo 1068 del Código de Comercio consagra que la mora en el pago de la prima ocasiona la terminación automática del contrato de seguro.?, en consecuencia dejaría desamparado el contrato ante la posible ocurrencia de un siniestro, incumpliendo con lo consagrado artículo 107 de la Ley 42 de 1993.	El área jurídica verificara que la totalidad de los contratos que requieran de pólizas de seguros, los contratistas alleguen el pago de la prima por parte del tomador.	Contratos con comprobante de prima de seguros, sobre total de contratos celebrados que requieran de pólizas.	A Marzo de 2010 el 100% de los contratos que requieren de pólizas de seguros, deben contener el comprobante de pago de la respectiva prima.	Jurídica	Asesor Jurídico	Manual de contratación y normas legales	01/09/2009	30/03/2010	En los contratos que exigen Póliza se esta exigiendo como requisito para su aprobación adjuntar el recibo de pago de la respectiva prima.	1	En la contratación que ha venido realizando la entidad, se esta exigiendo al respectivo comprobante del pago de la prima, cuando se hace necesario la suscripción de pólizas, allegándose a la carpeta del contrato, una vez se aprueba. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
590	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.6. Se revisó el cumplimiento por parte de los diferentes contratistas de lo consagrado en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 789 de 2002, por cuanto esta es una obligación de carácter legal. Constatando que los supervisores realizan una supervisión técnica de la ejecución de los contratos, pero desconocen y desatienden la verificación del cumplimiento, por parte de los contratistas, del pago de los aportes parafiscales durante el término de ejecución contractual. Incumplimiento de lo consagrado en el artículo 17 de la Ley 100 de 1993 y en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	El área jurídica exigirá y verificara que los Supervisores de los contratos requieran a los contratistas el pago de los aportes parafiscales y alleguen los correspondientes comprobantes, para que ser incorporado a la respectiva carpeta del contrato.	Numero de contratos con pago de parafiscales, sobre numero de contratos celebrados	A Marzo de 2010 el total de los contratos celebrados deben contener los comprobantes de pago de parafiscales, cuando ellos lo requieran.	Supervisores de contratos y área jurídica	Supervisores de los contratos y el Asesor Jurídico	Disposiciones legales	01/09/2009	30/03/2010	Se estableció que cada supervisor, revise y certifique que el contratista efectúe el respectivo pago de los parafiscales, adjuntando copia de la respectiva planilla.	1	El supervisor de cada contrato esta exigiendo el contratista el pago de los parafiscales, allegando junto con la certificación copia del comprobante de pago, lo cual se anexa a la carpeta del contrato, como requisito para el pago. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
600	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.5.7. Informes de las Supervisores. La entidad tiene reglamentada la supervisión de la ejecución contractual, al respecto es necesario manifestar que la información de la legalización del contrato llega al supervisor designado a través de un oficio remitido por la oficina jurídica. No obstante lo anterior, se evidenció que los supervisores designados no desempeñan su función de conformidad con lo establecido en el manual de supervisión, dejando de suscribir actas de inicio de la ejecución contractual, lo que impide determinar el periodo dentro del cual estuvo vigente el contrato y el oportuno cumplimiento de las obligaciones contenida en este. Por otra parte se encontró que los informes presentados por los supervisores, de los contratos evaluados, no son los más adecuados por cuanto los funcionarios que cumplen la labor no consignan en ellos constancia de la calidad de los bienes y servicios prestados, donde se describa el cumplimiento de metas y el logro de los objetivos buscados. Los informes solo se dirigen y aplican a la legalización de los documentos que soportan los gastos con cargo al contrato correspondiente, incumpliendo con lo consagrado literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	El área Jurídica velara por el cumplimiento de las funciones por parte de los supervisores de los contratos, de conformidad con el Manual de Supervisión, entre ellas las de suscribir las actas de inicio del respectivo contrato, que los informes cuando a ello hubiere lugar, contengan la calidad de los bienes y servicios prestados, determinando el porcentaje de ejecución entre otros aspectos.	Numero de actas de inicio e informes de los supervisores, sobre número de contratos celebrados.	A marzo de 2010 la totalidad de los contratos que se suscriban a partir de la fecha, deben contener las actas de inicio y los informes que rindan los supervisores deben contener cuando ello lo amerite, entre otros aspectos la calidad de los bienes y servicios y porcentaje de ejecución.	Supervisores de los contratos y área Jurídica	Supervisores de los contratos y Asesor Jurídico	Manual de Supervisión	01/09/2009	30/03/2010	De acuerdo a los procedimientos administrativos, la oficina jurídica comunica en forma escrita al supervisor designado, especificándole sus obligaciones, además se les da a conocer los requisitos que debe contener los informes de supervisión.	0.90	Se comunica a los supervisores su designación, recordándoles sus deberes, se les hace énfasis en los contenidos de sus informes, anexándolos a cada carpeta del contrato.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL Hallazgo u OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
610	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigilancia Auditada 2008	3.5.8. El Hospital de Engativá, suscribió contratos de prestación de servicios cuyo objeto fue: ?Suministro de alimentos a pacientes hospitalarios de acuerdo con los términos de referencia anejados a la solicitud de elaboración del contrato?, durante los años 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008, de conformidad con el siguiente: CUADRO 17 En la ejecución de los anteriores contratos el Hospital de Engativá puso a disposición del contratista la cocina (espacio físico y dotación) para que este fabricara los alimentos; es decir el contratista durante los años 2005, 2006, 2007, 2008, aprovechó económicamente el espacio asignado y utilizó los servicios públicos (Agua, Energía, Gas, Recolección de basuras) sin que hubiera reconocido suma alguna por estos conceptos.....En conclusión, con la gestión adelantada por el Hospital de Engativá, se ocasionó un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de CIENTO TREINTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MONEDA LEGAL (\$137.574.954), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el numeral 1 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	jurídica continuara incluyendo en el contrato con la empresa Nutrir, la obligación por parte del contratista de pagar y /o asumir los valores por concepto de consumo de servicios públicos, y verificará que el supervisor del contrato en la certificación haga referencia al valor de estos consumos. En cuanto al no suministro de la Nutricionista supervisora, se efectuara el estudio correspondiente frente a las obligaciones y cláusulas de cumplimiento para hacerlas efectivas legalmente, previo requerimiento al contratista para llegar a un acuerdo respecto al valor por el incumplimiento en no suministrar la citada profesional.	Pago de consumo por servicios públicos, sobre valor de servicios públicos consumidos	Desde septiembre de 2009, con el pago de las respectivas facturas se debe obtener bajo cualquier modalidad el pago de los servicios públicos por parte del contratista. Y a Diciembre de 2010 en caso de no haber llegado a un arreglo directo con el contratista, se debe de haber iniciado las acciones legales pertinentes.	Supervisora del contrato y Jurídica	Supervisores de contratos y Asesor Jurídico	Manual de Supervisión	01/09/2009	31/12/2009	Se estableció el pago de servicios públicos, canon de arrendamiento, se requirió a los respectivos supervisores el seguimiento a esta clase de contratos.	1	Se dieron las directrices para esta clase de contrato, requiriendo a los supervisores que hagan seguimiento. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
620	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigilancia Auditada 2008	3.5.9. En virtud de la denuncia presentada por el señor Rene Millán, se evidenciaron las siguientes irregularidades, en el proceso de escogencia del contratista al cual se le entregó en arriendo el local No.6, 7, 7. Así las cosas, este ente de control concluye que con las actuaciones surtidas en el curso de la adjudicación en arrendamiento del local No. 6, y con la omisión de entregar las copias solicitadas, se pudo vulnerar los principios establecidos en el artículo 23, 209 de la Constitución Política.	Jurídica verificara que las peticiones formuladas en derechos de petición, se respondan en forma completa y aportando cuando a ello hubiere lugar la totalidad de la documental e información requerida.	Respuesta a Derechos de Peticion con la totalidad de la informacion y documental requerida, sobre Derechos de Peticion formulados	A partir de la entrega del presente informe se tomaran los correctivos para dar respuesta a los Derechos de petición de conformidad con la Ley.	Jurídica	Asesor Jurídico	Disposiciones legales	01/09/2009	31/12/2009	Se dio respuesta al derecho de petición, se expidieron las respectivas copias	1	Se están contestando dentro de los términos legales los derechos de petición, dándose cumplimiento al caso enunciado, realizándose seguimiento a estos procesos. Se solicita cerrar hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
630	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigilancia Auditada 2008	3.5.10 Una vez verificada la documentación que obra en los contratos relacionados en la muestra seleccionada se estableció que no se han liquidado, incumpliendo con lo consagrado en el artículo 9 del Acuerdo 003 de 2006 por medio de la cual se adopta el manual de contratación y lo consagrado en los contratos; que consagran en una de sus Cláusulas la obligatoriedad de realizar la respectiva liquidación de los contratos celebrados dentro de los 4 meses siguientes al vencimiento del término de ejecución, previsión que está siendo incumplida por el Hospital.	El área Jurídica verificara y exigirá a los supervisores que presenten oportunamente dentro del término legal las liquidaciones de contratos con los correspondientes soportes para la revisión en el área jurídica	Numero de actas de liquidación de contratos, igual a número de contratos terminados.	Para Diciembre 31 de 2010 los contratos terminados durante los años 2008, 2009 y 2010, serán liquidados dentro del término legal a partir de la fecha.	Supervisores y área Jurídica.	Supervisores de contratos y Asesor Jurídico	Manual de Supervisión	01/09/2009	31/03/2010	Se han venido liquidando los contratos pertenecientes es vigencias anteriores, trabajo que ha sido dispendioso, por falta del recurso humano.	0,70	La oficina Jurídica esta organizando su grupo de trabajo, con el fin de hacer mas eficiente esta labor.	No cumplieron con la acción propuesta	1	A
640	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigilancia Auditada 2008	3.6.1.1. Se pudo evidenciar que a pesar de que el control, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Estratégico estaba a cargo del la OGP, Calidad, Planeación y de los responsables de cada uno de los procesos, este control no fue llevado a cabo, incumpliendo lo estipulado en el numeral IV (Control, Evaluación y Seguimiento a la Gestión) del Plan de Desarrollo Institucional, Acuerdo 16 de 2008, así como las funciones estipuladas para cada área en el manual de funciones de la institución.	Adelantar 2 evaluaciones anuales al cumplimiento de los Planes operativos anuales de todas las áreas por parte de los referentes y la oficina de Gestión y evaluar sus resultados en comité de gerencia.	Porcentaje de áreas con evaluación de cumplimiento: No. de área con evaluación de cumplimiento del POA/ No. de áreas que cuentan con POA Aprobado*100	Adelantar la primera evaluación con corte a 30 de Junio de 2009 al 100% de las áreas. Adelantar la segunda evaluación con corte a 31 de Diciembre de 2009 al 100% de las áreas.	Subgerencia de Servicios de Salud. Subgerencia Administrativa y Financiera Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Oficina de Gestión Pública y autocontrol	Referentes, Subgerentes, Diana E. Carvajal, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación. Jefe de la Oficina de Gestión Pública y autocontrol	Humanos	01/09/2009	31/03/2010	Para el trimestre Julio-Septiembre se realizó una valoración de los POA de la Vigencia 2009 a 22 áreas de las 24 que presentan plan Operativo Anual.	0,92	Para el trimestre Julio-Septiembre se realizó una valoración de los POA de la Vigencia 2009 a 22 áreas de las 24 que presentan plan Operativo Anual. La segunda evaluación esta programada para el mes de Enero de 2009.	Se cumplieron con las dos evaluaciones de los POA	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
650	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.6.1.2. Como se puede observar en los cuadros 23 y 24, a pesar de que la capacidad instalada para consulta de medicina general se incremento entre los años 2007 y 2008 a 62.673, las horas médico contratadas solo fueron de 33.861 lo que indica un aprovechamiento de la capacidad instalada del 54.02%. Sumado a esto, las horas medico efectivas en consulta fueron de 29.575 con un porcentaje de efectividad del 87%. Lo que evidencia un desaprovechamiento del talento humano contratado y de la capacidad instalada lo que pone en entredicho la utilización efectiva del recurso público en estas acciones. Incumpliendo lo establecido en el artículo 12 de la Ley 42 de 1993.	Hacer control de gestión por profesional para controlar el rendimiento y además se ajustara la oferta (horas médicas) de acuerdo a la demanda de los servicios	No. De consultas/ No. Horas médico	3 consultas/hora	Subgerencia de Servicios de Salud	Subgerente de Servicios - Referentes primer nivel	RIPS ESTADISTICA	01/09/2009	31/12/2009	Se realizaron en el último trimestre 2887 consultas, con un total de horas medico contratadas de 9650 horas médico, por lo que el rendimiento esta en 3 consultas/hora; dando cumplimiento o al 100% del indicador	1	Se ha logrado mejorar el rendimiento de los profesionales, por un lado minimizando la inasistencia de los pacientes, al reasignar citas telefónicamente y optimizando las actividades en los procesos de facturación y atención del paciente.	Se realizó control de gestión por profesional para evaluar el rendimiento y además se ajustara la oferta (horas médicas) de acuerdo a la demanda de los servicios	2	C
660	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.6.1.3. Al analizar el comparativo del total de la producción de consulta externa especializada de los años 2007 y 2008, se observó que se presento una disminución del 16,34%, como se puede observar en el cuadro 25; evidenciando un mayor decrecimiento de la consulta en las especialidades de medicina familiar (-47%), fisioterapia (-49,45%), Dermatología (-45,96%), Neumología (-38,75%), mostrando falta de gestión por parte de la alta dirección en la venta de servicios del portafolio de la entidad. Incumpliendo lo establecido en el numeral c y h del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Estas especialidades se ofertan de acuerdo al comportamiento de la demanda al ser subespecialidades. Pero se dará apertura a los servicios de dermatología y Neumología, fisioterapia y medicina familiar	No. De subespecialidades ofertadas/ 4 subespecialidades requeridas	Las cuatro subespecialidades ofertadas	Subgerencia de Servicios de Salud	Subgerente de Servicios de Salud Referente consulta externa	RIPS ESTADISTICA	01/09/2009	31/03/2010	0.5	0.50	Algunas de las especialidades fueron cerradas temporalmente, porque al ser evaluada la demanda vs. La oferta, más los gastos que se generaban en la prestación del servicio, se considero que estaban presentando pérdidas para la institución, en este momento se esta abriendo agenda para iniciar atención además de medicina familiar y fisioterapia, neumología, y a partir de mediados de febrero se inicia dermatología, nuevamente, para dar cumplimiento al 100% del compromiso.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
670	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.6.1.4. No existe consistencia entre la información estadística reportada en las diferentes fuentes de información, lo que nos indica la falta de confiabilidad en la misma, toda vez que presentan múltiples diferencias. Esto denota deficiencias en los Sistemas de Información, contraviniendo el numeral e del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Se implementará un control de verificación mensual de la información.	No DE CONTROLES/RIPS-100	100% DE RIPS CONTROLADOS	ESTADISTICA	AUXILIARES DE INFORMACION EN SALUD	N.A	01/09/2009	31/12/2009	EL INDICADOR ES DEL CIENTO POR CIENTO	1	Al realizar el seguimiento se encontró que el comportamiento de la acción es optimo	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
680	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.6.1.5. Es preocupante la variación presentada con relación a las toma de citologías para las vigencias 2007-2008 ya que se evidencia una disminución de las mismas en 20,22% lo que denota una baja gestión del hospital en la prevención del Ca de Cuello Uterino, al no realizar una inducción de la demanda de esta actividad en la población objeto, incumpliendo lo establecido en el artículo 4º de la resolución 412 de 2000.	continuar con las actividades de divulgación para la prevención de cáncer de cuello uterino, mantener la oferta del servicio y realizar el seguimiento y unificación de la fuente de información a través del programa de cáncer de Cuello Uterino con el área de Estadística, para mejorar, consolidar y garantizar la generación del dato	Número de citologías reportadas/ total de citologías realizadas	Registrar y reportar el 100% de las citologías tomadas	Programa de cáncer de cuello uterino (PIC)	Referente Programa de cáncer de Cuello Uterino	Base de datos mensual RIPS de Estadística	01/09/2009	30/09/2010	Para el año 2007 se tomaron y registraron un total de 14.701 citologías. Para el año 2008 se tomaron y registraron un total de 14,068 citologías. Se aprecia que el porcentaje de disminución corresponde al 4.31%. Datos tomados de la base de cáncer entregada a la Secretaría Distrital De Salud para las respectivas vigencias.	1	Esta actividad se realiza mes a mes por tal razón se presenta un 100% de cumplimiento.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTA DO DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
690	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.6.2.1. Finalizada la verificación del informe de Balance Social con la metodología prevista para su desarrollo, se concluye que desde el punto de vista metodológico, el informe presentado no cumplió totalmente con los lineamientos diseñados para tal fin, al no desarrollar la totalidad de los componentes y subcomponentes planteados. Lo descrito anteriormente, incumple lo establecido en la Resolución 001 de enero 26 de 2007 artículo 5 por cuanto la información incompleta, dificulta conocer en detalle la gestión social adelantada por la entidad durante la vigencia 2008.	Elaborar el Balance Social de la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología establecida en la circular 001 de 2007 de la Contraloría de Bogotá.	Balance social elaborado	Elaborar Balance Social 2009 con los parámetros y la totalidad de componentes metodológicos exigidos por la Contraloría de Bogotá.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Diana Elizabeth Carvajal, Jefe de la Oficina Asesora de Planeación.	N.A.	01/09/2009	30/09/2010	Se evaluaron los nuevos lineamientos de trabajo para el mes de diciembre.	0	En el mes de Diciembre de 2009, la Contraloría de Bogotá, emitió Resolución 034 la cual señala los lineamientos para la elaboración del balance social de la vigencia 2009, el cual se debe presentar en la cuenta anual a presentarse en el mes de febrero de 2010	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
700	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.7.1. Incumplimiento de funciones comité ambiental y sanitario y del personal que labora en el hospital teniendo en cuenta que: no fue adoptado mediante acto administrativo el PKGA, las capacitaciones adelantadas en el año 2008 enfocadas al tema de gestión residuos hospitalarios y bioseguridad no fueron efectivas por cuanto según consta en diferentes comunicaciones, deficiencias del personal hospitalario (médico y enfermeras) en la manipulación, segregación y disposición de residuos, la no entrega oportuna de requerimiento e informes a las autoridades ambientales	*Establecer cronograma para la entrega de informes según los requerimientos de las diferentes autoridades ambientales; Entregar copia al comité de gestión ambiental de entrega de estos informes según fechas establecidas en el cronograma; el comité de gestión ambiental debe vigilar el cumplimiento en la entrega de informes * Cumplir con las funciones del comité de Gestión Ambiental asignado tareas específicas a cada integrante del mismo * Evaluar las capacitaciones realizadas al personal, implementando inspecciones de verificación	"Informes entregados a la Autoridad Ambiental - Comité de Gestión Ambiental = N° Informes Entregados a Autoridad Ambiental - comité de gestión ambiental / N° Informes programados a entregar a la autoridad ambiental a Comité de Gestión Ambiental * 100 "Efectividad del comité de Gestión Ambiental = N° de tareas cumplidas por los integrantes del comité de Gestión Ambiental / N° de tareas asignadas a integrantes del comité de Gestión Ambiental * 100 " Inspección para la evaluación de capacitaciones = N° de inspecciones favorables durante la evaluación de capacitaciones / N° de inspecciones programadas para la evaluación de capacitaciones * 100	"Entrega del 100% de los informes a la autoridad ambiental - Comité de Gestión Ambiental * 100 "Efectividad del comité de Gestión Ambiental = N° de tareas cumplidas por los integrantes del comité de Gestión Ambiental * Obtener un 80% de inspecciones favorables en la evaluación de capacitaciones	Servicio s de Apoyo	Comité de Gestión Ambiental: Subgerente Administrativo y Financiera / Dr. Dora Elsa Guevara - Representante Cuerpo Médico / Dr. Oscar Vargas - Referente Salud Ocupacional / Dr. Liliana Urrego Referente Epidemiología / Dr. Guillermo Castillo - Referente Medio Ambiente Salud / Ing Consuelo Martínez - Referente Servicios de Apoyo / Ing German Rodríguez - Profesional Ambiental / Ing Mónica Cáceres	N.A	01/09/2009	31/12/2009	El comité ambiental ha desarrollado mensualmente las reuniones, en donde se definen compromisos para los integrantes de los compromisos adquiridos realizando seguimiento continuo a la entrega de informes a las diferentes autoridades. Adicionalmente ha realizado inspecciones para comprobar la efectividad de las capacitaciones sobre manejo de residuos encontrado resultados favorables. resultado del indicador 100%	1	El comité ambiental ha desarrollado mensualmente las reuniones, en donde se definen compromisos para los integrantes y se evalúan los resultados de los compromisos adquiridos realizando seguimiento continuo a la entrega de informes a las diferentes autoridades	Durante el proceso auditor no se evidenció el cronograma para la entrega de informes según los requerimientos de las diferentes autoridades ambientales; igualmente no se evidenció la entrega de copia al comité de gestión ambiental de entrega de estos informes según fechas establecidas en el cronograma; el comité de gestión ambiental no vigilo el cumplimiento en la entrega de informes * no Cumplió con las funciones de asignar tareas específicas a cada integrante del mismo * se realizaron la capacitación os al personal.	1,5	A
710	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.7.2. 1. Inconsistencias en el cruce de información entre la facturación y manifiestos de EOCAPITAL y el reporte diario de residuos RH1. 2. En cuanto a la rendición de cuenta ambiental a través de los formatos CB-501 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL INSTITUCIONAL NIVEL INTERNO, presentaron inconsistencias	1. Validar mensualmente los RH1 con la facturación y realizar el correspondiente análisis, Supervisar el diligenciamiento de los formatos RH1 y el manifiesto entregados por EOCAPITAL. 2. la información suministrada para la rendición de cuentas de la Contraloría debe ser validada por el referente del área y oficina de control interno, entregando los correspondientes soporte de la información solicitada en la rendición de cuentas anual de la Contraloría	1. Validación de diferentes formatos de residuos de Peligrosos= N° de validación de información realizado / N° de meses desde el periodo de inicio de análisis * 100. 2. Información reportada correctamente en la rendición de cuentas a la Contraloría = N° de formatos reportados	1. análisis del 100% de los meses la información de suministrado mensualmente en los formatos RH1-manifiestos EOCAPITAL y facturas a 31 de diciembre de 2009. 2. Debido a que la rendición de cuentas a la Contraloría se realiza en el mes Febrero y la validación por parte de los	Servicio s de Apoyo	Referente de servicios de Apoyo - Ingeniero German Rodríguez / Profesional Ambiental - Ing. Mónica Cáceres	N.A	01/09/2009	01/05/2010	0.5	0.50	Mensualmente se han consolidado los datos consignados en los formatos RH1, para determinar los indicadores, al mismo tiempo se realiza la comparación de los datos de los formatos RH1, manifiestos y facturación	1. No se validó mensualmente los RH1 con la facturación y no realizaron el correspondiente análisis, la información para la rendición de la cuenta fue validada por control interno.	1,5	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERT A/ CERR ADA/ EJECU CION
				correctamente / N° de formatos diligenciados	auditores finaliza en el mes de Julio se solicita plazo para el cumplimiento de la meta propuesta: Soportar correctamente el 100% de los formatos diligenciados a mayo de 2010											
720	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.7.3. 1. No se cuenta con un diagnóstico de necesidades de recipientes para la disposición correcta de residuos hospitalarios tales como contenedores para residuos cortopunzantes (área de odontología) y así mismo con recipientes suficientes para la segregación de residuos. 2. No cuenta con señalización en algunos depósitos intermedios de residuos hospitalarios. En el sitio de almacenamiento final de residuos se observó en el área destinada para ordinarios, bolsas destinadas para la disposición de residuos de reciclaje.	1. Realizar diagnóstico de manera semestral necesidades de recipientes para la disposición de residuos hospitalarios. 2. Adquisición y reposición de canecas según las necesidades encontradas en el diagnóstico. 2. * Señalar los sitios de almacenamiento intermedio del Hospital * Realizar inspecciones para verificar el estado físico de los sitios de almacenamiento y así revisar el buen uso de los recursos físicos de estos tales como canecas o bolsas según código de colores	1. Porcentaje de levantamiento del diagnóstico de necesidades de recipientes: % de necesidad de recipientes identificadas por área/áreas del Hospital* 100. 2. No de recipientes reemplazados/ No. De recipientes identificados para reemplazar * 100. 2. Señalización sitios de almacenamiento de residuos Hospitalarios= N° de sitios de almacenamiento de residuos Hospitalarios señalizados/ N° de sitios de almacenamiento de residuos hospitalarios en el Hospital * 100 * Inspecciones de seguimiento= N° de inspecciones realizadas con resultados favorables / N° de inspecciones realizadas *100	1. Contar a 30 de Junio del 2010 con el 100% del diagnóstico de las necesidades de recipientes cubierto. A 31 de diciembre de 2009 cubrir con mínimo el 20% de las necesidades. A 30 de Junio cumplir con el 80% restante. 2. Señalizar el 100% de los sitios de almacenamiento de residuos Hospitalarios en un plazo de 2 meses * Obtener un porcentaje del 95% de inspecciones favorables a dic 31 de 2009	Servicio s de Apoyo	Referentes de Servicios Apoyo - Ing German Rodriguez / Profesional Ambiental - Ing Mónica Cáceres	N.A	01/09/2009	30/06/2010	1	1	Se cuenta con el diagnóstico de necesidades actualizado al mes de enero 2010, se realizó contrato para la reposición de canecas	El Hospital realiza diagnóstico de necesidades de recipientes para la disposición de los recursos, se realizó la adquisición de las canecas, y realizó la señalización de los sitios de almacenamiento.	2	C
730	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.7.4. La Entidad no ha presentado el estado de avance del plan de acción de material reciclado de la vigencia 2008 ante la UAESP	Remitir los informes a la UAESP trimestralmente y semestralmente conforme lo exige la entidad	N° de informes entregados Trimestrales= Entrega de informes trimestrales entregados / N° de trimestres en el periodo evaluado *100 N° de informes entregados Semestrales= N° informes semestrales entregados a la entidad / N° semestres en el periodo evaluado	*Entrega del 100% de informes trimestrales a la Entidad * Entrega del 100% de informes semestrales a la Entidad	Servicio s de Apoyo	Referente Servicios de Apoyo / Ing German Rodriguez- Profesional Ambiental / Ing Mónica Cáceres	N.A	01/09/2009	31/12/2009	1	1	Para el año 2009 se enviaron los informes trimestrales y semestrales a la UESP correspondientes al decreto 400	Se remitieron los informes a la UAESP conforme lo exige la entidad	2	C
740	Informe de Auditoria Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.9.1. El hospital no cuenta con un mecanismo que le permita medir la pertinencia o justificación de las acciones ciudadanas tramitadas durante la vigencia 2008, lo anterior no le permite al hospital identificar las falencias en la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el portafolio. Y de esta forma tomar las medidas necesarias para realizar acciones correctivas y de mejora. Incumpliendo lo establecido en el la norma NTCGP 1000-2004.	1. Modificar el procedimiento de administración de quejas y reclamos, eliminando los requerimientos 1, 2 y 3, pasando directamente de la canalización al último requerimiento con copia a la gerencia. 2.- Llevar un control diario del vencimiento del primer término para proceder a enviar últimos requerimientos. 3.- Modificar el formato de canalización a uno estándar fotocopiado. 4.- Realización de un formato para realizar respuestas parciales cuando los referentes se están demorando en contestar. 5.- Implementación de una pedagogía para fortalecer la cultura de respuesta oportuna a quejas.	1.-# de PQRs respondidos dentro de los términos de ley / # de PQRs recibidos*100.	Al 31 de Diciembre de 2009, haber pasado del 0,19% en la oportunidad en la respuesta a los PQRs como mínimo en un 35%.	Atención al Usuario	Atención al Usuario, Calidad, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa, Coordinadores de todos los servicios y gerencia.	NA	31/08/2009	31/12/2009	537 Peticiones, Quejas y Reclamos respondidos dentro de los términos de ley /1282 PQRs recibidos en el 2009*100= 42%	1	1.- Se modificó el procedimiento de peticiones, quejas y reclamos, eliminando los requerimientos 1, 2 y 3, pasando directamente de la canalización al último requerimiento con copia a la gerencia y a OGPA. 2.- Se lleva un control diario del vencimiento del primer término para proceder a enviar últimos requerimientos. 3.- Se modificó el formato de canalización a uno estándar fotocopiado. 4.- Se creó un formato para realizar respuestas parciales para cuando los referentes se estaban demorando en contestar, pero este tema se puso a discusión en la gerencia, en relación al balance costo beneficio y como el hospital está racionalizando costos	1. OK. 2.-OK. 3.-OK. 4.-OK. 5.-OK.	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABILIDAD DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
													innecesarios y también promulga por el apoyo de la política de protección al medio ambiente por decisión en relación a dificultades presupuestales y a la contaminación del medio ambiente, lo suprimió. 5.- Se implementó una pedagogía para fortalecer la cultura de respuesta oportuna a quejas.			
750	Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque Integral - Modalidad Regular - Vigencia Auditada 2008	3.9.2. Se evidenció que los términos de respuesta requeridos no se cumplen, lo que genera la inoportunidad en las respuestas emitidas, y desconfianza en el desarrollo del proceso establecido sin que se hayan aplicado correctivos eficaces para lograr el cumplimiento; es decir, que durante el año 2008 el hospital solo cumplió los términos establecidos para la atención oportuna de los PQRs en el 0,19%. Incumpliendo con lo consagrado en el artículo 55 de la Ley 190 de 1995.	1.Modificar el procedimiento de administración de quejas y reclamos, eliminando los requerimientos 1, 2 y 3, pasando directamente de la canalización al último requerimiento con copia a la gerencia.2.-Llevar un control diario del vencimiento del primer término para proceder a enviar últimos requerimientos. 3.- Modificar el formato de canalización a uno estándar fotocopiado. 4.-Realización de un formato para realizar respuestas parciales cuando los referentes se están demorando en contestar. 5.- Implementación de una pedagogía para fortalecer la cultura de respuesta oportuna a quejas.	1.-# de PQRs respondidos dentro de los términos de ley /# de PQRs recibidos*100.	Al 31 de Diciembre de 2009, haber pasado del 0,19% en la oportunidad en la respuesta a los PQRs como mínimo en un 35%.	Atención al Usuario	Atención al Usuario, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa, Coordinadores de todos los servicios y gerencia.	NA	31/08/2009	31/12/2009	537 Peticiones, Quejas y Reclamos respondidos dentro de los términos de ley /1282 PQRs recibidos en el 2009*100= 42% Oportunidad en la respuesta: Enero:31,34 % Febrero: 29,72% Marzo: 22,83% Abril:36,7% Mayo: 19,2% Junio:31% Julio: 50% Agosto: 35% Septiembre: 58% Octubre: 69% Noviembre: 54% Diciembre: 35,1%	1	1.- Se modificó el procedimiento de peticiones, quejas y reclamos, eliminando los requerimientos 1,2 y 3, pasando directamente de la canalización al último requerimiento con copia a la gerencia y a OGPA. 2.- Se lleva un control diario del vencimiento del primer término para proceder a enviar últimos requerimientos. 3.- Se modificó el formato de canalización a uno estándar fotocopiado. 4.- Se creó un formato para realizar respuestas parciales para cuando los referentes se estaban demorando en contestar, pero por decisión de la gerencia, en relación a dificultades presupuestales y a la contaminación del medio ambiente, lo suprimió. 5.- Se implementó una pedagogía para fortalecer la cultura de respuesta oportuna a quejas.	1. OK. 2.-OK. 3.-OK. 4.-OK. 5.-OK.	2	C
760	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.1.1 La Junta Directiva no cuenta con procedimientos que garanticen que sus actas sean generadas, revisadas, aprobadas, incorporadas y suscritas en el libro de actas de manera oportuna. Las actas generadas en la vigencia 2008 no han sido incorporadas en el libro de actas, período en el cual se han presentado novedades en el titular de secretaría y quienes actualmente ya no se encuentran vinculados a la entidad. Incumple...	PLANEAR 1.Elaboración del procedimiento de Elaboración de Actas e inclusión en el Manual de Calidad Institucional. HACER 2.Aplicación del Procedimiento de manera mensual. 3. Socialización a miembros de Junta Directiva y actores involucrados VERIFICAR 3.Verificación de cumplimiento de las actividades planteadas en el mismo. ACTUAR 4.Formulación de acciones correctivas según los hallazgos	Procedimiento implementado y socializado a los Miembros de Junta Directiva.	A 30 de diciembre de 2008 se contará con el procedimiento implementado socializado.	Secretaría Ejecutiva de la Junta Directiva	* Diana Margarita García Secretaria Ejecutiva de la Junta Directiva. * Diana E. Carvajal M. Jefe Oficina Asesora de Planeación. * Maria Lucia Grueso. Profesional Especializado o área Calidad.	N.A.	01/11/2008	30/12/2008	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas. La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	1. ok se cuenta con procedimiento 2.Aplicación del Procedimiento de manera mensual. 3. Socialización a miembros de Junta Directiva y actores involucrados 3.Verificación de cumplimiento de las actividades planteadas en el mismo. ACTUAR 4.Formulación de acciones correctivas según los hallazgos	1	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL Hallazgo u OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
770	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.1.2 Los comités que operan en la entidad no planifican el como darán cumplimiento a las funciones establecidas en las resoluciones de creación, afectando el cumplimiento de sus compromisos; del contenido de sus actas se establece que el resultado de sus sesiones solo permiten dar cumplimiento parcial a la norma, sin que opere como una herramienta gerencial en la toma de decisiones de alto impacto. Se incumple ...	1. Dar operatividad y cumplimiento a las funciones de los Comités, pertinentes para la Entidad acorde con la normatividad, mediante la utilización de la herramienta 5 WH. 2. Realizar seguimiento al cumplimiento de las funciones de los comités.	Nº de Comités operativizados y con verificación del cumplimiento de sus funciones / N° total de Comités operativizados * 100.	A 30 de junio de 2009 tener al 100% los Comités de la Entidad operativizados y con seguimiento.	1. * Presidentes de Comités 2. * O.G.P.A.	* Secretarios de Comités. * Max Sierra Jefe Oficina O.G.P.A.	N.A.	01/11/2008	30/06/2009	La OGPA realizó auditoría de seguimiento a la funcionalidad de los comités, el informe es enviado a Gerencia.	1	De manera continua la OGPA en la participación de cada comité se encarga de fomentar por el cumplimiento de las funciones de los integrantes de los comités, el cumplimiento de actividades y la actualización de la reglamentación. Se solicita el cierre del hallazgo.	SE VERIFICA AUDITORIAS REALIZADAS A COMITES DEL A NOVIEMBRE DE 2009, 22 AUDITORIAS A 22 COMITES EXISTENTES	2	C
780	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.1.3 La entidad no garantiza el aseguramiento de la disponibilidad de recursos para el giro ordinario de prestación de los servicios de salud. Se presentan cancelaciones de servicios por falta de insumo, carencia de talento humano, no suministro de los medicamentos para uso de las áreas de servicio (incluye consulta externa), incumpliendo ...	Planear.- Realizar un diagnóstico del Personal necesario, idóneo de acuerdo a las cargas de trabajo de la Institución. HACER Actualizar los manuales de funciones, política de calidad y elaborar la política de talento humano. VERIFICAR: Seguimiento trimestral a los 3 ítems. HACER. los funcionarios deben conocer sus funciones, así como sus deberes y derechos	Nº de requerimientos efectivos / N° total de requerimientos solicitados * 100	A 31 de diciembre de 2009 atender el 100% de los requerimientos de personal acorde con los perfiles solicitados	Talento Humano, Subgerencia Servicio s de Salud, Subgerencia Administrativa	* Dora Elsa Guevara Referente de Talento Humano, * Referentes de procesos.	N.A.	10/10/2008	31/12/2009	1-100%	1	A la fecha ya cumplió con este compromiso, ya que desde la Subgerencia de Servicios de Salud en conjunto con la Oficina de Planeación y el área de Talento Humano se llevo a cabo una reorganización administrativa del personal tanto administrativo como asistencial con el fin de que cada área contare con el personal requerido para el desarrollo de las funciones asignadas.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
790	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.1 La institución no cuenta con el mapa de riesgos global. Desconoce los riesgos sistémicos, algunas áreas no ha dado cumplimiento en oportunidad al levantamiento de su mapa lo cual ha desencadenado la imposibilidad de consolidar el de procesos. Del seguimiento efectuado a los procedimientos se determina que estos no establecen el periodo en el cual se deben levantar los mapas de riesgo de manera sistemática y recurrente. Incumple el requisito literal g) numeral 4.2.1 Subtítulo mayores valores pagados por no excepcionar oportunamente, d) mayores valores cancelados a ex funcionarios por concepto de incapacidades.	PLANEAR 1. Revisar y Ajustar el proceso de manejo y seguimiento a riesgo PC105-02 2. Formulación, Adopción y socialización de la política de Manejo de Riesgos Institucional. HACER 3. Asesoría y acompañamiento en la formulación de los mapas de riesgos. 4. Elaboración de los mapas de riesgos por proceso. 5. Consolidación de los mapas de riesgos en una matriz de riesgos global 6. Determinación de un mapa de riesgos global institucional. VERIFICAR 7. Seguimiento individual a mapa de riesgos institucional 8. Seguimiento al mapa de riesgos global de la Entidad. ACTUAR 9. Ajuste de los procesos institucionales de acuerdo a los resultados del seguimiento al mapa de riesgos.	Porcentaje de cumplimiento en la elaboración de los mapas de riesgo: No. de procesos con mapa de riesgos / Total de procesos institucionales * 100. N° de seguimientos realizados al mapa de riesgos global / N° total de seguimientos programados. * 100	A 31 de Diciembre de 2009, haber desarrollado el 100% de las actividades para la obtención del manejo de riesgos de la Institución.	* Comité de Control interno y Calidad. * Oficina Asesora de Planeación - Referente de Calidad. * O.G.P.A.	1-2-3-5. Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 2 y 7. O.G.P.A. Profesional de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol 4-7-9. Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	10/10/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	NO SE REALIZA SEGUIMIENT NO A MAPAS DE RIESGO	1,5	A
800	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.2 La deficiente gestión del riesgo ha permitido la materialización de daños al patrimonio en cuantía de \$59.171.872 derivado por: a) pagos de intereses moratorios y reconexiones consecuencia de cancelaciones extemporáneas de servicios públicos, b) pago de sanciones, y multas impuestas, c) mayores valores pagados por no excepcionar oportunamente, d) mayores valores cancelados a ex funcionarios por concepto de incapacidades.	1. PLANEAR.- Oficiar al personal que esta pendiente de legalizar las incapacidades, Y las E.P.S. para que nos den respuesta, Establecer un plan de mejoramiento. VERIFICAR.- Realizar seguimiento a las Respuestas. HACER.- Formalizar los procesos con Saneamiento Contable ACTUAR.- Iniciar los procesos de depuración y acciones correctivas del caso, para sanear totalmente la partida de incapacidades	1.- Nro de Funcionarios oclados para legalizar incapacidades/ N° total de funcionarios pendientes de legalizar incapacidades. 2.- N° de EPS ocladas/ N° total de EPS a oficiar	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de las gestiones pertinentes.	Talento Humano	Dora Elsa Guevara Referente de talento humano Sonia Yaneth Neira Ordóñez Técnico de Talento Humano	N.A.	10/10/2008	31/12/2009	100	1	Se cumplió con el compromiso, se solicita cerrar el hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
810	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.2.1 La entidad como consecuencia de no haber identificado, monitoreado, y administrado adecuadamente el riesgo implícito en las operaciones de pago de servicios públicos, facturación y cobro de venta de servicios, pago de impuestos, custodia de los soportes que garantizan sus derechos económicos, el cobro de obligaciones de terceros a favor del hospital y control y salida de elementos ha sido afectada económicamente en cuantía estimada de \$1.204.468.993, la cual se detalla a continuación; hechos que serán materia de estudio de este ente de control mediante apertura de indagación preliminar.	Ajustar los procedimientos establecidos, de acuerdo al SGC y verificar el cumplimiento de los procesos contemplados en el POA, que tendrá como base la planeación, el desarrollo, y la aplicación de Auditorías internas trimestralmente, que minimicen el riesgo de la pérdida de activos.	Numero de procedimientos ajustados / Numero de procedimientos del área. Numero de auditorías realizadas / Numero de auditorías programadas x 100	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de las acciones pertinentes.	Subgerencia Administrativa y Financiera	Referente de Recursos físicos- Asesora de Control Interno Disciplinario - Referente de Activos Fijos-	N.A.	18/11/2008	31/12/2009	El indicador fue cumplido en su totalidad.	1	Se actualizaron todos los procedimientos del área, se actualizó el mapa de riesgos y se realizaron 6 auditorías al control de activos en servidumbre solicitada se levante la observación. En lo referente a la salida de elementos el área de Recursos físicos se encuentra realizando actas de conciliación con los hospitales de la red por concepto de préstamos, estas transacciones se reflejan en la interfase mensual que se concilia con el área contable. En comitè de sostenibilidad se realiza seguimiento a dicho proceso.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
820	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.3 La entidad al no contar con el levantamiento de mapas de riesgo con oportunidad ha estado descubierta y expuesta a eventos adversos de alto impacto en sus finanzas y en la memoria institucional. Durante la vigencia 2008 se mantuvo descubierta por un periodo de dos meses de químico farmacéutico el área de farmacia, dejando que esta área opere día a día con la orientación de los estudiantes salientes y entrantes de la facultad de Química Farmacéutica de la Universidad Nacional; personal sin la experiencia ni autoridad para toma de decisiones, agravado el hecho que su alcance sólo llegaba a la farmacia de Urgencias Hospitalización y Cirugía, quedando sin seguimiento y control la farmacia de consulta externa y las de los centros de atención. Se incumple el requisito 6.1 Provisión de Recursos y Condiciones controladas de los riesgos de mayor probabilidad, numeral 7.5.1 Control de producción y de la prestación del servicio, de la Norma NTCGP 1000: 2004	PLANEAR.- Evaluar hojas de vida y nombrar al Químico farmacéutico. HACER .Nombrar el Químico farmacéutico, se corroboró día 05 de Agosto de 2008. VERIFICAR.- verificar que se este cumpliendo con el manual de procesos, y la política de Talento Humano establecida. ACTUAR tener establecido un plan de contingencia. 3. Tener un plan de mejoramiento individual y colectivo.	Nro de requerimientos suministrados / Nro de requerimientos solicitados. Por ausencias eventuales se debe dejar responsable, con encargo, y acta para que se encuentre evidencia. actualizar el mapa de riesgos del área ajustándolo al institucional, así como el de procesos	100% servicio cubierto. Por ausencias Eventuales siempre se debe responsabilizar a un funcionario.	Subgerencia servicios de salud. Subgerencia Administrativa y Financiera. Referente de Talento Humano.	* William Rodríguez Uribe Subgerencia servicios de salud * Dora Elsa Guevara Gutiérrez	N.A.	01/11/2008	30/01/2009	1-100% Se ajustaron el 100% de los mapas de riesgo correspondientes a cada uno de los servicios, con corte a 15 de noviembre, y se cuenta con el referente de farmacia; se cuenta con el Referente del área de Farmacia, quién es químico farmacéutico.	1	Se nombro el Químico farmacéutico el 12 de Agosto de 2008. La entidad se planteo como compromiso ante la Secretaría la actualización de los mapas de riesgo para el mes de noviembre, por lo que se trabajo en todas las áreas, pudiendo dar un cumplimiento al 100% en la actividad.	Se evidencia soportes	2	C
830	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.4 La institución hospitalaria es débil en la valoración de las causas del riesgo, lo cual no le permite tomar acciones puntuales que atenuen, dispersen, eliminen, trasladen o deriven en asumir el factor de riesgo determinado, incumpliendo el requisito 8.4 Análisis de Datos de la Norma NTCGP 1000: 2004	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No. total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefa Oficina Asesora de Planeación. María Lucía Grueso- Profesional Especializado o área .O.G.P.A. 5 Dra. Lucía Pedraza, Profesional Universitario , OGPA. * Mery Parra S. Profesional Universitario , OGPA. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	Se evidencia soportes	2	C
840	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.5 La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol no cuenta con la capacidad operativa (sin titular desde el mes de febrero de la presente anualidad), carece de respaldo de la alta dirección para concentrarse en el desarrollo de actividades de alto impacto, derivando que su gestión sea deficiente e insuficiente para garantizar un adecuado desempeño del sistema de gestión de la calidad con enfoque a la gestión del riesgo (oportuna, eficiente y efectiva), a la fecha esta dependencia se concentra a la atención de coyunturas. Se incumple el requisito literal e) aseguramiento de la disponibilidad de recursos, numeral 5.1 Compromiso de la Dirección de la Norma	PLANEAR.- Evaluar hojas de vida y nombrar el personal necesario para la OGPA HACER .Nombrar el Jefe de la Oficina de Gestión Pública, se nombró día 15 de Septiembre de 2.008. VERIFICAR.- verificar que se este cumpliendo con el manual de procesos, y la política de Talento Humano establecida. ACTUAR tener establecido un plan de contingencia. 3. Tener un plan de mejoramiento individual y colectivo.	Indicador de cumplimiento: No. Profesionales con perfil adecuado vinculados a la OGPA /No. Total de profesionales solicitados con perfil adecuado * 100.	A 30 de abril de 2009 haber conformado un equipo idóneo para la OGPA.	Gerencia Referente de Talento Humano	Dra. Dora Elsa Guevara - Referente Talento Humano	N.A.	01/11/2008	30/04/2009	1-100%	1	Se nombro el titular de la Oficina y Posteriormente se fortaleció el grupo de trabajo	Se evidencia soportes	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
		NTCGP 1000: 2004.														
850	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.6 El sistema de Gestión de la Calidad es altamente vulnerable y débil. La alta rotación del personal, materializada de manera recurrente y sistemática desencadena: a) quien aporta a la realización de las funciones de un área es incorporado sin responder a un perfil predeterminado, es decir no hay una debida asignación, b) hay desconocimiento de los manuales y procedimientos que le facilitan y garantizan el hacer, c) las áreas bajo el esquema de outsourcing operan su propio sistema gestión de la calidad, d) quien dirige los procesos, funcionarios o prestadores del servicios no reconocen el alcance del control delegado, e) el esquema de delegación del control desencadena el descontrol, c) por la alta rotación y la no delegación por interinidad se descontrolan los procesos. Se incumple ...	PLANEAR 1. Revisión y actualización de la Estructura Funcional de la entidad de acuerdo a la dinámica del mapa de procesos. 2. Formulación y adopción de la política de manejo integral al Talento Humano y sus Instrumento de operación. 3. Actualización del Manual de Calidad MSC01-04, a partir de la inclusión de la Política del Talento Humano en el numeral 6.2 Gestión de los recursos del Talento Humano. HACER: 3. Socialización de la Estructura Funcional, el manual de Calidad, la política integral del Talento Humano y sus Instrumentos de Operación. 4. Implementación de los Instrumentos de operacionalización en los procesos de Ingreso, Inducción, Reinducción, Bienestar, capacitación y evaluación del desempeño. VERIFICAR 5. Evaluación y seguimiento de la satisfacción del Cliente Interno y Clima Laboral de la entidad. ACTUAR 6. Formulación de acciones de mejora que permitan el desarrollo de una cultura institucional..	Indicador de cumplimiento: No. Total de áreas con Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Control Interno / No. Total de áreas de la institución.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno en el 100% de áreas de la entidad.	* Oficina Asesora de Planeación - Calidad + Oficina de Talento Humano * OGPA.	1-2-3-6 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. María Lucía Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 5 Talento Humano 3 - 4.-Jefes de Oficina, Subgerentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad. 2-3-4-5-6Dra. Dora Elsa Guevara Subgerente Administrativo	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	Se socializó el manual de calidad institucional al 100% de las áreas. Las evidencias del proceso reposan en el área de Calidad	1	Fue elaborado el manual de Gestión de la calidad, el cual contiene los conceptos principales de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad (decreto 1011/2006), Sistema de Gestión de la Calidad (NTC GP: 1000:2004), Sistema de Control Interno (MECI 1000:2005). Este manual fue diseñado con el fin de socializar estos temas al personal del Hospital Engativá, para que adquirieran conceptos más claros sobre el sistema integrado de la calidad y lograr periódicamente alcanzar a aplicar estos conocimientos previos en la práctica organizacional. Adicionalmente, se ha realizado capacitaciones sobre MECI en algunas áreas de servicios asistenciales y administrativos. Como evidencia documental se encuentra: el manual formalizado "Sistema de Gestión de la Calidad", planillas de divulgación de entrega controlada de documentos correspondiente al manual del sistema integrado de gestión y las planillas de capacitación del MECI. Con corte a 31 de Diciembre de 2009 se socializó el manual de calidad al 100% de las áreas.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
860	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.2.7 Es recurrente y sistemática la informalidad en la entrega de los puestos de trabajo. La alta rotación del talento cooperado y por contrato de prestación de servicio no estar direccionada, seguida, controlada y mitigada de encadenados vacíos de responsabilidad, formalidad en el traspaso de funciones y actividades, desorden en los procesos, procesamiento de información y pérdida de la memoria institucional; actualmente el que recibe o deja un puesto de trabajo no se le obliga a formalizar acta de entrega de puesto trabajo, independiente de la naturaleza de su vinculación, razón por la cual el que asume la función debe reconstruir la información de la dependencia, 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 ...	1.- Realizar un procedimiento para la entrega de los puestos de trabajo y de terminación de gestión y entrega documental, junto con el mapa de riesgos. 2.- Realizar oportunamente el Plan de auditoría acorde con los procedimientos junto con el mapa de riesgos.	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas * 100	A 30 de junio de 2009 haber realizado el levantamiento de los procedimientos y su mapa de riesgos.	1.- Subgerencia de Servicios de Salud 1.- Referente de Talento Humano 2.- OGPA.	Referente Talento Humano Subgerencia de Servicios de Salud, Referentes de Servicio por área, * Profesionales de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol	N.A.	01/11/2008	30/06/2009	1-100% 2. La oficina ha dado cumplimiento a las auditorías programadas y aprobadas en el POA 2009. El Manual de Procesos y procedimientos y el mapa de procesos los cuales hacen parte del Manual de Calidad y se aprobaron mediante Acuerdo No.24 de 2009; además se actualizaron todos los mapas de riesgos de la entidad	1	Se establece disminución en la rotación del personal, se presenta mayor estabilidad del personal en los diferentes puestos de trabajo, y se realizaron jornadas de inducción y reinducción de manera obligatoria para todo el personal, se cumplió dentro de los términos, se solicita cerrar.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPON SABLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
870	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.6.1.1 Las actas de los comités no son suscritas en la reunión siguiente, sino que este proceso se acumula. La Junta Directiva avala sus decisiones pero no las formaliza de manera inmediata en el libro de actas; las actas generadas en el periodo enero agosto de 2008 no han sido incorporadas y suscritas en este. Se incumple artículo 2, de la Ley 87/93 Objetivos del sistema de control interno inciso f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos. La entidad es deficiente en el diligenciamiento, manejo, flujo y conservación de los registros que consignan la prestación de servicios derivado por omisiones, imprecisiones, inconsistencias y falta de custodia que no garantiza su integridad tanto de contenido como física.	PLANEAR 1. Generar un procedimiento para la generación de actas de los Comités. HACER 2. Socialización del procedimiento a todas las áreas e inclusión del mismo en el manual de Calidad. VERIFICAR 3. Realizar Auditorías a los registros generados. ACTUAR 4. Formulación e implementación de acciones de mejora con el equipo de trabajo de acuerdo a los hallazgos encontrados	Nº de comités con el Procedimiento socializado e implementado / Nº total de comités de la Entidad.	A 31 de enero de 2009 se contará con el procedimiento socializado y divulgado a los miembros de los diferentes comités y Junta Directiva.	Secretaría Ejecutiva Junta Directiva * Oficina Asesora de Planeación. Referente de Calidad. Miembros de Comités.	* Diana Margarita García-Secretaría Ejecutiva de la Junta Directiva. * Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. * María Lucía Grueso- Profesional Especializado o Referente de Calidad.	N.A.	01/11/2008	30/01/2009	El procedimiento se encuentra socializado.	1	El procedimiento se encuentra socializado.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
880	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.6.1.2 La cuenta de la vigencia 2007 rendida por el hospital a la Contraloría de Bogotá presentó incumplimiento a la Resolución 020 de 2007 en lo relativo a plan de mejoramiento, informe de control interno, peticiones quejas y reclamos y formatos del componente medio ambiente. En memoria institucional, se observa que la Entidad no ha avanzado en el fortalecimiento del proceso de gestión documental que garantice su adecuado archivo y guarda. En el sótano del edificio de la sede calle 80 reposan los archivos documentales correspondiente a la facturación de los primeros meses del año 2008 sin contar con protección alguna, ver fotos	1. Dentro de los planes operativos establecer la programación de entrega de los Informes a los entes de control. 2. Revisión, ajuste, adopción, divulgación y socialización del procedimiento de Rendición de Informes a los entes de control, para la entrega completa y oportuna a los entes de control. 3. Seguimiento al cumplimiento oportuno en la presentación de Informes a los entes de control. 4. Establecer los planes de mejoramiento y realizar las acciones pertinentes en caso de incumplimiento, y a la vez enviar los informes dejados de presentar oportunamente. 5. Garantizar la custodia de la documentación contando con un espacio apropiado para su protección y guarda. Socializar los procedimientos con todas las áreas para que se garantice una adecuada recepción de la documentación. Fortalecer y mejorar el proceso de la gestión documental, manteniendo la comunicación entre las diferentes áreas de la entidad, para darle cumplimiento al proceso de la entrega y custodia de la documentación de acuerdo a como lo exige la norma.	1. No. De Informes requeridos con entrega oportuna / No. Total de Informes a entregar a entes de control en la vigencia * 100 2. No. De áreas con el procedimiento divulgado y socializado/ No. Total de áreas de la Institución * 100 5. No. De documentos relacionados para entrega/No. de documentos recibidos * 100	A 31 de Diciembre de 2009 haber dado cumplimiento oportuno a la totalidad de los informes requeridos por los entes de control. 5. A 31 de Diciembre de 2009 fortalecer y mejorar el proceso de la gestión documental en la entidad	Subgerencia de Servicios de Salud Subgerencia Administrativa y Financiera Oficina de Planeación Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Oficina Jurídica Referente de Archivo General	Referente de cada una de las áreas responsable s de la información para con los entes de control 5. Camilo A. Torres Referente Archivo General	N.A.	30/11/2008	31/12/2009	1,2,3. La OCPA realiza recordatorio oportunos a las áreas que presentan informes y su posterior seguimiento. 4. La entrega de los informes ha sido oportuna. Se establece que del total de requerimientos solicitados en las diferentes áreas, se suministró el 100% de esos requerimientos con las necesidades de cada servicio. Se diseño formato en el cual se justifica la necesidad, el perfil, las actividades que debe cumplir el nuevo empleo y la certificación de T.H. de la insuficiencia de personal de planta en la entidad; Dicho formato debe ir con el aval del referente del área, la subgerencia respectiva y el referente de contratación.	1	Se solicita cerrar el hallazgo. Se realizaron ajustes de personal en las diferentes áreas y por cierre temporal de algunos servicios se redistribuyó el personal de acuerdo a su perfil, en las áreas que se presentaba faltante de personal. Se solicita cerrar el hallazgo.	1. Se estableció programación de entrega de los informes a los entes de control. 2. se divulgo y socializo el procedimiento de Rendición de Informes a los entes de control. 3. se realizo seguimiento al cumplimiento o en la presentación de informes a los entes de control. 4. Se establecieron planes de mejoramiento o 5. No se ha garantizado la custodia de la documentación contando con un espacio apropiado para su protección y guarda.	1,5	A

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
890	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.6.1.3 El hospital al rendir la cuenta de la vigencia 2007 incumplió el diligenciamiento de los formatos: a) CB501 C5 Sistemas de control de emisiones que posee la entidad, b) CB501C6A operación y manejo de emisiones atmosféricas-actividades, c) CB501C6B operación y manejo de emisiones atmosféricas-equipos, d) Seguimiento al Plan de Mejoramiento, e) Peticiones Quejas y Reclamos y remisión del informe Control Interno Diligenció parcialmente la información de los formatos a) CB-501 A8 Desarrollo de empleados sobre el tema ambiental, b) CB501 B2 Oportunidades de ahorro, c) CB501B3 Programas de Ahorro, d) CB501C2 Costo, e) Descripción de las mediciones de ruido, f) CB501 C4 Equipos que generan emisiones, g) CB501E2 Oportunidades de Reducción de Consumo de energía, h) CB501E3 Programas para controlar el uso consumo energía.	1. Acción de corrección: Los formatos serán diligenciados en su totalidad y enviados a la Contraloría de Bogotá y subidos a la página de internet. 2. Diseñar e implementar un procedimiento para la realización y presentación de informes a los diferentes entes de control que incluya un cronograma con la debida periodicidad de cada uno e indicadores de cumplimiento. Este procedimiento debe incluir también los criterios de calidad de los informes 3. Incluir dentro de los planes operativos anuales del proceso de gestión ambiental el cumplimiento en la calidad de los informes entregados a los diferentes entes de control 4. Realizar el debido seguimiento trimestral a la actividad definida en el plan operativo del área referente a calidad de los informes 5. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional.	"Porcentaje de Cumplimiento de la actividad (No. De formatos diligenciados y enviados) total de formatos requeridos" * Nivel de cumplimiento del procedimiento * Número de informes que cumplen con los criterios establecidos / Número de informes a entregar * 100 * Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	* A diciembre 31 serán entregados los formatos diligenciados. * a diciembre 31 de 2008, se tendrá diseñado el procedimiento para empezar a ser implementado desde el 01 de enero de 2009 * A 30 de enero de 2009 se tendrá incluida en el POA la actividad de cumplimiento en la calidad de informes * Tener de manera permanente un 100% de cumplimiento en calidad de informes * Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Gestión Ambiental al Servicio de apoyo O.G.P.A. Atención al Usuario	Profesional de gestión ambiental	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	1	1	Para la rendición de cuentas en el año 2009 se diligenciaron los formatos correspondientes. Se levanto el procedimiento para realización y presentación de informes a entes de control.	La entidad reporto lo referente al año 2008 y 2009	2	C
900	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.2.6.3.1 La entidad no ha implementado la página Web ni el servicio de citas telefónicas para el aprovechamiento de las Tecnologías de Información y Comunicación con destino al usuario. El usuario no puede realizar procesos de citas médicas a través del servicio telefónico ni página web, la que dispone el hospital es desconocida por el mismo personal que labora para la institución, cuentan con un portal en la página del distrito y la página web institucional está colgada a un servidor laycos pero que no es difundida, la del distrito se encuentra desactualizada toda vez que registrar la anterior misión y visión institucional. El procedimiento vigente es débil para atender las necesidades de la entidad en esta materia.	1. revisión de los procedimientos que permitan diagnosticar que los factores críticos de éxito sean tenidos en cuenta en la oportunidad del uso de nuevas tecnologías. Adquisición de servidor propio para implementar la página web, con dominio directo. Implementación central de asignación de citas telefónicas. Socialización interna y externa de la página web del hospital y líneas telefónicas de atención para asignación de citas. Se incluirá dentro del POA de Recursos tecnológicos y Sistemas Soporte de la página web. Se incluirá dentro del POA de Mercadeo el mantenimiento y divulgación de la página web.	No de procesos a revisar/ No de procesos revisados * 100 N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas * 100	A 31 de enero de 2009 haber implementado las actividades de las acciones correctivas.	Subgerencia Administrativa y Financiera * Referente de recursos Tecnológicos. * Referente de estadística. + Referente de Mercadeo.	Jairo Hurtado Valenzuela Referente de Sistemas Alexander Ruiz Profesional de Estadística Fabián Andrés Manrique Profesional de Mercadeo	Servidor Computadores Equipos de comunicación Recurso Humano	01/11/2008	31/01/2009	1	1	El servicio de citas telefónicas, esta funcionando con dos personas de lunes a viernes, 7 am a 7 p.m. el sábado de 7am a 1pm. Lo anterior esta sujeto a los planes de mantenimiento que se realizan en las áreas. Se solicita el cierre del hallazgo, por cumplimiento del 100%.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU MIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
910	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.3.2.1 En ejecución del programa de la cuenta Deudores se evidenció que existe facturación pendiente de radicar ante los pagadores en cuantía de \$ 1.302,7 millones, correspondiente a las vigencias 2005 a 2007	1.- Controlar y Soportar dentro de los tiempos de la radicación cada una de las facturas pendientes de soportes para radicar. 2.- Seguimiento escalonado a las facturas no radicadas dentro del periodo correspondiente y Radicarlas. 3.- Informar oportunamente al área de cartera sobre la radicación de facturas de otros periodos. 4.- Control periódico sobre las cuentas a radicar y radicadas.	1.- (Porcentaje de radicación de cada periodo) N° de Facturas radicadas en estado de AP o Pendientes por Radicar / N° Total de facturas en AP o Pendientes por Radicar.	Radicar al 100% las facturas y cuentas generadas a los diferentes pagadores dentro de los 20 primeros días de cada mes.	Subgerente Administrativo y Financiero, Referente Financiero	Armando Vargas Cuenca Referente de facturación	N.A.	01/11/2008	30/06/2010	0.34999	0.35	En octubre se empezó a realizar la radicación de las cuentas de otros periodos dejadas de radicar por falta de autorizaciones y soportes y se está depurando la facturación AP de evento y cartera depuración de capita. Se ha venido estableciendo controles para hacer la entrega de la facturación diaria. Durante la vigencia 2009 se ha refacturado y radicado facturas que se encontraban en estado AP.	se observó que a diciembre de 2009 hay facturación por radicar de periodos anteriores	1.2	A
920	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.3.2.2 Así mismo se evidenció existen valores en el sistema por concepto de facturas radicadas pendientes de cancelación y que no se encuentran formando parte de las actas de conciliación suscritas entre el hospital y el pagador. Como es el caso de las cuentas de cobro de 3448, 3655, 3855 de CAPRECOM. Glosa radicada desde el año 2006 y que no ha sido contestada (cuenta de cobro 9377 radicada en agosto 31 de 2006, factura 343144 de servicios prestados en julio 15 de 2006.) Por último es necesario que la entidad suscriba un Plan de Mejoramiento incluyendo acciones tendientes a depurar saldos que no representen derechos ciertos.	(1) Realizar revisión de las cuentas de cobro atrasadas y realizar conciliación con las diferentes Instituciones de manera oportuna (2) Llevar a cabo el proceso de depuración y Conciliación de glosas por cada Entidad (3) Realizar seguimiento y control a los diferentes procesos.	(1) No. Cuentas de cobro por revisar/ No. Total de cuentas de cobro de la vigencia (2) Vr glosa contestada/Vr total de glosa pendiente por contestar (3) Número de procedimientos con seguimiento / número total de procedimientos X 100	A 31 de diciembre de 2009 realizar el 100% de las acciones correctivas programadas.	Subgerencia Administrativa y Financiera Referente de Cartera Referente de Cuentas Medicas Referente de Auditoría medica	Carlos Torres Donald Gómez Marino, Alberto Serna.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	1	1	Se gestionó el pago de las facturas mencionadas de Caprecom, La factura 343144 se cobró al Fondo Financiero por ser evento no pos. El grupo de Auditores ha venido realizando Actas de Conciliación de Glosas de acuerdo a los cruces, previos que realiza el área de cartera.	Se evidenció el pago de las facturas mencionadas de Caprecom,	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERT/ TA/ CERR ADA/ EJECU CION
930	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.3.3.1 En ejecución del programa de auditoría se determinó sobrestimación de la cuenta en \$264.3 millones representados en letras de cambio con mas de tres años de vencimiento de sobre las cuales ya operó el fenómeno de la prescripción de que trata el artículo 789 del Código del Comercio y que no representan derechos ciertos para la entidad. Incumpliendo los fundamentos y procedimientos de control interno contable en el sentido de adelantar las acciones correspondientes para concretar su respectiva depuración. En todo caso el reconocimiento y revelación de este proceso se hará de conformidad con el régimen de contabilidad pública.	1. Implementar una estrategia en conjunto con el área jurídica y Contable que permita revisar y establecer la prescripción de la acción de cobro sobre los títulos ejecutivos con mas de cinco años contados a partir de la fecha en que se hicieron legalmente exigibles y llevarlos a comité de sostenibilidad contable con el fin de que sean depurados de los estados financieros del Hospital. 2. Actualizar los Manuales de Procedimientos de las áreas involucradas.	No. letras Depuradas/ No. Total de letras que cumplen con el tiempo de ley para su prescripción.	A 31 de marzo de 2009 haber depurado de los estados contables el 100% de las letras de cambio que cumplen con el tiempo establecido en la ley para su prescripción.	Subgerencia Administrativa y Financiera Referente de Cartera	Carlos Torres Referente de Cartera Valdimir Ilich Mendoza Asesor Jurídico José Humberto Bohorquez Referente de Contabilidad	N.A.	01/11/2008	30/06/2010	Se ha realizado por parte del área de cartera a través de un abogado designado, la revisión de los títulos valores (Letras) que cumplen con el tiempo de prescripción lo cual una vez analizadas se han presentado al comité de Sostenibilidad contable, evidenciando 520 títulos, para depuración, de la misma forma se corrió traslado a la oficina jurídica de 271 títulos a concepto Jurídico.	0.30	La oficina de cartera esta realizando el estudio de títulos valores que cumplen con la prescripción, menores a \$150.000, presentando al comité de sostenibilidad contable y oficina jurídica para su concepto, al igual que se realizaron los respectivos cobros; se realizan llamadas telefónicas y requerimientos escritos llenándose los respectivos reportes de gestión de cartera, los cuales se adjuntan con los títulos para su depuración. Se estableció estrategia para la acción de depuración de letras con mas de 5 años de conformidad con el régimen de contabilidad efectuando revisión previa de los títulos, concepto jurídico y estudio y aprobación en el comité contable. A 31 de diciembre Se encuentran en proceso de depuración y tratadas en el comité de sostenibilidad contable 520 letras y en concepto jurídico 271 letras, además se efectuó el cobro persuasivo al 100% de las letras en mención y se utilizó el reporte de gestión de cartera soporte para continuar el trámite (se pone a disposición la documentación de seguimiento). Se han actualizado los procedimientos.	Se verificó la depuración de letras a diciembre de 2009 del año 2003 mayores a 150,000	2	C
940	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.3.3.3 En el proceso de ejecución del programa de inventarios se realizó prueba selectiva encontrando diferencias entre lo mostrado en el sistema de información y la existencia física el ítem como: Sin embargo lo anterior no afecta la razonabilidad de la cuenta dado su representatividad pero si indica deficiente control interno.	Realizar seguimiento y verificación en la aplicación de los procedimientos del proceso y del mapa de riesgos de los mismos, dentro de la cultura del autocontrol.	Nº de procedimientos con seguimiento / N° total de procedimientos del proceso	A 31 de diciembre de 2009 realizar evaluación de los procedimientos y mapa de riesgos de manera trimestral.	Subgerencia Administrativa y Financiera Referente de Recursos Fisicos. Referente de Inventarios.	Referente de Inventarios.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El indicador fue cumplido en su totalidad.	1	Se actualizaron todos los procedimientos del área, se actualizó el mapa de riesgos y se realizaron 6 auditorías al control de activos en servicio. Se solicita cierre del hallazgo.	Se actualizó el mapa de riesgos y se realizaron auditorías al control de activos en servicio.	2	C
950	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.6.1.1 De la muestra evaluada se establece que el 78.3% de los contratos ejecutados durante la vigencia 2007 carece de informe y reporte de gestión por parte de supervisor de estos, lo cual impide a la administración contar con el seguimiento a la ejecución y el cumplimiento de los compromisos del contratista, incumpliendo el Manual de Interventoría MAJ/01-03 adoptado mediante Resolución 115 de abril 13 de 2007.	Se hará nuevamente la socialización del manual de Interventoría con los supervisores de contratos y sus asistentes para que reposen en cada carpeta contractual todos los soportes referente a supervisión y se revisará periódicamente.	Nº de contratos de la vigencia con el total de documentos/N° total de contratos de la institución, de la vigencia * 100	El 100% de los contratos deberán contener los documentos soportes e informes emitidos por los supervisores.	Oficina Asesora jurídica	* Dra. Diana González Vargas. Oficina asesora jurídica * Supervisores de contratos	R. Humano: 1 Referente de Contratación.	01/11/2008	31/10/2009	De acuerdo a los procedimientos administrativos, la oficina jurídica comunica en forma escrita al supervisor designado, especificándole sus obligaciones, además se les da a conocer los requisitos que debe contener los informes de supervisión	1	Se comunica a los supervisores su designación, recordándoles sus deberes, se les hace énfasis en los contenidos de sus informes, anexándoles a cada carpeta del contrato, permanentemente se les esta recordando...	No cumplieron con la acción propuesta	1	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(50) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CIÓN GRUPO AUDITOR	CALI FICA CIÓN	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCIÓN
960	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.6.1.4 Como resultado de la visita realizada al área de preparación de alimentos del Hospital Engativá el día 21 de agosto de 2008 se establece que el contratista incumple con la obligación de asignar dos nutricionistas una para el ejercicio de la función de administradora y la segunda para la supervisión. La firma Nutrir de Colombia en la ejecución del contrato N° 549-07 asignó una nutricionista administradora y una administradora hotelera para la supervisión, incumpliendo los términos de referencia para esta contratación, Capítulo II, numeral 2.2.	Evaluación del cumplimiento contractual con relación al personal solicitado. Observaciones de cumplimiento al contrato. Revisar ejecución de correcciones. Comunicación de incumplimiento a Subgerencia de Servicios de Salud y Jurídica. Realizar requerimiento sobre cumplimiento y aplicación de cláusulas contractuales	No. de Nutricionistas Servicio Alimentos/ No de Nutricionistas solicitadas según los términos del contrato X 100	A enero se habrá realizado mensualmente evaluación al cumplimiento contractual.	Subgerencia de Servicios de Salud/ Nutrición/ Jurídica	Subgerencia de Servicios de Salud / Nutrición/ Jurídica	NA	01/11/2008	30/11/2009	Se revisó y estableció la base contractual se realizó el respectivo requerimiento, se está realizando seguimiento.	1	En la actualidad existe una nueva base contractual sobre la cual se está revisando el cumplimiento. El contratista ha dado explicaciones sobre este tema, de las cuales la entidad hizo la solicitud formal. Desde Septiembre de 2008 se cuentan con dos nutricionistas: una en calle 80 y otra en el Centro de Producción. El cobro de los servicios públicos se viene realizando desde el 21 de Abril de 2008 y a partir del 2009 se descuenta mensualmente de la certificación. El cobro de arriendo se realiza desde Enero de 2009 e igualmente se descuenta mensualmente de la certificación. Se ha solicitado oficialmente a Nutrir copia de oficio a la Dra Esther Hernández de propuestas de tarifas de dietas con y sin servicios públicos y cuadro comparativo de precios de dietas de los diferentes hospitales del distrito.	Se cumplió con la acción correctiva	1,7	C
970	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.1 La Junta Directiva aprobó mediante resolución el Plan de Desarrollo Institucional con un horizonte a cinco años y planificó su operacionalización tan solo para un período de dos años; quedando descubierto tres años en los cuales se suceden los cambios de administración Distrital y Local que afectan los objetivos y metas previstas. Al no haber formulado el Plan de Gestión al inicio de la administración correspondiente al período 2004-2007 se incumplió el requisito 7.3.7.1 Planificación del diseño y desarrollo de la NTC-ISO 9001 y el requisito d) del numeral 4.2.1, título 4.2 Requisitos de la Documentación, dado que no se cuenta con los procedimientos respectivos para la formulación del Plan de Gestión.	PLANEAR Reelaboración y Adopción de: 1. Plan de Desarrollo Institucional 2008-2012 2. Plan Estratégico o de Gestión 2008-2012 3. Plan de Gestión gerencial de acuerdo a lo establecido en el Decreto 357 de 2008 y Resolución del Ministerio de la Protección Social No. 473 de 2008. HACER Socialización de los siguientes elementos: 1. Plan de Desarrollo Institucional 2008-2012 2. Plan Estratégico o de Gestión 2008-2012 3. Plan de Gestión gerencial de acuerdo a lo establecido en el Decreto 357 de 2008 y Resolución del Ministerio de la Protección Social No. 473 de 2008. Implementación de acciones propuestas en los planes. VERIFICAR III. Evaluación y monitoreo de cada uno de los planes. IV. análisis de la gestión y resultados obtenidos. ACTUAR V. formulación de Acciones de mejora y corrección de desviaciones estratégicas.	Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en la conformación del Sistema de Planeación Institucional. No. de acciones ejecutadas/ Número de acciones programadas *100	A 31 de Noviembre de 2009 la institución haber dado cumplimiento al 100% de las actividades programadas.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	I.-II Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. María Lucía Grueso- Profesional Especializada o área Calidad. III .O.G.P.A. * Dra. Lucía Pedraza, Profesional Universitario , OGP.A. * Mery Parra S. * Profesional Universitario , OGP.A. I- II- Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. IV-V. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	30/11/2009	A la fecha se adelantaron la totalidad de las acciones propuestas.	1	Se desarrollaron las actividades de monitoreo y evaluación de los planes.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
980	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.5 Por contratación de personal asistencial y administrativo se presentó un incremento (variación) del 69% en la vigencia 2006 con respecto al año 2005. Para la vigencia 2007 este incremento fue del 30% con respecto a la vigencia 2006 y del 119% con respecto a la vigencia 2005. En lo transcurrido a junio 30 de 2008 ya se ha gastado el 44% de lo ejecutado en el 2007 por este rubro. Este gran incremento en los costos de contratación de personal ante el descenso de la productividad en las diferentes áreas asistenciales y administrativas es el resultado de deficientes mecanismos de supervisión y control. Con fundamento en lo establecido en preámbulo de la Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, que Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y la Circular Externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, se observó:	Contratar personal de acuerdo a capacidad instalada, justificación clara y perfil requerido según demanda del servicio	Nro de requerimientos suministrados / Nro de requerimientos solicitados	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado adecuadamente el 100% los procedimientos para suplir los requerimientos de personal según las vigencias	Subgerentes, Administrativos y de servicios de Salud	* Dra Nelly Pinilla. * Dr. William Rodríguez * Dra. Elisa Guevara Gutiérrez * Referentes de Procesos	N.A.	15/10/2008	31/12/2009	Se establece que del total de requerimientos solicitados en las diferentes áreas, se suministro el 100% de esos requerimientos o con personal de perfil acorde con las necesidades de cada servicio. Se diseño formato en el cual se justifica la necesidad, el perfil, las actividades que debe cumplir el nuevo empleo y la	1	Se realizaron ajustes de personal en las diferentes áreas y por cierre temporal de algunos servicios se redistribuyó el personal de acuerdo a su perfil, en las áreas que se presentaba faltante de personal. Se solicita cerrar el hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTA DO DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
											certificación de T.H. de la insuficiencia de personal de planta en la entidad; Dicho formato debe ir con el aval del referente del área, la subgerencia respectiva y el referente de contratación .					
990	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.6 Con referencia al área de cirugía, se estableció un porcentaje de cancelación de las mismas correspondiente al 10,5%, incrementándose en el año 2008, donde en el primer semestre ya se cuenta con un porcentaje de cancelación de cirugía del 10,1%. Entre las causas de cancelación de cirugía, el 41% (196 cirugías) obedeció a causas internas del hospital, siendo la más significativa la falta de insumos, evidenciando deficiencias administrativas.	1. Se ajustaran los procedimientos establecidos para el suministro de insumos al servicio, de acuerdo a las directrices del SGC y se realizará la verificación mensual de acuerdo a lo establecido en el POA 2009. Teniendo en cuenta el histórico de consumo y actividades asistenciales y presupuesto asignado. 2. Realizar llamadas previas a los pacientes de cirugía programada para confirmar la asistencia a la cirugía 3. Coordinar semanalmente con el área de Recursos físicos la disponibilidad de los insumos necesarios para la realización de todas las cirugías programadas 4. Incluir en el proceso de programación de cirugía el seguimiento a las cancelaciones de cirugía y la evaluación de las causas para su corrección de la causal de cancelación y la reprogramación en el menor tiempo posible. De igual forma se debe informar a las áreas de Subgerencia de servicios de salud, administrativa y calidad para su seguimiento.	1. Insumos solicitados en el servicio/ insumos suministrados 2. Nº de personas llamadas para confirmar la asistencia a cirugía programada del día siguiente // Total de personas programadas para cirugía programada del día siguiente * 100 3. Nº de cirugías canceladas por falta de insumos en la semana // Total de cirugías programadas en la semana * 100 4. Nº de personas con cirugías canceladas reprogramadas para su cirugía // Total de personas con cirugías canceladas * 100	1. A 30 de junio de 2009 haber implementado y desarrollado adecuadamente la herramienta para la entrega oportuna de los insumos- 2. Al 15 de Octubre se deberá tener reporte diario de las llamadas realizadas a los pacientes de cirugía Programada 3. Al 1 de Noviembre no se deberán cancelar cirugías programadas por falta de insumos 4. Al 30 de Octubre se deberán haber realizado las cirugías canceladas del mes de Septiembre	Subgerencia Administrativa-Subgerencia de servicios de Salud - Cirugía Programadas	Referente de Recursos físicos- Referente de Salas de cirugía- Referente de Farmacia.	N.A.	15/10/2008	31/12/2009	1, 91% 2.) 100% 3.) 3% 4.) 98%	1	Al revisar la información concerniente a la cancelación de cirugías, un alto porcentaje de estas cancelaciones obedece a enfermedad del paciente, pero con el trabajo de llamar a diario a los pacientes para recordar las citas y reprogramar las que canceladas, ha funcionado, presentando cifras positivas de producción para la institución.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
1000	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.7 Con relación a la consulta externa especializada, es notable el hecho que el hospital no haya implementado indicadores que permitan medir: 1. El número de usuarios a quienes no se les asignó cita (Demanda no atendida) y 2. El tiempo de espera para la atención de la cita por especialidad para la vigencia 2007. Estos indicadores son complemento para ejercer una atención con calidad y son el soporte para proyectar correctivos y metas en cuanto a cobertura y oportunidad. Ahora bien, con relación al indicador de oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada, el cual permite medir la oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención bajo el siguiente criterio: es la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita / el número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución por el hospital (Circular Externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud), se observa:	1. Diseñar un indicador que evalúe la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los procesos o actividades del sistema. 2. Implementar indicador demanda atendida. Acorde a los resultados, se ajustaran mensualmente, horas contratadas especialista que se ajusten a la medición de la demanda no atendida.	Demanda no Atendida: Número de usuarios a los que no se asignó consulta total de citas asignadas. Por 100. Oportunidad: Tiempo transcurrido entre la solicitud y la asignación de la cita por 100.	Adelantar A 31 de diciembre de 2009 el 100% de la medición de los Indicadores.	Subgerencia de Servicios de Salud	Referente de Consulta Externa	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	Se presenta una demanda de servicios especializados del 0%, según muestreos, garantizando un cumplimiento o del 100% de la meta planteada	1	Se ha logrado asignar el 100% de las citas solicitadas	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPONSABLE	(32) RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMINACIÓN	(48) RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	(52) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	(56) ANÁLISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVACION GRUPO AUDITOR	CALIFICACION	ABIERTA/CERRADA/EJECUCION
1010	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.8 Los resultados de indicadores de oportunidad reportados por el hospital para consultas de medicina especializada, no tienen validez, toda vez que se evidenció que los días que corren a partir de la asignación de la cita, hasta la fecha de la atención, solo se registran cuando hay agenda disponible, es decir, cuando realmente se ha dado ésta. Se verifica, que se asignan citas los primeros 2 o 3 días del mes hasta llenar las diferentes agendas de los médicos y se suspenden hasta el mes siguiente, de manera que los pacientes tienen que regresar el próximo mes y someterse nuevamente a largas filas, con el agravante de tener que madrugarse aun más, para lograr obtener una cita de consulta especializada, lo cual no se explica en un hospital cuyo problema seleccionado en el Balance Social son las barreras de acceso, incumpliendo con sus objetivos estratégicos.	1. Diseño de un Indicador como una variable que provea datos de la situación y evolución, si se comparan las cifras en varios momentos. Esta acción correctiva será incluida en el POA, para su consecuente seguimiento y medición. 2. De acuerdo al histórico mensual presentado en la medición de la demanda no atendida, se solicitará la necesidad de horas especialista según variabilidad observada a la sub-gerencia de salud, para cubrir la Oportunidad requerida. Esta acción correctiva será incluida en el POA, para su consecuente seguimiento y medición.	Oportunidad: Tiempo transcurrido entre la solicitud y la asignación de la cita por 100.	A 31 de diciembre de 2009 Ajustar y realizar seguimiento al Indicador de Oportunidad.	Subgerencia de Servicios de Salud	Referente de Consulta Externa	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	La institución viene trabajando en mejorar la oportunidad de acceso a los servicios con los especialistas, y se establece que se da cumplimiento o al 100% de la meta, acorde con los recursos humanos y financieros disponibles. Se establece una oportunidad para el servicio de: Pediatría: 7 Ginecología: 5 Ortopedia: 9 Oftalmología: 11.5 Cirugía: 4 Medicina Interna: 11	1	Algunas de las especialidades fueron cerradas temporalmente, porque al ser evaluada la demanda vs. La oferta, más los gastos que se generaban en la prestación del servicio, se considero que estaban presentando altas pérdidas para la institución.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
1020	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.9 El incumplimiento de la meta de sistematizar el 100% de las historias clínicas, además de interferir con el desarrollo del programa de una infraestructura moderna y eficaz, deteriora aun más la calidad de la prestación de los servicios y se convierte en otra barrera de acceso del paciente, generando en múltiples ocasiones la suspensión de la cita o procedimiento, vulnerando las políticas de oportunidad y accesibilidad.	1. Revisar, ajustar y socializar los procesos y procedimientos que incluyan adquisición e implementación de nuevas tecnologías con el fin de garantizar que los proyectos cuenten con factibilidad financiera y técnica. 2. Sistematización de la historia Clínica al 100% en todos los servicios. 3. Seguimiento y soporte de la Historia Clínica dentro del POA del área de R.T y sistemas. 4. A través del comité de Historia Clínica se hará seguimiento permanente para que los procesos que manejan historia clínica sistematizada se cumplan.	No de procesos a revisar/ No de procesos revisados * 100 No. De servicios para sistematizar con historia clínica / No. De servicios sistematizados con historia clínica * 100	Realizar la sistematización de historias clínicas en el 100% de los servicios de la Entidad	Subgerencia de Servicios de Salud Referente de Recursos tecnológicos y de Sistemas	Referente de Recursos tecnológicos y de Sistemas Subgerencia de Salud	Humano (sistemas) y tecnología	01/11/2008	31/03/2009	Se actualizaron y socializaron los procesos y procedimientos del área de recursos tecnológicos y sistemas. La historia clínica se encuentra instalada en todas las áreas asistenciales, exceptuando odontología, dado a que este módulo no se contrato. Se aclara que se instala el 100% del contrato, para tal efecto reposa en la oficina de recursos tecnológicos y sistemas, las actas de instalación de los diferentes módulos que fueron instalados. Se hace seguimiento permanente para que los procesos que manejan historia clínica sistematizada se cumplan. Cumplimiento del 98%.	1	Cuando se hizo la observación 3.7.9 (Sistematización Historia Clínica al 100%) se entendía que se debía instalar la Historia Clínica en un 100% de acuerdo a lo especificado, en el contrato 785-07 suscrito con la firma Servinte S.A. No se contrato el módulo de odontología, esta sigue de forma manual, mientras la Secretaría Distrital de Salud contrata la implementación de la misma. Se solicita el cierre del hallazgo, por cumplimiento del 100%. La única área sin sistematización de la historia clínica es odontología; pero la Secretaría ha dado el lineamiento de no invertirle más al software actual.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
											porque solamente falta un módulo por adquirir, pero por directrices de la Secretaria de Salud, no se debe invertir más en software existente.					
1030	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.11 El hospital contrata el despacho de los medicamentos ambulatorios a través de la firma PHARMA EXPRESS, en donde se pudo observar deficientes mecanismos de control e incumplimiento contractual al verificar: 1. No disponen de un registro real de los medicamentos agotados. 2. No distribuyen a los domicilios de los usuarios los medicamentos pendientes. 3. Incumplen con el término de 24 horas para suministrar los medicamentos agotados. 4. No hay control de los días transcurridos sin entregar el medicamento. 5. La contratista esta facturando y cobrando los copagos de los medicamentos pendientes sin hacer la entrega de los mismos. Nuevamente no se esta dando cumplimiento al manual de interventoría adoptado mediante resolución No. 115.	Realizar seguimiento a las obligaciones contractuales y ejecutar las acciones administrativas pertinentes de acuerdo con el manual de contratación y el manual de interventoría y supervisión ante el incumplimiento de las obligaciones.	Nº de obligaciones contractuales con seguimiento / Nº total de obligaciones contractuales * 100	A 31 de marzo de 2009 haber realizado periódicamente seguimiento a las obligaciones contractuales y ejecutado las acciones administrativas para el cumplimiento de las mismas.	Subgerencia de Servicios	* Dr. William Rodríguez, * Supervisor del contrato.	N.A.	01/11/2008	01/04/2009	Actualmente se tiene un contrato para el suministro de los medicamentos, al cual se le están haciendo los seguimientos constantemente, y se evalúa el cumplimiento o a la entrega de medicamentos dentro de los plazos de norma, por lo que se establece el cumplimiento o del 100% del compromiso	1	Los supervisores están realizando los seguimientos constantemente a todos los contratos en ejecución	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
1040	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.12 Del seguimiento efectuado a la entrega de medicamentos ambulatorios en la tercera semana de agosto de 2008 se establece que el 60% de las fórmulas son despachadas parcialmente como consecuencia de la formulación de medicamentos No POS. El 15 % no se pudo establecer si fueron o no entregados por no contar con sello de despachado No POS o pendiente. El 6% de las fórmulas no son entregadas por carecer de medicamentos. Los medicamentos para las personas adulto mayor no se hace efectiva la entrega de los pendientes, incumpliendo para este último caso la Ley 1117 de 2007	Se implementara el uso de herramientas administrativas como el de gestión logística, con el cual obtendremos el producto adecuado, en la cantidad precisa y al momento exacto para la entrega de los medicamentos ambulatorios.	Nº total de medicamentos entregados / Nº total de medicamentos solicitados * 100	A 30 de junio de 2009 haber implementado y desarrollado adecuadamente la herramienta para la entrega oportuna de los medicamentos-	Subgerencia Administrativa-Subgerencia de servicios de Salud	Referente de Recursos físicos-Referente de Farmacia.	N.A.	01/11/2008	03/06/2009	0.9499999999999999999999955910790149937383930547352763671875	0.95	De acuerdo con la meta establecida el hospital cumplió con el desarrollo, implementación y seguimiento de la herramienta propuesta. Dentro del seguimiento a la entrega de medicamentos se encuentra una gran mejoría respecto al indicador de entrega y solo pocos medicamentos de baja rotación están generando el problema.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL hallazgo u OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU MIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
105 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.14 El desorden administrativo y operativo que identifica al proceso o área de facturación del Hospital Engativá desde vigencias anteriores y en la actualidad, se caracteriza por una deficiente implementación de procedimientos, sistemas de información no operativos, ausencia total de mecanismos de control y verificación, carencia de interrelación, acople y seguimiento de los diferentes responsables de la cadena, alta rotación de personal, no aplicación de los sistemas de calidad, no inducción, capacitación infructuosa, entre otras, lo cual se materializa en el desconocimiento de la administración de las verdaderas cifras de facturación bruta y neta radicadas a los diferentes pagadores, pérdida de la memoria histórica del área de facturación careciendo de puntos de referencia, reacomodamiento operativo de la información con el consecuente desgaste económico y administrativo y gran incremento de facturación sin radicar.	1.- Revisar y ajustar los procedimientos de facturación acorde con las necesidades de los servicios a prestar y facturar. 2.- Aplicar y hacer seguimiento a los mecanismos de control existentes en los procedimientos de facturación. 3.- Divulgar y Socializar al personal de facturación y áreas conexas los procedimientos de facturación. 3.- Disminuir al mínimo la rotación o salida de personal, por causas diferentes a fraude e incumplimiento técnico de sus actividades que impacten los servicios y el procedimiento de facturación. 4.- Divulgar y socializar el manual de calidad y sus anexos a todo el personal de facturación 5.- Velar por la calidad del registro y recopilación de la información del área de facturación. 6.- Recuperación del Archivo histórico de facturación. 7.- Evaluar al personal de facturación sobre la aplicación de la normatividad en SGSSS y de los procedimientos de facturación.	1.- Nº de asistentes a la capacitación / Nº total del personal de facturación x 100 2.- Nº Total de controles revisados / Nº Total de controles de los procedimientos x 100 3.- Nº de auxiliares de facturación retirados por fraude / Nº Total de Aux. de facturación en un año x 100 4.- Nº de procedimientos revisados / Nº procedimientos de facturación x 100. 5.- Nº de Controles aplicados / Nº de Controles existentes en los procedimientos x 100 6.- Nº de personas de evaluación aprobada / Nº de personas a Evaluar.	1.- Implementar, socializar y aplicar los procedimientos determinados en el área de facturación a 28 de febrero de 2009. 2.- Concretar y consolidar la información generadas en el área de facturación. 3.- Fortalecer el sentido de pertenencia y empoderamiento del personal de facturación. 4.- Aplicar los controles existentes a los procedimientos de facturación.	Subgerente Administrativo y Financiero, Referente Financiero	Armando Vargas Cuenca Referente de facturación	N.A.	01/11/2008	31/03/2010	Se capacitó el 100% de los facturadores en los procedimientos y se implementó la preauditoría de facturas.	1	Desde el mes de Julio de 2008, se realiza capacitación mensual al personal de facturación, dándole a conocer los contratos y servicios, así como recalcar en errores frecuentes para disminuir el impacto de estos en la facturación. Frente a los controles, existe un grupo de preauditoría técnica, quienes revisan las facturas con el fin de disminuir los errores en facturación, como son sobrefacturación, cargos a pagador diferente, falta de soportes, entre otros.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
106 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.15 Se puede observar en el cuadro anterior que el porcentaje de glosa definitiva con relación a la facturación se ha incrementado en un 117% con respecto a la facturación del contrato 042 de 2005, alcanzando un porcentaje del 26,50% (\$2.598 millones) con respecto a la facturación de los meses de mayo a septiembre de 2007, teniendo en cuenta que si la firma interventora audita el total de la cuenta, el total de glosa podría generar un gran déficit fiscal y financiero.	1. Se realizará revisión a la parametrización, valores, códigos y conceptos del módulo de facturación para la identificación clara de actividades realizadas. 2. Implementación de preauditoría de facturas antes de armado de cuentas, con apoyo de auditoría de cuentas médicas. 3. Se realizará seguimiento a las cuentas presentadas, para medir el impacto de la preauditoría. 4.- Identificadas las causales de glosa, se capacitara al personal en general de facturación para minimizar y eliminar las causales mencionadas.	1. Nº Actividades parametrizadas / No-total de Actividades revisadas * 100 2. No. Cuentas Auditadas / No. Total de Cuentas Aprobadas * 100 3.- Vr glosa mes / vr total de cuenta presentada * 100 4.- Nº capacitaciones realizadas/ Nº capacitaciones programadas	Realizar el 100% de las actividades programadas	Subgerencia Administrativa y Financiera R. Facturación / R. Cuentas medicas	Armando Vargas y Donald Gómez	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	100%	1	El área de facturación implemento un grupo de preauditores para llevar a cabo preauditoría de las cuentas. Se genera lista de chequeo del 100% de las actividades del FFDS para verificar el cobro adecuado se realizó seguimiento semanal a la facturación del FFDS para cruzar el cumplimiento de metas vs. actividades. Se realiza reunión con referentes de áreas para su respectiva socialización. Auditoría medica implemento formatos para llevar a cabo preauditoría, al igual que la visita en piso de los diferentes servicios con el objeto de minimizar los posibles errores en la generación de las cuentas. Las causales de glosa de otros pagadores diferentes al FFDS se presentan y socializan en Comité de Glosas.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
107 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.16 Una vez liquidado por el Hospital y el FFDS el contrato interadministrativo de compraventa de servicios de salud No. 042 de 2005 (ejecutado desde el 1 de junio de 2005 hasta el 30 de abril de 2007), el FFDS establece un valor total de glosa definitiva de \$7.051,9 millones. A la fecha, el hospital no ha iniciado un proceso de investigación en procura de establecer responsables y subsanar una posible afectación de recursos, teniendo en cuenta además, que el tema fue objeto de una reunión del Comité de Glosa. Con lo anterior, se esta incumpliendo Circular Externa 035 de 2000, de la Contaduría General de la Nación, Procedimientos para el registro y control de responsabilidades en los entes públicos del Distrito Capital. Instructivo No. 31 del 20 de agosto de 2000. V. Procedimiento administrativo y contable para procesos de responsabilidad originados en gestión fiscal y Decreto 3260 de 2004 del Ministerio de la Protección Social.	1.- Se analizará la información correspondiente a la glosa definitiva del contrato 042 del 2005. 2.- Identificadas las causales de glosa definitiva se presentara al comité de glosas, para determinar las responsabilidades. 3.- Clasificadas las responsabilidades establece la matriz de responsabilidades se enviara a cada uno de los entes investigadores para determinar el responsable o los responsables de las glosas.	1.- Matriz de responsabilidades	Realizar el 100% de las actividades programadas	Subgerencia Administrativa y Financiera R. Facturación / R. Cuentas medicas	Armando Vargas y Donald Gómez	N.A.	01/11/2008	30/06/2010	#####	0.90	Se nombró Referente de Auditoría y Cuentas Médicas. Se realizó revisión y ajustes a los procedimientos. Se estableció procedimiento de respuesta de glosas y conciliaciones, y se socializó con las personas que intervienen en el proceso. Formalizado el procedimiento no ha modificado desde su primera versión. En Comité de Glosas se presenta mes a mes el informe de la glosa inicial, contestada, y conciliada por tipo de pagador y con porcentajes. Las actividades del Referente de Auditoría y Cuentas Médicas, se encuentran detalladas en los contratos pos OPS.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERT TA/ CERR ADA/ EJECU CION
108 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.17 Con base a lo descrito anteriormente; se resume que el proceso de Glosa del Hospital Engativá se ha caracterizado por: Alta rotación de personal, gestión lenta, incremento de la glosa, decremento de la respuesta, carencia de estrategias dirigidas a EPS (s), deficientes mecanismos de control, incumplimiento a los términos de respuesta; generando incumplimiento al Instructivo No. 31 del 20 de agosto de 2003 de la Dirección Distrital de Contabilidad, Secretaría de Hacienda, Alcaldía Mayor de Bogotá, Procedimientos para el registro y control de responsabilidades en los entes públicos del Distrito Capital y Decreto 3260 de 2004 del Ministerio de la Protección Social.	1. Se designo un referente de Cuentas médicas, el cual evaluara, planeara y coordinará un equipo técnico para respuesta y conciliación de glosas con apoyo de Auditoría médica. 2. Se realizara revisión y ajuste de los procedimientos correspondientes a respuesta y conciliación glosas, así como a un proceso de retroalimentación para atacar la causa. 3. Se implementara los procedimientos aprobados. 4. Se efectuaran seguimientos periódicos a los procedimientos implementados, con el objeto de realizar ajustes si es el caso. 5. Se evaluara el resultado de la gestión de respuesta de glosa de forma periódica para tomar decisiones y retroalimentar. 6. Se incorporara las actividades del referente de cuentas medicas al manual de actividades de la cooperativa.	* No Procedimiento revisados / Total Procedimientos área procedimientos * 100 * No procedimientos evaluados / Total Evaluaciones programadas. * 100 * Vr. Glosa Solucionada mes actual / Vr. Glosa sin Contestar Mes Anterior *100	Realizar el 100% de las actividades programadas	Subgerencia Administrativa y Financiera Referente Cuentas Medicas	Donald Gómez	N.A.	15/11/2008	30/06/2009	100	1	Se nombró Referente de Auditoría y Cuentas Médicas. Se realizó revisión y ajustes a los procedimientos. Se estableció procedimiento de respuesta de glosas y conciliaciones, y se socializó con las personas que intervienen en el proceso. Formalizado el procedimiento no ha modificado desde su primera versión. En comité de Glosas se presenta el informe de la glosa inicial, contestada, y conciliada por tipo de pagador y con porcentajes. Las actividades del Referente de Auditoría y Cuentas Médicas, se encuentran detalladas en los contratos por OPS.	Se dio cumplimiento a la acción correctiva	2	C
109 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.18 El 26 de noviembre de 2007 el área de auditoría de cuentas remite mediante oficio No. AM-181 al Coordinador Financiero, la Matriz presunta de Responsabilidad de la glosa definitiva que ha sido contestada en esta área en el periodo comprendido entre enero de 2006 a junio de 2007, por los diferentes pagadores, por un valor de \$160 millones, para adelantar la información del comité de glosas y fines pertinentes. A la fecha, el hospital no ha iniciado un proceso de investigación en procura de establecer responsables y subsanar una posible afectación de recursos, incumpliendo la normalidad anteriormente mencionada en el tema de gestión de glosas.	1. Se convocara mensualmente reunión del Comité de glosas; para la evaluación de las glosas aceptadas en el periodo mensual anterior mediante una matriz de presunta responsabilidad sobre la cual el comité tomara las decisiones pertinentes iniciando con lo aceptado en el mes de Julio de 2008. 2. Se realizara una depuración de las cuentas que han sido aceptadas en respuesta y conciliación de glosa anteriores a Julio de 2008 según los estados financieros para presentarse al comité de glosa con el concepto técnico.	* No Cuentas aceptadas definidas en el Comité de glosas / No. Cuentas Aceptadas en Respuesta Inicial o Conciliación *100 *Vrs aceptados periodos anteriores a Julio de 2008 presentados a comité de glosa / Total Aceptado periodos anteriores a Julio de 2008	Realizar el 100% de las actividades programadas	Subgerencia Administrativa y Financiera Referente Cuentas Medicas	Donald Gómez	N.A.	01/11/2008	01/07/2009	1	1	Se realiza periódicamente comité de glosas para analizar el comportamiento de las mismas y se presenta la matriz de presunta responsabilidad la cual ha sido aprobada para continuar con el proceso pertinente.	Se dio cumplimiento a la acción correctiva	2	C
110 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.7.1.3 Teniendo en cuenta los cuadros anteriores y las diferencias encontradas en la misma información, no se puede establecer cuales han sido las verdaderas cifras con respecto a la prevención de cáncer de cuello uterino. De acuerdo con los cuadros las citologías realizadas en la vigencia 2006 fueron 13.973 o 13.771 o 16.256 y en la vigencia 2007, fueron 10.279 o 12.859 o 19.500. Por lo anterior, solo se puede concluir que el cumplimiento siempre ha sido inferior al 50%, demostrando una baja gestión, e incluso se evidencia una disminución del 26% de cumplimiento en la vigencia 2007 con relación a la vigencia 2006. Por lo anterior, la información que registra el Hospital con respecto a la toma de citologías en el programa de Prevención de Cáncer de cuello Uterino no es confiable.	1.- Mantener la socialización de los procesos, procedimientos y guías de atención al personal de las IPS del Hospital Engativá. 2.- Continuar con la planeación de las actividades en los Planes de acción en las IPS a intervenir 3.- Mantener la revisión del diligenciamiento del aplicativo preestablecidos para el programa teniendo en cuenta criterios de coherencia y pertinencia en los registros y seguimientos. 4.- Monitoreos aleatorios a protocolos de toma de citología enviados al laboratorio.	No procesos, procedimientos y guías socializados/ No. De procesos establecidos para el programa. Planes de acción ejecutados / Planes de acción concertados No de seguimientos digitados/ No. de seguimientos ejecutados No. de protocolos revisados/ No. de protocolos diligenciados.	Realizar la socialización de estos procesos al 90% del personal de las IPS a intervenir. Seguimiento al 100% de los planes de acción. Seguimiento al 100% de usuarias con resultado positivo en citología y al 80% de usuarias con resultado negativo.	Salud Publica	Referente del programa de CCU-Ámbito IPS	N.A.	04/10/2008	31/12/2009	1	1	Debido a que el Hospital Engativá ha cumplido con el plan de mejoramiento estipulado para esta vigencia, se solicita cerrar este hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU MIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION	
											protocolos de toma de citología por parte del referente y el auxiliar del programa de CCU cuando se reciben en cada IPS y por parte de la Secretaría Distrital de Salud cuando son entregados allí. Los datos confiables de total de citologías tomadas los tomamos de la base de datos entregada a la Secretaría Distrital de Salud, ya que allí se consolida el total de las citologías tomadas por el Hospital Engativá.						



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
111 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.1 La entidad no estuvo en capacidad de evidenciar la existencia del Plan de Saneamiento Básico y agua potable. No obstante lo anterior, se registra la actividad de lavado de tanques de almacenamiento de agua potable en el mes de junio de 2007 a través de la firma Corporación Investigativa del Medio Ambiente, quien realizó como medida de mantenimiento preventivo el lavado y desinfección de tanques en todas las sedes..	1. Plantear en el documento PIGA - Plan Institucional de Gestión Ambiental las actividades correspondientes al componente hídrico, como control de fugas, optimización y ahorro del recurso, protocolos de lavado de tanques de agua potable y el análisis correspondiente. 2. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los protocolos y cronograma de actividades del PIGA 3. Diseño de procedimientos de Gestión ambiental 4. Ajustes a los manuales de funciones de la entidad, según procedimientos establecidos en gestión ambiental 5. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	1. Nivel de ajuste del documento 2. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación 3. Porcentaje de levantamiento procedimientos 4. Nivel de ajuste de manuales de funciones 5. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A marzo 30 de 2009 se tendrá actualizado el PIGA 2. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación. 3. A 30 de junio de 2009 se tendrá el 100% de los procedimientos diseñados y socializados 4. A 30 de octubre de 2009 se tendrán ajustados los manuales de funciones 5. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	1., 2., 3., 5. Servicio de Apoyo 4. Talento Humano y Servicio de Apoyo	1., 2., 3., 5. Profesional Gestión Ambiental 4. Profesional de Gestión Ambiental y Profesional de Talento Humano	N.A.	30/11/2008	31/12/2009	1	1	El plan de acción del PIGA fue aprobado por la Secretaría Distrital de Ambiente, para implementación en el año 2010, dentro de las actividades contempla el ahorro del agua, igualmente en el mes de enero del 2010, se realizó el lavado de tanques de las diferentes sedes del Hospital. Se ajustaron y socializaron los procedimientos de Gestión Ambiental, y se incluyó en el mapa de procesos de la Entidad. El área de Talento Humano circularizó a los funcionarios sobre las normas ambientales a cumplir dentro de la entidad.	Se Planteo en el documento PIGA - Plan Institucional de Gestión Ambiental las actividades correspondientes al componente hídrico, como control de fugas, optimización y ahorro del recurso, protocolos de lavado de tanques de agua potable y el análisis correspondiente. 2. se incluyó dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los protocolos y cronograma de actividades del PIGA 3. Se diseñaron los procedimientos de Gestión ambiental 4. El hospital realizó los ajustes a los manuales de funciones de la entidad, según procedimientos establecidos en gestión ambiental.	2	C
112 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.2 El hospital no cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo integrado que permita desde la perspectiva de sistema establecer el trabajo realizado, los logros alcanzados, los retos y las acciones para su alcance. Opera el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y de sistemas de manera aislada pero carece por ejemplo el de las áreas locativas de la calle 80 y de cada uno de los centros, no obstante las condiciones precarias con que están operando los centros, v.gr, el de Paris Gaitán.	1. Diseñar e implementar un procedimiento para la realización y cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de la entidad. 2. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 3. Verificación del cumplimiento de actividades definidas en el POA referentes al plan de mantenimiento de la entidad.	1. Porcentaje de desarrollo del procedimiento 2. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación de procedimientos 3. Nivel de cumplimiento de actividades	1. A 31 de diciembre se tendrá diseñado el procedimiento de realización del plan de mantenimiento. 2. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación. 3. De manera mensual se realizará el seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento	Servicios de apoyo	Referente del área de servicios de apoyo	N.A.	30/11/2008	31/12/2009	1	1	Se realizó el plan de mantenimiento anual de infraestructura y se levató un procedimiento para verificar su cumplimiento. Además se implementaron formatos para realización de rutinas diarias de verificación	El Hospital realiza plan de mantenimiento y realiza los procedimientos necesarios para su verificación y seguimiento	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTA DO DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
113 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.3 Las deficiencias en el pago oportuno y con reconocimiento de las excepciones dentro de los valores de las facturas se debe a la ausencia de procedimientos que establezcan los controles en la recepción, criterios de validación de los conceptos a pagar y realizar el trámite oportuno de la factura. Los soportes documentales se encuentran en AZ que rebosa su capacidad, no están archivados consecutiva e integralmente, hay documentos trocados por materia y vigencia. Esta situación pone en riesgo a la entidad por la suspensión del servicio público, y derivar en la interrupción en la prestación de los servicios hospitalarios en los diferentes centros adscritos al Hospital; lo anterior contraviene el literal a), b) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993	1. Ajustar el procedimiento PIF09-02 para pago de servicios públicos, con actividades que incluyan plazos y revisiones previas que minimicen el riesgo de incumplimiento y pago de intereses moratorios. 2. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 3. Verificación y seguimiento del procedimiento de pago de servicios 4. Ajuste a desviaciones encontradas	1. Nivel de ajuste del procedimiento 2. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación de procedimientos 3. Nivel de cumplimiento de condiciones y plazos en el pago de servicios públicos 4. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A 31 de diciembre de 2008 se tendrá ajustado el procedimiento de pago de servicios públicos 2. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación. 3. De manera permanente se cumplirán las condiciones y plazos en el pago de servicios públicos 4. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Servicios de apoyo	1. Técnico servicio de apoyo 2. Referente de Servicios de apoyo 3. Técnico servicio de apoyo 4. Técnico servicio de apoyo	N.A.	30/11/2008	31/12/2009	1	1	En el plan operativo anual se incluyeron actividades de verificación. Además el procedimiento de manejo de servicios públicos fue actualizado y socializado.	1. Ajustar el procedimiento PIF09-02 para pago de servicios públicos, con actividades que incluyan plazos y revisiones previas que minimicen el riesgo de incumplimiento y pago de intereses moratorios. 2. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 3. Verificación y seguimiento del procedimiento de pago de servicios 4. Ajuste a desviaciones encontradas	2	C
114 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.4 La Planta de tratamiento de agua residual no está realizando la remoción de fenoles. La muestra tomada y caracterizada por la firma Cipresa sobre los vertimientos generados por el Hospital en la calle 80, entre el 17 y 18 de abril de 2007 (durante 24 horas), registra que el vertimiento se encuentra incumpliendo la normatividad ambiental vigente aplicable en el Distrito Capital, toda vez que el análisis de caracterización del vertimiento de aguas residuales consigna que el parámetro compuestos fenólicos (fenoles) está por fuera del rango permitido (0.20unidad mg/L Fenol), valor de entrada a la planta 0.43 y a valor salida 0.43. Se incumple la Resolución Dama 1074/97, modificada en diciembre 2001.	1. Acción correctiva: Se realizará el cambio del carbón activado de la planta de tratamiento para suplir esta deficiencia 2. Revisar los términos contractuales, de tal manera que se incluyan métodos de verificación de la calidad del caudal y toma de correctivos pertinentes 3. Verificación de cumplimiento de condiciones contractuales según lo definido en el manual de contratación de la entidad 4. Ajuste a desviaciones encontradas, y realización de requerimientos al contratista	1. Cumplimiento de la actividad 2. Porcentaje de cumplimiento en la revisión de términos contractuales 3. Porcentaje de cumplimiento de condiciones contractuales 4. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A enero 30 de 2009 se habrá realizado la actividad 2. A 31 de diciembre de 2008 se tendrán revisados los términos contractuales 3. De manera permanente se revisaran las condiciones contractuales 4. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	1., 3., 4. Servicio de Apoyo 2. Servicio de apoyo, área Jurídica	1. Profesional Universitario 2. Profesional Gestión Ambiental, Profesional Jurídica 3. Profesional de Gestión Ambiental 4. Profesional de gestión ambiental	N.A.	01/11/2008	31/03/2010	1	1	Se realizó el cambio del carbón activado en la planta de tratamiento de aguas residuales. El Hospital Engativá cuenta con registro de vertimientos ante la SDA, actualmente se encuentra levantando la documentación necesaria para solicitar permiso de vertimientos. Se revisó el contrato para operación de la planta con su respectivo seguimiento e interventoría.	Se realizó el cambio del carbón activado en la planta de tratamiento de aguas residuales. El Hospital Engativá cuenta con registro de vertimientos ante la SDA.	2	C
115 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.6 En las áreas del servicio de hospitalización del 2 y 3 piso se presenta de manera recurrente utilización indiscriminada de los compresores de color gris y verde para el manejo de ropa contaminada. Depositán residuos contaminados que deben ser dispuestos en los canchales rojos (gasas con secreciones corporales, guantes y material desechable ya utilizado), en el cuarto de ropa sucia se ubican compresores grises cuyo destino es para ropa limpia; de otro lado, en el área del servicio de odontología se ubica un compresor gris para depositar la ropa ya utilizada. Se incumple el Manual de Bioseguridad institucional.	1. Ajuste y socialización de los procedimientos de manejo de ropa hospitalaria donde se incluya la realización de un programa de Auditorías Internas 2. Programación de Auditorías Internas para el manejo adecuado de la ropa hospitalaria 3. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 4. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	1. Nivel de ajuste y socialización del procedimiento 2. Cumplimiento del programa de auditorías (No de auditorías realizadas / total de auditorías programadas) 3. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación de procedimientos 4. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A 31 de diciembre de 2008 se tendrá ajustado el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria 2. De manera mensual se realizarán ciclos de auditoría del manejo de ropa hospitalaria 3. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación. 4. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Servicios de apoyo	Profesional Universitario y Referente Servicios de Apoyo	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	1	1	Se efectuó el ajuste y la respectiva socialización del procedimiento de manejo de ropa hospitalaria y se proyectó el cronograma de auditorías para el presente año para iniciar el mes de febrero	EL HOSPITAL ENGATIVÁ CUENTA CON DEPOSITOS DE RESIDUOS DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO Y POR SEPARADO CON CUARTO DE ROPA SUCIA.	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
116 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.9 La movilidad del personal de las áreas de prestación de servicio potencia la exposición a los riesgos de accidentalidad laboral, derivada del no conocimiento previo de los protocolos de bioseguridad que resaltan el como realizar el auto cuidado y los beneficios de la adhesión rigurosa a los mismos.	1. PLANEAR.- Replantear el programa de Inducción y reincidencia. HACER realizar una evaluación al personal que ingresa a la Entidad, y a los actuales para poder tener una línea base de la cual se debe derivar unos indicadores en determinado tiempo. VERIFICAR Tabular la evaluación y Respuestas dadas. ACTUAR : ajustar los procedimientos. 2. establecer planes de mejora individuales y colectivos.	del 100% del personal de la Entidad, deberemos tener como mínimo el 60% encuestado, al finalizar el año 2009 todo el personal debe conocer los riesgos a los que esta expuesto en la Institución.	600 trabajadores en el 2.008, restante en el año 2009	Talento Humano, Salud Ocupacional y ARP	Dora Elsa Guevara Gutiérrez, Juliana Montes	Financie ros, personal	01/11/20 08	31/12/20 09	1	1	Se divulgo el programa de Salud Ocupacional dentro de los términos establecidos	No se realizo el PHVA	1	A
117 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.10 Los cambios realizados a las guías, protocolos y procedimientos no son comunicados oportunamente.	1. Se realizará levantamiento y actualización de los procedimientos de Gestión Ambiental, y se realizarán las respectivas socializaciones 2. Ajustes a los manuales de funciones de la entidad, según procedimientos establecidos en gestión ambiental 3. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 4. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	1. Número de procedimientos actualizados / Total de procedimientos a actualizar y socializar 2. Nivel de ajuste de manuales de funciones 3. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación de procedimientos 4. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A 30 de junio de 2009 se tendrá el 100% de los procedimientos socializados 2. A 30 de octubre de 2009 se tendrán ajustados los manuales de funciones 3. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades verificación. 4. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Talento Humano y Servicios de Apoyo	1. Profesional Universitario 2. Profesional Gestión Ambiental, Profesional Talento Humano 3. Referente de Servicios de apoyo 4. Profesional Universitario	N.A.	30/11/20 08	31/12/20 09	1	1	Se realizó levantamiento de los procedimientos, el PGRH para todos los centros del Hospital para el año 2010 fueron actualizados en el mes de Enero, por lo cual en el mes de febrero se realizaron las correspondientes socializaciones, igualmente de los procedimientos elaborados	Se socializo mediante capacitación según los registros verificados durante el proceso auditor.	2	C
118 0	Auditoría Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.11 El área de cirugía y ginecología presenta: a) deficiencias en el manejo de residuos hospitalarios b) mal uso de los insumos entregados como canecas, c) envío de residuos hospitalarios e instrumental en la ropa de lavandería. Se incumple el Manual de Bioseguridad.	1. Ajuste y socialización los procedimientos de manejo de ropa hospitalaria donde se incluya la realización de un programa de Auditorías Internas 2. Programación de Auditorías Internas para el manejo adecuado de la ropa hospitalaria y residuos hospitalarios. 3. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento de los procedimientos, los cuales incluirán indicadores de cumplimiento 4. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	1. Nivel de ajuste y socialización del procedimiento 2. Cumplimiento del programa de auditorías (No de auditorías realizadas / total de auditorías programadas) 3. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación de procedimientos 4. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A 31 de diciembre de 2008 se tendrá ajustado el procedimiento de manejo de ropa hospitalaria 2. De manera mensual se realizaran ciclos de auditoría del manejo de ropa hospitalaria 3. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades verificación. 4. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Servicios de apoyo	Profesional Universitario y Referente Servicios de Apoyo	N.A.	30/11/20 08	31/12/20 09	1	1	Se efectuó el ajuste y la respectiva socialización del procedimiento de manejo de ropa hospitalaria y se proyectó el cronograma de auditorías para el presente año para iniciar el mes de febrero	SE GENERARON LAS CAPACITACIONES PERTINENTES EN LOS TEMAS DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y DE BIOSEGURIDAD	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECU CION
119 0	Auditoria Integral Gubername ntal con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.8.12 La planta operada por Cipresa ha presentado problemas de operación como consecuencia de las deficiencias presentadas en el mantenimiento preventivo a cargo del hospital, relacionado con acciones que reduzcan taponamiento de los cheques de las bombas sumergibles del pozo por carcer de rejilla, el no contar con mantenimiento y control sobre las rejillas del restaurante, efecto de las notas de los traperos que se descargan en las áreas de aseo y tapas de jeringas provenientes de las áreas de servicios, lo que ya ocasionó inundación del sótano.	1. Acción de corrección En convenio 382 de 2003 se incluirá las adecuaciones de Infraestructura requeridas para el óptimo funcionamiento de la planta. 2. Incluir dentro del plan de mantenimiento preventivo de la entidad los aspectos de infraestructura que afecten el correcto funcionamiento de la planta 3. Incluir dentro del POA del área actividades de verificación y seguimiento al procedimiento de elaboración del plan de mantenimiento 4. Verificación del cumplimiento de actividades definidas en el POA referentes al plan de mantenimiento de la entidad 5. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	1. No. De adecuaciones incluidas en el convenio / total de adecuaciones requeridas 2. Número de condiciones incluidos en el plan de mantenimiento de la entidad 3. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación del procedimiento 4. Nivel de cumplimiento de las actividades de verificación del procedimiento 4. Nivel de cumplimiento de actividades 5. Número de ajustes realizados / Número de desviaciones encontradas * 100	1. A Diciembre 31 de 2008, se tendrá incluidas estas adecuaciones de infraestructura en el convenio 2. A 31 de diciembre se incluido este aspecto en el plan de mantenimiento de la entidad 3. A 01 de enero de 2009 se tendrán incluidas en el POA las actividades de verificación. 4. De manera mensual se realizará el seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento 5. Realizar mínimo una acción de mejoramiento mensual	Servicio s de apoyo	Referente del Area de servicios de apoyo y Profesional Universitario	N.A.	30/1/20 08	31/12/20 09	1	1	Se realizaron las respectivas adecuaciones de infraestructura para el correcto funcionamiento de la planta de tratamiento de aguas residuales, pero no mediante el convenio 382. Se incluyeron en el plan de mantenimiento preventivo del Hospital dichos aspectos.	Se realizaron las adecuaciones de infraestructura requeridas para el óptimo funcionamiento de la planta. Se incluyo dentro del plan de mantenimiento preventivo de la entidad se verifico el cumplimiento de actividades del POA referentes al plan de mantenimiento de la entidad 5. Realizar los ajustes a las desviaciones encontradas y plantear acciones de mejoramiento de acuerdo a las directrices de la institución en cuanto a formulación y seguimiento de planes de mejoramiento institucional	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIEN TO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECU CION
120 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.3.1 El sistema de Peticiones Quejas y Reclamos del Hospital de Engativá es ineficaz. El proceso de cierre de las peticiones quejas y reclamos de la vigencia 2006 tan sólo pudo ser realizado en el mes de octubre de 2007, el correspondiente a la vigencia 2007 refleja un estado del 57.5% de PQRs sin respuesta (757/1317) y al cierre del mes de agosto de 2008 todavía existen 75 PQR pendientes de respuesta, residuo derivado del incumplimiento de los coordinadores de los servicios, quienes son los responsables de atender las respuestas. Se incumplió el procedimiento PAU-03 Administración de Quejas y Reclamos del Manual de la Calidad del Hospital de Engativá y la normatividad allí referida como marco normativo.	* Retroalimentar a los coordinadores sobre el procedimiento y normatividad de derechos de petición.	No. total de coordinadores que reciben capacitación sobre la normatividad de derechos de petición.	Al 31 de Diciembre de 2008, capacitar al 100% de los coordinadores en procesos y normatividad de derechos de petición	Atención al Usuario	Atención al Usuario, OGPA, Calidad, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa y Coordinadores de todos los servicios	NA	30/11/2008	31/12/2009	45 coordinadores capacitados en el procedimiento y normatividad en derechos de petición: 100%	1	Se inició la coordinación para el manejo de este tema con el jefe de la OGPA, con el jefe de la oficina asesora de jurídica y la jefe de atención al usuario del hospital, (acta que reposa en jurídica), estableciendo claridades, revisando la normatividad al respecto y el procedimiento que se lleva a cabo en el hospital respecto al manejo de los derechos de petición. Se han realizado 2 capacitaciones más, así: el 25 de febrero, a la cual asistieron 23 referentes de 40 invitados y el 29 de julio otra, con 24 asistentes, dentro de los cuales se cuentan 7 que no habían asistido a las anteriores. A los referentes que no asistieron a la primera capacitación se les envió copia de la presentación. La segunda invitación se hizo a través de un comunicado que salió de la gerencia. Se organizó como método pedagógico el incluir este tema dentro del decálogo de los derechos y los deberes de los usuarios y se socializa a todo el personal y en particular se realizó con los referentes que faltaban.	Se dio capacitación a los coordinadores	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
121 0	Auditoria Integral Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia Auditada 2007	3.9.2 Las respuestas dadas a los PQRS no responden a la inconformidad del usuario y los planes de mejoramiento suscritos en virtud de las auditorías concurrentes que realizan tanto el Fondo Financiero a Tráves de la Universidad de Antioquia como los pagadores mediante sus auditorías Médicas no generan reducción de esta problemática. El resultado del cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos y ejecutados con tal propósito, no reducen los casos observados y se sigue presentando materialización de demoras en la respuesta con tiempos mayores a 100 días. Se incumple el procedimiento PAUO-03 Administración de Quejas y Reclamos del Manual de la Calidad del Hospital de Engativá y la normatividad allí referida como marco normativo. Evidencia de lo afirmado lo constituye el siguiente análisis del reporte de Quejas y Reclamos con corte 31 de diciembre de 2007.	* Realizar seguimiento desde la oficina de atención al usuario en cuanto a la oportunidad y la calidad de las respuestas a los derechos de petición, por parte de los coordinadores * Exigir cumplimiento a los coordinadores con el apoyo de OGPA + Socializar los procedimientos para la respuesta de los derechos de petición para el cumplimiento de los términos de Ley y requisitos de calidad. * Realizar verificación y seguimiento al cumplimiento oportuno de las respuestas de los derechos de petición. * Levantar planes de mejoramiento en caso de desviaciones y realizar los seguimientos pertinentes.	No. total de derechos de petición con respuesta/No. Total de derechos de petición de la vigencia * 100 Nº de actividades realizadas/Nº total de actividades planteadas * 100	Al 31 de Diciembre de 2009, responder el 100% de los derechos de petición recibidos durante la vigencia, dentro de los términos de ley.	Atención al Usuario	Atención al Usuario, OGPA, Calidad, Subgerencia de Servicios de Salud, Subgerencia Financiera y Administrativa y Coordinadores de todos los servicios	NA	30/11/2008	31/12/2009	1.- 537 derechos de petición con respuesta oportuna /1282 derechos de petición de la vigencia 2009 * 100 = 42% 2.- 4 actividades realizadas /4 actividades planteadas * 100 = 75%	0.71	1.- Se realiza seguimiento desde la oficina de atención al usuario en cuanto a la oportunidad y la calidad de las respuestas a los derechos de petición por parte de los coordinadores. 2.- Se exigió el cumplimiento a los coordinadores con el apoyo de la oficina de OGPA. 3.- Se socializaron los procedimientos para la respuesta de los derechos de petición para el cumplimiento de los términos de ley y requisitos de calidad. 4.- Se realiza verificación y seguimiento al cumplimiento oportuno de las respuestas de los derechos de petición. 5.- Como plan de mejoramiento se estableció el solicitar el apoyo de OGPA, de las dos subgerencias, de la referente del nivel 1, de la gerencia, de la oficina de Control Interno Disciplinario, de los jefes inmediatos. Se inició el envío de la relación de quejas vencidas a la gerencia y a Control Interno Disciplinario. Se solicitó plan de mejoramiento a consulta externa, se envía mensualmente informe de quejas a todas las dependencias de la institución.	Se evidencia que no se realizó la medición del indicador propuesto.	0	A
122 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	Compromiso y respaldo de la alta dirección: Se pudo determinar que en el nivel directivo no ha adoptado mecanismos que permiten mejorar el sistema de control interno en cada una de las áreas lo que conlleva a ejecutar actividades sin los controles adecuados.	1.- Programar en el plan operativo de la OGPA capacitación a la Alta Dirección sobre el Sistema de Control Interno (SCI). 2.- Realizar evaluación de la implementación y seguimiento sobre el SCI en cada una de las dependencias por parte de los referentes 3.- Realizar acciones de mejora 4.- Realizar seguimiento a las acciones de mejora.	Nº actividades realizadas/ Nº total actividades programadas * 100	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de las acciones programadas	Subgerencia de Servicios de Salud Subgerencia Administrativa OGPA	Referentes de procesos	N.A.	30/11/2008	31/12/2009	1. Se realizó capacitación a la alta dirección. 2,3,4. La evaluación al sistema de control interno se realiza anualmente, de igual forma en la auditorías internas realizadas por la OGPA	1	Se dio cumplimiento a los compromisos. Solicitamos cerrar el hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
123 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	CULTURA DEL AUTOCONTROL: No existe suficiente compromiso por parte de algunos funcionarios en la aplicación de autocontroles, influye el hecho que desde la alta dirección no se promueve la cultura del autocontrol.	1.-Elaboración de una cartilla sobre el Sistema de Control Interno, con énfasis en la cultura del autocontrol. 2.- Socialización y motivación a través de charlas y acompañamiento. 3.- medición de adherencia 4.- Realizar planes de mejoramiento y su seguimiento	No. De áreas con entrega y soliciación de las cartillas/No. Total de áreas del Hospital * 100 N° actividades realizadas/ N° total actividades programadas * 100	A 31 de diciembre de 2009 haber socializado la cartilla en el 100% de las áreas.	Comité de Control Interno y calidad.	* Dr. Max Sierra Poveda Jefe de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol * Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. * Maria Lucia Grueso- Profesional Especializada o área Calidad.	N.A.	15/11/2008	31/12/2009	1. Fue elaborado el manual de Gestión de la calidad, contiene los conceptos principales de los componentes del SOGCS, SGC, MECL. 2. Se está utilizando "engallitas" boletín institucional, para motivar la cultura del autocontrol al personal de la institución a través de tips de autocontrol. La oficina a través de la capacitación es a funcionarios nuevos hace especial énfasis en el autocontrol. La OGP, participó en la reintroducción a funcionarios fortaleciendo o la cultura del autocontrol.	1	Se solicita cerrar el hallazgo.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
124 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.2.2 ADMINISTRACION DEL RIESGO: Valorización del riesgo. No se cuenta con una matriz de riesgos actualizada. Lo que incide directamente en la gestión de diferentes dependencias	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No. total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializada o área Calidad. 5 .O.G.P.A. * Dra. Lucia Pedraza. Profesional Universitario , OGP. * Mery Parra S. Profesional Universitario , OGP. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas La OGP, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	se verifica que el número total de mapa de riesgo 22 y No de procesos 22	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENT O ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
125 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2006	3.2.2 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Manejo del Riesgo: No se evidenció seguimiento al manejo de los riesgos por parte de la oficina de OGPA, ni actualización del mapa de riesgos.	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No.total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 5 .O.G.P.A. * Dra. Lucia Pedraza, Profesional Universitario , OGPA. * Mery Parra S. Profesional Universitario , OGPA. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	Se solicitaron los informes de gestión a cada una de las áreas, los cuales fueron entregados para su respectivos análisis.	1	Se solicitaron los informes de gestión a cada una de las áreas, los cuales fueron entregados para su respectivos análisis. Se consolidó el informe de gestión institucional.	se verifica que el numero total de mapa de riesgo 22 y No de procesos 22	2	C
126 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.2.2 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Se presenta ausencia de seguimiento y asesoría por parte de la OGPA para la adopción de medidas en cuanto a la valoración y el manejo del riesgo.	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No.total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 5 .O.G.P.A. * Dra. Lucia Pedraza, Profesional Universitario , OGPA. * Mery Parra S. Profesional Universitario , OGPA. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	se verifica que el numero total de mapa de riesgo 22 y No de procesos 22	2	C
127 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.2.3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: Mecanismos de verificación y evaluación: Se observa una falta de acompañamiento y liderazgo de la oficina de OGPA para el funcionamiento del SCL.	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No.total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 5 .O.G.P.A. * Dra. Lucia Pedraza, Profesional Universitario , OGPA. * Mery Parra S. Profesional Universitario , OGPA. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	1-100%	1	Se cumplió de acuerdo al cronograma	se verifica que el numero total de mapa de riesgo 22 y No de procesos 22	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION	
							y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.										
128 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2006	3.2.2. ADMINISTRACION DEL RIESGO. Mecanismo de verificación y evaluación, solo se tiene el Plan de Mejoramiento como resultado de las observaciones realizadas por la Contraloría	PLANEAR 1. Revisión y Adopción de la Metodología e instrumentos existentes para formulación de mapas de riesgos. 2. Revisión de los mapas de riesgos existentes. HACER 3. Socialización y aplicación de metodología para la formulación de mapas de riesgo. 4. Actualización de los mapas de riesgos. VERIFICAR 5. Verificación del cumplimiento de las acciones de manejo del riesgo a cada uno de los procesos. ACTUAR 6. Formulación y seguimiento de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos.	Porcentaje de Actualización de los mapas de riesgo: N° de procedimientos con mapas de riesgo de actualizados/ No. total de procedimientos existentes.	A 31 de Diciembre de 2009 tener el 100% de los Mapas de riesgo de los procedimientos existentes.	Oficina Asesora de Planeación - Calidad	1-2-3 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. María Lucía Grueso- Profesional Especializado área Calidad. 5 .O.G.P.A. * Dra. Lucía Piedraza, Profesional Universitario ,OGPA. * Mary Parra S. Profesional Universitario ,OGPA. 3-4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas. La OGPA, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	se verifica que el número total de mapa de riesgo 22 y No de procesos 22	2	C	
129 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2006	3.2.3 Desarrollo del Talento Humano: en cuanto a programas de capacitación, cultura organizacional y servicio público se desconocen las actuaciones de la Oficina de Talento Humano. No se evidencia la ejecución de planes y programas que logran el desarrollo del Talento Humano.	PLANEAR 1. Revisión y actualización de la Estructura Funcional de la entidad de acuerdo a la dinámica del mapa de procesos. 2. Formulación y adopción de la política de manejo integral al Talento Humano y sus instrumentos de operación. 3. Actualización del Manual de Calidad MGCO1-04, a partir de la inclusión de la Política del Talento Humano en el numeral 6.2 Gestión de los recursos del Talento Humano. HACER: 3. Socialización de la Estructura Funcional, el manual de Calidad, la política integral del Talento Humano y sus Instrumentos de Operación. 4. Implementación de los instrumentos de operacionalización en los procesos de Ingreso, Inducción, Reinducción, Bienestar ,capacitación y evaluación del desempeño. VERIFICAR 5. Evaluación y seguimiento de la satisfacción del Cliente Interno y Clima Laboral de la entidad. ACTUAR 6. Formulación de acciones de mejora que permitan el desarrollo de una cultura institucional.	Indicador de cumplimiento: No. Total de áreas con Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y Sistema de Control Interno / No. Total áreas de la institución.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno en el 100% de áreas de la entidad.	* Oficina Asesora de Planeación - Calidad * Oficina de Talento Humano * OGPA.	1-2-3-6 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. María Lucía Grueso- Profesional Especializado área Calidad. 5 Talento Humano 3 - 4-5 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad. 2-3-4-5-6 Dra. Dora Elsa Guevara Subgerente Administrativo	N.A.	01/11/2008	31/03/2010	1-100%	1	Se cumplió de acuerdo al cronograma	Se cumplió con la acción correctiva	2	C	

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTA DO DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERT/ CERR ADA/ EJECU CION
130 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.2.5- FASE DE RETROALIMENTACION. Comité de Control Interno. No se conoció contribución alguna para el mejoramiento de la Gestión institucional	1.- Programación en los POA los comités de control interno y calidad 2.- Realizar presentación del análisis y seguimiento de los informes de gestión al Comité de Control Interno y Calidad para sus comentarios y recomendaciones. 3.- Realizar levantamiento de acciones correctivas 4.- Realizar seguimiento a acciones correctivas	Indicador de cumplimiento: % de presentación de informes de gestión. N° de informes de gestión con comentarios y recomendaciones por el comité/ N° total de informes de gestión a presentar * 100 N° actividades realizadas/ N° total actividades programadas * 100	A 31 de diciembre de 2009, haber realizado las acciones programadas	* OGPA * Comité de Control Interno y Calidad.	Profesionales de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol * Max Sierra Secretario Comité de Control Interno y Calidad. Miembros comité de control interno y calidad.	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	En los comités se expusieron temas como: seguimiento a la implementación del MECI, presentación de los cronogramas de auditorías internas, avances a cumplimiento de planes de mejoramiento con entes externos. Se solicitaron los informes de gestión a cada una de las áreas, los cuales fueron entregados para su respectivos análisis.	1	De acuerdo a la normatividad se realizaron 6 comités en el 2009. Se solicita cierre de este hallazgo. Se solicitaron los informes de gestión a cada una de las áreas, los cuales fueron entregados para su respectivos análisis. Se consolidó el informe de gestión institucional	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
131 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS Esquema Organizacional: El organigrama no ha sido modificado por acuerdo de Junta Directiva es de observar que el esquema organizacional no permite atender los cambios internos y externos que se generaron por la fusión y por la apertura de la sede calle 80.	PLANEAR 1. Revisión y actualización de la Estructura Funcional de la entidad de acuerdo a la dinámica del mapa de procesos. 2. Formulación y adopción de la política de manejo integral al Talento Humano y sus instrumento de operación. 3. Actualización del Manual de Calidad MCOI-04, a partir de la inclusión de la Política del Talento Humano en el numeral 6.2 Gestión de los recursos del Talento Humano. HACER: 3. Socialización de la Estructura Funcional, el manual de Calidad, la política integral del Talento Humano y sus Instrumentos de Operación. 4. Implementación de los instrumentos de operacionalización en los procesos de Ingreso, Inducción, Reinducción, Bienestar ,capacitación y evaluación del desempeño. VERIFICAR 5. Evaluación y seguimiento de la satisfacción del Cliente Interno y Clima Laboral de la entidad. ACTUAR 6. Formulación de acciones de mejora que permitan el desarrollo de una cultura institucional..	Indicador de cumplimiento: No. Total de áreas con Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno / No. Total áreas de la institución.	A 31 de diciembre de 2009 haber realizado el 100% de Socialización y verificación de la aplicación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Control Interno en el 100% de áreas de la entidad.	* Oficina Asesora de Planeación * Oficina de Talento Humano * OGPA.	1-2-3-6 Diana E. Carvajal M.- Jefe Oficina Asesora de Planeación. Maria Lucia Grueso- Profesional Especializado o área Calidad. 5 Talento Humano 3 - 4-6 Jefes de Oficina, Subgerentes y Referentes de Procesos. 6. Comité de control interno y calidad. 2-3-4-5-6 Dra. Dora Elsa Subgerente Administrativo	N.A.	01/11/2008	31/12/2009	El 100% de los procesos cuenta con mapa de riesgos	1	Con corte a 31/12/2009 se han llevado a cabo el proceso de Administración actividades programadas. La OGP, realizará el seguimiento a los riesgos, el cual quedará plasmado en el POA para la vig 2010.	Se cumplió con la acción correctiva	2	C
132 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2006	3.3.1.2 Efectivo Bancos y Corporaciones - La entidad en las notas a los estados financieros a 31 de diciembre de 2005, se menciona en el numeral 2.1.1.2, en el segundo párrafo que: "Los bancos presentan partidas conciliatorias con cierta antigüedad que amerita que efectúe un proceso de análisis y junto con Cartera se identifiquen y de lo contrario se soporte la gestión y se proceda a sanear, es decir, no fue efectiva la conciliación de cifras entre las áreas y las Notas a las corporaciones, no permitiendo la toma oportuna de decisiones; además, el no registro oportuno de los depósitos efectuados, afecta el saldo de la cuenta deudores, teniendo en cuenta que el valor a aplicar es de \$1.675.0 millones equivalente al 22.25% del saldo de deudores - servicios de salud (\$7.533.0 millones), por lo tanto la cuenta Bancos estaría subvaluada y la cuenta deudores sobervaluada en \$1.675.75 millones. Es decir que el hospital incumple lo establecido en la resolución 400 de 2000 el PGCP, Capítulo II, - Principios de contabilidad - 1.2.6.3 registro.	1. Establecer un procedimiento que permita identificar las partidas que están afectando los saldos de bancos, para poder registrarlas y así efectuar las conciliaciones correspondientes ya sea entre áreas o con los distintos pagadores. 2. Implementar el código de verificación con los bancos para cada pagador con el fin de que una recibido el pago se pueda identificar el origen de la partida y elaboración de los soportes que permitan el registro contable del pago. 3. Ajustar los Manuales de procedimientos de las áreas involucradas.	1. No. de partidas identificadas/ No. de partidas por identificar * 100 2. No. De conciliaciones realizadas/Total conciliaciones a realizar entre áreas * 100 3. No .conciliaciones realizadas con las entidades externas/ Total Entidades externas * 100	Identificar y legalizar con sus respectivos soportes el 100% de las partidas que están afectando los saldos de bancos con corte 31 de 2008	Subgerencia Administrativa y Financiera	(1) Profesional de Cartera: Martha Castelblanco - Profesional de Tesorería: Orlando J. Torres D. (2) Esquivel Trejos , Alexander Devia - Ejecutivos de Cuentas	NA	01/11/2008	31/03/2010	0.183700000 0000000217 60371282653 0619320315 06945800781 25	0.18	En el mes de Septiembre de 2009 se creó el procedimiento Código PGI 94 - PROCEDIMIENTO DE PARTIDAS CONCILIATORIAS EN BANCOS PENDIENTES POR LEGALIZAR. Del monto reportado a 31 de diciembre / 08 se legalizó la suma de 113.4 mil equivalente en valores al 35% en número de partidas y recibos al 18.37%. El saldo a la fecha es de 200 mil que corresponden a 151 partidas de los años 2006 a 2008	Se verificó el procedimiento PGI 94-01 firmado el 9 de junio de 2009, para partidas conciliatorias sin embargo a diciembre de 2009 persisten partidas conciliatorias sin aclarar de vigencia 2008 y 2009	1,7	C
133 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1. Existe incumplimiento sobre el valor real a cobrar por la inobservancia de la Resolución 400 de 2000 PGCP, Capítulo III, normas técnicas relativas a los activos, numeral 1.2.7.1.1 - Deudores. La falta de controles, desde el momento de la prestación del servicio hasta el recaudo del dinero, es la causa primordial para que se tengan facturas por más de una vigencia sin efectuar las cuentas de cobro.	1. Determinar y elaborar las facturas que no tienen cuenta de cobro, con el fin de que realice el procedimiento de elaboración de la cuenta de cobro y radicación, para poder efectuar las acciones de cobro correspondientes y determinar si pertenecen a la cuenta de difícil cobro. 2. Realizar interfase mensual entre Facturación y Cartera con el fin de identificar que facturas no se	No. de facturas identificadas y radicadas / No. factura en estado AP * 100	Depurar el 100 % de las facturas sin radicar	Subgerencia Administrativa y Financiera	1. Armando Vargas Referente de Facturación 2. Carlos Torres	Soportes para elaboración de facturas	01/11/2008	30/06/2010	35	0.35	En octubre se empezó a realizar la radicación de las cuentas de otros periodos dejadas de radicar por falta de autorizaciones y soportes y se está depurando la facturación AP de evento y Cartera depuración de capita. se ha	La administración no tiene claridad si factura con capita o sin capita, como se evidencia	0,8	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL Hallazgo u OBSERVACION	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) ÁREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCIÓN	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIE NTO	(50) GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIE NTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CIÓN GRUPO AUDITOR	CALI FICA CIÓN	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCIÓN
		ocasionando desgastes administrativos por labores adicionales que deban realizarse para lograr el recaudo del dinero, que finalmente genera riesgo de no pago.	han radicado y proceder en el mes siguiente para que se realice el procedimiento correspondiente. 3. Ajustar los Manuales de Procedimientos de las áreas involucradas				Referente de Cartera						venido estableciendo controles para hacer la entrega de la facturación diaria. Durante la vigencia 2009 se ha refacturado y radicado facturas que se encontraban en estado AP.	en comité de glosas, falta por radicar de años anteriores		
134 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1.1 Listados de cartera presentados por la entidad Una vez comparada la sumatoria de la última relación entregada por \$7.644.47 millones, con las cifras de deudores servicios de salud presentada en el Balance General por \$7.533.04 millones, se tiene una diferencia de \$111.433 miles, como mayor valor reportado por cartera; lo anterior indica que no se tiene control de los documentos que emite el Hospital desde sus diferentes áreas, y al momento de organizar los documentos de la cuenta, no se indagó sobre cual debería anexarse; además, se observa que no son efectivas las conciliaciones de saldos entre las diferentes áreas. La situación anterior permite concluir que el Hospital no cumple con lo normado en la Resolución 400 de 2000 PGCP, Capítulo I- Características de la información contable, numeral 1.2.2.5 verificable Debe ser susceptible de comprobaciones y conciliaciones exhaustivas o aleatorias, internas o externas, que acrediten y confirmen su procedencia y magnitud, observando siempre la aplicación estricta de las normas existentes para el registro de los hechos o actividades públicas. La falta de controles frente a la información que se emite y es entregada a los usuarios, permite deficiencias como la ya descrita, ocasionando que ésta no sea confiable, tipificándose esta irregularidad, se tipifica como hallazgo administrativo, con incidencia disciplinaria de conformidad con la Ley 734 de 2002 artículo 34 numeral 1.	Revisión y control a las interfaces mensualmente generación de interfaces de prueba semanales	No. De Interfaces / documentación generada * 100	Presentar conciliaciones de interfaces al 100%	Subgerencia Administrativa y Financiera	Carlos Torres Coordinador Cartera, Humberto Bohorquez Coordinador de contabilidad, Orlando Torres Profesional de tesorería, presupuesto	Ninguno	01/11/2008	30/06/2010	1	1	En lo referente a este punto, tanto en el año 2008 como el 2009 se cumplió con el cruce de interfase al 100% con contabilidad, facturación, cartera, Presupuesto y Tesorería.	Se evidencia conciliación a diciembre de 2009 con los diferentes módulos e interfase con los mismos a excepción con activos fijos	1,7	C
135 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1.2 Una de las causas de estas inconsistencia está dada por que, el Hospital no ha liquidado los contratos suscritos con las diferentes entidades, no han clasificado correctamente las cuentas por cobrar, según su antigüedad, ni han depurado cada uno de los saldos reportados en cartera y presenta las cifras en el Balance General que no son confiables. Respecto a la demora en la respuesta de glosas el Hospital muestra negligencia administrativa y falta de controles que le permitan garantizar el recaudo de los servicios prestados, poniendo en riesgo sus recursos, así mismo el hecho de no tener certeza sobre los valores que han de pagar las entidades, genera incertidumbre sobre si el valor presentado en los estados financieros es real o no	1. Socializar el manual de interventoría desde el área jurídica con el fin de que los interventores asuman la función de liquidación de contratos y se lleve a cabo las que están pendientes de vigencias 2007 y 2008. 2. Implementar y ejecutar un plan de depuración de los estados de cartera actuales, con el fin de cruzar saldos con las entidades que presentan deudas presuntas para definir saldos reales y así depurar la cartera de la entidad. 3. Implementar desde el área de Cuentas Médicas un plan de trabajo para realizar el procedimiento de respuesta y conciliación de las cuentas objetadas. 4. Implementar un procedimiento de auditoría preventiva para disminuir al mínimo el % de glosa que se le aplica a la facturación del Hospital. 5. Incorporar en el POA 2009 acciones para mejorar los procedimientos de auditoría preventiva y correctiva.	1. No. de contratos liquidados / No. total de contratos sin liquidar 2. Valor de Glosa contestada / Valor de glosa sin contestar	1. Liquidar el 100% de contratos firmados entre 2007 y 2008 2. Contestar el 100% de la glosa pendiente para efectuar las conciliaciones correspondiente 3. efectuar las acciones de cobro de la glosa conciliada	Subgerencia Administrativa y Financiera	Valdimir Ilich Mendoza Asesor Jurídico, Donald Gómez Referente de Cuentas Médicas, Marino Alberto Serna Referente de Auditoría y Carlos Torres Referente de Cartera	Soportes para liquidar los contratos y Recurso Humano para las áreas involucradas	01/11/2008	31/12/2009	100	1	Se socializó el manual de interventoría a los diferentes interventores de contratase implemente el plan de depuración de cartera de las vigencias anteriores, de los cuales se ha estado ejecutando. El área de cuentas médicas adopto proceso de respuesta de glosa y proceso de conciliación de glosas y recobros por parte de Auditoría Médica. Se implemento formatos para llevar a cabo la pre-auditoría preventiva a la facturación de los diferentes servicios. Se ha llevado a cabo auditoría concurrente en el servicio de Hospitalización con el recurso humano existente.	Se estableció procedimiento de respuesta de glosas y conciliaciones, y se socializó con las personas que intervienen en el proceso. En Comité de Glosas se presenta informe de glosa inicial, contestada, y conciliada por tipo de pagador pero los procesos de responsabilidad son archivados	2	C
136 0	AUDITORIA GUBERNAMENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1.2 Una de las causas de estas inconsistencia está dada por que, el Hospital no ha liquidado los contratos suscritos con las diferentes entidades, no han clasificado correctamente las cuentas por cobrar, según su antigüedad, ni han depurado cada uno de los saldos reportados en cartera y presenta las cifras en el Balance General que no son confiables. Respecto a la demora en la respuesta de glosas el Hospital muestra negligencia administrativa y falta de controles que le permitan garantizar el recaudo de los servicios prestados, poniendo en riesgo sus recursos, así mismo el hecho de no tener certeza sobre los valores que han de pagar las entidades, genera incertidumbre sobre si el valor presentado en los estados financieros es real o no	1. Se designo un referente de Cuentas médicas, el cual evaluara, planeara y coordinará un equipo técnico para respuesta y conciliación de glosas con apoyo de Auditoría médica. 2. Se realizara revisión y ajuste de los procedimientos correspondientes a respuesta y conciliación glosas, así como a un proceso de retroalimentación para atacar la causa. 3. Se implementara los procedimientos aprobados. 4. Se efectuaran seguimientos periódicos a los procedimientos implementados, con el objeto de realizar ajustes si es el caso. 5. Se evaluara el resultado de la gestión de respuesta de glosa de forma periódica para tomar decisiones y retroalimentar.	* No Procedimiento revisados / Total Procedimientos área procedimientos * 100 * No procedimientos evaluados / Total Evaluaciones programadas. * 100 * Vr. Glosa Solucionada mes actual / Vr. Glosa sin Contestar Mes Anterior *100	Realizar el 100% de las actividades programadas	Subgerencia Administrativa y Financiera	Referente Cuentas Médicas Subgerencia servicios de Salud Referente Auditoría Médica Donald Gómez Marino Alberto Serna	N.A.	15/11/2008	30/06/2009	100	1	Se nombró Referente de Auditoría y Cuentas Médicas. Se realizó revisión y ajustes a los procedimientos. Se estableció procedimiento de respuesta de glosas y conciliaciones, y se socializó con las personas que intervienen en el proceso. En Comité de Glosas se presenta informe de glosa inicial, contestada, y conciliada por tipo de pagador y con porcentajes.	Se estableció procedimiento de respuesta de glosas y conciliaciones, y se socializó con las personas que intervienen en el proceso. En Comité de Glosas se presenta informe de glosa inicial, contestada, y conciliada por tipo de pagador pero los procesos de	2	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTA DO DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
137 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1.3. El incumplimiento de la norma citada y la falta de procedimientos y controles específicos para el manejo de cartera son la causa de los problemas que se tienen en la actualidad para se recuperación. No es suficiente que el Hospital preste los servicios de salud a los usuarios, su gestión se tiene entendida hasta el recaudo definitivo de los dineros, de tal forma que garantice su sostenibilidad y el hecho de no radicar oportunamente las cuentas de cobro genera riesgo de pérdida del dinero y desgaste administrativo	Revisión continua a los soportes de las facturas para asegurar el pago de las mismas, auditoría concurrente en los pisos. A partir del mes de octubre de 2007 el área de facturación inicia el proceso de radicación los 20 primeros días del mes siguiente a la generación de cada factura con el fin de garantizar la oportuna radicación y el control de la misma.	1.- Facturación Radicada: No. Facturas radicadas/ No. facturas a radicar del mes * 100. 2.- Autorizaciones: No. Facturas sin Autorización/ No. Facturas que deben tener Autorización * 100.	Facturación debidamente soportada: Mayor al 90%. Autorizaciones: Inferior al 5%.	Coordinador de facturación.	Coordinador de Cartera. Coordinador del área financiera	Físicos	03/11/2008	31/12/2009	1	1	Las facturas una vez hayan cumplido su proceso de preauditoría se envían y radica a la entidad correspondiente en su totalidad. En la preauditoría entre otras cosas se verifica que las facturas todas deben tener sus soportes completos entre estos por supuesto la autorización del servicios a fin de poder efectuar el cobro ante los diferentes pagadores y efectuar de manera efectiva el cobro de los servicios prestados	responsabilidad son archivados	1,7	C
138 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.3.1.6 Las Inconsistencias que se presentan se originan por la falta de controles en la facturación, liquidación oportuna de los contratos y depuración real de saldos. Por lo anterior el saldo que se presenta en el Balance General genera incertidumbre si es o no el valor real.	1. Realizar Interfase mensual entre Facturación y Cartera con el fin de identificar que facturas no se han radicado y proceder en el mes siguiente para que se realice el procedimiento correspondiente. 2. Implementar y ejecutar un plan de depuración de los estados de cartera actuales, con el fin de cruzar saldos con las entidades que presentan deudas presuntas para definir saldos reales y así depurar la cartera de la entidad. 3. Socializar el manual de interventoría desde el área jurídica con el fin de que los interventores asuman la función de liquidación de contratos. 4. Incorporar en el POA 2009 acciones de mejoramiento para esos casos.	1. Valor del saldos depurados / Valor de saldos totales 2. No. Facturas radicadas/ No. facturas del mes * 100.	Depurar los saldos del Balance General de manera que presenten información real del estado financiero del Hospital	Subgerencia Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	soportes para liquidar los contratos, recurso humano para las áreas involucradas	01/11/2008	31/08/2010		1	Se esta cumpliendo con la liquidación de los contratos, socializándose a los supervisores la importancia de sus informes. Se realiza interfase y cruce mensual entre las áreas de cartera y facturación respecto a la facturación radicada quedando evidenciada en acta de cruce. La depuración de cartera se reinició a partir del mes de sep logrando un 29% de avance. Las facturas que no se radican en el mes por causas imprevistas son radicadas en los meses siguiente	se evidencio el trámite de algunos contratos liquidados interfase entre Facturación y Cartera y la depuración de la cartera alcanza solamente el 29%, falta por depurar. Se socializó el manual de interventoría	1,7	C
139 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.5.1. En cuanto a la legalización de los anticipos se pudo observar que los giros se hacen de acuerdo a lo estipulado en el contrato, sin embargo su legalización se produce entre tres y cinco meses después, como ejemplo se citan los contratos No. 0162-05 con Control de Contaminación Ltda., Contrato 203-05 con Meditico, el No. 209-05, 210-05 y 211-02 con Quirúrgicos Ltda., 215-05 y 217-05 con Soporte Vital Ltda. Incumpliendo los términos contractuales estipulados en la ejecución del contrato. El anticipo del contrato No. 0162-05 con Control de Contaminación Ltda., se giró el 20 de diciembre y según la cláusula tercera del mismo, en lo que hace referencia a la forma de pago específica que el 50% será entregado al contratista como anticipo una vez se firme el contrato, de acuerdo a lo anterior la entrega del objeto contractual debió surtir el 20 de enero/06 y solo se efectuó hasta el 13 de marzo de 2006 según factura No. 3815. Incumpliendo lo contemplado en la cláusula tercera del contrato.	Darle cumplimiento a lo establecido en el manual de contratación los procedimientos y obligaciones contractuales.	Nº de contratos con acciones correctivas realizadas/ Nº total de contratos para acciones correctivas * 100	A 30 de octubre de 2009 haber realizado las acciones correctivas y seguimientos para estar al día en las obligaciones contractuales.	Supervisores de los contratos * Oficina Asesora Jurídica, * Coordinador Financiero	Supervisores de los contratos * Oficina Asesora Jurídica, * Coordinador Financiero	abogado	01/11/2008	31/10/2009		1	Se ha socializado el manual de contratación a los interventores, dándose claridad en el cumplimiento de las normas legales, se ha dado publicidad en la cartelería de contratación	Se socializó el manual de interventoría para evitar que queden contratos sin liquidar y legalizar el anticipo	1,7	C

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	(16) ACCIÓN CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURS OS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMEN TO	(52) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGU IMIENTO ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIER TA/ CERR ADA/ EJECU CION
140 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.7 Provisión Deudas de Difícil Cobro. Esta cuenta no esta depurada, el hospital esta en mora de liquidar el contrato 014/03 que finalizo hace 17 meses también esta cuenta presenta subvaluación en cifra indeterminada, toda vez que la cuenta por cobrar por prestación de servicios con antigüedad de mas de 360 días a 31/12/05 no se habian provisionado De acuerdo a lo anterior, el Hospital no cumple lo normado en la Resolución 400 de 2000 PSCP, Parte II Revelación de la operaciones financieras, numeral 1.1.3.3 Realidad Económica de las Operaciones.	1. Revisión del estado de ejecución financiera de los contratos suscritos para venta de servicios. 2. Realizar cruce de cuentas con los diferentes a pagadores. 3. Determinar el estado real posterior a los cruces de cuentas. 4. depuración de las cuentas al estado real.	% Actividades Programadas de ejecución de actividades programadas	A diciembre de 2009 dar cumplimiento de las acciones propuestas	subgerencia Administrativa y Financiera	Dr. Carlos Torres Coordinador de cartera.	na	01/11/2008	31/03/2010	0.900000000 0000002220 44604925031 30808472633 36181640625	0.90	El Hospital realizó conciliación del contrato 014 de 2003, levanto acta, del producto de ésta se efectúo cruce de cuentas con convenio suscrito con el Hospital y la Secretaría de salud	El contrato 014 de 2003, levanto acta, pero a la fecha no se ha liquidado, hay cruce de cuentas con convenio suscrito con el Hospital	1,4	A
141 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.12.4 Información y Comunicación. La información no es remitida a contabilidad oportunamente, los canales de comunicación son deficientes Se revisó el consecutivo de comprobantes de Ingreso del mes de enero, logrando establecer que el Hospital tiene un sistema de archivo de documentos contables, los de ingresos por número de cuenta y los de egresos por: Proveedores, Impuestos, Nomina etc., algunos comprobante de egreso al ser impresos quedan sin el número consecutivo o encabezado, otros tienen soporte de copia hoja de fax y en su mayoría ya no son legibles.// Durante los años 2005 y 2006, la entidad ha llevado a cabo el proceso de conciliación de cuentas con los deudores de la capital y los municipios, inicialmente envió derechos de petición y ha venido realizado cruces de cuentas, sin embargo la labor es dispendiosa y demanda mucho más tiempo, a esto se suma el hecho de la rotación frecuente de funcionarios no permitido agilidad en el proceso. La impresión de algunas conciliaciones es regular y no permite leer las cifras, por que son ilegibles dificultando el cruce de cifras. Ejemplo: Cuenta BBVA Ahorros No. 30900046 del mes de abril de 2005.// En las conciliaciones bancarias no se dejan claros los conceptos de Notas debito pendientes de registro en contabilidad, dificultando el seguimiento a las mismas.// Para la cuenta de Ahorros BBVA No. 30900046, se tienen dos conciliaciones Bancarias correspondientes al mes de Junio de 2005, sin dejar evidencia de cual es la definitiva.// Las cuentas de cobro no son radicadas oportunamente en las entidades a que se les han prestado los servicios de salud, es así como el Hospital por diferentes razones aun tiene en su poder facturación por servicios con antigüedad de 31 y hasta más de 360 días.	1. Se determino que los comprobantes contables y las conciliaciones debían contener las notas correspondientes de registro en la medida que se conocen, igualmente se deben imprimir en buen papel y con mejor calidad en la medida que los recursos del hospital lo permitan, lo anterior teniendo en cuenta que estos hacen parte del archivo de la institución y se debe salvaguardar. 2. Implementar y ejecutar un plan de depuración de los estados de cartera actuales, con el fin de cruzar saldos con las entidades que presentan deudas presuntas para definir saldos reales y así depurar la cartera de la entidad. 3. Socializar y ajustar los Manuales de procedimientos las áreas correspondientes (incluyendo el de archivo) incorporando actividades que permitan mejorar estas acciones.	1. No. de Interfases programas / interfaces realizadas. * 100 2. No. de Secretarías de Salud depuradas / No. de Secretarías de Salud por depurar	Cruzar y firmar actas de conciliación con el 100% de las Secretarías de Salud. Imprimir correctamente todos los documentos de archivo de gestión.	Auxiliar de Tesorería - Leonor Salamanca Armando Vargas Facturación Contabilidad Humberto Bohorquez Cartera Carlos Torres	NA	01/11/2008	31/12/2009	1	1	Se verifico que los comprobantes de egreso se están imprimiendo en forma legible y en consecutivo. Se han efectuado interfaces mensuales con las diferentes áreas que intervienen en el proceso, cumpliendo el 100% tanto por la información como en el cumplimiento de los diferentes cruces, conciliaciones e informes entre las áreas. Se verificaron y actualizaron los procedimientos	A diciembre de 2009 se observa conciliación es entre las áreas, sin embargo la depuración de la cartera no se ha efectuado al 100% se actualizaron los procedimientos y se crearon otros	1,7	C	
142 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2005	3.3.1.12.4 Información y Comunicación La información no es remitida a contabilidad oportunamente, los canales de comunicación son deficientes Se revisó el consecutivo de comprobantes de Ingreso del mes de enero, logrando establecer que el Hospital tiene un sistema de archivo de documentos contables, los de ingresos por número de cuenta y los de egresos por: Proveedores, Impuestos, Nomina etc., algunos comprobante de egreso al ser impresos quedan sin el número consecutivo o encabezado, otros tienen soporte de copia hoja de fax y en su mayoría ya no son legibles. Durante los años 2005 y 2006, la entidad ha llevado a cabo el proceso de conciliación de cuentas con los deudores de la capital y los municipios, inicialmente envió derechos de petición y ha venido realizado cruces de cuentas, sin embargo la labor es dispendiosa y demanda mucho más tiempo, a esto se suma el hecho de la rotación frecuente de funcionarios no permitido agilidad en el proceso. La impresión de algunas conciliaciones es regular y no permite leer las cifras, por que son ilegibles dificultando el cruce de cifras. Ejemplo: Cuenta BBVA Ahorros No. 30900046 del mes de abril de 2005. En las conciliaciones bancarias no se dejan claros los conceptos de Notas debito pendientes de registro en contabilidad, dificultando el seguimiento a las mismas. Para la cuenta de Ahorros BBVA No. 30900046, se tienen dos conciliaciones Bancarias correspondientes al mes de Junio de 2005, sin dejar evidencia de cual es la definitiva. Las cuentas de cobro no son radicadas oportunamente en las entidades a que se les han prestado los servicios de salud, es así como el Hospital por diferentes razones aun tiene en su poder facturación por servicios con antigüedad de 31 y hasta más de 360 días anterior se tipifica como un hallazgo administrativo	Se ha impreso las conciliaciones con mejor calidad en la medida que los recursos del hospital lo permiten y dejando un mejor concepto de las notas pendientes de registro en la medida que se conocen. Referente a los Comprobantes de Egreso se verifico	No. Documentos con deficiencia/ Total documentos generados*100%	1	Subgerencia Administrativa y Financiera	Auxiliar de Tesorería - Leonor Salamanca	NA	01/11/2008	31/12/2009	1	1	Se verifico que los comprobantes de egreso se están imprimiendo en forma legible y en consecutivo. Se han efectuado interfaces mensuales con las diferentes áreas que intervienen en el proceso, cumpliendo el 100% tanto por la información como en el cumplimiento de los diferentes cruces, conciliaciones e informes entre las áreas. Se verificaron y actualizaron los procedimientos	es igual a la 3.3.1.12.4	1,7	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CO D. FIL A	(4) ORIGEN	(12) DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	(16) ACCION CORRECTIVA	(20) INDICADOR	(24) META	(28) AREA RESPON SABLE	(32) RESPONSA BLE DE LA EJECUCION	(36) RECURSOS	(40) FECHA DE INICIO	(44) FECHA DE TERMIN ACION	(48) RESULTAD O DEL INDICADOR SEGUIMIENT O	(50) GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENT O ENTIDAD	(56) ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	OBSERVA CION GRUPO AUDITOR	CALI FICA CION	ABIERTA/ CERRADA/ EJECUCION
148 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2002	4,3,6 El hospital en su contabilidad ha incorporado cinco (5) inmuebles de los dieciocho (18) de su propiedad. Los Trece (13) restantes se encuentran registrados en las cuentas de orden. A pesar que la Ley 716 de 2001, faculta a las entidades estatales a depurar sus cifras antes del 31 de diciembre de 2003, es importante resaltar que el valor de los inmuebles no incorporados en la cabalidad ascienden a \$5,604,4 millones de pesos, que equivale al 47,6% del total del activo (\$11,908,2 millones de pesos) situación que el saldo reflejado no es razonable ; contradiéndole contemplados en numeral 1.2.5. requisito de la información contabilidad del P.C.G-P	1. Existe titularidad sobre los 6 inmuebles de propiedad del Hospital, legalización de la tenencia de otros 6 que están construidos en bienes de uso público; y la Secretaría de Salud realiza actualmente la legalización de los otros 8 bienes. El Hospital aportara la documentación y realizara las acciones que imparta la Secretaría Distrital de Salud sobre el particular. Adicionalmente se incluirá en el POA 2009.	Total acciones realizadas / Total acciones solicitadas x 100	Legalizar la tenencia del 100% de los bienes inmuebles que no son propiedad del Hospital.	Jurídica	Activos Fijos, contabilidad	N.A.	18/11/2008	31/12/2010	Se realizó la solicitud del saneamiento de los bienes a la Secretaría Distrital de Salud según oficio 600 del 2 de diciembre de 2009.	1	Los inmuebles se han registrado contablemente de acuerdo con la instrucción de la Contaduría General de la Nación. La Secretaría Distrital de Salud, se encuentra en el proceso de legalizar la tenencia cuatro (4) bienes teniendo en cuenta que algunos son de propiedad del Distrito a través del Fondo de Desarrollo Local y en espacio de uso público.	Se encuentra en proceso de legalización de los bienes, a la fecha no se ha terminado el proceso	1	A
149 0	AUDITORIA GUBERNA MENTAL VIGENCIA 2003	4.5.1.2 sin que se haya efectuado la liquidación	Citar a los contratistas para la suscripción de las respectivas actas de liquidación.	# de actas levantadas sobre total de certificaciones, soportes, e informes recibidos.	Liquidación de todos los contratos en términos	Oficina Asesora Jurídica y supervisores de contratos	Supervisores de contratos	abogado	01/11/2008	31/10/2009	Se les comunica a los supervisores su designación, deberes y obligaciones, se actualizan permanentemente, allegándose sus respectivos informes y actas las cuales se anexan en la carpeta de cada contrato.	1	La oficina jurídica permanentemente, esta actualizando los supervisores e interventores, los cuales se les comunica por escrito dándole a conocer sus deberes y obligaciones y la importancia de sus informes y actas, las cuales se anexan a cada contrato.1	No cumplieron con la acción propuesta	1	A