

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

HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN ESE

VIGENCIA AUDITADA 2009

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL 2010
CICLO II**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

BOGOTÁ SEPTIEMBRE DE 2010

**AUDITORIA INTEGRAL AL
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.**

Contralor de Bogotá D.C.

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Contralor Auxiliar

Víctor Manuel Armella Velásquez

Director Sectorial

Rafael Humberto Torres Espejo

**Subdirector de Fiscalización
de Salud**

Juan Guillermo Plata Plata

Asesor

Luís Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoria

**Gloria Elizabeth Sánchez Rubiano- Líder
Aurora Lucia Sánchez Zambrano
Gladis Inés Gaitán Lozano
Yolanda García Soto
Alix Flórez Gutiérrez
Ana Janeth Bernal Reyes
Jaime Rodríguez Vargas
Hugo Barrera Patiño
Roberto Jiménez Rodríguez**

TABLA DE CONTENIDO

Página

1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	5
2. ANÁLISIS SECTORIAL	15
3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA.....	31
3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	31
3.2 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS COMUNICADOS VIGENTES.....	33
3.3 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	40
3.3.1 Evaluación a la Transparencia.....	58
3.3.2 Seguimiento al Compromiso Ético Suscrito.	60
3.4 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES.....	62
3.5 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO	74
3.6 EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN	89
3.7 EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL.....	106
3.7.1 Plan de Desarrollo	106
3.7.2 EVALUACION BALANCE SOCIAL	114
3.7.3 Plan de Ordenamiento Territorial POT.....	118
3.8 COMPONENTE GESTION AMBIENTAL.....	123
3.9 RESULTADO EVALUACIÓN DE ACCIONES CIUDADANAS.....	135
3.10 CONCEPTO SOBRE LA RENDICIÓN DE LA CUENTA.....	139
3.11. SISTEMAS DE INFORMACION	142
4. ANEXOS.....	153
4.1 CUADRO DE HALLAZGOS.....	154
4.2 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCION.....	155
4.3. MATRIZ PLAN DE DESARROLLO.....	191



4.4 CALIFICACIÓN BALANCE SOCIAL	192
4.5 CONSOLIDADO CALIFICACION	196
ANEXO No. 4.6 OBRAS HOSPITAL SAN BLAS	197
4.7 MATRIZ DE TRANSPARENCIA	201



1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL



Doctora

NIDIA ROCIO VARGAS

Presidente Junta Directiva

Doctor

CARLOS EDUARDO PINEDA AMORTEGUI

Gerente

Hospital San Blas II NA E.S.E.

Ciudad

Respetados Doctores:

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, Ciclo II, al Hospital San Blas II NA E.S.E., 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 al Sistema de Control Interno.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de este ente de control 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 y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoría, deberán ser corregidos por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por consiguiente en la eficiente y efectiva prestación de los servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de General Aceptación, así como con las políticas y 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 de la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de Control Interno.

Concepto sobre la Gestión y los Resultados

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

MATRIZ METODOLOGÍA EVALUACIÓN GESTIÓN Y RESULTADOS - GENERAL	
VARIABLE	PORCENTAJE
Plan de Desarrollo y/o Plan Estratégico y Balance Social	18,03
Contratación	10,34
Presupuesto	9,20
Gestión Ambiental	5,00
Sistema de Control Interno	5,80
Transparencia	4,05
SUMATORIA	52.42

Rango de calificación para obtener el concepto:

CONCEPTO DE GESTION	PUNTUACION
FAVORABLE	Mayor o igual a 75
FAVORABLE CON OBSERVACION	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, es Desfavorable, fundamentada en lo siguiente:



El Sistema de Control Interno institucional obtuvo calificación de 3.11, ubicándolo en nivel regular con riesgo mediano. En los componentes de administración del riesgo, presenta calificación de 2.59 denotando un bajo desempeño en análisis de riesgo, valoración del riesgo, implementación de la política de administración de riesgo, contexto estratégico e identificación de riesgo; actividades de control, con especificidad en controles, indicadores, adhesión a procedimientos y políticas de operación; aspecto con gran debilidad en información secundaria y subsistemas de información; comunicación pública, auto evaluación de la gestión, planes de mejoramiento por procesos individual que al constituirse en temas estructurales, de carácter sistémico impactan negativamente en el desempeño institucional por cuanto de su adecuado desarrollo se garantiza el cumplimiento de las fases del planificar, hacer y actuar del ciclo PHVA y por ende el alcance de la visión y cumplimiento de la misión institucional.

Se observa retroceso en el mantenimiento del Sistema derivado de la falta de acciones de choque, que deben ser impulsadas cuando se conoce el resultado del ejercicio del control del control (Control Interno), quien precisa cuales son las desviaciones y sugiere recomendaciones para el cumplimiento de las metas de acciones correctivas planificadas, tanto en el plan de acciones correctivas como de riesgo, requiriendo el fortalecimiento del macroproceso de direccionamiento estratégico.

Como resultado de la evaluación del sistema de control interno se determina presunto daño al patrimonio del hospital en cuantía de 14.2 millones como consecuencia de pago de imposición de multas confirmadas: a) por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0397 de mayo 27 de 2008, 146 de 6 de marzo de 2008 y 0734 de julio 7 de 2008, b) por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 2546 de octubre 6 de 2003 por incumplimiento del artículo 42 de la convención colectiva de trabajo y c) por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0466 de junio 26 de 2007, 564 del 20 de octubre de 2006, 0854 de octubre 4 de 2008 y 1024 del 210 de noviembre de 2007.

Los ingresos registrados en el presupuesto definitivo por valor de \$40.317,9 millones, presentaron la mayor participación con un 96.8%, por la venta de servicios de salud con \$39.048,4 millones, a su vez, los gastos reflejaron una apropiación disponible de \$40.207,9 millones. Estos recursos fueron orientados para atender gastos de funcionamiento por \$7.866,1 millones, que representaron el 19.56%, para gastos de Operación el 79.7% (\$32.046,8 millones) y en inversión \$295.0 millones, el 0.73%, del total destinado.



De los recursos comprometidos en el transcurso de la vigencia, se observa que la ESE realizó autorizaciones de giro presupuestal por valor de \$34.102,6 millones, es decir, que el nivel de ejecución real del presupuesto de gastos al cierre de la vigencia fue del 85.73%, quedando en consecuencia un saldo de compromisos por pagar para la siguiente vigencia fiscal de \$5.675.3 millones.

Realizadas las pruebas de auditoría al recaudo acumulado reflejado en la ejecución presupuestal de ingresos en el formato electrónico CB-0101, reportado por el hospital en SIVICOF durante la vigencia 2009, se estableció que se presentaron inconsistencias en los valores registrados en varias de las cuentas de la ejecución frente a los informes de cartera y tesorería, por valor de \$644.9 millones, en los ingresos corrientes - Venta de Servicios, en las cuentas Régimen Contributivo – EPS, Régimen Subsidiado - ARS no Capitalado, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT, Fondo de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros Pagadores por Venta de Servicios.

Situación similar se generó en las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios, en los rubros Fondo Financiero Distrital de Salud, Régimen Contributivo (EPS), Régimen Subsidiado (ARS), Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT, Fondo de Desarrollo Local y Otros Pagadores por Venta de Servicios, en donde la diferencia fue de \$153,6 millones.

En los rubros mencionados se refleja subestimación en los ingresos, situación que no permite establecer el recaudo real en el presupuesto, generando incertidumbre en las cifras, que dificulta la toma de decisiones acertadas por la falta de oportunidad y confiabilidad en la información.

De lo referido, este ente de control conceptúa desde el punto de vista de la gestión en cuanto a la ejecución del presupuesto, que es *confiable*, excepto por las observaciones formuladas en este informe de auditoría.

Del seguimiento efectuado a las acciones correctivas contenidas en el Plan de Mejoramiento vigente a diciembre 31 de 2009 para subsanar las observaciones presentadas en vigencias anteriores, se concluye que de 58 hallazgos incluidos en el Plan, se cerraron 16, 1 queda abierto con fecha de cumplimiento vencida y 41 en ejecución con plazo para cumplirlas hasta diciembre 31 de 2009, obteniendo un grado de cumplimiento de 52% y en promedio un nivel de cumplimiento de 1.

El hospital San Blas realizó actividades para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Plan de Desarrollo Distrital, Plan Nacional de Salud y los objetivos del milenio por temas, el hospital ha realizado actividades como VIH,

lactancia materna, atención a gestantes y violencia intrafamiliar, sin embargo, no se evidenciaron resultados cuantitativamente por cuanto algunos planes de acción, tenía plasmado un cumplimiento y al momento de la verificación, en el área que ejecuta dicha actividad se desconocía el planteamiento de la actividad, la meta fijada y por ende el resultado plasmado en dicho plan de acción, observándose la falta de socialización de los lineamientos conllevando a la falta de retroalimentación en pro de buscar mejores resultados.

Así mismo se evidenció, que la información histórica del hospital no es tenida en cuenta, puesto que en el informe de balance social no esta consignada la focalización de las problemáticas que enuncian, al no señalarlas como línea de base versus los resultados que no están cuantificados por problemática, elementos que no permiten ver el grado de avance o la efectividad de las acciones en pro de disminuir o contrarrestar los problemas (mortalidad materna, desnutrición, enfermedades salud sexuales y reproductivas).

Otra debilidad en la gestión esta en el mínimo porcentaje de asignación de recursos que destinaron para inversión que fue de un 7% (\$295.0 millones) del total del presupuesto del hospital que fue de \$40.000.0 millones, que se ejecutaron en proyectos (dotación equipos biomédicos, capacitación y tecnología) que son importantes para la comunidad pero que no solventaron todas las necesidades del hospital, que inciden en un mejor servicio de ésta.

En el análisis a la contratación, se observaron falencias en la ejecución de algunos de los contratos, producto del inadecuado control por parte de los supervisores toda vez que los mismos no verifican el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por los contratistas, generando con ello incertidumbre frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Así mismo se evidencia la falta de control en el archivo documental, donde se encuentran documentos que carecen de firma, de fecha, identificación del área que lo origina, falta de coherencia en los registros de la información, pólizas sin aprobación, poniendo en riesgo la conservación y buen uso de los mismos.

Como se describe en el capítulo de hallazgos de auditoria en el componente de contratación, la administración aceptó y reconoció una obligación no pactada en el contrato de suministro de alimentos con CEW 578 de 2009, cancelando \$25.6 millones no pactadas, que generan un presunto daño al patrimonio público.

Así mismo en el contrato 1855 de 2009 de prestación de servicio de aseo, la administración contrató y pagó un mayor valor en el citado contrato, frente al valor

ofertado por el mismo contratista en cuantía de \$28.5 millones, ocasionando un posible daño patrimonial.

El hospital adquirió equipos de panadería con destino al centro Despertar, los cuales no han sido utilizados, por que los usuarios residentes en el Centro no reúnen las condiciones físicas, mentales y psicológicas, no se cuenta con los recursos necesarios para la implementación de la infraestructura requerida como se manifestó en la respuesta de la Administración y el ente competente no otorgó la licencia para su funcionamiento en las terapias a los usuarios del Centro, con lo cual la administración realizó una gestión antieconómica con la compra de estos elementos, dado que no los pueden poner en uso para los fines pertinentes o previstos, con ello se incurre en un presunto detrimento por valor de \$29.0 millones.

Se establecieron cuentas abiertas por servicios prestados por la institución desde el 2007, las cuales a la fecha de la visita fiscal no habían sido facturadas por valor de \$36.2 millones, de los cuales una vez se observaron las falencias se generaron las respectivas facturas por valor de \$33.8 millones proceso que no ha culminado al estar pendiente su radicación y aceptación por parte del pagador, quedando pendientes \$2.4 millones por expedir las facturas, ocasionando un presunto detrimento patrimonial por dicho concepto.

Con base en las observaciones formuladas en el presente informe en el componente de sistemas, se evidencia que la gestión de la entidad es deficiente, por cuanto no ha implementado estrategias de seguimiento y control adecuadas que involucren procesamientos más elaborados y automáticos, sobre la base de una infraestructura tecnológica robusta, que implica el desarrollo de sistemas de información e implementación de pruebas técnicas específicas y especializadas, en las diferentes etapas o niveles de procesamiento de la información de las transacciones generadas por la prestación de los servicios del hospital.

Así como la deficiente gestión en las labores de supervisión y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones establecidas en los contratos relacionados con sistemas e infraestructura tecnológica, que han generado deficiencias en el mantenimiento e integridad de la información, pérdidas de información, incremento en los niveles de obsolescencia de la plataforma tecnológica, deficiencias en el procesamiento de información crítica por las limitaciones de los sistemas de información presentes, falta de implementación de procesos de validación de los datos que se requieren para asegurar la integridad y consistencia de la información y por ende la falta de integración de la información generada en las diferentes áreas críticas.



Concepto sobre la revisión y evaluación de la cuenta

El hospital, si bien rindió dentro del término establecido la cuenta a través del SIVICOF, se determina que faltó el formato CB 0125 Procesos por Glosas Salud, el Plan de mejoramiento rendido no corresponde al aprobado, el reporte de inventario de activos fijos no se incluyó en su totalidad, no se presentó el avance mensual del seguimiento al POR.

De otra parte la información reportada presenta inconsistencias, detectadas durante el proceso auditor, como diferencia en los valores registrados en varias cuentas de la ejecución del presupuesto de ingresos, se refleja subestimación de los ingresos, incoherencia en la información del formato CB 0710 inventario de equipos complementarios,

No se cumplió con la metodología para rendir el informe de Balance Social a través de SIVICOF y los indicadores no cumplen con los lineamientos de la Contraloría.

Con lo anterior se concluye que la entidad no rindió la cuenta en los términos establecidos por la Contraloría de Bogotá.

Opinión sobre los Estados Contables

En la Auditoria Gubernamental con Enfoque integral modalidad regular efectuada a la vigencia 2008 los Estados Contables del Hospital se dictaminaron por parte de esta Contraloría con Salvedad.

Como resultado de la evaluación realizada a los estados contables a diciembre 31 de 2009, se determina que estos se encuentran afectados por:

La cuenta Efectivo tiene pendiente de registrar \$10.8 millones por notas créditos, subestimando la cuenta efectivo y sobrestimando los deudores

La cuenta deudores- Servicios de salud se encuentra subestimada en \$60.6 millones, como efecto de las glosas definitivas de Humana Vivir, no refacturadas a Colsubsidio, Salud Total y FFDS.

El saldo de la cuenta Provisión para Deudores, presenta subestimación de \$362.4 millones, al no aplicar los porcentajes establecidos en la Resolución 242 de 2004 expedida por el Gerente del Hospital, para el cálculo de su provisión.



El hospital aceptó como glosas definitivas valores objetados por diferentes EPS, por falencias en el soporte de las facturas e inadecuada gestión en el proceso de facturación, que generó la pérdida de recursos para la entidad en cuantía de \$24.3 millones, que generan un presunto daño al patrimonio del hospital.

La cuenta Propiedad Planta y Equipo, se subestimó en \$0.6 millones por inadecuado registro de material médico quirúrgico, y sobrestimó los inventarios.

Las cuentas de orden por fallos en contra o a favor de la entidad, presentan diferencia con base en lo reportado en el SIPROJ.

En nuestra opinión, **excepto por** lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables del Hospital San Blas II Nivel E.S.E, 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 auditoria se establecieron 79 hallazgos administrativos, de los cuales 8 tienen presunta incidencia fiscal por valor de \$124.0 millones y 21 con presunta incidencia disciplinaria. Los anteriores hallazgos se relacionan en el anexo 4.1.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto desfavorable emitido en cuanto a la gestión realizada, las debilidades detectadas en el cumplimiento de la normatividad, la menor calificación obtenida respecto a la vigencia 2008 en la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables con salvedad, la Cuenta Rendida por la entidad, correspondiente a la vigencia 2009, **No se fenece**.

A fin de lograr que la labor de auditoria conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, a través de los medios electrónicos vigentes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.



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

Bogotá, D. C, 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

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.

comunidades, los denominados ámbitos de familia, barrio, escuela, jardín infantil y puesto de trabajo⁴.

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

⁴ Ibid.

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>

calidad de vida y salud de las comunidades educativas de la ciudad. Su intencionalidad es desarrollar respuestas integrales a las necesidades sociales desde una estrategia promocional de calidad de vida⁸.

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

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

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

3]. Promover en la familia una cultura de valores que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas.

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

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

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

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

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

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

La información de la caracterización y el seguimiento es cargada en un sistema desde los hospitales y se consolida en la Secretaría de Salud, desde donde el equipo central puede generar reportes y revisar la consistencia de la información.

Dadas las novedades que se pueden presentar en los núcleos familiares por llegada de nuevos miembros o el fallecimiento o ida de algún integrante, la información se actualiza periódicamente. Para el cargue de estas rutinas y otro tipo de validaciones, el sistema de información consta de dos módulos, uno de caracterización y otro de seguimiento.

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

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

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

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

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

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

CUADRO 4
ALIANZAS CON ENTIDADES PROYECTO SALUD A SU CASA

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
Secretaría Distrital de Integración Social	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización hacia programas y servicios según rutas de acción, construidas en cada sector para la vinculación, según prioridades y problemas encontrados y que generalmente están relacionados con salud pública. ▪ Elaboración de procesos para focalización de población de territorios de SASC potencialmente beneficiaria de los proyectos de la SDIS. ▪ Desarrollo de jornadas de servicio al ciudadano en el marco de la Gestión Social Integral.
Secretaría de Educación del Distrito	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización de niños desescolarizados hacia programas educativos de las instituciones distritales.
SENA	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenio para la formación de promotores de salud de las E.S.E. adscritas como auxiliares

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
		de salud pública.
Alcaldías Locales	Concurrencia y complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> Concurrencia de recursos de los Fondos de Desarrollo Local, para dar respuesta a las necesidades de la población en complemento a las acciones que no se pueden financiar desde el sector salud.
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

LOCALIDAD	2008	2009	2010
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	

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
Rafael Uribe Uribe	Rafael Uribe.	2	27	94	25	22	8
	Antonio Nariño		5	46		8	
Centro Oriente	Santafé,	3	10	20	36	11	8
	Mártires,		8	38		4	
	Candelaria		2	18		2	
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

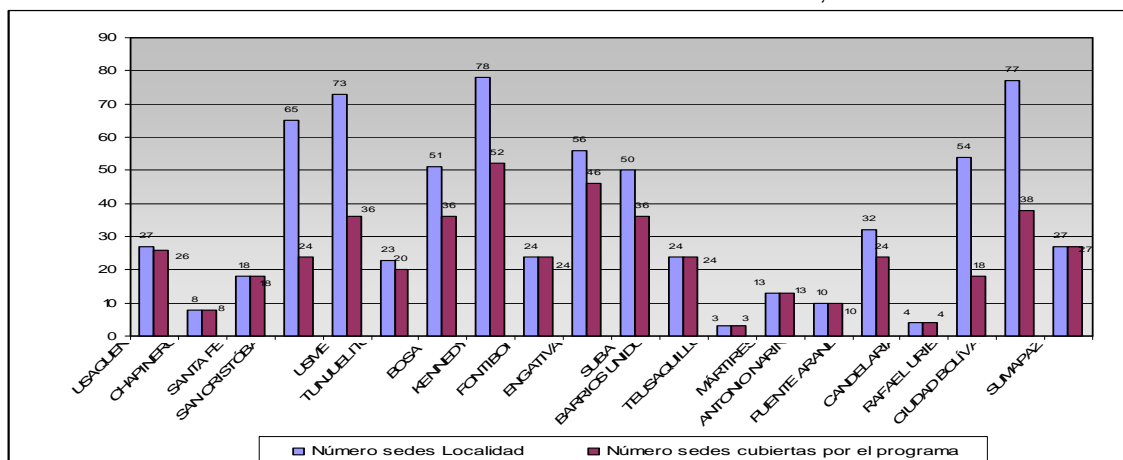
Fuente: Informe Balance Social SDS, SED y SDIS. Corte diciembre 2009.

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.

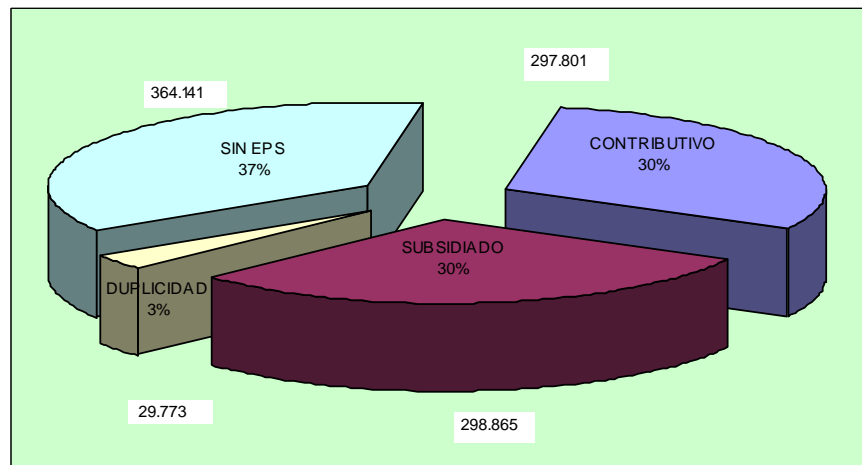


Fuente: Secretaría Distrital de Salud

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

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
	casos detectados en dificultades de consumo. 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	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

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
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.	lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

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

2.4 CONCLUSIONES

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

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

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

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

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El hospital San Blas II nivel de Atención ESE, a diciembre 31 de 2009, presentó un único Plan de mejoramiento que contiene 58 hallazgos, el cual fue aprobado el 23 de diciembre, mediante radicado 200982062.

**CUADRO 8
COMPOSICIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO**

COMPONENTE	2004	2006	2007	2008	Auditoria Especial 2008	TOTAL
Control Interno	2	1		13		16
Estados Contables		2	1			3
Presupuesto	1			14		15
Contratación				3	1	4
Plan de Desarrollo y Balance Social				9		9
Gestión Ambiental				2		2
Acciones Ciudadanas				3		3
Seguimiento Advertencia				3		3
Cartera			2			2
Glosas			1			1
TOTAL	3	3	4	47	1	58

Fuente: Plan de Mejoramiento a diciembre 31 de 2009

Con el fin de establecer el cumplimiento de las acciones correctivas se efectuó seguimiento del Plan de mejoramiento rendido en la cuenta a junio 30 de 2010, con corte a agosto de la presente vigencia; es de mencionar que 50 de las acciones correctivas tienen fecha de cumplimiento el 31 de diciembre de la actual vigencia, disponiendo aún con cuatro meses para llevarlas a cabo.

**CUADRO 9
RESUMEN SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**

COMPONENTE	Cerrada	Abierta	En Ejecución	TOTAL
Control Interno	2		13	15
Estados Contables	1		2	3
Presupuesto	5		10	15
Contratación	2		2	4
Plan de Desarrollo y Balance Social		1	8	9
Gestión Ambiental	1		1	2
Acciones Ciudadanas	1		3	4

COMPONENTE	Cerrada	Abierta	En Ejecución	TOTAL
Seguimiento Advertencia	3			3
Cartera			2	2
Glosas	1			1
TOTAL				58

Fuente: Seguimiento Plan de Mejoramiento - Equipo Auditor

De las 58 acciones correctivas del actual plan de mejoramiento, se dio cumplimiento a 16 que se cierran, 41 se encuentran en ejecución y 1 quedó abierta cuya fecha de terminación se cumplió el 28 de febrero de 2010, relacionada con la aplicación de la metodología de la Contraloría para reportar el Balance Social, no obstante en la vigencia 2009 tampoco se cumplió. (ver anexo 4.2)

Dentro de las acciones correctivas de estados contables, cartera y glosas, se determinó que se cerraron 2, relacionadas con el traslado de las glosas con presunto responsable a la oficina de asuntos disciplinarios, donde se evidenció que en enero de 2010 se apertura un proceso de las glosas reportadas en enero y algunos meses de 2009, el cual ha acumulado las glosas de febrero a junio de 2010, estado en el que aún permanece.

La otra observación que se cerró es relacionada con las notas a los estados contables referente a la provisión para cartera.

Las acciones que quedan pendientes por cumplir, se refieren a la gestión de cobro de la cartera, donde a pesar de iniciar el proceso de cobro, no se ha adelantado gestión de cobro coactivo, como se comprometió la entidad, así mismo no se ha adelantado conciliación con todas las entidades que le adeudan al hospital, ni se ha adelantado depuración de las cifras en los estados contables.

En el seguimiento realizado a los hallazgos relacionados con el componente de contratación, se evidenció que el 50% de las acciones correctivas se cerraron, no obstante su cumplimiento no fue del 100% y el 50% restante tienen acciones correctivas al 31 de diciembre de la presente anualidad.

Efectuado el seguimiento a las acciones correctivas suscritas en el componente de control interno y acciones ciudadanas, se establece que estas se encuentran en ejecución y que el universo que es sujeto a las acciones previstas en el plan de mejoramiento se define al cierre de la vigencia.

El promedio total del Plan de mejoramiento se ubicó en nivel de 1.0, lo que indica que el grado de cumplimiento fue del 52%, faltando aún cuatro (meses) para finalizar el plazo previsto, que es diciembre 31 de 2010.

3.2 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS COMUNICADOS VIGENTES

- Saneamiento de aportes patronales del Sistema General de Participación para salud.

El Hospital San Blas en cumplimiento al saneamiento de aportes patronales, ordenado en: 1) artículo 58 Ley 715 de 2001, 2) Resoluciones 3815 de noviembre 28 de 2003, 4047 de diciembre 15 de 2003, 3) Circular Externa 0049 de junio 30 de 2004, del Ministerio de la Protección Social y 4) Decreto 1636 de 2006, el cual reglamenta la forma y oportunidad de efectuar los giros de aportes patronales del sistema general de participación para salud a 31 de diciembre de 2008 durante la vigencia 2009 continuo con la realización de las siguientes actividades:

- ✓ Proceso de saneamiento que le permitió determinar los saldos a favor y en contra de los aportes patronales del hospital y las administradoras de EPS, AFP, cesantías y riesgos profesionales, de manera global a partir de la nómina del período comprendido entre 1994 – 2009, hasta el 2001 situado fiscal y del 2002 a 2009 sistema general de participaciones (Ley 715 de 2001).
- ✓ Determinación para el sistema general de participaciones de asignación de un situado fiscal en cuantía de \$24.483 millones, autoliquidación por \$25.375 millones, saldos a favor por \$3.820 millones y saldos en contra por \$4.274 millones, determinándose un estimado en contra de \$454.4 millones.

Valores conciliados y actas suscritas con las EPSs y AFP de 2002 a 2009 Sistema General de Participaciones, como se evidencia en los siguientes cuadros, según información suministrada por Talento Humano:

E.P.S.	Millones de \$
Salud Coop	-47.3
Susalud	-0.5
Cruz Blanca	4.0
Colmedica	4.1
Cafesalud	22.4
Comeva	5.4
Salud Total	5.5
Unimec	2.3

E.P.S.	Millones de \$
Caprecom	-0.017
Humana Vivir	5.1
Famisanar	-3.6
Caja Nal. Prevision	0.4
S.O.S.	0.03
	-2.2
FONDOS DE PENSIONES	
Skandia	12.4
TOTAL	10.3

- ✓ Situado fiscal igual que en el caso anterior.

E.P.S.	Millones de \$
Salud Coop	8.3
Susalud	-0.9
Cruz Blanca	3.1
Colmena Salud	8.7
Compensar	-33.9
Cafesalud	-7.0
Coomeva	-0.4
Salud Total	0.2
Unimec	-1.4
Caprecom	0.1
Humana Vivir	2.1
Famisanar	0.054
Sanitas	10.9
Colseguros	1.3
Bon Salud	1.2
Caja Nal. Prevision	0.015
	-7.8

- ✓ Aplicación del excedente para saneamientos con otras entidades de conformidad con la directriz impartida por la Secretaría Distrital de Salud, se hizo con dos entidades, Cajanal con un saldo de \$ 0.29 millones que fueron trasladados a Colpatria Salud y Colseguros con un saldo de \$ 1.3 millones trasladados a Susalud.
- ✓ Saneado. el tema de situado fiscal con las entidades EPS:, Salud Total \$ 0.2 millones, Cruz Blanca \$ 3.1 millones, Compensar \$ -33.9 millones, Cafesalud \$ -7.0 millones, Colseguros \$ 1.3 millones, Sanitas con \$10.9 millones, Susalud \$ -0.98 millones, SaludCoop \$ 8,3 millones, Colmena Salud \$ 8,7 millones, Coomeva \$ -0.45 millones, Unimec \$ -1,4 millones, Caprecom \$ 3,4

millones, Humana Vivir \$ 2,1 millones, Famisanar \$0.054 millones, Sanitas \$10,9 millones, Colseguros \$ 1,3 millones, Caja Nacional de Previsión \$0.015 millones, de saldo.

AFP: solamente SKANDIA con saldo de \$ 1.3 millones

CESANTIAS: COLFONDOS y PROTECCION

- ✓ Está pendiente la suscripción de actas con los Fondos de Pensiones y Cesantías COLFONDOS, HORIZONTE y PROTECCION, con ING, se ha depurando parte de la deuda presunta, no se ha terminado puesto que es en lo que mas dificultad se ha encontrado, esta pendiente de suscribir acta.
- ✓ La deuda presunta con los fondos de pensiones se encuentra totalmente depurada.
- ✓ Se inició al saneamiento del Sistema General de Participaciones.
- Crisis Estructural del Sector Salud en Bogota

Realizado el seguimiento a las acciones impulsadas por el Alcalde Mayor de Bogotá a través de las Secretarías de Salud y Hacienda como de las realizadas por la administración del Hospital San Blas con el propósito de atacar los factores identificados por este ente de control en el pronunciamiento “Crisis Estructural del Sector Salud en Bogotá”, comunicado mediante radicado 200970662 de octubre 27 de 2009 establecen las siguientes actuaciones:

- ✓ Planeación presupuestaria.

Para atender este factor crítico de éxito el hospital San Blas cumple las fases de: 1) formulación de su propuesta de proyecto de presupuesto para cada vigencia fiscal a través de la alta dirección del hospital, de conformidad a las necesidades correspondientes y con el propósito de dar cumplimiento a las metas institucionales previstas en sus planes institucionales, 2) Radicación del anteproyecto ante la Junta Directiva para su aprobación. 3) Discusión y aprobación de la propuesta de presupuesto para ser radicada ante las Secretarías de Salud y Hacienda Distrital para su aval, 4) Radicación de proyecto de presupuesto aprobado por Junta Directiva ante las secretarías de Hacienda y Salud del Distrito Capital, 4) Participación activa en las mesas de trabajo impulsadas y lideradas por esta secretarías con el hospital cuyo fin es la sustentación de los montos de los recursos solicitados, 5) Conocida la cuota de a contratar por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud ajustar la propuesta de presupuesto y radicación ante las secretarías mencionadas para

su trámite ante el CONFIS, 6) La Secretaria comunica al CONFIS sus observaciones y esta instancia decisoria aprueba el proyecto de presupuesto del hospital y 7) el hospital liquida el presupuesto de cada vigencia fiscal.

Evidencia de su operación se observa en:

- 1) Actuaciones de la Junta Directiva en sus sesiones ordinarias y extraordinarias relativas al análisis financiero y de ejecución presupuestal resultado de los informes presentados por el Gerente del hospital, emisión de concepto sobre los mismos y formulación de directrices para el mejor desempeño institucional las cuales se consigna en las actas 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 12, 13, 14, 15, 16 de 2008 y 02, 03, 04, 05, 07, 08, 10, 11, 12, 13, 14 de 2009.
- 2) Implementación de la agenda Estratégica en cumplimiento de la circular 007 de mayo 12 de 2009 emanada de las Secretarías de Salud y Hacienda Distrital, a través de la cual se realiza seguimiento integral del desempeño en los factores financieros, técnicos, de producción y administrativos. Su despliegue materializa el reporte de de información de producción y de seguimiento a las metas distritales con el lleno de siete anexos que refieren aspectos financieros de la ESE.
- 3) Cumplimiento de la evaluación semestral al Plan de Gestión del Gerente, contemplando dentro del seguimiento estratégico el análisis financiero y de ejecución presupuestal (metodología aplicada: Resolución 0473 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).
- 4) Delegaciones realizadas por el señor Alcalde Mayor de Bogotá y la Secretaria Distrital de Hacienda en las Juntas Directivas de las ESEs para la construcción bajo el liderazgo de la Oficina de Análisis y Control de Riesgos el marco hipotético financiero y presupuestal de los hospitales, sus principales causas y las alternativas de solución de las mismas el cual se plasma en el documento "Mesa de Trabajo sobre las ESEs del Distrito".
- 5) Presentación de la problemática identificada al CONFIS en su sesión del 26 de junio de 2009.
- 6) Presupuesto de gastos aprobados: 1) vigencia 2009 la suma de \$32.409 millones y un valor por disponibilidad final de \$3.400 millones, éste último correspondiente a las diferencias entre los presupuestos de ingresos y de gastos aprobados, y presupuesto de gastos definitivo a cierre de la vigencia por cuantía de \$40.207 millones y saldo de disponibilidad final de \$110 millones y 2) vigencia fiscal 2010 presupuesto de gastos aprobado

por la suma de \$77.974 millones y un valor de disponibilidad final de \$2,965 millones.

- 7) Circulares 04 y 06 de 2009 de la Secretaría Distrital de Salud y la Dirección Distrital de Presupuesto donde comunicaron la guía para la programación del presupuesto de la vigencia 2010 de las ESEs.
- 8) Mesas de trabajo con el grupo de hospitales con las secretarías citadas y a través de las cuales se ajustó el Plan Financiero presentado por la gerencia del Hospital San Blas al monto de \$42.061.7 millones, anteproyecto de presupuesto que quedo sujeto a la cuota asignada por el Fondo Financiero Distrital de Salud.
- 9) Comunicado CONFIS 2.2009-37960 de octubre 15 de 2009, mediante el cual se informó a la Secretaría Distrital de Salud que en su reunión No. 11 de octubre 14 de 2009, se aprobó el monto máximo de \$40.939 millones al hospital San Blas por concepto de ingresos, \$37.975 millones por concepto de gastos de Funcionamiento y se registró en la cuenta de Resultado

Valorado el presupuesto requerido 2010 vs el presupuesto asignado con la respuesta dada por el señor gerente del Hospital en atención del derecho de petición No. 1.1.00.009.328 Control Político al Hospital San Blas II Nivel Ese, quien comunicó al Concejal Edgar Arias Rubio, oficio GFF –P 214 – 09 se establece que el impacto en la disminución de los recursos afecta principalmente en un 67% la Adquisición de servicios de producción en los conceptos de contratación asistencial (médicos, enfermeras, auxiliares), suministro de alimentos a pacientes, lavandería y mantenimiento del equipo biomédico y hospitalario, toda vez que se materializa disminución del presupuesto programado en los rubros de funcionamiento – servicios personales directos - \$348 millones, gastos funcionamiento - operación -\$3.739 millones (adquisición de servicios -\$4.440 millones, por ende al final del período 2010 se puede estar llegando a incumplir metas por déficit.

A partir de los acuerdos 008 de 2009 y el 011 de 2010, de la Comisión Reguladora de Entidades de Salud CRES, en los que se establece que la población vinculada debe afiliarse al régimen subsidiado, se cambia la composición de la producción del hospital y por ende, la facturación y el pago de los servicios, aumentando la brecha que se ha venido acumulando hasta la fecha del déficit presupuestal.

Durante la vigencia 2009, de la población vinculada atendida por la ESE, fue posible trasladar al régimen subsidiado a 390 personas, aproximadamente y en lo transcurrido de la vigencia 2010, se han trasladado 2.797 personas; debido a que

el valor pagado por el FFDS, por la atención de un vinculado, corresponde aproximadamente a la atención de dos y medio usuarios subsidiados; se puede apreciar que los recursos del subsidiado llegarán aproximadamente a los 4 meses de prestado el servicio, con el doble de costo de la atención que se presta al vinculado. Con este panorama, la situación financiera para el hospital va a ser aún más crítica.

Frente a estos criterios la auditoría evidenció que efectivamente la mayor participación en el recaudo de los ingresos corrientes del hospital los generó la facturación para la prestación de los servicios de salud vía vinculados con el 59.5%, seguido del Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con el 9.0% y las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios con el 9.63%, es decir, la ESE para su sostenibilidad depende en un 60%, del recaudo del FFDS.

En tal sentido, la auditoría observa con preocupación el riesgo al que se ve sometido la ESE, en desarrollo del nuevo marco normativo para efectos de establecer la transición de la población vinculada que es atendida con los recursos del FFDS, al régimen subsidiado, por lo que no se evidencia una gestión efectiva con indicadores de seguimiento y monitoreo de la población a trasladar de régimen.

✓ Crecimiento sostenido de la cartera.

Mediante acta de visita fiscal del 20 de Agosto de 2010, el responsable del área de presupuesto manifestó que *“...a nivel de los ingresos, el sistema normativo para el sector genera una situación de desventaja ante los diferentes pagadores porque les permite dilatar y rechazar los cobros por los servicios prestados, toda vez que niegan los pagos en forma reiterada, glosan constantemente las cuentas y las citas para conciliar se hacen a largo plazo, dependiendo de la voluntad y disponibilidad de los pagadores. Esto sucede con todos los pagadores, exceptuando el FFDS”*.

Esto genera un incremento en la cartera y por ende un bajo flujo de efectivo. El hospital anualmente refleja una producción de servicios del 55% atendida al FFDS, que representa el 70% de los ingresos y producción del 45% a los otros pagadores, equivalentes 30% de los ingresos. Lo anterior arroja como resultado que la ESE para su sostenibilidad depende en un 70%, del FFDS y cuando la Secretaría de Hacienda asigna el presupuesto anual, el hospital depende del monto asignado al FFDS, para la aprobación del presupuesto ante el CONFIS y la constante en los últimos años, es que el hospital inicia la vigencia con un presupuesto normalmente desfinanciado y deficitario. Este hecho incide en la cantidad de modificaciones presupuestales que durante la vigencia se realizan, mientras se consiguen los recursos suficientes para el cubrimiento de las necesidades vía adiciones, normalmente del FFDS, mediante convenios de desempeño.

- ✓ Pago global prospectivo y mayor participación atención población del régimen personas y población pobre no cubierta con subsidios.

La Secretaria Distrital de Salud en forma paralela realiza contratación con el Fondo Financiero Distrital a pago fijo global prospectivo e insiste ante las ESEs en el cumplimiento de afiliaciones a las EPSS.

Para dar cumplimiento a esta directriz el hospital San Blas ha contratado 3 personas para contribuir a la carnetización de usuarios al régimen subsidiado (un coordinador y dos técnicos ubicados en el punto de información del hospital y uno en la UAO de la Localidad de San Cristóbal) y asignó espacio físico al funcionario de la Secretaria Distrital de Salud que apoya este proceso.

La meta institucional de carnetización para la vigencia 2010 es de 4.763 afiliaciones, la cual a corte 30 de junio de 2010 reporta un avance del 58% en virtud de haberse efectuado 2.797 afiliaciones a esta fecha.

Sobre el pago fijo global prospectivo, el hospital ha tenido una excelente negociación con el FFDS, porque los pagos por los servicios al vinculado son mayores que la tarifa SOAT (manual tarifario vigente para todos los servicios de salud), y la cancelación de los servicios el FFDS los paga anticipadamente en un 60%, lo que ha permitido cubrir los gastos de los servicios prestados a los vinculados y contar con los recursos para cubrir algunas de las necesidades de la institución.

- ✓ Excedentes del techo pactado en contratación son compensados al final de la vigencia
- ✓ Actualización del manual tarifario

El hospital para las vigencias 2009 y 2010 ajustó a partir de las cero horas del día primero de estas vigencias fiscales las tarifas SOAT de acuerdo con el IPC registrado.

- ✓ Proceso de adquisición de medicamentos.

Para la vigencia 2009 el Hospital San Blas por intermedio del área de suministros no utilizó la estrategia de negociación colectiva, teniendo en cuenta que dentro del manual interno de contratación, Acuerdo 03 de 2003, no se encuentra descrito dicho procedimiento como un mecanismo de selección para la adquisición de bienes o servicios. El hospital dejó la negociación colectiva que tenía la bondad de economía de escala, incumpliendo la política de Operación del Macro Proceso Apoyo, Proceso Gestión Recursos Físicos, política consignada en su viñeta seis.

3.3 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Concepto sobre la Calidad y Eficiencia del Control Interno

Evaluado el Sistema de Control Interno del Hospital San Blas II N.A ESE, en las áreas administrativas y asistenciales se estableció una calificación de 3.11 posicionando el SCI de la entidad en un factor de valoración Regular, con un nivel de riesgo medio; resultado que refleja un retroceso frente a la evaluación de la vigencia 2008 -2009.

El hospital San Blas II Nivel de Atención ESE, para el cumplimiento de su Misión y Visión implementó y mantiene mediante actos administrativos su sistema de gestión de la calidad bajo los estándares MECI 10000:2005, MCICO 2007, NTGP 1000:2004 y Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad (Resoluciones 168/2008; 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras).

En desarrollo del proceso auditor ante esta entidad hospitalaria se desplegó la evaluación al Sistema de Control Interno a partir del ejecutor de las actividades planificadas en los manuales de procesos y procedimientos adoptados, actividades desarrolladas por personal con vinculación de planta o por contrato de arrendamiento de servicios profesionales, especificidad que determina el cumplimiento del manual de funciones para los primeros y el clausulado del contrato para los segundo de conformidad con el objeto del contrato que rige la relación contractual.

Así mismo, tuvo como objetivo general evaluar el sistema de control interno para determinar la calidad del mismo, el nivel de confianza que se le puede otorgar y si es eficaz y eficiente en el cumplimiento, y como objetivos específicos verificar el cumplimiento de lo normado en la Ley 87 de 1993 en concordancia con la ley 1421 de 1993 y del decreto 1599 de 20 de mayo de 2005, la Calificación del Sistema de Control Interno, la transparencia de los procesos de la entidad mediante la aplicación de la metodología establecida en el anexo No. 6 del Procedimiento para la elaboración del memorando de Planeación Programas de Auditoria, adoptada mediante Resolución 029 de 2009 y el cumplimiento de la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP-1000:2004.

La ejecución de la evaluación ya indicada se adelantó en las áreas de Talento Humano, Atención al Usuario, Bodega de Farmacia, Almacén, Facturación Urgencias, Servicio de Urgencias, Gestión Ambiental, Oficina Asesora Jurídica, Gestión Pública y Autocontrol y Planeación y Sistemas.

Por lo anterior, y dado el enfoque de realizar su evaluación a partir del ejecutor el valor agregado del presente proceso consiste en visualizar las debilidades y

fortalezas del proceso al momento de articular a la alta dirección con el equipo prestador de servicios y/o ejecutor de actividades de apoyo, el alcance del despliegue del modelo estándar de control interno en sus tres subsistemas, adhesión a los estándares de la norma NTGP 1000 y de Garantía de la Calidad en Salud.

Subsistema De Control Estratégico

Subsistema que presenta desempeño con calificación de 3.10, versus 3.27 del PAD 2009, atraso consecuencia del debilitamiento de los componentes direccionamiento estratégico y administración del riesgo.

La entidad en su proceso de revisión por la dirección al desplegar el ciclo PHVA es débil en sus fases de planear, hacer y actuar de la gestión de riesgos toda vez que no obstante contar con retroalimentación del proceso de Evaluación realizado por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol no se garantiza: 1) comunicación de las políticas de comunicación que permitan socializar de manera oportuna los documentos que impactan la estructura y mantenimiento del sistema, 2) puntos de control sobre el levantamiento y actualización de los manuales de procesos y procedimientos de manera planificada y articulada, 3) No se realiza seguimiento por parte de los responsables de proceso de la validación de la adhesión a los procedimiento y dejar evidencia de las acciones de choque formuladas ante eventos de incumplimiento a los mismos y 4) la formulación oportuna, sistemática y recurrente de la actualización del mapa de riesgos, formulación del plan de acciones preventivas, valoración y reporte del nivel de cumplimiento y formulación de acciones de choque ante desviaciones encontradas.

En la actualidad sobre este subsistema se ejecutan acciones de mejora previstas en el plan de mejoramiento suscrito con este ente de control sobre la vigencia 2008 y vigencias anteriores.

Si bien se observa un avance de implementación del MECI 97.7% en lo documentado, en la práctica no se evidencia su aprehensión y adhesión al mismo.

Componente Ambiente De Control

Calificación: 3.52 / 3.40, refleja un mejoramiento.

Su cumplimiento se desarrolló a través de acuerdos, compromisos o protocolos éticos, los cuales son visualizados y desarrollados a través del Código de ética adoptado mediante resolución 276 de septiembre 15 de 2008, difundidos mediante los procesos de inducción, reinducción, capacitación y entrega de plegable institucional "Informativo Institucional -Código de Ética" del cual existe

registro de su entrega, adicionalmente se integra al código del buen gobierno adoptado mediante resolución 321 de octubre 30 de 2008, siendo los valores corporativos la Responsabilidad, Compromiso, Vocación de Servicio, Honestidad y Solidaridad y su alcance tanto para cliente interno como externo.

El Código de ética integra formulación del protocolo ético con alcance al cliente interno y externo, las reglas valiosas, acuerdos de convivencia y los valores corporativos

Desarrollo del Talento Humano:

La entidad ha desarrollado este elemento a través de la formulación y adopción de los planes institucionales de inducción, capacitación y de estímulos pero se hace necesario su difusión masiva dentro del personal que aporta a la ejecución de los procesos institucionales en pro de su reconocimiento y aprovechamiento.

De la consulta realizada a los documentos controlados por la Gerencia “Unidad documental resoluciones” se establece que para dar aplicación a la Resolución 358 de noviembre 27 de 2008, Título capacitación, subtítulo políticas, viñeta 9, “evaluación y el impacto de la capacitación” ésta debe realizarse a través de una metodología diseñada para tal fin y que formará parte de este instructivo pero no se incorpora y limita su consulta.

Los elementos evaluados se caracterizan por transversalidades en los procesos de selección; inducción, reinducción, entrenamiento; capacitación; Bienestar e Incentivos y Salud Ocupacional, por ello una debilidad o fortaleza impactan todo el sistema.

Estilos de dirección.

Su visualización se determina a través de los manuales de funciones, procesos y procedimientos, gestión documental y contratos de arrendamiento de servicios, dado que son los documentos que consignan los niveles de responsabilidad y autoridad, segregación de funciones de ejecución y control, y evidencia de seguimiento obra en actas.

Componente Direccionamiento Estratégico

Calificación 3.20 / 3.38, presenta retroceso derivado del deterioro del despliegue de los elementos planes y programas y estructura organizacional.

Planes y programas

Paso de 3.52 a 3.05, lo cual evidencia la necesidad de reforzar en los funcionarios y contratistas los objetivos establecidos para las áreas y grupos funcionales donde se encuentran adscritos; insumo para impulsar su identificación, validación y adecuación de conformidad con los objetivos de la entidad y en pro del alcance de la eficiencia y efectividad tanto de los mecanismos de medición de los planes, programas y proyectos en ejecución como del reconocimiento de la existencias o necesidad de formular, ejecutar y realizar seguimiento a planes de actividades para la generación de informes.

Modelos de operación por procesos

El sistema cuenta con la Matriz de caracterización de procesos, matriz de articulación de procesos, la metodología vigente para la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos e incorpora los flujogramas de circulación de la información a través de los subprocesos y operaciones que se realizan en cada uno de los procesos, pero estos no se articulan cuando pasan de un proceso a otro, debilitando el enfoque sistémico y arraigando un enfoque funcional.

Existe debilidad en la adopción y actualización de los procedimientos operados por la institución, dado que no todos se encuentran adoptados o actualizados y de otro lado los ejecutores y responsables de los procesos formulan ajustes que se implementan en el desarrollo de las actividades en ejecución, sin mediar primero su aprobación y adopción, impulsando que por no adhesión a los procedimientos vigentes se realicen actividades no aprobadas. No obstante existir circular interna que promueve la revisión y ajuste obligatorios esta se incumple.

Se determina que las actividades a cargo de las áreas y grupos funcionales están de acuerdo a la naturaleza de vinculación del ejecutor y que éstas se encuentran asignadas de conformidad a los manuales de funciones del personal de carrera y de los objetos contractuales de los contratos de arrendamiento de servicios personales, personal que debe realizar y ejecutar las labores con adherencia a los manuales de procesos, procedimientos, guías, protocolos y normatividad vigente.

Estructura organizacional.

Mediante la Resolución 039 de 2005, el hospital conformó los diferentes grupos funcionales de: gerencia (Planeación, Atención al Usuario y Participación Social, Gestión Pública y Autocontrol, Asesoría Jurídica, Financiera y Talento Humano)., de Subgerencia de Servicios de Salud (Clínicas Médicas, Clínicas Quirúrgicas, servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico y terapéutico, urgencias y

epidemiología), Subgerencia Administrativa y Financiera (Financiero, Talento Humano, Recursos Físicos y Archivo Institucional) y mediante marco normativo especial crea y conforma el conjunto de comités que actúan como instancias decisorias.

No obstante la estructura implementada y formuladas las necesidades de talento humano de las áreas de: Planeación, Presupuesto y Gestión Pública y Autocontrol entre otras, la no disponibilidad del personal que permita la operación adecuada de las áreas y las funciones adoptadas, hace que la estructura falle en la atención del hacer misional de la institución.

Agrava el hecho de no contar con un control adecuado de las actividades entregadas a terceros, las cuales al exterior de la entidad no se identifican y sus fallas afectan la imagen institucional y el alcance de las metas planificadas.

El hospital dentro de su estructura organizacional integra el comité de Conciliación, espacio que debe sesionar como mínimo una vez cada 6 meses, para cumplir impulsar y cumplir las actividades asignadas en pro de los intereses del hospital y las políticas (conocimiento de los procesos, acciones de defensa, conciliaciones y riesgo antijurídico) y así permitir su materialización.

Componente Administración Del Riesgo

Calificación: 2.59 /3.04

3.3.01 La entidad refleja una gran debilidad en este componente, dado el deterioro del despliegue y mantenimiento de los elementos que lo materializan, a saber contexto estratégico, identificación, análisis, valoración y políticas de administración de riesgos, observación que es recurrente, sistémica y sistemática por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol en sus informes, pero que por las fallas en las fases de actuar del Ciclo PHVA no se implementan correctivos de choque eficaces, lo cual impacta la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control de controles. Incumpliendo con el literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En este aspecto es de resaltar las valoraciones del Contexto estratégico 2.63 / 3.23, Identificación de riesgos 2.85 / 3.08, Análisis de Riesgos: 2.50 / 2.85, Valoración de riesgos: 2.50 / 2.94 y Políticas de administración de riesgos: 2.48 / 3.08 que si se aplicara la Resolución 351 de noviembre 19 de 2008 se elevaría el desempeño del sistema en este componente.

Se destaca la fortaleza de la política adoptada por consignar: Plan de manejo de riesgos, marco normativo, Filosofía de administración del riesgo, elementos de control , objetivos estratégicos, riesgos institucionales, políticas de administración

del riesgo (implementación de controles, modelo de gestión ética, procesos de capacitación y formación, formulación de planes operativos anuales POAS, Programa de Desarrollo y Bienestar para el personal, programa de mantenimiento preventivo de equipos, políticas para el uso de equipos y manejo de la información), opciones para reducir el riesgo (optimización de los procedimientos, fortalecimiento del ejercicio del autocontrol, fortalecimiento del ejercicio de la autoevaluación de la gestión, evaluación independiente del sistema de control interno, proceso de auditoría interna), opciones para dispersar o atomizar el riesgo (procedimientos de seguridad para el resguardo de la información institucional, procedimientos de seguridad para protección personal y bienes de la entidad, opciones para compartir o transferir el riesgo), opciones para el tratamiento de riesgos residuales (criterios para la identificación de riesgos residuales), monitoreo y evaluación del plan de manejo de riesgos siendo responsabilidad de los ejecutores de los procesos administrar los riesgos, identificar, analizar calificar, definir tratamientos y aplicarlos, realizar las acciones para una efectiva administración de del riesgo y establecer y mejorar sistemáticamente los riesgos asociados a los procesos.

Otro elemento potenciador es la adhesión al Código del Buen Gobierno, el cual incorpora la Política de seguridad del paciente donde se busca minimización del riesgo de un evento adverso, reporte y prevención.

Subsistema Control De Gestión

Calificación: 3.00 / 3.17

El retroceso de este componente tiene un alcance sistémico e impacta la operacionalización del sistema de gestión dada la naturaleza estructural y transversal de la no adhesión a las políticas de operación, las cuales se despliegan a su vez en los manuales de procedimientos, la efectividad de sus controles y la visibilización del desempeño a través de indicadores que de conformidad a su desempeño y tendencia constituyen en elementos de alerta para impulso y toma de acciones de choque ante las desviaciones identificadas.

Componente Actividades de control

La entidad tiene debidamente identificadas y determinadas sus actividades de control a través del despliegue de las políticas de operación adoptadas mediante actos administrativos y operacionalizadas a través de los manuales de procesos y procedimientos que se encuentran vigentes, pero dadas las debilidades del proceso de comunicación (socialización de procedimientos, las herramientas de apoyo para la comunicación en tiempo real de manuales de procedimientos, procedimientos, protocolos a través de plataforma tecnológica) y de efectividad de los puntos de control que están definidos en la caracterización de los

procesos, en los procedimientos, en las normas expedidas por la administración, que se formulan para garantizar su adhesión impiden el resultado esperado con su cumplimiento.

Políticas de operación.

El hospital a través de las resoluciones 321, 338, 343, 349, 350, 351, 352, 358 y 364 de 2008, entre otras, adopta formalmente sus políticas institucionales.

Se resaltan de estos actos administrativos Políticas de Gestión y Control de la Empresa (Política de Contratación y Adquisición de Bienes y Servicios), Política de Calidad, Política de seguridad del Paciente, Política de Responsabilidad Social y Ambiental (Recurso Humano, Usuarios y la Comunidad, Formación Académica, Medio Ambiente, Salud Ocupacional, Servicio al Usuario); matriz de políticas de operación para los macro procesos estratégico (direccionamiento de la organización, Sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo), misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización, Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica), apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continuo).

La debilidad en el despliegue de este elemento es la baja efectividad de los procesos de capacitación sobre las políticas adoptadas y por ende su revisión periódica que permitirían formular las acciones de choque tendientes a garantizar su adhesión y cumplimiento tanto por el personal de planta como de arrendamiento de prestación de servicios.

Procedimientos y Manual de Procedimientos.

El marco normativo interno que materializa la adopción de los manuales de procesos y procedimientos lo constituyen las resoluciones 168/2008; 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras. En su contenido se determina el como se realizan las actividades, los puntos de control, pero la no efectividad en los procesos de capacitación de los procesos y las fallas en los procesos de comunicación de los mismos no permite su cumplimiento y revisión periódica, no obstante existir circular interna de 2009 sobre el particular, pero la debilidad en los puntos de control y efectividad de los controles no garantiza su adhesión y cumplimiento.

La institución no mide la efectividad de los controles constituyendo debilidad del proceso de revisión por la dirección, la cual está en capacidad de impulsar los ajustes que le permitan cumplir con su deber de garantizar la efectividad, eficacia

y eficiencia del sistema, agrava el hecho las debilidades en los indicadores formulados para su medición o la no existencia de los mismos.

De otro lado, también se falla en el proceso de documentación, adopción y actualización de manuales, procesos y procedimientos. El Manual de Archivos, documentado en octubre de 2006 no se encuentra incorporado al sistema de gestión de la calidad institucional, ni adoptado formalmente mediante acto administrativo; el Comité de Control Interno, en sesión del 20 de mayo de 2009 recomendó a solicitud expresa de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, que se tengan en cuenta las recomendaciones contenidas en los informes de auditoría relacionadas con la actualización de procedimientos, y la necesidad de identificar puntos de control y se defina una política clara en el manejo y custodia de la información

Componente información

El hospital para el desarrollo de este componente adoptó formalmente las Políticas de Comunicación con Resolución 343 de noviembre de 2008. Estructurada con definición de los objetivos buscados, que es información primaria y secundaria, la conceptualización de los sistemas de información, el mecanismo de fortalecimiento de la comunicación a través de cartelera, boletín informativo institucional, periódico, sistema de comunicación y perifoneo, sistema de perifoneo en consulta externa, internet e intranet, circuito cerrado de tv con transmisiones a través de 8 televisores ubicados en áreas estratégicas, el sostenimiento de la oficina de Atención al Usuario y la rendición de cuentas a la ciudadanía.

De igual forma mediante Resolución 352 de noviembre 19 de 2008 implementó política para sus sistemas de información, en la cual se definen los principios básicos, el marco normativo aplicado, las políticas institucionales de planeación informática, estandarización, seguridad y control, democratización de la información, racionalización del gasto, cultura informática y seguridad de sistemas. Instrumentos que requieren ser impulsados a través de su resocialización y validación de la adhesión de los ejecutores de las actividades institucionales que materializan su despliegue y cumplimiento.

Sistemas de información

La entidad cuenta con plataforma tecnológica que presenta debilidad operativa que genera realización de reprocesos, por falta de automatización y/o parametrización, no estar acorde a las nuevas necesidades de operación de las áreas de servicios del hospital y presentación de fallas técnicas en su desempeño, siendo los anteriores, factores críticos que impactan el proceso de facturación en las áreas de servicios, validación de rips de períodos que cubren

operaciones superiores a 30 días (caso proceso de validación de rips de los meses de febrero, marzo y abril de 2010) y que afectan los ingresos del hospital.

Componente Comunicación organizacional

Este componente constituye punto crítico, para la eficiencia y eficacia del sistema. Su impacto es transversal, sistemático y sistémico por las fallas presentadas en la difusión de la información generada al interior de la institución, la no visibilidad de la política de coordinación de procesos, la extemporaneidad o no divulgación de los propósitos, estrategias, planes y políticas a los ejecutores de actividades por la modalidad de arrendamiento de prestación de servicios.

Comunicación informativa

La entidad informa y sensibiliza sobre los mecanismos de participación ciudadana, dispone de buzones para interactuar con sus usuarios y como interlocutor de los mismos reconoce a la asociación de usuarios, a la cual apoya en sus procesos de fortalecimiento de la participación social.

Medios de comunicación

En este elemento hay debilidad en la adecuada y efectiva utilización de los medios de comunicación determinados por la entidad en su política de comunicaciones.

Subsistema Control De Evaluación

Componente Autoevaluación.

La autoevaluación institucional es débil, al no contar con puntos de control eficaces. Lo anterior, consecuencia del desconocimiento o no adhesión de los ejecutores de los procesos, a la matriz de caracterización de los procesos y los manuales de procesos y procedimientos entre otros.

Autoevaluación de control

La no adhesión a la caracterización de los procesos y las políticas institucionales de operación por su desconocimiento, no apropiación o la no medición de la efectividad de los procesos desencadenan criticidad a la medición y valoración de la efectividad del autocontrol, afirmación que se valida con los resultados de las mismas auditorías internas.

Autoevaluación de gestión

Los sistemas de medición a planes y algunos programas son de baja utilidad para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y del sistema en su conjunto, lo cual hace que la autoevaluación se convierta en un factor crítico adverso para garantizar el cumplimiento de metas y programas, aunada las valoraciones extemporáneas en algunos procesos.

Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno

La institución hospitalaria cuenta con la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, quien es la responsable de adelantar los procesos auditores previstos en el Plan de Auditoría y realizar seguimiento al cumplimiento del marco normativo y fortalecimiento del Sistema de Control Interno tanto a nivel de evaluador como de asesor.

Su aporte al mejoramiento del sistema de Control Interno se ve disminuido por la falta de compromiso del personal que aporta a la ejecución de los procesos y procedimientos institucionales de direccionamiento estratégico, misional y de apoyo. Evidencia de ello es que son reiterativas las observaciones realizadas en sus informes de auditoría en lo relativo a la adhesión y actualización de los procedimientos, levantamiento y actualización permanente del mapa de riesgos por proceso e institucional y la formulación y ejecución rigurosa de los planes de manejo de riesgos que se formulen y aprueben.

Auditoría Interna

La entidad programa para cada vigencia fiscal un plan de auditorías, el cual se ve afectado para su ejecución por la restricción de talento humano; a la fecha la oficina de Gestión Pública y Autocontrol no cuenta con auditora médica ni personal que refuerce la ejecución de las auditorías concurrentes e internas de calidad. De otro lado, este mecanismo no es reconocido fácilmente por el personal por contrato de arrendamiento de los servicios personales, no obstante ser parte activa en la ejecución de las acciones correctivas en curso.

Componente Planes de Mejoramiento

La entidad despliega acciones correctivas a su sistema de gestión de la calidad, soportada en el conocimiento de los resultados de los procesos de auditorías internas y de entes de control de la cual es sujeta y del informe anual sobre la Evaluación al Sistema de Control Interno. Para su seguimiento prevé la auditoría de seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora formuladas a los hallazgos allí consignados, sobre los cuales existe acta de compromiso suscrita con cada uno de los responsables de los procesos.

Para la vigencia 2010 la institución fortalece su formulación a través de la implementación de los formatos “formulación de los planes de mejoramiento por proceso e institucional”.

Plan de Mejoramiento Institucional

Lo constituye el agregado de acciones correctivas formuladas por cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad y áreas de servicio para superar los hallazgos identificados por auditorías internas y/o de entes de control. La mayor parte del personal lo identifica como el plan suscrito con la Contraloría de Bogotá.

Plan de Mejoramiento por procesos

Este instrumento no es fácilmente identificable por los ejecutores de las actividades de los procesos institucionales, requiere mayor visibilización para su apropiación.

Plan de Mejoramiento Individual

Instrumento que no se encuentra reconocido por el personal que apoya la ejecución de los procesos y procedimientos institucionales, no obstante realizarse su despliegue con aplicación de la Ley 909 de 2004 (evaluación de desempeño al personal de carrera), en aras de su fortalecimiento existe la oportunidad de resaltar al evaluado, de expresar sugerencias para el mejoramiento de su desempeño.

Revisado el diligenciamiento de la evaluación de desempeño se establece que el factor sugerencias de mejoramiento no es convenido, no obstante contarse con instrumentos de retroalimentación de la necesidad de consensarlo, tal como lo son el resultado de las auditorías internas y externas realizadas a los procesos a los cuales aporta.

3.3.02 La entidad no da cumplimiento a los términos establecidos para la formulación y remisión del plan de mejoramiento a la oficina de Gestión Pública y Autocontrol.

Verificada la notificación de los informes de auditoría realizadas por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol fechados enero 19 de 2009, sobre 1) Plan de Mejoramiento Contraloría, dependencia facturación Cartera y Glosas, 2) conciliaciones de cartera” y 3) Contratos de arrendamiento de Servicios Personales de Carácter Privado se establece que no han sido remitidos los

planes de mejoramiento a ejecutar dentro de los diez días siguientes y no hay evidencia de efectividad de acciones.

Se incumple el procedimiento del Macro Proceso de Evaluación Institucional Resoluciones 168 de 2008 y 130 de 2010, el párrafo cinco del requisito 8.2.2 Auditoria Interna, 8.5.1 Mejora continua, 8.5.2 Acción Correctiva de la norma NTGP:1000 2004, literal b) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.3.03. La entidad no tiene claramente reconocido que las auditorias internas de calidad, son función del área de gestión pública y Autocontrol. De la lectura y análisis del informe de auditoria generado por dicha oficina el 19 de enero de 2009, sobre contratos de arrendamientos de servicios personales de carácter privado, se establece en el numeral 8 título conclusiones que se concibe que la oficina de planeación y sistemas debe realizar gestión y seguimiento a la implementación y auditorias internas de calidad en los sistemas de MECI: 2005 y NTGP 1000-2004, lo cual constituye un control de control. Se incumple los literales a) c) d) y e) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.

3.3.04. La unidad documental donde obra el registro del resultado de las sesiones de junta directiva del Hospital San Blas no se ajusta en su totalidad a lo normado.

Revisado el libro de actas de Junta Directiva radicado ante la Secretaria Distrital de Salud con el N° 145 de julio 25 de 2007, se evidencia que éste no consigna la firma de la Presidente de Junta Directiva para el acta No. 6 (sesión ordinaria folio útil No. 004), entre los folios útiles foliados y sellados por la citada Secretaría con los números 037 y 038 se inserta hoja que contiene parte de lo escrito en el folio 38, excepto por el texto “Con respecto a esta petición el Presidente informa que se hará vía telefónica el día jueves 22 de Noviembre de 2007 sujeta a que llegue la adición de los recursos [2]” y la anulación de los espacios para la firma de presidente y secretario, además en el acta de reunión extraordinaria de junta directiva No. 010 no se consigna firma del secretario. Con lo anterior se incumple los artículos 17 y 16 respectivamente del Acuerdo Distrital 17 de 1997 para las dos primeras evidencias y el artículo 11 del Acuerdo 025 de 2009 expedido por la Junta Directiva del Hospital San Blas para la tercera.

3.3.05. La institución hospitalaria no se adhiere a los procedimientos de gestión documental adoptados ni formaliza los que se requieren para el adecuado desempeño del proceso. El manual de gestión documental que garantiza la operacionalización de este proceso no ha sido adoptado formalmente y las Tablas de retención documental vigentes no se articulan con los registros establecidos en los procedimientos institucionales.

De igual forma, el procedimiento Recibo y Despacho de Correspondencia Interna, código Pr. GD02-V1, Proceso: Gestión Documental fechado 13/11/2008,

documento con estado vigente, no consigna el número de resolución que lo soporta y para los procedimientos operados por el área de talento humano no hay evidencia de su adopción en el periodo 2003 a la fecha. Por lo expuesto se incumple el requisito 4.2.3, Título Control de documentos de la norma NTGP 1000:2004.

3.3.06. El nomograma institucional no ha sido actualizado exponiendo a la entidad al incumplimiento del marco normativo vigente. Consultada la actualización del Nomograma de los procesos en el área jurídica y Gestión Pública y Autocontrol se establece que no se encuentra actualizado por los responsables de los procesos, el cual debe incorporar la normativa de los estándares de gestión adoptados dentro del sistema de gestión de la calidad. Se incumplen la circular 03 de 2005 de la Función Pública y los estándares del Modelo Estándar de Control y requisito literal b y f numeral 4.2.3, Título Control de Documentos de la norma NTGP 1000: 2004.

3.3.07. El control de registros “Listado maestro de documentos” del sistema de gestión de la calidad no consigna los procedimientos y resoluciones vigentes, hay deficiencia en los RIPS de facturación, existe dificultad en la ubicación de historias clínicas para resolver la problemática de cuentas abiertas. Verificado el listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad tan solo comunica los procedimientos adoptados mediante la Resolución 168 de 2008, no obstante encontrarse adoptados y actualizados los procedimientos con las resoluciones 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras; para el área de facturación el Comité de Facturación determina problemas para la recuperación de RIPS e historias clínicas requeridas para impulso de cuentas de cobro en el 2009, existen 34 cuentas abiertas sobre las cuales han solicitado la historia clínica a archivo en varias oportunidades y no aparecen, con impacto económico estimado de \$2.4 millones, según lo establecido en acta de comité de facturación 003 de 2010, sesión marzo 30 de 2003. Se incumple el requisito 4.2.4 de la Norma Técnica de Gestión de la Calidad 2004.

3.3.08. La alta dirección no asegura la asignación de recursos para el adecuado desempeño de los procesos. La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol requiere Auditor Médico y profesionales que apoyen la ejecución de auditorías internas de calidad, El comité de facturación, requirió auditor administrativo para el área de urgencias en virtud de ser el servicio que más glosas genera (consta en actas 08 de 27 agosto 2009, 09 de sep 29 de 2009, 11 de noviembre de 2009, 12 de diciembre 29 de 2009 y 01 de enero 28 de 2010 del Comité de Facturación, solicitud reiterada de compra de escáner para atender las necesidades del servicio dada la entrada en vigencia de la Resolución 3047 de 2008 (actas de comité de facturación de octubre 10 de octubre de 2009, 009 de septiembre 29 de 2009, 008 de 2009, 27 de agosto de 2009, 007 de julio 30 de 2007, 006 de junio

24 de 2009, 005 de mayo 28 de 2009. Incumpliendo el literal b) del numeral 6.3 Título Infraestructura de la Norma NTGP 1000:2004.

3.3.09. Los controles de fecha de vencimiento de medicamentos que dispone el hospital no son efectivos para eliminar el riesgo de disposición de medicamentos vencidos en el punto de dispensación al usuario de consulta externa y garantizar la entrega de los medicamentos a los adultos mayores de 62 años en los términos de ley.

El hospital San Blas como consecuencia de la no adhesión a sus procedimientos internos de control de fechas de medicamento dispone de medicamentos vencidos en la farmacia de consulta externa y el no llevar el control de medicamentos pendientes de entrega a adultos mayores de 62 no garantiza el cumplimiento de entrega de medicamentos pendientes en el término de 48 horas en el lugar de residencia del usuario, evidencia de lo anterior es la verificación realizada a los estantes de la farmacia de consulta externa en donde se encontraron 2 cajas del medicamento Alopurinol de 300 mg ya vencidos, FF julio 2008, FV jul 2010, lote 08290408, laboratorio Memphis y el resultado del seguimiento a la identificación de medicamentos pendientes de entrega a adulto mayor que permitió establecer que no hay control e identificación del adulto mayor de 62 años a quienes se le tengan medicamentos pendientes de entrega, el cumplimiento de entrega en casa cuando llegan a la farmacia de consulta externa, y que no se dispone del listado de medicamentos agotados.

De forma verbal se determina que al momento de la visita fiscal no se cuenta con Beclometazona nasal e Imipirina de 25 mg, la primera por error en la solicitud al proveedor quien remitió otra presentación conforme a la orden de pedido remitida por el hospital y la segunda por agotamiento. Por lo anterior se incumple el procedimiento Vigilancia y Control de Fechas de Vencimiento de Medicamentos y Disposición Final adoptado mediante Resolución 258 de noviembre 11 de 2009 y 222 de septiembre 30 de 2009, y la Ley 1117 de 2007.

3.3.010. Por pérdida de placas de rayos x el área de facturación no puede dar respuesta a las glosas presentadas por los pagadores y potencia su riesgo de constituirse en glosa definitiva, de otro lado la lentitud en su proceso de lectura se desencadena la generación de glosas por no allegar este soporte. Efectuado el seguimiento al Comité de Facturación se establece en su sesión 8 de agosto que el proceso de lectura de placas de radiología es muy lento, por tal razón en el mes de abril la mayoría de facturas se fueron sin soporte, la radicación del mes de mayo está en las mismas condiciones y el promedio de glosa por falta de este soporte se encuentra en aumento, de igual forma que no se puede realizar lectura de RX por la no existencia de las placas soporte consecuencia de su pérdida (acta 006 de 2009 del Comité de Facturación) Incumpliendo la Ley 87 de 1993 en su artículo 2 literal e).

3.3.011. Los responsables de los procesos no garantizan ni evidencian la socialización y control de la difusión y validación de la adhesión a políticas institucionales como tampoco su puesta a disposición a través de herramientas disponibles. Al interior de los ejecutores de las actividades de los procesos no se conoce que mediante la Resolución 338 de noviembre 18 de 2008 se adoptan 4 objetivos de operación y se consolida la matriz de políticas de operación para los macroprocesos estratégico (direccionamiento de la organización, sistema Integral de Gestión de la Calidad, Atención al Usuario y Participación Social, Mercadeo) , misional (Urgencias, Consulta externa, Hospitalización ,Unidad Quirúrgica, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica) , apoyo (Gestión Recursos Físicos, Gestión Documental, Jurídica, Gestión Talento Humano, Gestión Sistemas de Información, Gestión Financiera) y evaluación (Mejoramiento Continúo). Se incumple el artículo 3 de la Resolución 338 del 2008 del Hospital San Blas, donde se establece que éstas serán difundidas por los líderes o responsables de cada uno de los procesos definidos por la institución, y su disposición de lo usuarios a través de las herramientas de la institución

3.3.012 La institución hospitalaria no evidencia el cumplimiento del elemento Equipos de análisis de los procesos. Al interior de los procesos no se conoce que exista el equipo de análisis del proceso y quienes lo conforman y cuales son los resultados de la verificación de la efectividad de las acciones formuladas cuando se observan los procesos. Se incumple el elemento equipos de análisis de procesos del Modelo Estándar de Control Interno MECI:2005, contenido en el Decreto 1599 de 2005- estructura del Modelo.

3.3.013 En la verificación del cumplimiento a los términos pactados para el pago de las obligaciones, llama la atención que en algunos contratos no se cumple con ello, es así como en el contrato 585 pactaron pagos a los 90 días, llegando en algunas oportunidades a los 6 meses el pago, igual situación con el contrato 1132 se efectuaron 4 meses después, lo que puede generar riesgo para la entidad ante eventuales demandas. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.3.014 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$2.4 millones por el pago de la imposición de multas confirmadas por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0397 de mayo 27 de 2008, 146 de 6 de marzo de 2008 y 0734 de julio 7 de 2008, en virtud de multas impuestas al hospital mediante resoluciones 053 de febrero 20 de 2006 (\$0.4 millones), 537 de octubre 10 de 2006 (\$1.2 millones) y 1001 de octubre 17 de 2007 (\$0.86 millones), respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a las resoluciones expedidas por el ente auditado durante la vigencia 2008 y 2009

se establece que en virtud de quejas presentada por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad, previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital mediante ordenamiento de tres cheques de gerencia de la cuenta 0084 – 6999 – 9901, como consta en oficio 315 AAT 251 dirigido al gerente del Banco Davivienda el día septiembre 29 de 2008, y recaudados por el Fondo Financiero Distrital mediante comprobantes de ingreso a Bancos No 107808 (\$1.2 millones), 107809 (\$0.4 millones) y 107810 (\$0.86 millones) fechados el 30 de septiembre de 2008. Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.

3.3.015 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$1.7 millones por el pago de la confirmación de la imposición de sanción proferida por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 262 de enero 31 de 2008 por incumplimiento del artículo 42 de la convención colectiva de trabajo (Resolución confirmada 2546 de octubre 6 de 2003 de la Coordinación Grupo de Prevención, Inspección Vigilancia y Control de esta Dirección Territorial). Revisada la unidad documental Resoluciones 2008 se establece que mediante Resolución 096 de 2008 se ordena el pago de multa impuesta contra el hospital consecuencia de querrela presentada por la agremiación de conductores al servicio del distrito capital, por presunta violación de la convención colectiva de trabajo, especialmente el artículo relacionado con el suministro de dotaciones, dado que se resolvió sancionar al empleador con multa, la cual fue cancelada de conformidad a la sanción impuesta mediante consignación No. 1142474, efectuada en el Bancolombia, como consta en oficio 315 AT 147 de junio 11 de 2008 del Hospital San Blas Grupo Funcional Tesorería y dirigida a la Tesorería Sena Regional Distrito Capital. Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.

3.3.016 El patrimonio del hospital San Blas fue disminuido en cuantía de \$10.1 millones por el pago de la imposición de multas confirmadas por el Secretario Distrital de Salud mediante las Resoluciones 0466 de junio 26 de 2007, 564 del 20 de octubre de 2006, 0854 de octubre 4 de 2008 y 1024 del 210 de noviembre de 2007, en virtud de multas impuestas al hospital mediante resoluciones 614/04 (\$2.6 millones), 388/04 (\$4.1 millones), 450/2006 (2.2 millones) y 802/2006 (\$1.3 millones) , respectivamente y emanadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud. Efectuado seguimiento a la resolución 085/08 expedida por el ente auditado durante la vigencia 2008 se establece que en virtud de quejas presentadas por inconformidad en los servicios prestados ante la Secretaría Distrital de Salud y sobre las cuales el ente de vigilancia y control encontró fallas en la suficiencia, oportunidad y continuidad,

previa comunicación de cargos y surtido el debido proceso el hospital autorizó y efectuó el de conformidad a la sanción impuesta y girados al Fondo Financiero Distrital como consta en comprobantes de ingresos del Fondo Financiero Distrital de Salud 0097982 de abril 10 de 2008 (\$2.6 millones), 0097981 de abril 10 de 2008 (4.1 millones), 0097983 de abril 10 de 2008 (\$2.2 millones), 0097984 de abril 10 de 2008 (\$1.3 millones). Incumpliendo lo normado en los literales a y d) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, artículo 6 de la Ley 610 de 2000, artículo 34 de la Ley 734 de 2004.

3.3.017 La falta de seguimiento y control sobre el cumplimiento de las funciones delegadas a los comités institucionales, el adecuado registro de las actividades desplegadas, la adopción, ejecución y validación de la efectividad de sus decisiones pone en riesgo el cumplimiento del marco normativo que motiva su creación. Revisada las actas de los comités institucionales se observa que no hay rigurosidad en el despliegue de acciones que apunten al cumplimiento estricto de las funciones que les son asignadas, al implementación de las decisiones tomadas, la medición de su cumplimiento y efectividad, interaccionar con los otros comités en los asuntos transversales, sesionar con la periodicidad prevista, elaborar las actas de forma clara, precisa y concisa, citando temática, el análisis realizado, la decisión adoptada, el ejecutor y tiempo máximo y garantizar para su ejecución y allegar los anexos citados como adjuntos a cada acta (infecciones intrahospitalarias incumple la periodicidad de sus sesiones, Especial de Conciliación de Prevención Contra Conductas de Acoso Laboral, Comité de Referencia y Contra Referencia no ha operado, y para todos los comités la evidencia del despliegue y cumplimiento de las funciones durante cada anualidad). Se incumple en especial las Resoluciones 201 de 2005; 207 de 2007 y 063 de 2006 respectivamente.

3.3.018 La Gerencia al expedir actos administrativos con alcance a asuntos que son competencia de la Junta Directiva se expone al riesgo de extralimitación de funciones. Analizado el texto de la Resolución 321 de 2008 mediante la cual se adopta el Código del Buen Gobierno del Hospital, Título Políticas para la Administración de la entidad, Subtítulo Junta Directiva – Funciones de la Junta Directiva en donde su contenido define la existencia de la junta directiva, sus funciones, y funciones del gerente se podría estar asumiendo competencias de expedir su reglamento y determinar las funciones del gerente que son de la Junta Directiva. Se incurre en el riesgo de transgredir el acuerdo 17 de 1997 y el acuerdo 20 de 2009 de Junta Directiva del Hospital San Blas.

3.3.019 El hospital no da cumplimiento a la aprobación de los planes operativos por la junta directiva y adoptarlos mediante acto administrativo de conformidad a la normatividad vigente. Revisados los planes operativos para la vigencia 2009 se establece que no fueron aprobados por junta directiva y no se adoptaron

mediante acto administrativo. Se incumple el Acuerdo 17 de 2007 y Acuerdo de Junta Directiva 20 de 2009.

3.3.020 El hospital no da estricto cumplimiento al diligenciamiento de los formatos mediante el cual se reporta el resultado de la evaluación de desempeño al personal de carrera. Efectuado el seguimiento al cumplimiento de la realización de la evaluación de desempeño en oportunidad al personal de carrera del hospital se establece que los registros no son fácilmente recuperables y que en ocasiones se omite plasmar la firma del evaluador y/o evaluado y cual es el aporte al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se potencia el riesgo de incumplir la ley 909 2004.

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

La entidad voluntariamente adoptó los estándares de calidad de la norma técnica NTGP 1000:2004 y la integra dentro del sistema de Gestión de la calidad que opera simultáneamente con los estándares del MECI: 2005 y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud en virtud del decreto 1011 de 2006.

Así mismo integra el MCICO 2007, NTGP 1000:2004 a través de la adopción de las Resoluciones 168/2008; 222/2009; 258/2009; 259/2009; 017/2010; 030/2010 entre otras).

Como resultado de la aplicación de las encuestas a los diferentes colaboradores de la entidad y con base en lo expuesto en los párrafos precedentes se tiene que el control interno presentó la siguiente calificación:

CUADRO 10
TABLA DE AGREGACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS	CALIFICACIÓN
1. CONTROL ESTRATÉGICO 3.10	1.1 Ambiente de Control 3.52	<i>Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos</i>	3.25
		<i>Desarrollo del Talento Humano</i>	3.58
		<i>Estilo de Dirección</i>	3.73
	1.2 Direccionamiento Estratégico 3.20	<i>Planes y programas</i>	3.05
		<i>Modelo de Operación por Procesos</i>	3.20
		<i>Estructura Organizacional</i>	3.35
	1.3 Administración del Riesgo 2.59	<i>Contexto estratégico</i>	2.63
		<i>Identificación de Riesgos</i>	2.85
		<i>Análisis de Riesgos</i>	2.50
		<i>Valoración de riesgos</i>	2.50
		<i>Políticas de administración del riesgo</i>	2.48

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS	CALIFICACIÓN
2. CONTROL DE GESTIÓN <u>3.00</u>	2.1 Actividades de Control <u>2.77</u>	<i>Políticas de operación</i>	2.95
		<i>Procedimientos</i>	2.86
		<i>Controles</i>	2.46
		<i>Indicadores</i>	2.80
	2.2 Información <u>3.04</u>	<i>Información Primaria</i>	3.27
		<i>Información Secundaria</i>	2.84
		<i>Sistemas de Información</i>	2.99
	2.3 Comunicación Pública <u>3.19</u>	<i>Comunicación Organizacional</i>	2.89
		<i>Comunicación Informativa</i>	3.45
<i>Medios de Comunicación</i>		3.23	
3. CONTROL DE EVALUACIÓN <u>3.04</u>	3.1 Autoevaluación <u>3.03</u>	<i>Autoevaluación del Control</i>	3.19
		<i>Autoevaluación de Gestión</i>	2.87
	3.2 Evaluación Independiente <u>3.28</u>	<i>Evaluación Independiente al SCI</i>	3.21
		<i>Auditoría Interna</i>	3.35
	3.3 Planes de Mejoramiento <u>2.82</u>	<i>Plan de Mejoramiento Institucional</i>	3.05
		<i>Plan de Mejoramiento por Procesos</i>	2.73
		<i>Plan de Mejoramiento e Individual</i>	2.68
TOTAL			3.11

Fuente: Consolidado de los formatos de evaluación aplicados en cada área evaluada

DESCRIPCIÓN DEL VALOR: 0 No sabe *; 1 No se cumple; 2 Se cumple Insatisfactoriamente; 3 Se cumple aceptablemente; 4 Se cumple en alto grado; 5 Se cumple plenamente

3.3.1 Evaluación a la Transparencia

Aplicada la matriz de transparencia definida por este ente de control se establece:

Visibilidad

La entidad hospitalaria contrató el diseño y desarrollo de una página web con la firma Slim Publicidad, objeto contractual que se encuentra en ejecución y que se construye de manera paralela con el mantenimiento de la página en uso. Constituye expectativa para los usuarios internos que la nueva página permita superar las restricciones que presenta la actual, estructura plana, e inquieta que el proceso de actualización de la página en desarrollo quede dependiendo para su actualización de un tercero, pues a su entender si la que se encuentra en uso adolece por su no actualización en tiempo real con la nueva se puede potenciar este factor de oportunidad.

Ante las inquietudes planteadas se hace necesario que la alta dirección en su proceso de revisión por la dirección planifique y procedimente el proceso de actualización de la página en aras de garantizar oportunidad y mejoramiento de la efectividad de la comunicación organizacional, tanto para el cliente interno como externo.

Dada las bondades de la página actual el contenido de información es limitado. No obstante dispone con enlace contáctenos, comunica el cargo y teléfono y/o extensión de los funcionarios que son referentes de los servicio que presta la entidad, la línea gratuita por donde comunicarse con atención al ciudadano para uso del sistema de peticiones, quejas y reclamos que se enlaza con el sistema distrital.

En desarrollo de la participación social el hospital cuenta con la Oficina de Atención al Usuario y dispone en la página web el link con el sistema distrital de peticiones quejas y reclamos.

Contratación

En la página Web se publica las invitaciones a cotizar, adendas y resultado del proceso, pero no cuenta con el histórico de vigencias anteriores a 2008. De igual forma se encuentra colgado el plan de compras aprobado para el 2010 pero no el histórico de 2009.

Para el cliente externo el acceso al manual de contratación e interventoría por la página web no es amigable, lo que si es la rendición de cuentas a la ciudadanía.

En la página en uso se publica el presupuesto en ejecución, la información histórica de presupuesto; pero no todos los planes y programas institucionales en ejecución y/o ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia

Trámites

La página web no permite realizar trámites en línea,

Mejoramiento de la gestión

En el fenecimiento de la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá se obtuvo un concepto favorable con observaciones.

La entidad para la vigencia 2009 no dio cumplimiento a las correctivas suscritas en el plan de mejoramiento.

Participación ciudadana

Durante la vigencia auditada no se evidenció la existencia de pactos firmados con la ciudadanía.

El trámite de elaboración y aprobación del presupuesto no visualiza la participación de la ciudadanía, pero se establece participaron del representante de la comunidad ante la Junta Directiva.

Las anteriores consideraciones permiten conceptuar que el nivel de transparencia se encuentra en riesgo medio, que en detalle se consolida en la matriz de transparencia (Anexo 4.7).

3.3.2 Seguimiento al Compromiso Ético Suscrito.

La alta dirección no determina para la entidad hospitalaria el cómo, cuando, con que, quienes son los responsable del despliegue de las acciones que permitirán dar cumplimiento a los seis (6) elementos estructurantes del pacto ético suscrito con este ente de control, si se cumplen o no para adoptar acciones de choque o contingentes. No obstante se identifican debilidades en los procesos direccionamiento estratégico, revisión por la dirección, gestión de riesgos, proceso de comunicaciones internas y externas, cumplimiento del plan de mejoramiento institucional y por procesos que afectan su cumplimiento y acciones tales como las que se detallan a continuación que contribuyen al cumplimiento a cada uno de estos elementos en los siguientes términos:

1. Desarrollar acciones oportunas y eficientes en los diferentes ámbitos de atención, gerencia y planeación estratégica y niveles de responsabilidad del sector salud.
 - ✓ Implementación del modelo estándar de control interno MECI, dentro de los plazos establecidos por la ley e impulso de su mantenimiento.
 - ✓ Sostenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad bajo los estándares de la norma NTCGP 1000:2004, Modelo Estándar de Control Interno, de Habilitación y direccionamiento a la Acreditación.
2. Alcanzar estándares de excelencia en el desempeño institucional.
 - ✓ Fortalecer del sistema de gestión de la calidad institucional a través de la actualización de algunos de los manuales de procesos y procedimientos, formatos y guías basadas en la evidencia.
 - ✓ Impulsar acciones tendientes al cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

- ✓ Logro de la habilitación del hospital.
- ✓ Seguimiento a 55 eventos adversos ocurridos en la vigencia 2010 con el objeto de verificar la formulación de sus respectivos planes de mejoramiento, en los cuales uno de los hechos de mayor ocurrencia es caída de paciente (34) y fuga (11)
- 3. Adelantar actuaciones encaminadas a buscar la participación de la ciudadanía en el buen ejercicio del control social y fiscal, que redunde en la buena administración de la ESE.
 - ✓ Acompañamiento y apoyo de manera permanente y oficial a la ASOCIACION DE USUARIOS-
 - ✓ Mantenimiento del proceso de participación ciudadana a través del SISTEMA DE QUEJAS Y SOLUCIONES de la Secretaría Distrital de Salud, el cual se encuentra en RED y permite a las personas tener acceso a colocar sus peticiones a la administración pública, interactuar de manera directa con los usuarios y conocer de manera permanente sus inquietudes.
- 4. Ejecutar los recursos siempre en beneficio de los usuarios del sistema y dentro del marco normativo del sector
 - ✓ Realización de las proyecciones presupuestales a nivel de Ingresos y de Gastos que permitieran la toma de decisiones.
 - ✓ Racionalización y priorización de los gastos en búsqueda del equilibrio financiero.
- 5. *Cumplir con el suministro de la información requerida por la Contraloría de Bogotá D.C., con miras al mejoramiento continuo.*
 - ✓ Entrega de la información requerida por la Contraloría Distrital: cuenta mensual, semestral y vigencia 2009.
- 6. *Acatar rigurosamente los principios de la función pública y la contratación estatal.*
 - ✓ Contar con el Manual Interno de Contratación, Interventoría y Supervisión, en los cuales se contempla el cumplimiento de los principios generales de la contratación pública y los principios de la función pública.
 - ✓ Proceso de Inducción y reinducción organizado por el área de Talento Humano.

3.4 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES

Analizados los saldos que presentan las cuentas del Balance General del hospital San Blas a diciembre 31 de 2009, se tiene que el activo total ascendió a \$33.077.3 millones, de este las cuentas más representativas corresponden a las cuentas Deudores Servicios de Salud \$12.371.5 millones, la Propiedad Planta y Equipo \$7.491.5 millones, los Otros Activos dentro de este los Bienes y Servicios Pagados por anticipado con \$2.817.3 millones.

La cartera del hospital, presentó un comportamiento ascendente a diciembre 31 de 2009, es así como de \$10.591.4 millones en el 2008 pasó \$12.699.5 millones en el 2009, lo que indica que aumentó en \$2.108.1 millones, equivalente al 20%.

Dentro de los pagadores que más afectan este comportamiento es el régimen subsidiado que aumentó en \$1.267.8 millones, casos particulares Humana Vivir y Solsalud que entre capita y evento aumentaron \$452.3 millones y \$640.1 millones.

En cuanto al recaudo durante la vigencia 2009, la entidad recaudó \$19.923.4 millones, correspondiendo \$17.645.6 millones a cartera de 2009 y \$1.845.1 millones al 2008, lo que indica que está recaudando el 52.4% de los servicios facturados en la vigencia que fueron de \$33.653.6 millones.

Sin embargo no se ha visto afectado para cumplir con las obligaciones con los proveedores, según lo reportado en el estado de cuentas por pagar donde no se ve cuentas de considerable antigüedad.

En cuanto al Pasivo, presentó al finalizar la vigencia \$12.677.7 millones, siendo las cuentas por pagar con \$6.585.7 millones y las Obligaciones Laborales con \$5.302.8 millones, las más significativas.

Motivo de lo anterior se seleccionaron para su evaluación, adicionalmente se incluye la cuenta Provisión para contingencia y Efectivo. De acuerdo con el desarrollo de los programas, se estableció:

Efectivo

Esta cuenta a 31 de diciembre de 2009, presentó su saldo compuesto por:

CUADRO 11
EFECTIVO A DICIEMBRE 31 DE 2009

Descripción	En millones de pesos	
	Saldo	
EFECTIVO	2.919.5	

Descripción	Saldo
CAJA	17.9
Caja principal	17.9
Caja menor	-
DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	2.901.6
Cuenta corriente	12.5
Cuenta de ahorro	2.889.1

Fuente: Estados Contables Hospital San Blas II Nivel ESE a 31 de diciembre de 2009

Depósitos en Instituciones Financieras

A 31 de diciembre de 2009, la cuenta depósitos en instituciones financieras, presentó un valor de \$2.901.6 millones como saldo, representado en 6 cuentas corrientes en el Banco Davivienda por valor de \$2.889,1 millones.

3.4.1 Al consultar el estado en que se encuentran las conciliaciones bancarias a diciembre 31 de 2009, se evidencia que en la cuenta corriente 8400295823 del Banco Davivienda, figuran partidas conciliatorias por Notas créditos no registradas en libros \$10.8 millones (\$0.2 millones de 2008, \$7.7 millones de octubre 2009, \$2.9 millones de noviembre 2009), subestimando el saldo de la cuenta en \$10.8 millones y su correlativa deudores-servicios de salud sobrestimada. Se incumple con lo estipulado en los numerales 108, 110, y 117 del Plan General de Contabilidad Pública, expedido por el Contador General de la Nación, relacionadas con las características cualitativas de la información contable, de oportunidad, universalidad y de los principios de contabilidad pública de devengo ó causación.

Deudores

Con un valor de \$ 12.371.5 millones, al finalizar la vigencia 2009, este grupo presentó la siguiente composición:

CUADRO 12
DEUDORES A DICIEMBRE 31 DE 2009

En millones de pesos

DESCRIPCIÓN	SALDO
Servicios de Salud	9.010.4
Avances y anticipos entregados	14.7
Recursos entregados en administración	1.512.1
Otros deudores	1.567.8
Deudas de difícil recaudo	3.689.1
Provisión para deudores (Cr)	3.422.7
Total	13.371.5

Fuente: Estados Contables Hospital San Blas II NA a 31 de diciembre de 2009.

Servicios de Salud

Del total de los deudores a 31 de diciembre de 2009, la cuenta Servicios de Salud representó el 67.4% equivale a \$9.010.4 millones.

Con el fin de verificar la gestión de cobro y las conciliaciones adelantadas por el hospital para aclarar sus cuentas, se consultaron las carpetas que reposan en cartera de las siguientes entidades: Régimen Contributivo: ISS, Café salud, Salud total, Selva Salud, Salud Vida, Salud Colombia, Subsidiado: Humana Vivir, Asmet Salud, Cajacopi, Comfaboy y Unicajas, aseguradoras: Seguros del Estado, MAPFRE escolar, régimen especial: Emcosalud Clínica Colombia y Fuerzas Militares.

3.4.2 La oficina de auditoria de facturación y glosas del Hospital, durante la vigencia 2009, realizó conciliaciones médicas con el fin de aclarar facturación glosada por las diferentes entidades a las cuales les ha prestado sus servicios, no obstante en ellas se aceptan valores glosados por deficiencia en los procesos administrativos que llevaron a cabo los empleados o funcionarios encargados de diferentes actividades, conllevando a que la entidad dejara de percibir los respectivos recursos en la venta de servicios, como se detalla en la muestra seleccionada:

CUADRO 13
CONCILIACIONES MEDICAS

Empresa	Fecha conciliación	Valor aceptado
EPS Cafésalud	Octubre 22-2009	0.8
EPS Salud Total	Mayo 19 y 26-2009	10.6
I.S.S	Varias fechas	2.2
EPS Humana Vivir	Febrero 24-2009	0.1
	Mayo 15-2009	0.9
	Junio 5-2009	1.4
	Julio 9-2009	1.6
Unicajas	Diciembre 3-2009	1.1
	Julio 15-2009	1.5
		3.2
Seguros del Estado	Octubre 15-2009	0.9
TOTAL		24.3

FUENTE: Actas de conciliación médicas área de glosas

Ocasionando un presunto daño al patrimonio del Hospital en cuantía de \$24.3 millones. Incumpliendo con la Resolución 3047 de 2008, en relación con el procedimiento para soportar las facturas, artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.4.3 En los documentos aportados por el área de cartera en relación con la gestión adelantada para el cobro de cartera de las entidades seleccionadas en la muestra, se observó que con algunas se ha adelantado actividades para el cobro y conciliación de las cuentas, en tanto que con otras como Salud Colombia, Selva Salud y Cajacopi, únicamente se allegan los oficios enviados por el Hospital cobrando, más no conciliaciones realizadas a fin de determinar la realidad de las cuentas por cobrar, denotando la falta de voluntad por parte de las entidades para aclarar sus obligaciones y deficiencia por parte del hospital para adelantar los procesos de cobro respectivos. Incumpliendo con el literal a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.4.4 En actas de conciliación médica realizadas por el Hospital con la EPS Humana Vivir, se evidencia que el hospital aceptó glosas por que el paciente pertenece a otra EPS o se debe cargar a otro convenio y se debe refacturar, en la verificación a la misma se estableció que no se ha efectuado el mencionado proceso para las facturas 1686790, 1687943 a Salud Total por \$0.16 millones; factura 1656265 \$0.1 millón a Colsubsidio y \$10.3 millones al FFDS, que de no efectuarse la respectiva refacturación, radicación y aceptación por parte de las entidades, podría conllevar a la pérdida de recursos de la entidad, en averiguación realizada en el área de facturación, se informa que las refacturaciones a cargo del FFDS \$50.1 millón, no se han realizado, con lo anterior las cuentas deudoras servicios de salud e ingresos están subestimadas en \$60.6 millones, con lo cual se está incumpliendo los acápite 104 y 116 del Plan General de Contabilidad Pública, literales a), e) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Deudas de difícil recaudo

A diciembre 31 de 2009 esta cuenta presentó saldo de \$3.689.1 millones, correspondiente a cartera por servicios de salud que superan los 365 días de vencidas \$1.779.4 millones, cartera en saneamiento al 2003 \$348.6 millones y cartera por letras de cambio superior a 365 días \$1.561.0 millones.

Es de precisar que el mayor valor de las deudas que superan los 365 días corresponde al régimen subsidiado \$1.032.1 millones, de esta \$267.6 millones es de capitación, por tipo de pagador sigue la mora en Fosyga ECAT \$400.5 millones y Secretarías de Salud Departamentales con \$250.3 millones.

Provisión para Deudores

Con un saldo de \$ 3.422.7 millones, al finalizar la vigencia 2009, se determinó que esta no se realizó conforme a lo dispuesto en la Resolución 242 de

septiembre 30 de 2004 mediante la cual se fijan políticas para la provisión individual de cartera del Hospital San Blas II Nivel – Empresa Social del Estado.

3.4.5 Efectuado el cálculo de la provisión para cartera de difícil cobro con base en lo dispuesto en la Resolución 242 de 2004 de Gerencia del Hospital San Blas, se determinó que esta ascendería a la suma de \$3.785,1 millones, que comparado con el de los estados financieros a diciembre 31 de 2009 estaría subvaluada en \$362.4 millones y por consiguiente su correlativa el gasto afectando el resultado del ejercicio con lo cual se está incumpliendo la Resolución 242 de 2004 del Hospital, acápite 104 y 154 del Plan General de Contabilidad Pública.

Propiedades, Planta y Equipo – Equipo Médico y científico

A 31 de diciembre de 2009 la Propiedad Planta y Equipo del Hospital ascendió a \$14.189.3 millones, presentando depreciación del 47.6%, es decir, \$6.757.7 millones para un neto de \$7.431.6 millones.

Dentro de las cuentas que componen este rubro se tiene que las de mayor participación es el equipo médico y científico con el 35.4% y edificaciones con 17.5%.

Consultados los registros de los elementos que ingresaron al almacén en diciembre de 2009, se estableció que con el documento 010500 de diciembre 23 correspondiente a la orden de suministro 9241 se recibieron algunos elementos que fueron clasificados en la cuenta 1518 – Material médico quirúrgico, no correspondiendo con las características de los elementos como son Atril porta suero, tensiómetro, fonendoscopio, pinzas, tijeras, riñonera, pato entre otros que ascienden a la suma de \$0.6 millones. Por consiguiente la cuenta inventarios se encuentra sobrestimada y la cuenta 1660 subvaluada, independiente de los demás valores que se hayan registrado en otros comprobantes, incumpliendo el acápite 165 del Plan General de Contabilidad Pública. Situación que fue corregida por la entidad una vez se dio a conocer, por consiguiente no va a plan de mejoramiento.

Otros Activos

El saldo de la cuenta a 31 de diciembre de 2009, fue de \$9.729,9 millones compuesto por:

CUADRO 14
OTROS ACTIVOS A DICIEMBRE 31 DE 2009

En millones de pesos

DESCRIPCION	VALOR
Bienes y Servicios pagados por anticipado	2.817,3
Cargos diferidos	91.1
Intangibles	231.5
Valorizaciones	6.785.6
Amortizaciones de intangibles	-195.6
Total	9.729.9

Fuente: Estados Financieros a 31 de diciembre de 2009.

Con el fin de verificar la razonabilidad del grupo otros activos, se seleccionó la cuenta Bienes y Servicios Pagados por Anticipado la cual esta conformada por seguros, arrendamiento de equipo médico, cesantías, situado fiscal, sistema general de participaciones, pago de combustible y firma digital.

BIENES Y SERVICIOS PAGADOS POR ANTICIPADO

Verificado el registro y amortización de los seguros, se establece que estos se encuentran acorde con las disposiciones contables.

3.4.6 En la cuenta 190504002 Arrendamientos, se registró la factura 37429 de diciembre 1 de 2009 donde cobra adición por \$1.4 millones de la orden de alquiler 657 de abril 24 de 2009, la cual se registró como anticipo, valor no real dado que el 11 de diciembre de 2009 el supervisor certifico el cumplimiento del objeto contratado, mas aún cuando la adición de la orden fue el 31 de julio de 2009 fecha en que ya estaba vencida la orden que fue por dos meses a partir del 29 de abril sin que medie otrosí modificadorio a la ejecución del mismo. Por consiguiente la cuenta 1905 quedo sobrestimada en \$1.4 millones y subestimando su correlativa 55 gastos publico social. Incumpliendo con el acápite 104 del PGCP.

Respecto a la cuenta contribuciones efectivas, se consultaron las conciliaciones que ha realizado el hospital con las diferentes EPS, evidenciando que en buen porcentaje se encuentran conciliadas al 2009, en tanto que cesantías está pendiente adelantar el proceso con ING, Colfondos y CAPRECOM.

Cuentas por Pagar

Este grupo presentó saldo de \$6.585.7 millones al finalizar la vigencia 2009, con la siguiente composición:

CUADRO N° 15

COMPOSICION CUENTAS POR PAGAR HOSPITAL SAN BLAS

	2009	2008	Variación	Participación
PASIVOS	12.677.7	10.570.9	-2.106.8	
CUENTAS POR PAGAR	6.585.7	4.730.4	-1.855.3	100,00
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	2.469.1	2.020.6	-448.5	37,49
ACREEDORES	2.126.4	2.170.9	44.5	32,29
RETENCIÓN EN LA FUENTE E IMPUESTO DE TIMBRE	183.7	142.9	-40.8	2,79
IMPUESTOS CONTRIBUCIONES Y TASAS POR PAGAR	1.4	-	-1.4	0,02
IMPUESTO AL VALOR AGREGADO - IVA	0.2	0.	-	0,00
AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS	1.804.9	395.9	-1.409.0	27,41

FUENTE: Estados contables Hospital San Blas 2008 y 2009

Dentro del pasivo, las cuentas por pagar son las que más participación tienen; al interior de las cuentas por pagar se tienen que la cuenta adquisición de bienes y servicios representan el 37.5% con \$2.469.1 millones, mostrando una variación de \$448.5 millones.

Adquisición de Bienes y Servicios Nacionales

Las cuentas por pagar por concepto de adquisición de Bienes y servicios presentaron un saldo de \$2.469.1 millones, a diciembre 31 de 2009.

Con el fin de verificar el registro contable de los pagos efectuados a los contratos seleccionados en la muestra de contratación, se constataron los de Farmared Ltda. Contrato 585, Rafael Antonio Salamanca contrato 1132, Análisis Técnico orden de suministro 739, Corpaul orden de suministro 745, Nutrir de Colombia Casa Colonial contrato 297-08 y Carlos Alberto Forero M-CEW Servicios Integrales contrato 578.

3.4.7 De la revisión realizada a las órdenes de pago, se establece que el registro contable se ajustó a lo dispuesto en el Plan General de Contabilidad Pública, excepto la contabilización del reconocimiento por servicios públicos y utilización de cocina que debía hacer el contratista al hospital por \$5.6 millones mensual, al haber cruzado su pago con el valor del transporte que el hospital le reconoció al contratista por \$2.8 millones mensuales, los cuales registraron el valor neto, es decir la suma de \$2.7 millones, incumpliendo lo normado en el acápite 123 del Plan General de Contabilidad Pública en cuanto a no compensación.

Con lo anterior se subestimó la cuenta gastos en \$14.2 millones y a su vez se subestimó el ingreso cuenta 4810, situación que se sigue presentando en la actual vigencia en cuantía de \$11.4 millones.

Salarios y Prestaciones Sociales

Presentó saldo de \$5.302.8 millones, estando representado en gran parte por cesantías \$5.147.6 millones especialmente las de régimen antiguo con \$4.653.6 millones, por Ley 50 \$494.0 millones.

Comprados los valores que figuran en los estados financieros frente a los reportados por Talento Humano, se evidencia que estos se encuentran conciliados, siendo coherente su saldo.

Provisión para Contingencias

A 31 de diciembre de 2009, presentó saldo de \$121.8 millones, que corresponde a la provisión que realiza la entidad por los litigios que tiene y que según lo revelado en las notas a los estados financieros son los que se encuentran en segunda instancia.

Litigios y Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos

3.4.8 Como complemento para verificar el registro de los litigios que tiene el hospital, se allegó por parte de la Oficina Jurídica el listado de los procesos administrativos en contra de la Entidad el cual se confrontó con los archivos de procesos en contra de la entidad que se encuentra en SIPROJ que lleva la Dirección Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá, realizándose cruce de los saldos ante lo cual se determinó diferencia en alguno de ellos.

Numproc	Valor SIPROJ	Valor auxiliar contable	Millones de \$ Diferencia
2003-00608	5.0	0	5.0
0005958	171.5	No figura	171.5
2006-00185	1704.8	14.7	2.3 (1)
1-2009-11298	50.0	No figura	50.0 (2)
2004-02113	634.1	359.3	274.8

(1) Se considera que hay error en el valor presentado en SIPROJ por tal motivo para establecer la diferencia se toma como valor \$17.048.615

(2) Además no figura en listado de jurídica contabilidad

Otros figuran en el auxiliar de contabilidad y no en el listado de SIPROJ, además que presenta diferencia entre los valores reportados por el hospital.

Identidad	Valor listado jurídica contab	Valor auxiliar contable	Millones de \$
			Diferencia
79123345	5.2	5.0	0.2
39545979	No figura	88.5	88.5
830050882	No figura	3.7	3.7
41573407	No figura	17.4	17.4

Con lo anterior se incumple con lo dispuesto en el acápite 104 del Plan General de Contabilidad Pública.

Ingresos

Durante la vigencia 2009, el hospital registró ingresos por \$37.279.7 millones, siendo la venta de servicios de salud, la que mayor representa con \$33.598.8 millones, y es el servicio de hospitalización el que mayor ingresos le representa a la institución con \$7.102.4 millones, seguido de quirófanos y salas de parto \$3.855.5 millones.

En tanto que los otros ingresos le reportaron al hospital \$3.730.0 millones, en especial el Margen a la Contratación, correspondiente al menor valor facturado en relación con el contratado, siendo coherente con la disposición contable con ella relacionada.

Verificado selectivamente el registro contable de los ingresos por venta de servicios, arrendamientos y reconocimiento de contratistas por utilización de espacios del hospital y servicios públicos, se evidenció su registro oportuno y acorde con las normas contables, excepto el reconocimiento de servicios del contrato con CEW como se menciona en las cuentas por pagar.

Gastos

El Hospital durante la vigencia 2009, registró gastos por valor de \$9.573.2 millones, de los cuales a gastos de administración corresponden el 61%, es decir, \$5.845.4 millones.

En cuanto a los costos, ascendieron a \$27.841.0 millones, lo que indica que absorbe el 83% de los ingresos por venta de servicios, quedando el 17% para cubrir los demás cargos.

Efectuada la evaluación del registro contable de los gastos generados en los pagos de los contratos seleccionados en la muestra de contratación, se establece

que estos se encuentran ajustados a las normas contables vigentes, excepto lo referente a la contabilización del transporte reconocido al contratista CEW al no reflejarse en la contabilidad por haberlo compensado con el ingreso.

En cuanto al resultado del ejercicio la situación de la entidad ha sido deficitaria, al tener en el ejercicio auditado pérdida de \$134.8 millones, que comparado con el del periodo anterior su resultado disminuyó en \$469.4 millones y en relación con el 2007 fue de \$4.259.0 millones.

Evaluación de Control Interno Contable

Componentes Generales

El Hospital San Blas II Nivel ESE cuenta con un área contable y financiera formalmente establecida, en contabilidad laboran 4 funcionarios de los cuales 1 es de planta, y sus manuales de procedimientos se actualizaron en enero 26 de 2009.

Frente a la normatividad aplicable se encuentra el régimen de Contabilidad Pública y demás normas contables vigentes, expedidas por el Contador General de la Nación, para el registro sus transacciones, excepto la contabilización del reconocimiento de transporte a contratista e ingresos reconocidos por utilización de elementos del hospital y servicios públicos los cuales fueron compensados, como se describe en la evaluación a las cuentas por pagar adquisición de bienes y servicios.

Los libros oficiales de contabilidad se encuentran actualizados, el sistema les asigna folio automáticamente y dispone de actas de validación de los mismos.

Contabilidad cuenta con al archivo organizado, se está aplicando la ley general de archivo, maneja tablas de retención documental, la información de 1994 a 2007 se transfirió al archivo central y en archivo activo se encuentra del 2008 en adelante, además se recibió capacitación para hacer backup de la contabilidad a diario.

En cuanto a conciliación de operaciones recíprocas, se está llevando a cabo con las diferentes IPS, con el Fondo Financiero Distrital se realiza trimestralmente.

Las diferentes áreas que participan del proceso contable, integran la información mediante interface como Tesorería, inventarios, almacén, facturación, y cuentas por pagar entre otras, la adicional es enviada en físico, así mismo otras áreas como presupuesto y costos la envían en excell.

Las notas a los estados contables se ajustan a las normas técnicas del Plan General de Contabilidad Pública, excepto la relacionada con la provisión de

cartera, donde se indica la aplicación de la Resolución de 242 de 2004 expedida por la Gerencia del Hospital, más no por que no corresponde el saldo de la misma.

Componentes Específicos

Área del Activo

Las conciliaciones bancarias se realizan mensualmente, donde se evidenció que están afectadas por valores conciliatorios pendientes de aclarar por consignaciones no identificadas.

La propiedad, planta y equipo se encuentra registrada adecuadamente, se presentó error en el registro de algunos elementos médico quirúrgicos, al contabilizarlos como inventario.

Los elementos se deprecian acorde con las disposiciones vigentes, esta se realiza por el método de línea recta, en forma individual.

Los bienes se encuentran valorizados y actualizados a junio 30 de 2010, estos además se concilian entre contabilidad y almacén, determinando las diferencias y el motivo de las mismas.

El saldo de los deudores, es conciliado entre contabilidad, cartera y facturación.

Área del pasivo

El pasivo pensional del hospital, consiste en lo relacionado con el Sistema General de Participaciones, se consigna en Colfondos, Ley 50 y retroactivo.

De la muestra seleccionada para verificar las cuentas por pagar, se estableció que estas guardan coherencia con los hechos que las originaron y se encuentran debidamente registradas.

Área del patrimonio

La entidad tiene controles adecuados para el manejo de los grupos de cuentas que conforman el patrimonio.

Área de cuentas de resultado

Los ingresos y gastos se registran por el sistema de causación, durante la vigencia auditada no se estableció irregularidad en su contabilización, excepto la compensación en gasto e ingresos del contrato con CEW.

De otra parte los ingresos por venta de servicios de salud se encuentran subvaluados al estar pendiente de refacturar servicios al Fondo Financiero Distrital de Salud y EPS generadas en la aceptación de glosas definitivas.

En conclusión y con base en el resultado obtenido de la evaluación realizada, el control interno contable del Hospital San Blas II Nivel **es confiable**.

Análisis de Indicadores Financieros.

Indicadores Financieros

$$\text{Razón corriente 2008} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo Corriente}} = \frac{13.222,3}{9.189,5} = 1.43$$

$$\text{Razón Corriente 2009} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo Corriente}} = \frac{17.156,7}{11.296,3} = 1.51$$

Analizado el indicador de razón corriente de 2009, se observa que mejoró levemente respecto a la anterior vigencia al pasar de 1,43 a 1,51, lo que nos indica que el hospital al finalizar la vigencia pudo responder por sus obligaciones al corto plazo.

$$\text{Capital de Trabajo: 2008} \quad \text{Activo corriente} - \text{Pasivo Corriente} \\ 13.222,3 - 8.189,5 = 5.032,8$$

$$\text{Capital de Trabajo: 2009} \quad \text{Activo corriente} - \text{Pasivo Corriente} \\ 17.156,7 - 11.296,3 = 5.860,4$$

Este indicador nos muestra como el hospital puede responder por sus obligaciones, en el corto plazo, donde se ve que aún cancelando las obligaciones aún contaría con \$5.860,4 millones para continuar laborando.

OPINION

En nuestra opinión, **excepto por** lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables del Hospital San Blas II Nivel E.S.E, presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2009, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas, prescritas por la Contaduría General de la Nación.

3.5 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

La Junta Directiva del Hospital San Blas II Nivel de Atención E.S.E., con el Acuerdo No. 0015 del 16 de octubre de 2008, emitió concepto favorable al Proyecto de Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones para la vigencia fiscal 2009, por valor de \$40.027.8 millones, posteriormente, el Gerente de la ESE., con Resolución No. 0391 del 29 de Diciembre de 2008, liquida el presupuesto de Rentas e ingresos y de Gastos e inversiones del Hospital, para la vigencia fiscal 2009 por \$35.809 millones, previa aprobación del Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal CONFIS, mediante la Resolución No. 015 de 2008.

Ejecución de ingresos

El Presupuesto de Ingresos de la ESE fue aprobado por un valor inicial de \$35.809 millones, distribuidos en ingresos corrientes \$35.015.3 millones y disponibilidad inicial por \$794 millones. Se adicionaron los recursos del cierre definitivo a diciembre 31 de 2008, ajustando la disponibilidad final a \$1.269.5 millones (Saldo en caja y Bancos) y por las cuentas por cobrar venta de servicios en el rubro Fondo de Desarrollo Local \$1.136.4 millones, correspondientes a los saldos de convenios UEL 2008 y anteriores. Igualmente en la cuenta Fondo de Desarrollo Local, se incorporaron los recursos UEL firmados en diciembre de 2008, para su ejecución en la vigencia 2009, por un valor de \$1.115 millones, para un presupuesto definitivo de \$40.317.9 millones.

CUADRO 16
EJECUCION DE PRESUPUESTAL DE INGRESOS HOSPITAL SAN BLAS II N.A.
VIGENCIA 2009

En millones de pesos

DESCRIPCION	DEFINITIVO	RECAUDO ACUMULADO	% DE EJEC	SALDO POR RECAUDAR
TOTAL DISPONIBILIDAD INICIAL + INGRESOS	40,317,9	35,805,5	88.81%	4,512,3
DISPONIBILIDAD INICIAL	1,269,5	1,269,5	100.00%	0
INGRESOS	39,048,4	34,536,0	88.44%	4,512,3
INGRESOS CORRIENTES	39,048,4	34,487,7	88.32%	4,560,6
No tributarios	39,048,4	34,487,7	88.32%	4,560,6
Rentas Contractuales	39,048,4	34,392,4	88.08%	4,656,0
Venta de Servicios	39,048,4	34,386,6	88.06%	4,661,7
FFDS - Atención a Vinculados	17,963,7	20,552,3	114.41%	-2,588,5
FFDS - APH	595,9	498,7	83.69%	97,1
FFDS - Venta de Servicios sin Situación de Fondos	3,814,0	3,814,0	100.00%	0
Régimen Contributivo - EPS	756,1	287,3	38.00%	468,7

DESCRIPCION	DEFINITIVO	RECAUDO ACUMULADO	% DE EJEC	SALDO POR RECAUDAR
Régimen Subsidiado - ARS Capitado	1,104,0	557,3	50.49%	546,6
Régimen Subsidiado - ARS no Capitado	6,087,1	3,111,0	51.11%	2,976,0
Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT	540,1	231,1	42.79%	308,9
Cuotas de Recuperación y copagos	1,371,5	972,8	70.93%	398,7
Fondo de Desarrollo Local	1,115,1	673,6	60.41%	441,4
Entes Territoriales	0	23,7		-23,7
Otros Pagadores por Venta de Servicios	1,215,3	336,8	27.72%	878,4
Cuentas por Cobrar Venta de Servicios	4,485,1	3,327,4	74.19%	1,157,7
Fondo Financiero Distrital de Salud	2,105,1	975,7	46.35%	1,129,4
Régimen Contributivo (EPS)	137,2	129,0	94.06%	8,1
Régimen Subsidiado (ARS)	865,4	904,2	104.48%	-38,7
Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT	66,5	28,5	42.86%	38,0
Fondo de Desarrollo Local	1,136,4	1,008,5	88.74%	127,9
Otros Pagadores por Venta de Servicios	174,2	281,3	161.47%	-107,1

Fuente: Ejecución presupuesto de ingresos vigencia 2009. H.SAN BLAS II N.A.SIVICOF

Los ingresos registrados en el presupuesto definitivo por valor de \$40.317,9 millones, presentaron la mayor participación con un 96.8%, por la venta de servicios de salud con \$39.048,4 millones; las cuentas en orden de participación con asignación de recursos por este rubro fueron:

Atención a Vinculados por \$17.963,7 millones, el 45.93%, del total de los ingresos del período, Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con \$6.087,1 millones, con el 15.58%, las Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios registran un valor de \$11.741,86 millones, el 11.48% y la cuenta Fondo Financiero Distrital de Salud con \$2.105,1 millones el 5.39%.

Con relación al nivel de participación de las cuentas presupuestales frente al recaudo acumulado de los ingresos durante la vigencia 2009, se destaca la cuenta FFDS-Atención a Vinculados, con el 59.5%, \$20.552,3 millones, seguido del rubro FFDS - Venta de Servicios sin Situación de Fondos \$3.814,0 millones, el 11.0%, Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con \$3.111,0 millones, el 9.0% y las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios representan el 9.63%, (\$3.327,4 millones).

Las cuentas que presentaron baja ejecución en el recaudo frente a las metas programadas fueron: Régimen Contributivo – EPS con el 38.0%, Régimen Subsidiado - ARS Capitado, con el 50.49%, Régimen Subsidiado - ARS no Capitado 51.11%, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT el 42.79%, Fondo de Desarrollo Local 60.41%, Otros Pagadores por Venta de Servicios 27.72%; de las cuentas por cobrar venta de servicios el Fondo Financiero Distrital de Salud con el 46.35% y Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT con el 42.86%

Realizadas las pruebas de auditoría al recaudo acumulado reflejado en la ejecución presupuestal de ingresos durante la vigencia 2009, se encontraron inconsistencias en los valores registrados en varias de las cuentas de la ejecución frente a los informes de cartera y tesorería.

Se practicaron actas de visita fiscal al área de presupuesto el 3 y 12 de agosto de 2010, para analizar las causas de las diferencias y se observó que la ESE argumentó que se presentaron las inconsistencias porque *“...contablemente el registro de cartera corriente en tesorería, corresponde a la cartera inferior a un año y no a la cartera de la vigencia, por lo que este concepto se ha venido registrando erróneamente en el Presupuesto de Ingresos, desde la vigencia 2009”*, de otra parte, aclaran que *“...hasta diciembre de 2008, el responsable de presupuesto registraba cada uno de los recibos de caja generados por tesorería y a partir de enero de 2009, se registra el recaudo en el presupuesto de ingresos, con el boletín que emite tesorería mensualmente”* y además, manifestaron que *“...las cuentas afectadas en la ejecución presupuestal de ingresos son todas, exceptuando las de FFDS Atención a Vinculados, FFDS - APH, FFDS - Venta de Servicios sin Situación de Fondos, Cuotas de Recuperación y copagos y Otros Ingresos no Tributarios”* sin embargo, no han identificado las diferencias presentadas.

Por lo anterior para este ente de control es claro que a la fecha de las visitas fiscales del 3 y 12 de agosto de 2010, el hospital todavía no tenía determinadas las diferencias en las cuentas presupuestales, que fueron observadas por este ente de control.

CUADRO 17
PRESUPUESTO DE INGRESOS Vs. CARTERA- TESORERIA
VIGENCIA 2009

En millones de pesos

DESCRIPCION	RECAUDO ACUMULADO	
	EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS	RELACION SEGÚN CARTERA – TESORERIA
Venta de Servicios		

DESCRIPCION	RECAUDO ACUMULADO	
	EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS	RELACION SEGÚN CARTERA – TESORERIA
Atención a vinculados en el mes de marzo	2.793,1	2.277,4
Atención a vinculados en el mes de julio	1.617,9	1.275,8
Régimen Contributivo - EPS	287,3	223,8
Régimen Subsidiado - ARS no Capitado	3.111,0	2.539,2
Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT	231,1	222,4
Fondo de Desarrollo Local	673,6	780,6
Entes Territoriales	23,7	3,0
Otros Pagadores por Venta de Servicios	336,8	249,6
TOTAL	4.663,5	4.018,6
Cuentas por Cobrar Venta de Servicios	3.327,4	3.170,9
Fondo Financiero Distrital de Salud	975,7	287,4
Régimen Contributivo (EPS)	129,0	192,6
Régimen Subsidiado (ARS)	904,2	1.464,1
Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT	28,5	37,9
Fondo de Desarrollo Local	1,008,5	901,5
Otros Pagadores por Venta de Servicios	281,3	287,4
TOTAL	3.327,2	3.170,9

Fuente: Ejecución presupuesto de ingresos vigencia 2009.SIVICOF.Cartera- HSB.

3.5.1. Evaluado el recaudo de los rubros Fondo de Desarrollo Local y Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, se encontraron diferencias en las cifras registradas en la ejecución presupuestal en las dos cuentas por cuanto se relacionaron \$673,6 millones, como ingresos de la vigencia 2009, en la cuenta Fondo de Desarrollo Local cuando el recaudo real fue de \$780.6 millones (según recibos de caja 1170365 y 1170369 del 11/03/2009; 1239019 y 1239023, del 22/12/2009); lo mismo sucedió con las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios Fondo de Desarrollo Local, en la ejecución se reportaron \$1.008.5 millones, mientras que el ingreso real fue de \$901.5 millones.

Es importante resaltar que el valor total en el recaudo no se afectó, es decir, al hospital ingresaron \$1.682.1 millones, por concepto del FDL de San Cristóbal, no obstante, la inconsistencia se generó porque no se vienen registrando acertadamente los recaudos en las cuentas respectivas en la ejecución de ingresos, desconociendo lo plasmado en la “Definición de los rubros de ingresos y gastos de las empresas sociales del estado-ESEs”.

En el rubro presupuestal Régimen Subsidiado NO capitado, se estableció que en la ejecución presupuestal de ingresos del mes de julio de 2009, se registró un valor de \$448.6 millones, cifra que contradice la reflejada en los recibos de caja que arrojaron un valor de \$410.1 millones, por lo que se generó una diferencia de \$38.5 millones, que no fue soportado por la entidad; así mismo, se evidenció que en la relación enviada por el área de cartera, se presentó un recaudo en el mismo mes por \$43.7 millones. Lo anterior permite establecer diferencias significativas entre los valores reportados en la ejecución presupuestal de ingresos, tesorería y cartera.

En las cuentas por cobrar venta de servicios, se evaluaron los valores registrados en la ejecución de ingresos del rubro Régimen subsidiado (ARS), del mes de febrero de 2009, que presentaron un valor de \$354.7 millones, mientras que según los recibos de caja se recaudaron \$343.5 millones y el área de cartera reportó en medio magnético un total de \$316.2 millones. El mismo caso se presentó con Otros Pagadores por Venta de Servicios, en el presupuesto de ingresos se registraron \$133.2 millones, mientras que cartera relacionó \$79.3 millones, en el mismo mes. Estas diferencias son reiterativas en la mayoría de las cuentas presupuestales.

En la ejecución de ingresos en el mes de marzo, las cuentas por cobrar en el rubro Régimen Contributivo (EPS), registró como recaudo \$0.132 millones y en los informes de tesorería y cartera, se reportaron \$23.0 millones (de la vigencia 2008), presentándose \$22.9 millones, de diferencia en los informes. De igual manera en el Régimen Subsidiado (ARS), según registros de cartera del mismo mes, los ingresos fueron de \$313.6 millones y en la ejecución presupuestal el valor recaudado fue de \$100.8 millones, lo que arroja una diferencia de \$212.8 millones. Este comportamiento fue similar en la mayoría de cuentas reportadas, incumpliendo lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e) y la Resolución 1602 de 2001 de la Secretaría de Hacienda distrital numeral 2.3.

3.5.2. En los ingresos corrientes - Venta de Servicios, en las cuentas Régimen Contributivo – EPS, Régimen Subsidiado - ARS no Capitado, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT, Fondo de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros Pagadores por Venta de Servicios, se presentó subestimación de ingresos, al reportar una diferencia de \$644.9 millones, entre el recaudo registrado en el presupuesto de ingresos y la relación según cartera – tesorería.

Igualmente, en el rubro Atención a Vinculados en el mes de marzo, se registró un recaudo de \$2.793.1 millones, mientras que cartera reportó la suma de \$2.277.4 millones y en el mes de julio en la ejecución se relacionan \$1.617.9 millones, pero

en cartera \$1.275.8 millones, presentándose una diferencia de \$342.1 millones, (Cuadro Presupuesto de ingresos Vs. Cartera- Tesorería).

Situación similar se generó en las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios, en los rubros Fondo Financiero Distrital de Salud, Régimen Contributivo (EPS), Régimen Subsidiado (ARS), Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT, Fondo de Desarrollo Local y Otros Pagadores por Venta de Servicios, con una diferencia de \$153,6 millones.

En los rubros mencionados se refleja subestimación en los ingresos, situación que no permite establecer el recaudo real en el presupuesto, generando incertidumbre en las cifras, que dificulta la toma de decisiones acertadas por la falta de oportunidad y confiabilidad en la información y además, porque no se está realizando el seguimiento pertinente a los registros de los ingresos en el presupuesto. Lo anterior contraviene lo estipulado en la Resolución 1602 de 2001 Manual Operativo Presupuestal de la Secretaría de Hacienda Distrital, en el numeral 2.3., así mismo transgrede presuntamente la Ley 734 de 2002, artículo 34 y la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e).

3.5.3. El rubro Atención a Vinculados inició la vigencia 2009, con un presupuesto de \$16.182.3 millones, que fue adicionado en el mes de junio por \$1.781.4 millones, para arrojar un definitivo de \$17.963.7 millones. El recaudo acumulado durante la vigencia arrojó un valor de \$20.552.3 millones, que representa el 1.14% de la ejecución superando la meta programada.

En este rubro también se presentaron diferencias ya que la ejecución de ingresos en el mes de marzo se reportaron recaudos acumulados por \$2.793.1 millones, mientras que cartera presentó la suma de \$2.277.4 millones, la diferencia se generó porque en la ejecución se incluyó el valor correspondiente al recibo de caja No. 1172038 del 18 de marzo de 2009, por valor de \$5.7 millones, (de la facturación de febrero a mayo de 2008), del convenio 137 de 2005, (Accidentes escolares), por lo que esta cifra debió clasificarse como recaudo de las cuentas por cobrar FFDS y no en el rubro Atención a vinculados, como efectivamente sucedió. Situación similar se presentó con el recibo de caja 1174008 del 30 de marzo de 2009, los \$510.0 millones, correspondían al saldo del convenio 978/2008, es decir la clasificación pertenecía a las cuentas por cobrar y no a vinculados.

En el mes de julio en la ejecución se relacionan \$1.617.9 millones, pero en cartera \$1.275.8 millones, presentándose una diferencia de \$342.1 millones, ante el requerimiento de la Contraloría, la ESE anexó el recibo de caja 1200770 del 17 de julio de 2009, por valor de \$280.3 millones, que tampoco fue desglosado frente a los valores que pertenecen a las cuentas por cobrar y a vinculados; lo mismo se presentó con el recibo de caja 1160052 del 30 de enero de 2009, por

valor de \$7.1 millones, este monto pertenece es a la facturación de septiembre de 2007 y junio de 2008, por lo que la clasificación es en cuentas por cobrar accidentes escolares y no en vinculados.

Del contrato para desplazados 774/07, ingresaron \$130.1 millones, con recibo de caja 1179388 del 22-04-2009, en el que se relaciona el pago de la facturación del 2008 y de febrero de 2009, no obstante el hospital registró todo el valor en la cuenta vinculados, sin discriminar los rubros afectados. Por lo observado se contraviene lo estipulado en la Resolución 1602 de 2001, Manual Operativo Presupuestal de la Secretaría de Hacienda Distrital, en el numeral 2.3., y la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e).

Según el acta del 12 de Agosto de 2010, realizada por la Contraloría, a las áreas de presupuesto y cartera, los responsables manifestaron que *“uno de los aspectos que dificulta la clasificación oportuna de las cuentas desde el área de cartera, es que desde la última adición del contrato No. 475 de 2007 de vinculados, que se efectuó aproximadamente en diciembre de 2008, se pactó un anticipo mensual del 60% del techo presupuestal, (el techo establecido para la vigencia 2009 fue de \$1.807.000.000 mensualmente), para darle flujo de caja a los Hospitales, pero se ha presentado la circunstancia de no poder descargar en tiempo real los anticipos de los estados de cartera, porque en ocasiones el FFDS demora el memorando de amortización, en el que indica los meses sobre los cuáles se aplica el anticipo”*.

3.5.4. Verificados los registros mensuales de los valores causados por el sistema General de Participación en el rubro presupuestal FFDS-Venta de Servicios sin situación de fondos durante la vigencia 2009, se observó que en el mes de noviembre, no se registró el valor correspondiente a la doceava y en diciembre se relaciona como recaudo del mes \$317.8 millones, para un total recaudado hasta diciembre de \$3.178.4 millones, cifra que difiere del total registrado en la ejecución de ingresos a 31-12-09 por \$3.814.0 millones.

Por lo anterior se establece que se presentaron inconsistencias en la ejecución presupuestal de ingresos, frente al total relacionado como recaudo acumulado y de otra parte, no se remitió en el documento electrónico CBN 1093 notas y anexos a la ejecución de ingresos en SIVICOF, la información relacionada con el tema. Incumpliendo lo normado en el plan de cuentas presupuestales de la vigencia fiscal 2009, que a la letra dice: *“FFDS – Venta de Servicios sin situación de fondos.- Por este rubro se registran los ingresos por la atención de la población vinculada y la afiliada al régimen contributivo para la atención de eventos no POS y que financian los aportes patronales ...estos ingresos se deben registrar por doceavas mensualmente en la ejecución de ingresos de la Institución y hacen parte de la contratación con el FFDS”*. De lo citado se observa que se incumplió lo normado en el artículo 58, del decreto 466 de diciembre de 2008, por el cual se liquida el presupuesto anual para la vigencia fiscal de 2009, Ley 715 de 2001 y con la Ley 87 de 1993 artículo 2 literal e).

3.5.5. La ESE, en medio magnético envió a esta oficina una relación sobre el Sistema General de Participaciones de la vigencia 2009 y relaciona por concepto de Situado Fiscal Asignado la suma de \$3.814.0 millones, por autoliquidación \$3.667.6 millones, como saldo a favor un valor de \$ 360.6 millones y por saldo a cargo la suma de -\$214.2 millones, para un saldo total a favor del hospital de \$146.4 millones. De los datos suministrados se evidenció que se ha conciliado en salud con las siguientes EPS de la vigencia 2009, en el 2010, con: Salud Coop, por -\$53.5 millones (en contra del hospital), Acta del 11 de marzo de 2010; Cruz Blanca por \$2.3 millones (a favor del hospital), el 11-03-2010; Café Salud por \$12.6 millones (a favor del hospital), Acta del 11-03-2010; Coomeva por \$4.8 millones (a favor del hospital), 25-03-2010; Salud Total por \$3.3 millones (a favor del hospital), Acta del 26-04-2010; Humana Vivir por \$0.17 millones (a favor del hospital), acta del 28-04-2010; Famisanar por \$0.99 millones (a favor del hospital), acta del 29-04-2010. Por lo anterior se concluye que se concilió un valor de -\$29.4 millones (en contra del hospital), durante la vigencia 2009.

Con relación a los Fondos de pensiones y cesantías, el proceso de conciliación es mínimo, solamente se ha logrado conciliar con Skandia en pensiones un valor de \$8.3 millones; en lo referente a COLFONDOS –CITICOLFONDOS-PENSIONES Y CESANTIAS, se realizó Acta de conciliación a 2001, de Cesantías Colfondos, el 29 de mayo de 2009, desde 1996 no se ha concretado el acta respecto a pensiones con Colfondos; con SKANDIA PENSIONES.-se tienen actas de 2001 a 2008, pendiente la del 2009; con HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS.- se inició el cruce de cuentas y se está depurando la deuda presunta con la entidad MAPEO, que representa a los FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS.

Sobre las conciliaciones del Sistema General de Participaciones de las vigencias 2002 a 2009, el saldo total aún no ha sido conciliado, no obstante, en salud se concilió con las mismas EPS referidas anteriormente. Por lo que se transgrede lo contemplado en la Ley 715 de 2001, Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e y b.

Ejecución de gastos

La estructura de gastos del hospital presentó una apropiación disponible de \$40.207,9 millones, estos recursos fueron orientados para atender gastos de funcionamiento por \$7.866,1 millones, que representan el 19.56%, para gastos de Operación el 79.7% (\$32.046,8 millones) y en inversión \$295.0 millones, el 0.73%, del total destinado.

CUADRO 18
EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSION
HOSPITAL SAN BLAS II N.A. - VIGENCIA 2009

Millones de pesos

CONCEPTO	APROPIACION INICIAL	MODIFICACIONES ACUMULADAS	APROPIACION DISPONIBLE	COMPROMISOS ACUMULADOS	% DE EJECUCION	GIROS	% GIROS ACUMULADOS
GASTOS	32.409,3	7.798,6	40.207,9	39.777,9	98,93	34.102,6	85,73
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	6.774,5	1.091,6	7.866,1	7.731,2	98,29	6.760,3	87,44
Servicios Personales	3.039,2	171,6	3.210,9	3.146,1	97,98	3.040,2	96,63
Gastos Generales	3.088,3	357,1	3.445,5	3.375,4	97,97	2.547,8	75,48
Cuentas por pagar de Funcionamiento	646,8	562,7	1.209,5	1.209,5	100,00	1.172,3	96,92
GASTOS DE OPERACIÓN	25.339,8	6.707,0	32.046,8	31.755,1	99,09	27.342,1	86,10
Gastos de Comercialización	24.301,8	4.612,3	28.914,1	28.622,5	98,99	24.437,1	85,38
Servicios Personales	17.741,4	-2354,2	15.387,2	15.204,5	98,81	15.204,5	100,00
Compra de bienes	2.838,4	1.881	4.719,4	4.631,3	98,13	1.754,6	37,89
Medicamentos	1.179,9	930	2.109,9	2.060,1	97,64	951,1	46,17
Material Médico-Quirúrgicos	1.658,5	951	2.609,5	2.571,1	98,53	803,5	31,25
Cuentas por pagar Comercialización	1.037,9	2.094,6	3.132,6	3.132,6	100,00	2.904,9	92,73
INVERSION	295,0	0	295,0	291,5	98,81	0	-
Inversión Directa	295,0	0	295,0	291,5	98,81	0	-
Desarrollo de la Infraestructura hospitalaria	0	245	245,0	242,6	99,02	0	-
DOTACIÓN	0	245	245,0	242,6	99,02	0	-

Fuente: Presupuesto de gastos e inversión vigencia 2009. SIVICOF - HSB

Los recursos asignados a gastos de funcionamiento \$7.866,1 millones, se destinaron para atender los gastos de nómina o servicios personales en el 40.81%, (\$3.210,9 millones); para los gastos generales se destinó el 43.8% (\$3.445,5 millones), del presupuesto disponible y para cubrir las cuentas por pagar de funcionamiento se destinó el 15.37%, (\$1.209,5 millones).

Los recursos destinados a gastos de Operación ascendieron a \$32.046,8 millones y fueron asignados para atender los gastos de comercialización por \$28.914,1 millones, de este valor se apropiaron recursos para servicios personales \$15.387,2 millones, el (53.21%), con el fin de asumir los compromisos asociados con la nómina asistencial, del personal médico, de planta y de contratación de servicios, para la compra de bienes la suma de \$4.719,4 millones, que representa el 16%; para la cuenta adquisición de servicios \$8.772,4

millones, el 30% y para la compra de equipos \$35.0 millones. También forman parte de los gastos de Operación las cuentas por pagar de comercialización que arrojaron un valor de \$3.132,6 millones, destinados para cubrir los compromisos adquiridos en la vigencia anterior (2008), Ley 819 de 2003.

Para el presupuesto de gastos de inversión la asignación fue de \$295.0 millones, el 0.73%, del total apropiado, de estos recursos se destinaron para atender el proyecto Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria, \$245.0 millones, en la cuenta dotación y en el rubro Participación social en salud \$35.0 millones.

Se realizaron modificaciones por valor de \$7.798,6 millones, distribuidas en Gastos de funcionamiento \$1.091,6 millones y de operación \$6.707.2 millones.

3.5.6. La ESE en el “Informe sobre el plan de desarrollo 2008- 2012 a diciembre 31 de 2009”, reportado en SIVICOF como documento electrónico CBN-1014, plantea en el Objetivo Estructurante 1: “Sostenibilidad Financiera”, numeral 9, el “Mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria: *Optimizar la Infraestructura del Hospitalaria del Hospital San Blas II Nivel Indicador/ Meta. Proyecto Reordenamiento Físico, Ampliación y Reforzamiento Estructural del Hospital San Blas II Nivel Inscrito, estudios realizados y ejecución*”, en este contexto se analizó que del presupuesto de gastos e inversión aprobado para la vigencia 2009, por valor de \$40.207,9 millones, solamente se asignó para inversión el 0.7%, (245,0 millones), para dotación.

Este hecho permite evidenciar que no se está cumpliendo con uno de los objetivos estratégicos del hospital cual es la competitividad, enmarcada dentro del Programa Distrital hacia el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud y con el artículo 1 del Decreto 1769 de 1994.

La Secretaría Distrital de Salud, emitió certificado de viabilidad y Concepto técnico al proyecto presentado por el hospital "DOTACION Y REPOSICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE URGENCIAS Y SALAS DE CIRUGIA DEL HSB", registrado con el código No. 2009-03-12, el 20 de octubre de 2009, en el Banco de Programas y Proyectos de la Secretaría , según oficio de la SDS No. 84921 del 21/10/2009.

Las fuentes de financiación del proyecto, provienen de recursos propios, con una apropiación disponible de \$245.0 millones, de los que se comprometieron en el mes de diciembre de 2009, \$242.6 millones, el 99%, recursos que no presentaron giros en el período. Para ejecutar el proyecto, la ESE suscribió los siguientes contratos: el 1414 por valor de \$58.4 millones y 1415 por \$74.9 millones, con Importmedical Equipment Ltda., perfeccionados el 30/12/2009; el No. 1409 por valor de \$46.4 millones, el 30/12/2009, celebrado con Y D & S Consulting E.U. y

la orden de compra No. 1395, perfeccionada con Clara Inés Grisales de Tovar, el 29/12/2009, por valor de \$7.8 millones.

Realizada la evaluación desde el punto de vista presupuestal, se determinó que el contrato 1415 suscrito con Importmedical Equipment Ltda., el 30/12/2009 por valor de \$74.9 millones, en el considerando (folio 38), se consignó en el literal c) "...Que la adquisición de las camillas rodantes se encuentra soportada con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 885 del 30 de noviembre de 2009 afectando el rubro presupuestal dotación...", pero una vez verificados los soportes se evidenció que el certificado generado por presupuesto fue el No. 884 del 30/11/2009 (folio 19) y no como se establece en el considerando (disponibilidad presupuestal 885).

De lo anterior se establece que en el considerando del contrato se describe un número de disponibilidad (885 del 30 de noviembre de 2009), que no corresponde a la originalmente expedida.

Igualmente en el contrato 1414 suscrito con Importmedical Equipment Ltda., el 30/12/2009, por valor de \$58. 5 millones, en el considerando se registró en el literal "c) Que la adquisición de un ventilador se encuentra soportada con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 884 del 30 de noviembre de 2009 afectando el rubro presupuestal DOTACION..." y en la CLAUSULA CUARTA : IMPUTACION PRESUPUESTAL Y SUJECION DEL PAGO A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES: "El pago inherente al Presente contrato, será atendido de conformidad con el certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 884 del 30 de noviembre del 2009, afectando el Rubro Presupuestal de DOTACION...", se menciona el mismo número de certificado de disponibilidad.

Examinados los certificados de Disponibilidad (folio 13) y el registro Presupuestal (folio 43), expedidos para amparar dicho compromiso, se observó que el hospital emitió fue el certificado de disponibilidad No. 885 del 30/11/2009, por valor de \$58.5 millones, para amparar este compromiso y no el No. 884 del 30 de noviembre de 2009, como se estableció en el contrato.

Por lo anterior se infiere que en el considerando y en la cláusula cuarta del contrato, se describe un número de disponibilidad (885 del 30 de noviembre de 2009), que no corresponde a la originalmente expedida. Por lo cual se establece que no se cumplió debidamente lo normado del artículo 2, literales e y b, de la Ley 87 de 1993.

Con relación a la orden de compra 1395, perfeccionada con Clara Inés González de Tovar, es pertinente tener en cuenta que de acuerdo con la información suministrada mediante oficio 402GFJ-206 del 18-08-2010, la administración

expresó: "... tal como lo ha indicado la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en sus conceptos emitidos, en donde ha ratificado que a las empresas sociales del estado les son aplicables los principios de la Ley 80 de 1993 y lo concerniente al régimen de inhabilidades e incompatibilidades, motivo por el cual el contratista manifestó mediante oficio que no presentaba inhabilidades e incompatibilidades para contratar con el Estado..." teniendo en cuenta lo expresado no se observaron puntos de control en el proceso contractual que permitan verificar lo consignado por la contratista en la certificación.

El presupuesto destinado para el rubro compra de bienes, ascendió a \$4.719,4 millones, con compromisos por \$4.631,3 millones, que representan el 98,13%, del total apropiado, no obstante, los giros no superaron el 37.89% (\$1.754,6 millones).

A su vez, el rubro se subdivide en la cuenta Medicamentos con recursos asignados por valor de \$2.109,9 millones, de los que se comprometieron \$2.060,1 millones, el 97.64%, con una ejecución real de \$951,1 millones, (46.17%); también hace parte del rubro la cuenta Material Médico-Quirúrgicos, cuya apropiación fue de \$2.609,5 millones, de los que se ejecutaron el 98,53% (\$2.571,1 millones) y con giros por \$803,5 millones, el 31.25%.

Este ente de control mediante oficio, No. 100412 – 023 del Julio 9 de 2010, solicitó a la ESE información relacionada con las suspensiones presupuestales, las transferencias y con los compromisos de recursos por vigencias futuras, durante la vigencia 2009, a lo que el hospital respondió con oficio No. 5547 del 15/07/2010, que "NO SE HAN COMPROMETIDO RECURSOS POR VIGENCIAS FUTURAS", "EL HOSPITAL NO RECIBE TRANSFERENCIAS POR NINGUN CONCEPTO" y "NO SE PRESENTARON SUSPENSIONES PRESUPUESTALES DURANTE LA VIGENCIA 2009" .

De otra parte, se evidenció en la ejecución presupuestal de ingresos y de gastos e inversión, que no se presentaron los eventos descritos anteriormente durante el período.

Análisis del Programa Anual de Caja

El Hospital San Blas reporta un PAC ajustado de gastos durante la vigencia fiscal del 2009, por valor de \$40.207,9 millones, los cuales al ser comparados con las autorizaciones de giro realizadas en el año por \$34.102,6 millones, determina al cierre del periodo con un rezago del PAC de \$ 6.105,3 millones. Este rezago de acuerdo al objeto del gasto corresponde a Funcionamiento en \$1.105,6 millones y a Gastos de operación de \$4.999,7 millones.

En el PAC de ingresos de la vigencia, se registran ingresos por \$39.048,4 millones, para atender gastos por valor de \$40.207.9 millones, lo que determina un saldo negativo en el período de \$1.159.5 millones, lo que indica que los recaudos estimados de la vigencia no alcanzaron a cubrir las obligaciones contraídas, sin embargo, como resultado final del ejercicio, se presentó un saldo neto de tesorería de \$110 millones, teniendo en cuenta el saldo disponible de tesorería a 31-12-2008, por valor de 1.269.5 millones.

Evaluación a las cuentas por pagar

En la ejecución presupuestal de gastos e inversión de la vigencia fiscal 2008, la entidad presentó un saldo de cuentas por pagar al cierre de dicho período por un valor de \$4.342.1 millones, distribuido en cuentas por pagar de gastos de funcionamiento \$1.209.6 millones y por inversión un valor de \$3.132.6 millones, cifra que corresponde al saldo presentado en los planes de desarrollo “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza” (\$1.462.7 millones) y “Bogotá Positiva para vivir mejor” (\$1.669.9 millones).

Analizada la gestión de pago de dichas cuentas (\$4.342.1 millones), durante la vigencia fiscal de 2009, se observa que en gastos de funcionamiento se realizaron giros por \$1.172.3 millones, equivalentes al 97%, del total comprometido lo que indica que se constituyó un saldo de cuentas por pagar en funcionamiento de \$37.2 millones, al finalizar el período.

CUADRO 19
Cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2009
HOSPITAL SAN BLAS II N.A.

En millones de pesos				
CONCEPTO	COMPROMISOS	GIROS	% EJECUCION	SALDO CUENTAS
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	7731,2	6760,3	87	970,9
Servicios Personales	3146,1	3040,2	97	105,9
Gastos Generales	3375,4	2547,8	75	827,6
Cuentas por pagar de Funcionamiento	1209,5	1172,3	97	37,2
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	7731	6760,3	87	970,7
GASTOS DE OPERACIÓN	31755,1	27342,1	86	4413
Gastos de Comercialización	28622,5	24437,1	85	4185,4
Cuentas por pagar de Comercialización	3132,6	2904,9	93	227,7
TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN	31755,1	27342	86	4413,1
INVERSION	291,5	0	0	291,5

CONCEPTO	COMPROMISOS	GIROS	% EJECUCION	SALDO CUENTAS
Inversión Directa	291,5	0	0	291,5
BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR	291,5	0	0	291,5
Cuentas por pagar Inversión	0	0	0	0
TOTAL GASTOS DE INVERSION	291,5	0	0	291,5
TOTAL DE LAS CUENTAS POR PAGAR (Gastos de	39777,8	34102,4	5675,4	5675,5

Fuente: Presupuesto de gastos e inversión vigencia 2009. SIVICOF -HSB

Es importante resaltar que para la vigencia 2009, se creó un nuevo plan de cuentas presupuestales para las ESE, que contempla entre otros, el rubro cuentas por pagar comercialización (en el que se agruparon las de inversión de la anterior estructura), en esta cuenta se comprometieron recursos por \$3.132.6 millones y se efectuaron pagos por \$2.904,9 millones, determinando un nivel de ejecución del 92.73%, quedando en consecuencia un saldo de \$227.7 millones, establecido como cuentas por pagar comercialización, al cierre del 2009.

De otro lado, frente a las cuentas por pagar constituidas al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se registró un saldo total de \$5.675,3 millones, distribuidas en gastos de funcionamiento \$970,7 millones, de operación \$4.413,0 millones y en inversión \$291,5 millones.

Cierre presupuestal vigencia 2009

3.5.7. En cumplimiento al objetivo del programa de auditoría correspondiente al operativo de cierre presupuestal practicado al Hospital San Blas al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se verificaron las operaciones de cierre registradas en los formatos CB 1007 relacionada con el cierre presupuestal y el formato CB1008 que registra los movimientos de cierre.

Se examinaron los registros presupuestales del Hospital presentados en el formato CB-1007, de acuerdo a la información consignada en el acta de visita especial, verificándose que en los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2009, se consolidaron un total de 91 registros presupuestales por un monto total de \$1.244,9 millones.

En el acta de visita especial realizada por la Contraloría al Hospital el 04/01/2010, para verificar las operaciones de cierre, la comisión asignada para la diligencia, observó que la ESE no reportó los formatos CB 1007 y CB 1008, del 30/12/2009 y según el cuadro que presentó la entidad sobre las operaciones del 30 de diciembre, evidenciaron las siguientes observaciones: "En la Orden de compra

1417, según documento físico la Disponibilidad 949 es de fecha 30 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIVICOF (29 de diciembre de 2009)”; en el “Contrato 1413, según documento físico la Disponibilidad 945 es de fecha 29 de diciembre de 2009 y no como se registró en el formato SIVICOF (30 de diciembre de 2009)” y “En el contrato de compraventa 1415 aparece enunciada la disponibilidad 885, en físico corresponde al número 884 como aparece registrado en el formato CB 1007 de fecha 30 de diciembre de 2009”.

Realizado el seguimiento a las observaciones formuladas en la visita, esta auditoría evidenció que efectivamente la ESE incumplió con lo observado en los registros de los formatos de SIVICOF y lo referido con el contrato No.1415 suscrito el 30 de diciembre de 2009

Al respecto se observa que al verificar el Informe de Ejecución Presupuestal de Gastos e Inversión a diciembre 31 de la vigencia fiscal de 2009 y con el fin de cotejar la información presentada en el cierre, examinando el total de compromisos presupuestales celebrados en el mes de diciembre, donde se registra que éstos fueron de \$4.735,8 millones; encontrándose que en los tres últimos días del cierre presupuestal la entidad concentró un total de compromisos celebrados por \$1.244,9 millones, que significaron el 26.3% del total de los compromisos celebrados para el último mes del periodo fiscal.

De igual forma, de acuerdo a los lineamientos trazados para las operaciones de cierre presupuestal emitidos en el numeral 2 de la circular de la Contraloría No.10000-2015 del 21 de diciembre de 2010, donde se estableció que el reporte se debía transmitir únicamente vía SIVICOF, se determinó que la información correspondiente a las operaciones celebradas por la ESE el 30 de diciembre de 2009, no se incorporaron en tiempo real, por lo que este informe se entiende como no presentado. En tal sentido, se está incumpliendo con la oportunidad y confiabilidad de la información que debe ser suministrada a este ente de control, con base en las directrices impartidas. Por lo anterior se incumplió con los lineamientos del numeral 2 de la circular No 10000-2015 y con el artículo 2º, literal e), de la ley 87 de 1993.

La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2009, registró un déficit presupuestal de \$5.496.1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$29.939,6 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$35.435,7 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2008, fue de \$6.456,1 millones, cifra que representa una disminución del mismo en \$960 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que aunque se tomaron medidas para reducirlo, estas no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el

plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera de la ESE, requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. Por lo que 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

Presupuesto Orientado a Resultados - PMR

Sobre el PMR (productos, metas y resultados), se constató la información reportada por el hospital en los documentos electrónicos CBN- 1003 – PRESUPUESTO ORIENTADO A RESULTADOS, durante la vigencia 2009, arrojando como resultado que la ESE consignó lo siguiente: *“Las Secretarías de Hacienda Distrital y de Salud, no han definido los lineamientos para la aplicación del POR en los Hospitales del Distrito”* y en otros reportes informan que *“Debido a que las Secretarías de Hacienda Distrital y de Salud y la Dirección Distrital de Presupuesto de acuerdo a lo normado no han definido los lineamientos para la aplicación del POR en los Hospitales del Distrito, esta información no se está remitiendo durante la vigencia 2009. Existe un aplicativo de la Secretaría de Salud que consolida producción pero no se incluye ningún valor económico, razón por la cual no se envía como tal”*.

Por lo anterior, con oficio No.100412 – 023 del Julio 9 de 2010, esta oficina, solicitó información sobre los avances realizados por el hospital durante la vigencia 2009, a lo que anexaron el formato “RESULTADOS OBJETIVOS 2009”, que contempla la formulación de los productos, indicadores y las metas programadas, no obstante, esta información aún no había sido reportada en SIVICOF, a lo que el hospital se comprometió remitir a partir de la cuenta mensual del mes de julio de 2010, como efectivamente se evidenció. Es de anotar que aún no se ha iniciado la valoración presupuestal de los diferentes ítems.

Concepto Presupuestal

La evaluación efectuada al componente de presupuesto, permite señalar desde el punto de vista de los aspectos formales, que la gestión en cuanto a la ejecución del presupuesto es favorable con observaciones.

3.6 EVALUACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

De conformidad con lo establecido en el encargo de auditoría, en el memorando de Planeación y de acuerdo con la información suministrada por el hospital de San Blas II Nivel de Atención E.S.E., una vez revisado el SIVICOF se observan que en el reporte de la información no se diligenciaron las casillas Nos: 28, 32 y

36 correspondientes a: número del proyecto, nombre del proyecto y fecha de publicación.

La contratación seleccionada para la ejecución de la auditoría, se orientó a la evaluación de los procesos de contratación, su relación directa con el objeto misional y los proyectos de inversión, eligiendo contratos de ampliación de Infraestructura física, adecuación, remodelación y dotación, suministro de alimentos, prestación de servicio de aseo, mantenimiento y desinfección, servicio de vigilancia, servicio de lavandería, suministro de medicamentos para la farmacia, suministro de insumos médico quirúrgicos, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, mantenimiento de vehículos, suministro de combustible, prestación de servicios profesionales y capacitación.

El hospital suscribió 1.296 contratos integrados en las siguientes modalidades: consultoría:29, servicios profesionales: 11, servicios artísticos: 12, gestión de apoyo a la gestión: 386 servicios asistenciales: 568 servicios de edición: 1, servicio de publicación: 1, servicios de capacitación: 2, desarrollo de proyectos culturales:1, suministro de bienes: 4, suministro de servicios de vigilancia: 1 suministro de servicio de aseo: 2 suministro de alimentos: 2, suministro de medicamentos: 167, otros suministros: 101, otros servicios: 36 compra de bienes muebles: 1.

El universo de la contratación cebrada en la vigencia 2009, por el hospital de acuerdo con lo reportado por SIVICOF corresponde a \$12.156 millones; por lo cual se tomó una muestra selectiva por valor de \$4.948 millones que corresponde al 40.7% del total de la misma, realizándose el correspondiente análisis en cada una de sus etapas a los contratos seleccionados.

En el desarrollo del proceso auditor, se evaluó el seguimiento a las actividades desplegadas por los grupos funcionales de suministros, contratación y jurídica en las etapas del proceso (precontractual, contractual y postcontractual) evidenciándose tropiezos en la consecución de los objetos contratados, e inobservancia de la actividad de seguimiento y control, en el entendido de presentar falencias en la supervisión frente al cumplimiento de sus funciones al no exigir a los contratistas observancia a las obligaciones y/o compromisos conexos con el objeto contractual, que desde la fase del ciclo PHVA que correspondería al hacer y verificar.

Etapa Pre-Contractual

Son los sucesos que anteceden el perfeccionamiento del contrato, en otra palabras es la período de recibimiento de información e instante de identificación de las necesidades del hospital, en este orden de ideas es el momento en que se concibe la planeación que conduce a identificar los objetos contractuales, la

duración de los mismos y la disponibilidad de los recursos financieros. Frente a esta etapa se destaca el incumplimiento al principio de planeación en los contratos: 297/08, 567/09, 569/09, 570/09, 571/09, 578/09, 603/09, 1194/09, 1405/09, 1418/09 y 1855/09.

De otra parte se evidencio que en las invitaciones Públicas: Nos: 002, 003 y 004 de 2009, correspondientes a la prestación del servicio de vigilancia, aseo y lavandería no se identifica el numero de personas que requieren para ejecutar el servicio y los puntos donde se desarrollaran.

Etapa Contractual

Legalidad son los lineamientos de perfeccionamiento del acuerdo de voluntades, en otras palabras es el espacio en donde los extremos de la relación jurídica se comprometen y asume derechos y obligaciones. En el estudio de los documentos se observaron acuerdos de voluntades sin fecha de suscripción y designación de supervisión sin fechas, en los contratos enunciados a continuación:

Contrato No. 578/09 suministro de alimentos, se suscribe adición en valor de \$806' 7 millones y prórroga a la duración en 3 meses y 24 días más, a partir del 7 de septiembre de 2009, el anterior documento carece de fecha, (folio 336).

Orden No.1418/09 prestación de servicio de capacitación en deberes y derechos de los usuarios, se modifica el objeto y se prorroga la duración, los documentos no tienen fecha, (folios 50 por ambas caras y 53).

Contrato No. 570/09 de prestación de servicio de vigilancia, supervisión Subgerencia Administrativa y Financiera, designación sin fecha, (folio 300).

Contrato No. 571/09 de prestación de servicio de lavandería, supervisión Jefe de Enfermería, designación sin fecha, (folio 242).

Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, supervisión referente de laboratorio clínico junto con el almacenista, designación del supervisor sin fecha, (folio 21).

Así mismo se vislumbra la ejecución sin el cumplimiento de los requisitos pactados, dado que claramente se establece en la Cláusula de Ejecución: *“El contratista sólo podrá iniciara la ejecución del presente contrato, una vez se emita la carta de designación de supervisión, la cual se emite cuando se cumpla con todos los requisitos para tal efecto.”*; lo observado se dio en los siguientes contratos:

En ese orden de ideas, se determina desorden en el archivo, dado que en el análisis de los soportes que reposa en las carpetas de los contratos Nos: 569/09,

570/09, 571/09 se observó: duplicidad y disgregación de documentos en los diferentes grupos funcionales actores en el proceso contractual, desorden en el archivo por carencia de secuencia cronológica y documentos sin foliar, circunstancias que podría poner en riesgo a la Administración, por otra parte no se esta cumplimiento con lo establecido en Manual de Archivo, como es el hecho de no encontrar en la carpeta la identificación del área y la serie, en este orden de ideas no hay adecuada conservación, organización, uso y manejo de los documentos y archivos.

3.6.1 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción de la modificación y adición 24 de diciembre de 2009, certificado de Registro Presupuestal No. 3112, 26 de diciembre de 2009, posterior a la celebración del acuerdo de voluntades.

Contrato No. 570/09 de prestación de servicio de vigilancia, fecha de suscripción 1 de marzo de 2009, supervisión Subgerencia Administrativa y Financiera, designación sin fecha, certificado de Registro Presupuestal. No. 920 del 9 de marzo de 2009, (folio 266). En ese orden de ideas el contrato iniciaría en esta fecha y de acuerdo con oficio GFF-P 135-10 de fecha 19 de junio de 2010, la administración informa que el contrato inicio el 1 de marzo de 2009, es decir que el contrato inicia su ejecución sin el cumplimiento de los requisitos.

Contraviniendo así lo establecido el numeral 3. de la Resolución 1602 del 10 de diciembre de 2001 de la Secretaria de Hacienda (Manual de programación ejecución y Cierre Presupuestal), transgrede el artículo 34 de la 734 de 2002.

Contrato No. 571/09 de prestación de servicio de lavandería, fecha de suscripción 2 de marzo de 2009, supervisión Jefe de Enfermería, designación sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 19 de marzo de 2009, (folio 242), es por ello que el contrato iniciaría en esta fecha, lo evidenciado es que el supervisor presenta informe del periodo comprendido entre el 8 de marzo de 2009 y el 31 de mismo mes y anualidad, (folio 246 y 249).

En los tres contratos mencionados en este numeral, se incumple la cláusula de ejecución, establecidas en los acuerdos de voluntades.

3.6.2 Contrato No. 578/09 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, el 21 de diciembre de 2009, se suscribe adición en valor de \$50.0 millones y prorroga de 3 meses a partir del 1 de enero de 2010, (folio 367), certificado de Registro Presupuestal No. 3092, 26 de diciembre de 2009, (folio 368), de la misma manera el 25 de febrero de 2010, se suscribe adición por \$120'0 millones, (folio 431) certificado de Registro Presupuestal No. 565 26 de febrero de 2010, (folio 432), de otra parte se transgrede lo establecido en el numeral 3. de la Resolución 1602 del 10 de

diciembre de 2001 de la Secretaria de Hacienda (Manual de programación ejecución y Cierre Presupuestal), transgrede el artículo 34 de la 734 de 2002.

Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, supervisor referente de laboratorio clínico junto con el almacenista designación sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 16 de abril de 2009, (folio 21), por ende el contrato solo podría iniciar a partir de esta fecha y lo visto es que inicio el 28 de enero de 2009.

Adiciones

Contrato No. 578 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, valor inicial: \$496.5 millones, lo observado fue:

1. Adición \$806.7 millones prorroga 3 meses y 24 días más a partir del 7 de septiembre de 2009, el anterior documento no tiene fecha de emisión, (folio 336).
 2. 21 de diciembre de 2009, adición \$50.0 millones y prorroga de 3 meses a partir del 1 de enero de 2010, (folio 367).
 3. 25 de febrero de 2010, adición \$120.0 millones, (folio 431).
- Incrementándose el valor inicial en 100.1%, para un valor final de \$1.473.2 millones

Contrato No. 297 suministro de alimentos para pacientes, residentes del centro de atención en drogadicción despertar y manejo de lactario, valor inicial: \$942.1 millones, lo observado son las numerosas adiciones

1. 1 de agosto de 2008, adición \$100.0 millones, (folios 573 y 574).
 2. 21 de agosto de 2008, adición \$59.0 millones, (folios 586 y 587).
 3. 1 de septiembre de 2008, adición \$35.0 millones, (folios 600 y 601).
 4. 8 de septiembre de 2008, modificar los valores de las dietas, (folios 619 al 621).
 5. 8 de septiembre de 2008, adición \$110.0 millones, (folios 626 y 627).
 6. 1 de octubre de 2008 adición \$15.0 millones, (folios 683 y 684).
 7. 8 de octubre de 2008 adición \$125.0 millones, (folios 698 y 699).
 8. 4 de noviembre de 2008 adición \$270.0 millones, (folios 712 y 713).
 9. 2 de enero de 2009 adición \$130.0 millones y prorroga por un mes más a partir del 1 de febrero de 2009, (folios 740 y 741).
 10. 10 de febrero de 2009 adición \$43.0 millones, (folios 751 y 752).
 11. 23 de febrero de 2009 adición \$30.0 millones, (folios 760 y 761).
 12. 27 de febrero de 2009 adición \$30.0 millones y prorroga de 8 día contados a partir del de marzo de 2009 (folios 766 y 767).
- Incrementándose el valor inicial en 100.5%, para un valor final de \$1.889.2 millones

3.6.3 Orden No. 567 prestación de servicios integrales en el área de cirugía, valor inicial \$21.6 millones, duración inicial tres (3) meses, lo observado fue:

1. 30 de abril de 2009, adición \$14.0 millones y prórroga en 2 meses más contados a partir del 1 de mayo de 2009, (folio 62).
2. 26 de junio de 2009, adición de \$6.0 millones, (folio 70).
3. 30 de junio de 2009, adición de \$8.4 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de julio de 2009, (folio 66).
4. 1 de agosto de 2009, adición de \$6.8 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de agosto de 2009, (folio 73).
5. 31 de agosto de 2009, adición de \$7.7 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de septiembre de 2009, (folio 77).
6. 30 de septiembre de 2009, adición de \$7.5 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de octubre de 2009, (folio 81).
7. 30 de octubre de 2009, adición de \$7.5 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de noviembre de 2009, (folio 84).
8. 30 de noviembre de 2009, adición de \$7.4 millones y prórroga por un mes más contados a partir del 1 de diciembre de 2009, (folio 88).

Incrementándose el valor inicial en 302.2%, para un valor final de \$86.9 millones y se prórroga en 8 meses generando el 2.7 en tiempo previsto. Conducta que transgrede el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.6.4 Contrato No 1194 apoyar la realización de actividades como trabajadora social del proyecto No. 01676/2008: prevención de la mortalidad materna e infantil en la localidad de San Cristóbal disminuyendo las tasas de fecundación, duración: del 8 de septiembre de 2009 al 30 de septiembre de 2009, valor inicial: \$1.1 millones.

1. 30 de septiembre de 2009, adición por \$2.2 millones y prórroga hasta el 30 de noviembre de 2009, (folio 11).
2. 12 de noviembre de 2009, adición por \$0,7 millones y prórroga hasta el 30 de noviembre de 2009, (folio 9).
3. 1 de diciembre de 2009, adición por \$2.5 millones y prórroga hasta el 20 de enero de 2010, (folio 4).
4. 18 de enero de 2010, adición por \$0,5 millones y prórroga hasta el 31 de enero de 2010, (folio 4).

Incrementándose el valor inicial en 521.7%, para un valor final de \$7.1 millones Conducta que transgrede el artículo 2 de la Ley 87 de 1993

Prórroga Sin Soporte Documental

3.6.5 Orden No. 585 de suministro de medicamentos para la farmacia del hospital, fecha de suscripción 17 de marzo de 2009, valor \$29.9 millones, duración 2 meses, lo observado fue la ejecución del contrato hasta el mes de junio, como se evidencia en la información suministrada por la Administración a través del oficio 313GFF1267 del 26 de julio de 2010, en donde se muestran

como fechas de entregas: 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, lo impropio es la falta de documento soporte a la prorroga, toda vez que el contrato iba hasta el 17 de mayo 2009, aunado a lo anterior están las certificaciones de cumplimiento firmadas por el supervisor donde consta las fechas posteriores al tiempo de ejecución del contrato, visibles en la carpeta de cuentas por pagar en los folios 38, 33, 26, 20, 12, y 6 este último del 12 de junio de 2009. Incumpliendo con el artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Pólizas

En los contratos Nos: 569/09, 570/09, 571/09 no se aprobaron las pólizas por parte de la Administración, generando peligro en la ejecución de los objetos contractuales y los compromisos adquiridos por parte de los contratistas.

Supervisores

En el estudio de la información documental suministrada por los grupos funcionales y la contenida en las carpetas de los contratos se observaron debilidades en el proceso de ejecución de los objetos contractuales entregado a los contratistas, conductas que afectan la conformidad del servicio prestado debido al incorrecto control y seguimiento por parte de los supervisores, lo observado se vio en:

3.6.6 Contrato No: 578/09 suministro de alimentos, en algunos momentos no se identifican los efectivos beneficiarios de las dietas (pacientes), como se evidenció en acta fiscal de los días 12, 13 y 14 de julio de 2010, suscrita con la supervisora del contrato y este ente de control a quien se le preguntó: sírvase presentar los soportes de entrega de nueves y onces durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 12 del mismo mes, la respuesta fue: “Se anexan en trece folios los refrigerios entregados y la lista de pacientes hay soporte de las dietas que se entregaron más no el nombre de los pacientes”, lo que deja entrever la debilidad en el control. Incumpliendo los literales a) y f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, y el artículo 34 de la 734 de 2002.

3.6.7 Orden No. 567 prestación del servicio integrales en el área de cirugía, contratista: COOPERATIVA DE CIRUJANOS DE COLOMBIA SIGLA COOPERANDO MD representante legal de WILLIAM FLYE CARNE, se evidenció que una de las obligaciones del contratista establecida en la cláusula segunda literal c) presentar mensualmente al supervisor informe de actividades y resultados, (folio 58); al solicitar estos informes lo entregado fue un reporte de horas no soportadas, de otra parte el supervisor mediante escrito informo “...la contratación por horas no es posible obligar a que los tiempos quirúrgicos cumpla estrictamente con las horas agendas...”, en este orden de ideas se observa que se expiden certificaciones sin verificar el cumplimiento de las obligaciones

adquiridas por los contratistas, conducta que transgrede el artículo 34 de la 734 de 2002

3.6.8 Contrato No. 569/09 de prestación de servicio de aseo, fecha de suscripción 27 de febrero de 2009, supervisión Ingeniera de Gestión Ambiental designación 27 de febrero de 2009 pero con firma y fecha de recibo 24 de marzo de 2009 (folio 265), en consecuencia el contrato iniciaría en esta fecha; lo evidenciado es la conducta impropia del supervisor al dar informe de ejecución al periodo comprendido entre el 1 y marzo de 2009 y el 31 de mismo mes y año, (folio 266) comportamiento inadecuado toda vez que no se puede dar fe de lo no controlado, con lo cual se transgrede el artículo 34 de la 734 de 2002.

3.6.9 Orden No. 739 suministro de insumos reactivos para laboratorio, contratista Análisis Técnicos LTDA., representante legal Armando Osorio Ardila, supervisor referente de laboratorio clínico junto con el almacenista, lo observado: es que a folio 5 de la carpeta de cuentas por pagar se encuentra certificación de cumplimiento expedida por el supervisor de fecha 6 de julio de 2009, documento que difiere con el que reposa en el folio 3 de la misma carpeta el cual muestra el comprobante de entrada a almacén de fecha 13 de julio; en este orden de ideas se certificó el cumplimiento total del objeto contractual cuando se encontraba aún en ejecución, transgrediendo el artículo 34 de la 734 de 2002

3.6.10 En los siguientes contratos Nos: 567, 1405/09, 1418/09 y 1855/09, se observaron falencias y deficiencias en la supervisión conducta que vulnera el principio de responsabilidad, análogo, con el Reglamento Interno de Contratación y de la Resolución No. 206 de 2003, y el artículo 34 de la Ley 734/2002, al evidenciarse ausencia del ciclo hacer y verificar por parte de los fiscalizadores de la ejecución de los objetos contractuales y las obligaciones conexas.

Enseñanza A Contratistas

3.6.11 En la orden No. 1405 de prestación del servicio de capacitación a los funcionarios del hospital 600 personas, en temas del sistema obligatorio de garantía de calidad enfatizando en el Sistema Único de Acreditación Estándar en grupo de Atención al cliente asistencial, cuya suscripción se realizó 30 de diciembre de 2009, con una duración tres (3) meses contados a partir del oficio de supervisión, y un valor \$4.5 millones, lo observado fue que se capacitó personal de contrato, incumpliendo los artículos 1, 3 y 15 de la Ley 909 de 2004, Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público y la carrera administrativa, artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Contradicción en el Clausulado del Contrato

En el contrato No. 578 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, se observó que en las cláusulas primera y tercera relacionadas con los pagos, se presentan discrepancias en el descuento otorgado por pronto pago, puesto que en la cláusula primera se establece el 10% y en la tercera el 1%, generando incertidumbre frente al valor a descontar, lo evidenciado fue que se aplicó el 10%.

Hechos Cumplidos

3.6.12 Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios, fecha de suscripción: 1 de abril de 2009, plazo de ejecución: tres (3) días siguientes a cada solicitud hecha por parte del supervisor, teniendo en cuenta que el suministro se hará en entregas parciales de acuerdo a la necesidad del hospital, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión referente de laboratorio clínico junto con el almacenista, designación documento sin fecha, pero con firma y fecha de recibo del 16 de abril de 2009, (folio 21), lo observado es que el contrato inició antes de ser suscrito, en otras palabras se suscribió en desarrollo de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 28 de enero de 2009, como se evidencia en el siguiente cuadro.

(Espacio en Blanco)

CUADRO 20
RESUMEN DE ENTREGAS EN EJECUCIÓN
ORDEN NO. 611/09 DE SUMINISTROS DE INSUMOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL SAN BLAS II N.A.

Fecha de suscripción del contrato	Item factura AT9790/2009	Pruebas	Cantidad contratada	Recibido	Fecha de recibido	No remision	Diferencia entre lo contratado y lo facturado y recibido
Abril 1 de 2009	1. Reactivo para PT	Coagulación	900	400	enero 28 de 2009	023 565	1.100
				400	febrero 6 de 2009	023 608	
				400	febrero 27 de 2009	023 715	
				400	marzo 6 de 2009	023 754	
	2. Reactivo para PTT	Coagulación	900	400	marzo 30 de 2009	023 863	1500
				800	febrero 6 de 2009	023 608	
				800	febrero 27 de 2009	023 715	
				400	marzo 6 de 2009	023 754	
	3. Pruebas de uroanálisis	Parcial de orina	3000	400	marzo 30 de 2009	023 863	-2000
				1000	marzo 6 de 2009	023 755	
	4. QUIMICA CLINICA	GOT	12000	1500	6 de marzo de 2009	023 752	3600
				1500	6 de marzo de 2009	023 752	
				1200	6 de marzo de 2009	023 752	
				1500	6 de marzo de 2009	023 752	
				375	6 de marzo de 2009	023 752	
				375	6 de marzo de 2009	023 752	
				375	6 de marzo de 2009	023 752	
				1800	6 de marzo de 2009	023 752	
				300	6 de marzo de 2009	023 752	
				1500	6 de marzo de 2009	023 752	
				1500	febrero 26 de 2009	023 709	
				1800	6 de marzo de 2009	023 752	
				1500	6 de marzo de 2009	023 752	
				375	6 de marzo de 2009	023 752	
				750	6 de marzo de 2009	023 757	
				1500	6 de marzo de 2009	023 757	
				750	6 de marzo de 2009	023 757	
				600	4 de abril de 2009	023 918	
				375	4 de abril de 2009	023 918	
				375	4 de abril de 2009	023 918	
				375	4 de abril de 2009	023 918	
				750	4 de abril de 2009	023 918	
300				4 de abril de 2009	023 918		
750				4 de abril de 2009	023 918		
375				4 de abril de 2009	023 918		
1800				4 de abril de 2009	023 918		
375				4 de abril de 2009	023 918		
24675							
5. Prueba de Hormona TSH	Hormona tiroidea	700	100	febrero 26 de 2009	023 711	-300	
6. Prueba de Hormona TT3	Hormona tiroidea	160	100	6 de marzo de 2009	023 756	-60	
7. Prueba de Hormona PSA	Hormona prostática	160	100	6 de marzo de 2009	023 756	-60	
8. Prueba de Hormona TT4	Hormona tiroidea	200	300	6 de marzo de 2009	023 756	100	
9. Prueba de Electrolitos	Detección de sodio, potasio, calcio y cloro y litio.	1600	1250	6 de marzo de 2009	023 758	-350	
Reactivos solicitados y no ejecutados							
	Hemoglobina glicosilada	medir glucosa en sangre	270				
	Hemogramas	cuadro hemático	5000				

Fuente: Documentos soportes carpeta Orden No. 611/09 de suministros de insumos hospitalarios –HSB.

3.6.13 Orden No 745 de suministro de insumos de medicamentos para la farmacia del hospital con fecha de suscripción: 29 de mayo de 2009, duración: dos (2) meses a partir de la expedición del oficio de supervisión, supervisor: auxiliar de bodega de farmacia junto con el químico farmacéutico, designación documento sin fecha pero con firma y fecha de recibo del 3 de junio de 2009, lo observado fue que de acuerdo con la información suministrada por la Administración con oficio 313GFF1267 del 26 de julio de 2010, la ejecución se dio en las siguientes fechas 2, 10, 18 y 30 de marzo de 2009; 6, 14 y 21 de abril de 2009; 5, 12, 19 y 26 de mayo de 2009; 2, 17 y 24 de junio de 2009, en este orden de ideas el contrato empezó antes de ser celebrado, en otras palabras en desarrollo de los artículos 2469 y 2487 de Código Civil (transacción), toda vez que empezó desde el 2 de marzo de 2009.

3.6.14 Contrato No. 578 suministro de alimentos para pacientes hospitalizados y residentes del centro de atención en drogadicción despertar, fecha de suscripción: 7 de marzo de 2009, contratista: Carlos Alberto Forero Mayorga representante legal de CEW Servicios Integrales, valor inicial: \$496.5 millones, certificado de Registro Presupuestal. No. 937 del 11 de marzo de 2009, término de ejecución: seis (6) meses contados a partir del oficio de supervisión, (folio 252), designación supervisor, se observan dos documentos el primero a la nutricionista Marcela Pardo Rojas documento sin fecha, pero con fecha de recibo del 1 de junio de 2009, y el segundo dirigido a la nutricionista Beatriz Muñoz al igual que el anterior sin fecha pero con fecha de recibo del 24 de junio de 2009, (folios 300 y 325), en este orden de ideas el contrato iniciaría a partir del 11 de marzo fecha del registro presupuestal, lo observado fue:

El 21 de mayo de 2009, el contratista le pidió al gerente del hospital disminuir la tarifa de arriendo y servicios por el uso de las instalaciones de la cocina, en virtud de la inversión realizada en suma de \$60'0 millones aproximadamente, (folio 324), por lo anterior el 8 de julio de 2009, se suscribe modificación al contrato, el objeto de modificar el literal Aw) de la cláusula séptima incluyendo el siguiente párrafo tercero: "El hospital descontará mensualmente del valor a cancelar por el contratista según el parágrafo segundo del presente literal, la suma de \$2'8 millones, por concepto de transporte mensual como contraprestación de las mejoras realizadas por el contratista a las instalaciones del Centro Despertar y el Hospital, a partir del mes de julio de 2009 y hasta la terminación del contrato, sin que en ningún caso el monto reconocido supere el 85% del valor de las mejoras realizadas por éste, para lo cual el contratista se compromete a presentar la liquidación de las inversiones realizadas con los respectivos soportes", (folio 327).

Por lo anterior, se le preguntó a la administración e informara quien autorizó la ejecución de las obras adelantadas en virtud del contrato de obra civil, cuyo objeto fue la remodelación, adecuación y suministro de elementos para la habilitación de un centro de producción de alimentos para el centro de rehabilitación en drogadicción y alcoholismo Despertar. Con oficio 402-GFJ-166 del 14 de julio de 2010 la administración responde: "*Se debe precisar que las adecuaciones fueron autorizadas por el Hospital como contraprestación del valor transporte pactado en el contrato de suministro de alimentos a pacientes hospitalizados y residentes del centro despertar No 578 de 2009,*".

En este orden de ideas la administración reconoció y asumió una obligación no pactada en el contrato, como fue la de aceptar como contraprestación las mejoras realizadas por el contratista en las instalaciones del centro Despertar, conducta contraria a lo pactado en el contrato toda vez que el contratista conocía desde la etapa precontractual el lugar donde desarrollaría y ejecutaría el objeto contractual, añadido a lo anterior están las obligaciones asumidas por el contratista en los siguientes literales de la cláusula séptima "Ai) Hacer uso

adecuado de las instalaciones, equipos y materiales que se le entregan en la sede del proyecto y se hará cargo del mantenimiento preventivo y correctivo y la reparación de los mismos.” (folio 248) “Aw) Cumplir estrictamente con la normatividad y reglamentación vigente en el manejo de alimentos, así como acatar las instrucciones y recomendaciones que imprima la Secretaría Distrital de Salud.” (folio 247), de otra parte en acta fiscal de los días 12, 13 y 14 de julio de 2009, suscrita entre la supervisora del contrato y este ente de control en la que al preguntarle por la fecha de inicio, ensamble y producción de las dietas para los residentes del Centro Despertar en la cocina del centro, la respuesta fue: *“la obra de mejoras del área de cocina fueron realizadas por el contratista CW Servicios Integrales entre el periodo comprendido entre el 10 de marzo de 2009 y el 10 de abril de 2009, teniendo en cuenta que fue necesario efectuar estas mejoras para poder funcionar como un área de producción y ensamblaje de dietas, además por directriz de la Secretaria Distrital de Salud no se permite el transporte de alimentos de un área de producción hacia otro destino. Finalizada la obra 10 de abril de 2009, se inicia la producción y ensamble de dietas para atender a los residentes del Centro Despertar”*, de todo lo anteriormente expuesto se colige gestión fiscal antieconómica, ineficaz, ineficiente, e inoportuna, por haber aceptado y pagado compromiso que no fue asumido y/o pactados en el acuerdo de voluntades, en este orden de ideas se podría hablar de un posible detrimento al erario distrital producto de los dineros descontados al contratista suma que ascendería a \$25'6 millones. con lo cual se transgredió el artículo 6 de la Ley 610 de 2000, y artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.6.15 Orden No. 1855 Prestación del servicio de aseo para el hospital San Blas II nivel E.S.E. y el centro de atención en drogadicción Despertar, desinfección, lo observado fue:

La empresa SERVICIOS GENERALES ASESORES LTDA, en su propuesta económica, informa que 37 operarias a valor unitario de \$1.2 millones para un valor total de \$45.0 millones, (folio 68).

Con el oficio No. 300 SAF 337 de noviembre 27 de 2008, firmado por el Subgerente Administrativo y Financiero se emite concepto económico a la propuesta presentada por la empresa SERVICIOS GENERALES ASESORES LTDA, en este concepto se dice: *“1. Que el valor de la propuesta presentada por la empresa antes entunicada por \$45.0 millones se encuentra dentro de las atribuciones contenidas en el manual de contratación del hospital, para ser contratado directamente por el gerente. 2. Que existe en el presupuesto del Hospital la disponibilidad presupuestal que ampara la firma de este contrato. 3. El valor propuesto por la empresa se encuentra dentro de los parámetros que se venía manejando con las anterior empresa prestadora del servicio de aseo”*, (folio 155).

En este orden de ideas la administración aceptó como valor unitario por operador la suma de \$1.2 millones, lo evidenciado fue que se contrató como valor unitario por operador la suma de \$1'6 millones, (folio 175), el contrato se suscribió el 1 de

diciembre de 2008, con duración inicial de 23 días a partir del 10 de diciembre de 2008 y hasta el 2 de enero de 2009, para una valor total inicial de \$36'6 millones.

De lo anteriormente expuesto se colige un comportamiento antieconómico generador de un posible detrimento en cuantía de \$28'5 millones, producto del diferencial (\$0.4 millones) del valor propuesto frente al valor contratado por el tiempo de ejecución del mismo que fue de 2 meses y 20 días comprendidos entre el 10 de diciembre de 2008 y el 28 de febrero de 2009, tiempo que al ser multiplicado por el valor unitario diferencial, genera un posible daño patrimonial en cuantía de \$28'5 millones como se observa a continuación:

	Valor	No. Días	Valor Diferencia \$0.37
inicial:	\$36'6	20	7'5
adición No. 1:	\$47'7	30	11'3
adición No. 2:	\$23'9	15	5'6
adición No. 3:	\$11'1	7	2'6
adición No. 4:	\$ 6'4	4	1'5
Sumatoria			28'5

Incurriéndose en lo contemplado en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

PUBLICACIÓN

Revisada la publicidad dada al proceso de contratación del hospital en la página web institucional se estableció: que se sube a la pagina las convocatorias, adendas y resultado del proceso.

ETAPA POST-CONTRACTUAL.

Los contratos Nos. 570/09 de prestación de servicio de vigilancia y Contrato 569/09 de prestación de servicio de aseo no se han liquidado, porque el manual de contratación les permite hasta dos años.

PROCESOS

De acuerdo con la información reportada en Sistema de información de Procesos de la Alcaldía Mayor de Bogota, se observó que el número de procesos en los que es parte el hospital San Blas es de 35, de los cuales hay 18 con sentencias ejecutoriadas favorables al hospital y 2 con sentencias ejecutoriadas desfavorables al hospital, con corte agosto de 2010, estos últimos por muerte, el resto se encuentra en proceso.

Soporte Técnico: Contratos No. 439 de 2010, 1317 de 2009 y 11050 de 2009, cuyo objeto es: “COMPRA DE MATERIALES ELECTRICOS Y DE CONSTRUCCION PARA MANTENIMIENTO”, SEDE HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCION ESE.

Inicialmente se revisó en Sivicof y se encontró dicha contratación solo a nivel de mantenimientos. Al comienzo de la Auditoria se solicitó al Hospital por medio de oficio, cuya respuesta fue la existencia de obras solo a nivel de mantenimientos. Una vez revisadas las carpetas donde reposan los soportes de los citados contratos, se encontró que el Hospital realiza frecuentes compras por concepto de materiales, para ejecutar las obras de mantenimiento con personal del Hospital.

CUADRO No. 21
CONTRATACION ANALIZADA

En millones de pesos

ESE	DESCRIPCION-EMPRESA	CONTRATO	VALOR
HOSPITAL SAN BLAS II NA-ESE	Materiales eléctricos y construcción Ferretería Comercial	439/2010	51.0
	Materiales eléctricos y construcción con la Ferretería Comercial (de nov. 30/09.	1317/09	49.0
	Ferretería Delta (octubre 31/09 Materiales eléctricos y de construcción	1150/09	25.0

Fuente Contrato 439/2010, 1317/09 Y 1150/09

Las citadas obras son autorizadas en cabeza de la Gerencia y la Subdirección Administrativa, y ejecutadas con el apoyo del responsable de Recursos Físicos y el Coordinador de mantenimiento.

El personal que ejecuta estas obras es de contrato y de planta del Hospital, acorde con el plan de mantenimiento y en cumplimiento con el plan de habilitación de la Secretaria de Salud.

Una vez consultado por medio de acta al responsable de Recursos Físicos, se verifica el procedimiento de ejecución de los mantenimientos del Hospital encontrando lo siguiente:

- Dentro del personal responsable no existe profesional idóneo de planta o de contrato que tenga conocimiento de las normas Hospitalarias.
- Las obras son ejecutadas por operarios o técnicos toderos que realizan todo tipo de mantenimientos, ya sea de pintura, arreglos de pisos, cielorrasos, instalaciones eléctricas, hidrosanitarias etc.

- De igual forma las reparaciones e instalaciones de materiales nuevos o cambios de acabados de pisos, muros, cielorrasos, e instalaciones.
- Cada actividad es realizada por el citado personal, sin tener en cuenta las normas de seguridad industrial.
- Las obras se realizan sin la aplicación de lo establecido por la norma, ej.: cinta de precaución, cerramientos provisionales, señalización etc.

3.6.16 El área de Mantenimiento funciona en la parte posterior del Hospital con las siguientes dependencias (cuadro comparativo con la norma)

CUADRO No. 22
AREA DE MANTENIMIENTO ACTUAL FRENTE A LA NORMA

ESPACIOS ACTUALES ADICIONALES	ESPACIOS POR NORMA
Oficina Ingeniero Biomédico	Espacio para Calderas
Oficina de reparación de equipos electrónicos y deposito	Espacio para equipos de purificación de agua.
Reparación de muebles de madera y carpintería	Espacio para planta eléctrica de emergencia.
Oficina de Coordinación de Mantenimiento	. Espacio para depósito de gas.
Reparación de muebles metálicos y pintura	Espacio para aprovisionamiento de oxígeno
Deposito de materiales reutilizables de mantenimiento y soldadura	Espacio para incinerador de basuras
Deposito de materiales nuevos	Espacio para compact ador de basura.
Deposito de activos para dar de baja	Espacio para desnaturalización de residuos sólidos
Depósito de materiales como chatarra.	. Unidad sanitaria, con ducha, en proporción de una por cada 15 personas
Hall y baño	Espacio para taller

Fuente: Norma y áreas actuales de mantenimiento

Como se observa en el cuadro las áreas de mantenimiento actuales no se contemplan en la norma, lo que transgrede lo establecido por la norma 445/96. De igual forma en cuanto a la ejecución de la obras con personal sin la supervisión o interventora idónea, transgrede lo establecido por la norma 9/79.

El área total destinada para estas actividades es de 250m² aproximadamente, adicionalmente existen activos deteriorados para dar de baja ubicados alrededor del área de mantenimiento sin cubierta o protección.

Esta observación se evaluó con respecto al funcionamiento actual del área de mantenimiento, de acuerdo con los soportes presentados de procedimiento y plan de mantenimiento del Hospital.

Se evidenció que en el hospital no dio aplicación a lo señalado numeral 4 del artículo 36 del Capítulo X, de la Resolución 4445 de 1996, toda vez que en visita realizada a sede del Hospital el 6 de julio de 2010 y después de evaluados los

soportes tanto en acta con el referente de recursos Físicos y las visitas con las diferentes áreas de Mantenimiento, se evidenció el incumplimiento de las normas hospitalarias en cuanto a las áreas de mantenimiento. (Ver cuadro No. 21). El hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin, pueden generar posible detrimento o costos adicionales para el Hospital tanto por el área que utiliza para actividades no normadas como de costos de sostenimiento, (servicios, personal, impuestos etc.).

En las visitas realizadas tanto al área de mantenimiento como de las obras en ejecución se encontró lo siguiente: Fotos anexo No.4.6.

Área de auditorio:

Adecuación general del área incluye demoliciones, apertura de vanos, desmonte y cambio de cielorraso, pisos, adecuaciones eléctricas, sanitarias, adecuación de iluminación, ventanas, vidrios, pintura de muros, resanes, y arreglos varios. (Foto No. 1,2 y 3).

Todo el desarrollo de la obra muestra: falta de señalización, falta de cintas de precaución, de igual forma el personal que ejecuta las obras no cuenta con los elementos de seguridad industrial como dotación(overol), casco, botas, guantes, etc.

Área de hall y almacén y farmacia

En esta área se desarrolló adecuación del área de almacén y farmacia, que conllevaron demolición de muros, techos, pisos, enchapes, y de igual manera realización de muros nuevos, cielorraso modular, pañetes, enchapes, pisos, estucos, pintura e instalaciones y adecuaciones eléctricas e hidráulicas.

De igual forma muestra desarrollo de obras, en cuanto a aplicación de protectores de filos o esquineros, guarda escobas, pisos, pintura especial para el área de farmacia, iluminación apropiada y materiales etc. Foto No. 4.

Área de Hospitalización Quirúrgica

Esta adecuación en habitaciones de hospitalización muestra aplicación de pintura vinílica, resanes de muros, adecuación de cielorraso, pisos, instalaciones, con personal que no cuenta con la seguridad industrial apropiada ni la señalización de obra o cinta de precaución. foto No. 5 Y 6, ANEXO 4.6.

En general la ejecución de mantenimientos y de otras actividades como plomería, electricidad y arreglos se ejecutan con el personal de planta y contrato del hospital que realizan toda clase de acciones, caso que amerita un estudio

profundo para establecer con claridad la verdadera magnitud, que apunte hacia la ejecución apropiada, eficaz y eficiente del presupuesto y de las obras de mantenimiento.

Visita obra área de cocina Centro Despertar

En visita realizada en conjunto con el componente Ambiental y de Contratación del equipo auditor, con el fin de verificar el estado de las áreas intervenidas y valor aproximado de la obra, realizada por el Contratista de nutrición – CEW SERVICIOS INTREGRALES y ESTEBAN MUMOS GONZALES, para dar cumplimiento al contrato de nutrición del Centro. Contrato del 9 de abril de 2009, contempla de manera contractual lo siguiente:

- Obra Civil Área de producción de alimentos: recubrimiento de muros en superboard en un área de 135m², lavaplatos, reconstrucción red hidráulica y eléctrica, instalación de 6 lámparas, 4 tomacorrientes, colector de aguas negras con rejilla de 1x.15 cm., 3 puertas de madera, mesones en concreto acabado en granito pulido, media cañas de techo, guarda escoba de baldosín de granito, ventana en aluminio y vidrio tipo corredera, acometida de gas tubería de cobre, 2 rejillas de ventilación, estuco plástico y pintura epóxica, 235 m², campana extractora de humos de 1.20x.70 en lamina galvanizada, pulida de pisos de baldosín de granito en un área de 52 m²,

- Suministro de elementos y Equipos: Estufa industrial de 7 servicios, Ollas 150 kids de vasos, cubiertos y tazas, 2 licuadoras, 1 industrial y Oster, 10 kids de cocina con cuchillos, coladores, espumaderas, cucharones, cucharas arroceras, 30 canastillas para almacenamiento de alimentos y demás insumos, 2 dispensadores de toallas, 6 estibas para acomodar alimentos. Se observan solo 2, 4 dispensadores de jabón, 5 estantes metálicos, 2 neveras.

Verificada la ejecución de la obra, se tuvo en cuenta que existen actividades como instalaciones, redes y otros que no se pueden ver ya que van enterrados, sin embargo realizando una valoración objetiva global se presume que el costo de \$60.0 millones está de manera aproximada acorde con lo realizado. (Ver fotografías 7 a 15, anexo No. 4.6 del Informe).

En conclusión el Hospital en la ejecución de las obras de mantenimiento tiene falencias en cuanto a:

1. Área dispersa, totalmente desordenada, inadecuada y excesiva para la ejecución de mantenimientos.
2. Ejecución de obras con personal todo del Hospital sin el cumplimiento de las normas de seguridad industrial.

3. Incumplimiento de las normas Hospitalarias en cuanto a la ejecución de las obras sin la dirección de personal idóneo.

3.6.17 Se evidenció que en el Hospital San Blas no dio aplicación a lo señalado artículo 25 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y, toda vez que en visita realizada a la sede del Hospital el 6 de julio de 2010 y después de evaluados los soportes tanto en acta con el referente de recursos Físicos, como en oficios del Hospital a la Secretaria Distrital de Salud, y en las visitas a las obras con el referente, se evidenció el incumplimiento de las normas hospitalarias en cuanto a la ejecución de obras de mantenimiento sin la dirección o supervisión profesional necesaria para tal fin.

El hecho de no tener en cuenta la normatividad establecida para tal fin, pueden generar alto riesgo para el Hospital tanto de las áreas intervenidas como de todas las dependencias del Hospital.

Se anota que las obras ejecutadas y citadas anteriormente hacen parte del plan de habilitación del hospital exigida por la Secretaria Distrital de Salud en concordancia con las normas Hospitalarias.

Por lo anteriormente se observa incumplimiento a lo señalado en el Artículo 25 del Capítulo VIII, Artículos 26 y 27 del Capítulo IX de la Resolución 4445 de 1996 y el párrafo segundo del artículo 49 del Capítulo 12 de la Resolución 4445 de 1996. En virtud de lo expuesto y dado que la Administración obvió el cumplimiento de la normativa citada.

3.7 EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.7.1 Plan de Desarrollo

En el hospital San Blas II Nivel, se aprobó el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2008-2012, mediante Acuerdo N. 00018, del 30 de octubre de 2008; incluyendo en el artículo 2, numeral 2.1 el Redireccionamiento del Plan Estratégico, que tiene la misión, visión, filosofía organizacional, valores corporativos, política de calidad y política de seguridad del paciente.

En el numeral 2.2. Se incluye el Mapa Estratégico- con tres objetivos estructurantes tales como: 1. Sostenibilidad financiera, con 10 estrategias; Competitividad, con 11 y Legitimidad Social tiene 9 estrategias; de las cuales se escogerán algunas para revisar, verificar, evaluarlas y ver el cumplimiento de lo propuesto.

Existen 6 acuerdos de gestión, donde se aprueban los planes de acción para cada una de estas áreas como: Subgerencia Administrativa y financiera,

Subgerencia desarrollo de servicios de salud, Oficina asesora de atención al usuario, Planeación y sistemas de información, Oficina Asesora Gestión Pública, y oficina Jurídica.

Partiendo del área de la Subgerencia Desarrollo en Servicios de Salud, se tuvo en cuenta, el plan de acción para evaluar los temas: Terapia antirretroviral VIH positivos, reducir la tasa de mortalidad perinatal, Plan Distrital de la política nacional de salud mental para reducción de sustancias psicoactivas, reducción de desnutrición global en niños menores de 5 años, aumentar la lactancia materna, aumentar en 10% la denuncia por violencia intrafamiliar y violencia sexual.

En productividad de los servicios de salud se evaluarán los indicadores giro cama, % de ocupación, promedio día estancia, incrementar número de consultas urgencias y número de gestantes asistida.

Es así que en las actividades realizadas para cumplir con el objetivo “incrementar la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos”, se desarrolla esta actividad mediante las adherencias de la Secretaria Distrital de Salud, y los parámetros planteados en el documento “Modelo de Gestión Programático en VIH/SIDA-Colombia-2006” donde no existe un plan de acción para este tema, por ende no tiene metas programadas, por cuanto atiende a toda persona o la población en general que bajo concepto medico necesite un examen de VIH.

No obstante lo anterior, se evidenció mediante registros (físico y –sistematizado) que se llevan en unas fichas, el control de 435 personas que recibieron asesorías VIH en la vigencia 2009, versus la atención realizada en el 2008 que fue de 517 personas atendidas; actividades realizadas sobre solicitudes presentadas, por cuanto esta actividad es de promoción y prevención, y que por ser el hospital San Blas de II Nivel, la acción está orientada a la detección temprana y remisión para manejo integral a un hospital de III Nivel.

El Fondo Financiero Distrital de Salud, le cancela al hospital por paquete de VIH \$0.030 millones, por persona que haya recibido el servicio, valor que incluye asesoría pre VIH, asesoría Post y toma de muestra.

Es muy importante destacar el compromiso e interés que se observa en la funcionaria que lleva a cabo las asesorías en pre y pos VIH, por cuanto no dispone de un consultorio destinado específicamente para desarrollar esta actividad, asignando un consultorio dos días a la semana, cuando existen una urgencia en asesoría o una consulta extra, tiene que buscar un lugar o prestar un consultorio con sus compañeras para atender la necesidad presentada.

Para el Objetivo de “aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo-concejo)” Esta actividad

se desarrolla, mediante consejerías en lactancia materna en las áreas de hospitalización y recién nacidos. Aunque no tiene un procedimiento establecido, utiliza una ayuda didáctica (pecho –seno en tela) donde están dibujadas las partes internas del seno, para explicar posiciones correctas de lactar, higiene y la prevención de infecciones.

Adicionalmente, en las áreas de hospitalización y recién nacidos no se evidenció un plan de acción específico ni en físico ni sistematizado, donde se estipule la meta a cumplir; sin embargo la persona encargada de ejecutar dicha actividad, señaló que el objetivo es realizar las asesorías al 100% de las personas que tienen el bebe en la institución. Teniendo en cuenta lo anterior, se le pone en conocimiento el Plan de acción del área subgerencia desarrollo de servicios de salud-2009, donde se indica que la meta propuesta es de 2.260 consejerías para lactancia materna, lo que permite establecer que no se tuvo en cuenta al área responsable de la actividad para plantear la meta.

Al momento de la visita al área de Consulta Externa, se comprobó que no se llevan registros de las consejerías en lactancia materna, la persona encargada no sabía cuántas asesorías habían realizado en la vigencia 2009, no participo en la elaboración del indicador, y no tenía conocimiento de la formulación del indicador, lo que corrobora que no participan del proceso.

3.7.1.1 Teniendo en cuenta lo anterior, el plan de acción de la subgerencia desarrollo de servicios de salud no lo conocía, la responsable del programa de promoción y prevención (lactancia materna y gestante asistida). Así las cosas, se evidenció que la información no es confiable y uniforme, y como tal no se puede hablar de un cumplimiento de metas, en el entendido de quien realiza la actividad no tiene unos parámetros claros acerca de que están midiendo y genera incertidumbre en cuanto a al resultado del indicador, e igual no coincide el resultado que tiene el plan de acción, con el registrado por el responsable de realizar la actividad. Trasgrediendo los literales d y e, artículo 2 de la Ley 87 de 1993, hechos que no permiten mostrar resultados de las acciones realizadas, y por ende la gestión de la entidad.

Con relación al objetivo “aumentar en un 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual, se verificó la actividad de notificar el número de casos de violencia intrafamiliar y sexual remitidos por el hospital al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intrafamiliar-SIVIM, en el periodo sobre el número de casos de violencia intrafamiliar y sexual detectados en el periodo.

La funcionaria encargada de desarrollar esta actividad define su plan de acción por los casos prioritarios de violencia intrafamiliar y abuso sexual, los cuales los notifica a través del formato SIVIM, labor que se le facilita porque pertenece a la

Red Distrital de del buen trato, comité de seguimiento de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual.

Desde el comité del buen trato se construyó la ruta de atención y se elaboró el protocolo en este tema. Se observa que lleva registros físicos de todas las atenciones en violencia intrafamiliar y paquetes de atención en delitos sexuales; realizando 91 atenciones o paquetes (información que exhibió en el momento de la visita) que incluye atención integral por trabajo social, psiquiatría psicología, a veces pediatría y ginecología, y otros servicios, de ser requeridos. La atención se centra en trabajo social y psicología, que por lo general son 12 sesiones que en psicología incluye (psicoterapia individual, familiar, con valoración y visita domiciliaria por trabajo social); los paquetes menos agudos no requieren paquete de atención y son reportados por SIVIM.

El Fondo Financiero Distrital de Salud le reconoce \$0.4 millones al hospital por cada paquete de atención, soportados en los registros de la historia clínica, con la evolución diaria donde se consigna la fecha, hora de atención y tema tratado. El paquete finaliza con un informe por paciente, firmado por el subgerente de servicios de salud, y el profesional encargado (psicóloga) dirigido a la entidad que realizó la remisión.

La verificación de atención y manejo de este tema, lo hace la Secretaria Distrital de Salud, encargada de la auditoria de las historias clínicas para confirmar que el protocolo se cumpla. Estos temas son socializados intrahospitalariamente en dos espacios diferentes; desde el comité del buen trato y comité local de seguimiento a casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual.

En el objetivo "Brindar atención personalizada a las maternas evitando de esta manera las barreras de acceso para este tipo de población tanto en consulta externa como en urgencias y servicios de apoyo solicitados meta mes 2009= 258". No se evidenció un plan de acción, pero si tiene un procedimiento de control prenatal y control preferencial a gestantes –Pr-AUPSH-VL, realizado en abril de 2010. Esta actividad tiene un valor de \$5.602, y forma parte de la política de puertas abiertas a la familia gestantes, socializada por la Secretaria Distrital de Salud, la cual también se difundió al interior del hospital al personal asistencial en el área de consulta externa, con el fin de brindar una mejor atención a las gestantes. Dicho objetivo no tenía metas programadas, sin embargo, se informa que se realizaron 3,787 actividades en atención personalizada a las maternas en consulta externa como en urgencias. Los registros se llevan en el sistema en una matriz estándar para red materna.

Del Plan Operativo de Planeación y sistemas de información, se revisaron algunas actividades del contrato N. 475-2007, de vinculados por cuanto ha tenido 11 adiciones, entre ellas las acciones de vigencia 2009-. Anexo 8,

evidenciándose que se realizan en promoción y prevención como: pomey, colposcopias, egresos medicina interna, egresos en salud mental, atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato a la mujer, al menor y delitos sexuales (por psicólogo), evidenciando que no se cumplieron totalmente en el período, y varían aumentando o disminuyendo éstas.

Se debe indicar que el Fondo Financiero paga por actividades; así mismo no se evidenció la supervisión que asigna el Fondo a éste contrato, en toda la vigencia, existe un documento donde la supervisión está hasta junio-2009.

Del área atención al usuario y participación social, se tomo del Plan de Acción el objetivo “socializar la política pública de participación social y servicio al ciudadano al cliente interno, externo y comunidad”.

3.7.1.2 Para el objetivo enunciado en el párrafo anterior la actividad que se revisó y verificó fue capacitar a 82 miembros de la asociación de usuarios en la política pública de participación social en salud y 80 usuarios de los servicios del hospital. En el plan se observa una meta de 160 personas capacitadas contando con un total de 164. Al realizar la visita a ésta área se evidenció que la información de los soportes de las personas capacitadas no estaba completa, soportando mediante copias de listado (6 folios) de asistencia a reuniones de derechos y deberes a 75 personas entre funcionarios, asociación de usuarios y población beneficiaria del hospital. Así mismo se mencionaron unas capacitaciones realizadas por el Sena en el tema “Servicio al cliente”, a 17 personas del hospital, sin embargo no se evidenció una relación de los asistentes o certificación alguna de ésta capacitación.

Con lo anterior se concluye que no hubo cumplimiento de la meta, como se plasmó en el acta de visita fiscal realizada, además se demuestra que no existe confiabilidad en la información, ni unidad documental que permita fácilmente recuperarla, en el efecto que se hayan hecho las actividades y no estén los soportes que comprueben el cumplimiento de la meta propuesta, trasgrediendo el numeral d y e del numeral 2 Ley 87 de 1993.

En general de todas las actividades evaluadas VIH, lactancia materna, gestantes asistidas, asesorías en violencia intrafamiliar y abuso sexual, se evidenció que se realizan pero no se comprobó que existiese una línea base planteada con anterioridad y que la conocieran quienes la ejecutan, donde se mostrara el avance en las mismas, e igualmente no se pudo observar lineamientos de planeación al socializar los resultados alcanzar en pro de buscar mejoras en las actividades de promoción y prevención, que sin ser una función específica de este nivel, si contribuye a los lineamientos planteados en el Plan de Desarrollo Distrital, Plan de Distrital de Salud y los objetivos del milenio, en busca de mejorar las condiciones de los grupos más vulnerables.

Proyecto Desarrollo de la infraestructura hospitalaria- Componente Dotación y Reposición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de salas de cirugía y urgencias del hospital San Blas II Nivel-ESE Vigencia-2009.

Este proyecto tiene un objetivo General que consiste en: *Mejorar los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud mediante la reposición o adquisición de equipos biomédicos en las áreas de salas de cirugía (especialidad de otorrinolaringología) hospitalización y urgencias.* También cuenta con tres objetivos específicos orientados a mejorar la oportunidad en cirugías en otorrinolaringología, disminuir la cancelación de cirugías programadas por daños en equipos, mejorar la calidad y seguridad de los servicios del hospital.

Para lo anterior, el hospital celebró la orden de compra N. 1395-2009 y cuatro contratos N.1409-2009, 1410-2009, 1414-2009, 1415-2009, para la compra de los siguientes equipos: camillas de examen (5), sillas de rueda (12), camillas rodantes (25), torre de endoscopias para cirugía de otorrinolaringología (1), ventilador para uso neonato pediátrico y adulto y camillas rodantes (19). Para un total de 63 equipos.

Al realizar visitas para verificar la compra de los objetos contractuales se evidenció en el contrato N. 1409-2009, suscrito con Y D & S CONSULTING E. U, por valor \$46.4 millones, la compra de 25 "camillas rodantes y sistema de frenos para área de observación incluye colchoneta de fácil traslado de pacientes, con posibilidad de asegurar las barandas porta sueros mínimo de dos frenos".

3.7.1.3 De lo señalado en el párrafo anterior se encontró que de las 25 camillas rodantes que ingresaron al hospital en enero de 2010, con número de ingreso 008580, 8 camillas ya se habían dañado las ruedas, 6 en el mes de abril, las cuales ya las había arreglado el contratista, al cambiarle las ruedas, y las otras dos (2) camillas en el momento de la visita (acta de visita del día 30 de julio de 2010) estaban dañadas y ubicadas en el pasillo que conduce al almacén. Además de los anteriores daños se observó que las camillas unas (3), más que otras tenían en las barandas y en los pegues oxido, deterioro y/o mala calidad en el corto tiempo de uso (6 meses) y de haber ingresado las camillas al hospital, aspecto no percibido por la persona asignada para ejercer la supervisión del contrato.

Lo enunciado anteriormente, contraviene el numeral 3 *del artículo 1 de la Resolución N.000206 del 25 de agosto de 2003 – “por la cual se establecen las funciones de los supervisores e interventores”.* En lo relacionado con *“Efectuar seguimiento a las actividades del contratista evaluando y calificando el grado de cumplimiento en cada etapa de ejecución contractual, teniendo como criterios de*

evaluación, el objeto del contrato, el plazo de entrega, las especificaciones técnicas de calidad...”, así como el artículo 34 de la ley 734 de 2002 .

Las anteriores acciones denota falencias en la adquisición de los equipos adquiridos respecto de la calidad de los mismos, con la consecuente posibilidad de generar eventos adversos como aumentar el riesgo de caída de los pacientes, por tanto es importante que se revise con detenimiento al momento de comprar los mismos, y comprobar que la cantidad no este en contravía de la calidad en pro de conseguir una habilitación y en riesgo de la seguridad del paciente, dado lo observado en el cuadro de reposición de 44 equipos, en donde está la necesidad de 25 camillas rodantes, pero adquieren 44 camillas rodantes, y las que visualmente se nota la diferencia en la calidad de éstas.

Del anterior proyecto se observa que en términos de cumplimiento y con base en la ficha EBI (anexo 1), con la compra de los equipos se beneficiaron 114.373 personas durante el 2009. En cuanto a las metas específicas planteadas en el mismo anexo, se evidenció que la productividad y oportunidad mejoró en la realización de las cirugías de otorrinolaringología al disminuir de 12 a 8 días desde la fecha de la solicitud de la cirugía a la fecha de ésta.

En cuanto a la meta compra del equipo “torre de otorrinolaringología”, no se han vuelto a cancelar cirugías programadas en el primer trimestre (seguimiento a junio) de 2010; y por último la meta de mejorar la calidad y seguridad de los servicios del hospital mediante la disminución de los eventos adversos reportados por caídas, no se ha cumplido por cuanto la línea base se fijó en el 4% y a corte junio de 2010, se reportó que están en el 7%.

Proyecto “Participación social por los derechos y deberes a la salud de los usuarios del hospital San Blas II nivel para la vigencia 2009”

Para ejecutar este proyecto se realizaron las siguientes ordenes de prestación de servicios: N.1400-2009 Suscrito con José Joaquín Gutiérrez cubillos, orden de PS N.1332 suscrita con la fundación Doctora CLOWN, orden de Compra de carpa para actividades de atención al usuario N.1333-2009 suscrito con carpas Flash Diseños especiales LTDA, orden de PS N.1418 -2009 de capacitación en deberes y derechos de los usuarios por valor de \$25.0 millones, el cual fue reformulado ampliando el número de usuarios capacitados, y por ende a la fecha del proceso auditor no se había liquidado, por tanto no se puede mencionar en términos generales el cumplimiento de metas a nivel de cuantas personas se beneficiaron con éste proyecto, el cual tiene un costo de \$34.8 millones

Proyecto Mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de la ESE. Componente: Sistemas de información ESE San Blas II nivel SOFTWARE.

Para la vigencia en evaluación el hospital, ejecutó a través del rubro presupuestal plataforma tecnológica \$14.1 millones mediante la orden de compra de equipos de cómputo y scanners N.1404; la población objetivo son los funcionarios asistenciales, planta y contrato, que según estadística del hospital al 2006 correspondían a 62.401 personas; esta inversión es pequeña y ayuda en parte a solucionar la problemática del hospital, pero no lo soluciona del todo porque se está avanzando en conseguir herramientas informáticas de última tecnología para atender la demanda del mercado tal como el registro de la historia clínica sistematizada y automatizada de pacientes, donde este procedimiento involucre a todas las áreas asistenciales y administrativas del hospital.

En los tres proyectos anunciados anteriormente se observa que el hospital realizó una inversión de \$291.5. Millones, con recursos propios, que si bien es cierto apuntan a dar cumplimiento al Plan de Desarrollo Distrital y Plan Distrital de Salud, no son suficientes para todas las necesidades que tiene esta ESE, por tanto se necesita más gestión con el fin de conseguir recursos que permitan la ejecución de otros proyectos como el de tecnología el infraestructura etc.

INDICADORES DE PRODUCCION

El hospital San Blas tiene indicadores de producción, según lo establecido por la Resolución de 1446 de 2006 tales como:

CUADRO No. 23
INDICADORES DE PRODUCCION

Nombre Indicador	Vigencia 2008 %	Vigencia 2009 %	Observación
Incrementar Giro Cama	5.64	5.22	Este indicador mejoro con el programa de hospital domiciliario, al dar salida a pacientes que posteriormente pueden hacerle visita en la casa.
Disminuir Promedio Día Estancia	5.36	4.4	Está unido al indicador giro cama, en la medida que se den salida a los pacientes, ampliando la cobertura de hospitalización, sin que estén varios días en el hospital.
Incrementar Porcentaje ocupacional	69	75	Indicador que sale de 79.282 días camas disponibles sobre 59.494 días camas ocupadas en la vigencia.

FUENTE: Oficina de Planeación y Sistemas HSB.

De los indicadores analizados se observa que el promedio fue del 96%, de cumplimiento, mejorando lo establecido en el plan de acción según la línea base del año anterior.

3.7.2 EVALUACION BALANCE SOCIAL

El hospital San Blas II Nivel ESE, rindió en la cuenta, a través del aplicativo SivicoF que incluye en el formato CBN-1103, el informe de balance social, el cual se revisó estuviera dentro de los parámetros de la metodología propuesta por la Contraloría según Resolución reglamentaria 29 de 2009, evaluándose cada componente, encontrando que tiene deficiencias al no estar el desarrollo de los todos los componentes donde se evidencie realmente el avance en las actividades realizadas, y los compromisos a seguir para las siguientes vigencias.

Componente 1: Reconstrucción del Problema Social

Se examinó y analizó la información, observando que el hospital relaciona tres problemas en este ítem: 1. "Aumento de mortalidad y morbilidad en la localidad San Cristóbal," 2. "Aumento en las enfermedades de salud sexual y reproductiva en la localidad San Cristóbal", y 3. "La desnutrición de la localidad de San Cristóbal".

En otra parte del documento (folio-21-al 23) enuncian otras problemáticas, que son abordadas en temas como atención domiciliaría, y el problema social es "Demora en la recuperación del paciente por estar alejados de su ambiente familiar, altos porcentaje giro cama y de estancia hospitalaria, alto de riesgo de infecciones intrahospitalarias y poca atención individual al paciente".

En el Centro de Atención en Drogadicción -CAD Despertar, el problema enunciado es "fármaco dependencia que voluntariamente aceptaran las reglas de el centro para rehabilitarse, en ese proceso se encuentran severas patologías orgánicas o psíquicas concomitantes que requieren de un manejo médico o psiquiátrico. En esta primera etapa se contó con el convenio suscrito con la secretaria distrital de Integración Social."

Programa de participación en la red materno perinatal, donde señala como problemática social "El bajo peso al nacer (recién nacido menor 2500gr), el nacimiento pre término (premature) y la muerte del bebe antes del nacimiento o durante los 7 primeros días de vida. Los riesgos en el embarazo como: la toxoplasmosis, malformaciones del feto, el parto prematuro, VIH (Virus de la inmunodeficiencias humana) es el virus que causa el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida), el retardo de crecimiento del bebe en el útero". etc.

En el tema de referencia y contrarreferencia, la problemática señalada es “el usuario atendido en las instituciones de I Nivel, es remitido al hospital San Blas para su diagnóstico y tratamiento, según el proceso del SIRC, se espera que una vez estabilizada la patología por la que fue remitido, deba ser contra remitido a su hospital del I nivel pero en la mayor parte de los casos el usuario por creencia o comodidad a pesar de tener el registro de contrarreferencia, continúa acudiendo al hospital de II nivel para control de su enfermedad.”

En éste último tema el abordaje y ruta de atención integral a los sobrevivientes de los delitos sexuales, la problemática es “el maltrato constituye uno de los principales causales de morbilidad para los diferentes integrantes de la familia y tiene mayor incidencia en los grupos de mayor vulnerabilidad. La detección de la violencia intrafamiliar, el maltrato a la mujer, el maltrato al menor y los delitos sexuales es especialmente importante para adelantar de manera oportuna las acciones que lleven a la restauración de los derechos de las personas afectadas. El maltrato trae consecuencias psicológicas y sociales relativas a la disminución de opciones de desarrollo humano y colectivo. En la vigencia 2009 el hospital ha adelantado un proyecto con recursos de las UEL San Cristóbal el cual ha tenido un gran impacto en la comunidad”.

En conclusión en el texto se evidencian 6 problemáticas, tres que están definidas concretamente y las tres restantes se relacionan con las anteriores pero involucran otros temas, mostrando necesidades diferentes del hospital, las cuales ninguna tiene un desarrollo secuencial de la metodología en cada uno de sus componentes.

Para ejemplificar los términos en los cuales el hospital rinde la información se tomara una de las problemáticas enunciadas, y se le aplicara la metodología, señalando lo que falta.

En la problemática de “Aumento de mortalidad y morbilidad materna en la localidad San Cristóbal”, las causas identificadas están relacionadas con: enfermedades isquémicas del corazón, cerebro vasculares, agresiones – homicidios, enfermedades crónicas de vías respiratorias, neumonía etc., Igualmente señalan otras causas como el tipo de afiliación, base de datos, no presentar documento de identificación, multiafiliaciones y dificultad en la movilidad ya sea por las vías deterioradas, ausencia de rutas de transporte público al interior de las localidades.

La anterior información corresponde a las vigencias del 2005 al 2007, donde se relacionan por edades sin discriminar el sexo; en cuanto a la focalización no se evidencia un número o cantidad de personas a atender al inicio de la vigencia en estudio (2009), en este caso maternas ya sea que presentaron enfermedades o que fallecieron según la problemática planteada. Este dato se considera

importante por cuanto permite analizar y evaluar el avance de las actividades y el logro de los resultados.

De otra parte, en el ítem relacionado con los actores que intervienen en la problemática que se está analizando “Aumento de mortalidad y morbilidad materna en la localidad San Cristóbal”, no se enuncian como lo indica la metodología, aunque entre líneas se pueden nombrar algunos tales como Secretaria Distrital de Salud, Hospitales de Primer nivel y de Tercer nivel.

2. Componente Instrumentos Operativos para la solución de los problemas.

En este ítem, a nivel administrativo se evidencia los lineamientos del Plan Nacional de Salud, en el programa ampliado de inmunizaciones y otros temas como educación sexual y reproductiva, incremento del uso de métodos de anticoncepción, reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, detener el porcentaje de embarazos en adolescentes y promoción de hábitos saludables etc. Falto relacionar que proyectos realizó para atender las problemáticas enunciadas o programas en su defecto en este ítem plasmo todo el texto que tiene para Plan de Desarrollo, sin precisar las actividades

El hospital San Blas orienta sus actividades en el eje estructurante del Distrito, Ciudad de derechos, participación y gestión pública eficiente aterrizándolo en el hospital con sostenibilidad financiera, competitividad y legitimidad social.

En el hospital se tiene concertados 6 acuerdos de gestión y en el acuerdo de gestión del área de la subgerencia desarrollo de servicios de salud -2009, se realizaron actividades relacionadas con la problemática abordada.

No se enuncian si existen grupos o comités que estén llevando a cabo actividades en pro de contribuir a la solución de la problemática de la localidad y por ende del hospital.

No se observa en el documento que actividad propia programa para el cumplimiento de su actividad, y en algunos apartes (folio 23) menciona que el hospital adelanto un proyecto con recursos de las UEL San Cristóbal, sin determinar el número del proyecto o convenio mediante el cual se ejecuto, por tanto mediante visita al área responsable se logro aclarar cuáles son los proyectos que contribuyeron a la solución de la problemática planteada, sin embargo no se evidenciaron documentos soportes de la ejecución del proyecto, es así que mediante oficio N100412-068 de agosto 13 de 2010, se solicita documentos que soporten esta ejecución y envían una copia del convenio interadministrativo de cofinanciación N.238 de 2008.....” que no tiene fecha de perfeccionamiento y tampoco está firmado, además lo que se solicitaba era la documentación soporte de ejecución del convenio

Es importante aclarar que si bien el hospital realiza actividades con el Fondo Desarrollo Local de San Cristóbal, su participación presupuestal es mínima, que para el convenio en mención el Fondo aportó \$444.5 millones y el hospital \$31.3 millones

El Presupuesto asignado en esta problemática, no está señalado por cuanto el hospital todavía no tiene un programa de costeo por productos. Sin embargo se estableció que para actividades de promoción y prevención el Fondo Financiero Distrital de Salud tiene establecido unas tarifas que le paga al hospital por actividad realizada.

La población de aumento de la mortalidad y morbilidad materna no se enuncia en ningún término, ni teniendo como base la vigencia anterior, ni mostrando la necesidad del servicio en este tipo de población.

3. Resultados en la transformación de los problemas.

El fin de éste componente es identificar los logros efectivos en la transformación del problema “Aumento de mortalidad y morbilidad en la localidad San Cristóbal,” es así que frente al problema enunciado se debe mostrar cualitativa y cuantitativamente, los cambios, o transformaciones que se dieron para disminuir o eliminar la mortalidad y morbilidad materna. En este orden de ideas, la información no está completa, el hospital presenta algunas actividades con resultados, pero no se tiene información de la vigencia anterior, como punto de partida para conocer que tan significativo fue el logro de la vigencia en evaluación (2009), mientras que otras actividades presentan el resultado de la vigencia anterior y el logro de la vigencia en evaluación, pero no están los resultados de las actividades que aporten a mostrar los cambios presentados en la problemática enunciada.

Existen indicadores propios del hospital, y que por la problemática abordada se entiende que sirven para analizarla pero en el documento no están relacionados orientándolos a ese fin; ejemplo existe en el(folio-39) información de la vigencia 2008 y 2009 de las consultas externas en servicios como gastroenterología, VIH, nutrición etc. y no dicen cuantas maternas entraron por consulta en estos temas.

En general el hospital no muestra que cambios, efectos o impactos se han dado con la problemática señalada ya sea por la forma como la han trabajado, o indicando que cantidad de población atendió, teniendo como referente las programadas, tampoco muestra a quienes dejó de atender en la vigencia.

3.7.3 Plan de Ordenamiento Territorial POT

Según los lineamientos del programa de Auditoría de este tema, se realizó una revisión y verificación de las acciones adelantadas, para establecer el avance según el Decreto 318 de 2006.

CUADRO No. 24
VERIFICACION DE INFORMACION DEL PLAN MAESTRO

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1. La definición de políticas, objetivos, estrategias y metas de largo, mediano y corto plazo.	NA	No se ha realizado el seguimiento al PMES en el Hospital.
2. Las proyecciones de población.	NA	
3. La definición de los componentes y estructuras necesarias para la prestación del respectivo servicio.	NA	
4. La formulación de los proyectos y el cronograma de ejecución.	NA	
5. La definición de parámetros para la aplicación de los mecanismos de gestión para generar el suelo necesario para el desarrollo de los proyectos.	NA	
6. El análisis, evaluación y diseño de los aspectos financieros y económicos.	NA	
7. El análisis, evaluación y definición del impacto del plan maestro en las condiciones sociales.	NA	
8. El análisis, evaluación y diseño de la estrategia ambiental y de reducción de vulnerabilidad.	NA	
9. Los mecanismos de seguimiento, evaluación y ajuste del Plan.	NA	
10. La cartografía de soporte.	NA	
11. La definición de políticas, objetivos, estrategias y metas de largo, mediano y corto plazo.	NA	

FUENTE: Oficina de Planeación Hospital San Blas

Sobre el cumplimiento de la elaboración y presentación, por parte de las entidades ejecutoras, del informe de estado de avance de la ejecución del Plan Maestro respectivo, conforme a lo normado en el acuerdo 223 de junio 28 de 2006, se tiene que no se realizó por parte del Hospital San Blas II Nivel de Atención ESE, ya que estuvo a cargo de la SDS.

Se cumplió la ejecución en cuanto al Centro Despertar Balcanes actualmente a cargo del Hospital San Blas, por parte de la SDS para la vigencia 2006-2008. Sin embargo en cuanto al Hospital, no se ha realizado la gestión pertinente.

Esta institución no ha elaborado ni remitido informe a la Secretaria de Planeación o al Concejo de Bogotá, del desarrollo del PMES debido a que no se ha realizado la gestión tendiente a darle solución al PMES, para las respectivas vigencias de 2008 y 2009 conforme a lo normado en lo estipulado en el acuerdo 223 de junio 28 de 2006.

- No cumple con lo mínimo de información conforme al artículo segundo de la citada norma:

Matriz de verificación de los compromisos del 'informe sobre el estado de avance del 'Plan Maestro de: Equipamientos del Hospital San Blas II nivel de atención ESE para Bogotá D.C".

Dirección de la Contraloría : Salud e Integración Social vigencia de : 2009

Entidad Distrital coordinadora:

I	La información es satisfactoria en cuanto a la calidad y cantidad			Detalle sobre las Categorías de la información por compromiso		Indicadores	OBSERVACIONES
	hasta un 30%	hasta un 60%	mas de un 80%				
1. Cuadro comparativo entre recursos asignados por proyecto y recursos ejecutados para la respectiva vigencia fiscal.-	X			NA	NA	NA	Respecto a la vigencia 2008, la entidad reporta ejecución a nivel solo de Dotación. Existe el proyecto de reforzamiento estructural del Hospital (solo planteamiento) sin que a la fecha se haya realizado los estudios.
2. Inversiones proyectadas para la siguiente vigencia y recursos disponibles.	X			\$300.000.000	NA	NA	Para la vigencia 2010, 2011, y 2012 tiene \$300.000.000 por año. Dentro del proyecto de Reposición y Adquisición de equipos Biomédicos. Para la Infraestructura del Hospital se prevé cofinanciar los estudios, descritos en la resolución 318 de 2006.

Matriz de verificación de los compromisos del 'informe sobre el estado de avance del Plan Maestro de: Equipamientos del Hospital San Blas II nivel de atención ESE para Bogotá D.C".

Dirección de la Contraloría : Salud e Integración Social

vigencia de : 2009

Entidad Distrital coordinadora:

I	La información es satisfactoria en cuanto a la calidad y cantidad			Detalle sobre las Categorías de la información por compromiso		Indicadores	OBSERVACIONES
	hasta un 30%	hasta un 60%	mas de un 80%				
3. Cuadro comparativo entre metas fijadas por vigencia fiscal frente a metas cumplidas, indicadores de cumplimiento % de cantidad de metas cumplidas-fijadas, % de monto de metas cumplidas-monto de metas fijadas.	X			NA	NA	NA	
4. El Impacto social generado a través de los diferentes proyectos ejecutados y en cumplimiento de las normas contenidas en el referido plan, que le impone obligaciones a los particulares.	X			NA	NA	NA	No se ha adelantado proyecto al respecto.
5. Dificultades que se han presentado en la ejecución de los planes maestros y estrategias que se han implementado para superarlas.	X			NA	NA	NA	En la ejecución de Dotación los proyectos con la UEL San Cristóbal, el inconveniente ha sido la demora por la SDS en la contratación de dichos proyectos.
6. Impacto ambiental generado por la adopción de cada plan maestro especificando los impactos ambientales, así como la protección a la Estructura Ecológica Principal generados.	X			NA	NA.	NA	No hay impacto ambiental

Matriz de verificación de los compromisos del 'informe sobre el estado de avance del Plan Maestro de: Equipamientos del Hospital San Blas II nivel de atención ESE para Bogotá D.C".

Dirección de la Contraloría : Salud e Integración Social vigencia de : 2009

Entidad Distrital coordinadora:

I	La información es satisfactoria en cuanto a la calidad y cantidad			Detalle sobre las Categorías de la información por compromiso		Indicadores	OBSERVACIONES
	hasta un 30%	hasta un 60%	mas de un 80%				
7. Participación de las diferentes comunidades en la puesta en marcha de los planes maestros, determinando los espacios de participación ciudadana realizados y especificados por cada UPZ.	X			NA	NA	NA	La Comunidad participa activamente a nivel de gestión ante la SDS pero no existen soportes.
8. Verifique si hubo la debida divulgación de los planes maestros a la sociedad.	X			NA	NA	NA	NA
9. Cuantificación de predios afectados por regularizaciones e implantaciones en cada plan maestro.	X			NA	NA	NA	A la fecha ningún inmueble ha sido afectado por alguna de estas dos figuras

FUENTE: Oficina de Planeación Hospital San Blas

- En lo concerniente al proceso de consulta y revisión realizada con el referente de Planeación se efectuó de acuerdo con acta y solicitud de la información, la cual relacionamos a continuación para que se tenga como soporte del proceso y de lo que el Hospital San Blas II Nivel de Atención ESE aporta como parte del mismo y de lo cual considera es pertinente respecto al PMES del POT.
- Siguiendo la secuencia misma de la matriz de verificación a continuación relacionamos dicha información soporte:
 1. Respecto a los Cuadros comparativos entre recursos asignados por proyecto y recursos efectivamente ejecutados para la respectiva vigencia fiscal.- el Hospital soporta este tema con: Para el Hospital no hubo asignación presupuestal, sin embargo la SDS ejecutó la adecuación del Centro Despertar, existe una asignación para Dotación del Centro de \$123.0 millones con recursos del FFDS, para reposición y adquisición de Tecnología Biomédica para el Hospital \$518.0 millones ya liquidado con recursos del FFDS liquidados en enero 25 de 2010, Dotación de Cuidado

intermedio Neonatal del Hospital Vigencia 2007 por \$200.0 millones con recursos del Fondo Local de San Cristóbal por medio de la Alcaldía Local, adjudicado por menor cuantía en julio 14 de 2010.

Dotación y Reposición de equipos Biomédicos para Pediatría, urgencias y salas de cirugía del Hospital vigencia 2008 por \$150.0 millones, prorrogado a diciembre de 2010, con recursos del Fondo Local de San Cristóbal, pendiente adjudicación del proceso de menor cuantía, resolución 894 del 14 de julio de 2010.

Vigencia 2009-2012: Dotación y Reposición equipos Biomédicos para fortalecimiento de salas de cirugía y otros servicios Hospital San Blas vigencia 2009, recursos del Fondo Local San Cristóbal por \$200.0 millones, en proceso de contratación actual.

Reposición y adquisición de equipos Biomédicos, vigencia 2010-2011 por \$5.000.0 millones SDS área análisis y políticas de la oferta.

Reforzamiento y Reordenamiento y ampliación del Hospital San Blas, fue radicado en diciembre de 2008, soportes de solicitud de recursos, oficio a la DPE por concepto de riesgo del predio, oficio de noviembre 20 de 2008 informe de estudio de sismo resistencia, oficio de mayo de 2010 solicitando ajustes al proyecto, se registra por el referente la falta de personal profesional idóneo para el desarrollo del proyecto y estudios, caso que también se manifiesta a través de la ejecución de obras de mantenimiento con personal operativo de planta y de contrato sin la idoneidad requerida.

2. Inversiones proyectadas para la siguiente vigencia y recursos disponibles: a este respecto se tiene proyectados \$300.0 millones para los años 2010, 2011 y 2012, para la parte de infraestructura el Hospital prevé cofinanciar los estudios descritos en la resolución 318 de 2006.
3. Metas fijadas por vigencia fiscal frente a metas cumplidas, cronograma respectivo: se adjunta ejecución presupuestal 2009-2012, es de anotar que el acuerdo 318 de 2006 está en revisión.
4. Dificultades presentadas en el desarrollo de la ejecución del PMES.

Se encuentra demora en la contratación en los proyectos ejecutados con recursos de la Unidad Ejecutiva Local de san Cristóbal de las vigencias 2007-2009, otra dificultad es que el Hospital no cuenta con personal idóneo para el desarrollo (formulación), del proyecto para el Hospital "programa Medico

Arquitectónico, actualización de levantamiento de planos, estudio sismorresistente y plan de contingencia etc. “.

5. Impacto ambiental generado por la adopción cada PME.

En los proyectos de dotación realizados por el Hospital el impacto es positivo ya que se disminuye el ruido, nivel de riegos, contaminación.

6. Participación de la comunidad en la puesta en marcha de los PMES.

Aún cuando no hay soportes de participación de la comunidad, el Hospital manifiesta que se hace de manera verbal; y que la comunidad es la encargada de interlocutor con la SDS.

7. Divulgación del PMES del Hospital. No se ha gestionado por parte del Hospital, solo se tienen algunos oficios a la SDS.

8. Cuantificación de predios afectados por regularizaciones e implantaciones en cada plan Maestro.

El Hospital cuenta con los predios de la sede Despertar y la sede administrativa y asistencial para los cuales no aplica esta gestión. Frente a la presentación de los informes a Planeación y/o al Concejo o SDS, el Hospital no ha realizado esta actividad debido a que no existe proyecto alguno del Hospital. Existen algunos oficios en los que se le solicita a la SDS la colaboración para esta actividad.

3.7.3.1 Los anteriores hechos demuestran, que la falta de conocimiento y un profesional con la idoneidad requerida para el tema “formulación del proyecto, Reforzamiento y Reordenamiento y ampliación del Hospital San Blas”, incidió para que terminara la vigencia del 2009 sin que se diera inicio a la ejecución del mencionado proyecto, ocasionando retrasos en lo propuesto en la programación que se plantea en el Decreto 318 de 2006. Incumpliendo con lo consagrado en el numeral 1 del artículo 8 y artículo 22 del mencionado decreto, por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamiento en Salud.

3.8 COMPONENTE GESTION AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital San Blas II nivel ESE comprendió la verificación y evaluación de la información reportada en los formatos CB-1111 Información Gestión y CBN 1113 Informe de Gestión Ambiental Interna 2009; se verificó el grado de avance en la implementación del PIGA Plan Institucional de Gestión Ambiental, del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios y se comprobó el Plan de Desarrollo en el cual la gestión ambiental no se encuentra como un proyecto, objetivo o meta específica.

El Hospital tiene las siguientes sedes: Hospital San Blas localizado en la carrera 3 este No. 16-72 sur y el Centro de Atención en Drogadicción Despertar-Balcanes Calle 11 sur No.1B-10E, en localidad de San Cristóbal.

La Entidad no pertenece a ninguno de los grupos de entidades que conforman el Sistema Ambiental del Distrito Capital- SIAC (Acuerdo 9 de 1990), por ser un hospital de segundo nivel realiza gestión ambiental interna por medio del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA y el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios - PIGRSH.

El Plan de Desarrollo fue adoptado mediante la Resolución No. 00018 del 30 de octubre de 2008, en el artículo 2 define el Plan Estratégico, la política de calidad y el mapa estratégico. Los objetivos son 1. Sostenibilidad Financiera, 2. Competitividad y 3. Legitimidad Social, los objetivos estructurantes son bajados en Acuerdos de Gestión y Planes Operativos.

La Gestión Ambiental esta bajo la responsabilidad de la Subgerencia Administrativa y Financiera.

El Hospital en la ejecución de sus contratos que afectaron el medio ambiente y los recursos naturales no realizó valoración cuantitativa del costo beneficio generado por la conservación, uso, explotación y recuperación de los costos ambientales.

Durante la vigencia 2009 las acciones realizadas por el hospital para prevenir, mitigar y compensar los posibles impactos ambientales y sociales causados por el uso y el aprovechamiento del ambiente y los recursos naturales, fueron las relacionadas con la disminución del consumo de agua, energía, gas generación de residuos y el incremento del material reciclado.

En la ejecución de los problemas identificados, proyectos y recursos, cumplimiento de programas, cobertura y calidad de lo ejecutado y grado de participación ciudadana el Hospital no tiene una clara identificación de la gestión ambiental.

La entidad obtuvo para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación 60 en su gestión ambiental interna, la cual esta soportada en la evaluación y verificación de la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF, en visitas administrativas realizadas a las áreas administrativa y asistencial, solicitud de información y verificaciones de auditoria.

Presupuesto 2009: para dar cumplimiento a la ejecución de los programas ambientales el Hospital invirtió \$422.4 millones, que representan el 1.1% del presupuesto de la entidad \$40.207.9 millones, el 12.3% del rubro gastos de funcionamiento \$3.445,5 millones y el 72.3% del rubro servicios públicos \$602.9 millones, discriminados así:

CUADRO 25
INVERSION Y COSTOS GESTION AMBIENTAL
VIGENCIA 2009

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR DE LA INVERSIÓN (Miles de \$)
HÍDRICO	Pago facturas Agua-Alcantarillado		153.7 ¹¹
	Compra de sistemas economizadores para 420 puntos hidráulicos (lavamanos, piletas, lavaplatos, duchas, sanitarios)	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	16.30
	Subtotal		170.0
ENERGIA	Pago facturas Energía		195.2 ¹²
	Mantenimiento de la planta eléctrica	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	2.9
	Subtotal		198.1
	Pago Facturas Residuos corrientes y especiales	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	50.5
FLORA	Mantenimiento de árboles (poda de 50 árboles)	MANTENIMIENTO COD: 3-1-2-01-08-01-0000-00	3.7
	TOTAL INVERSIÓN		422.4

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

El pago de servicios de energía con el 46% y el de agua y alcantarillado con el 36%, son los rubros de mayor participación dentro de la inversión ambiental.

Componente hídrico La entidad efectuó la capacitación, sensibilización y motivación del personal para la información de daños y fugas por medio de la publicación de afiches stickers, cuelga puertas y calcomanías, relacionados con la campaña para ahorro de agua. Igualmente efectuó el monitoreo y registro del consumo y la instalación de accesorios ahorradores de agua, de conformidad con la priorización realizada por la Gestión Ambiental y Mantenimiento.

Como medida de control sanitario adelantó el lavado, limpieza y desinfección de los tanques de reserva del agua potable del Hospital San Blas y del Centro de Atención en Drogadicción Despertar, contrato coordinado por Mantenimiento y la Subdirección Administrativa y Financiera, registros verificados por la auditoría, los cuales no fueron incluidos por la entidad dentro del componente hídrico del formato CBN 1111.

¹¹ Libro presupuestal servicios de agua, energía y residuos corrientes y especiales

Durante el año 2009 el Hospital San Blas y el CAD Despertar consumieron 5.126 mt³ y 532 mt³ para un total de 5.628mt³ promedio mensual por un costo anual de \$ 135.9 millones¹³.

CUADRO 26
CONSUMOS DE AGUA DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Millones \$

AÑO	VOLUMEN ANUAL PROMEDIO ANUAL	DIFERENCIA ANUAL PROMEDIO	Porcentaje Incremento/ disminución	VALOR PAGADO	DIFERENCIA	Porcentaje Variación
2007	5.097		Base	80.7		Base
2008	7.126	2.029	39,80	183.2	102.5	-126,96
2009	5.658	-1.468	-20,60	135.9	-47.25	25,78

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

El volumen de consumo durante los últimos tres años, tiene una tendencia de crecimiento del 39.8% para el año 2008 y de disminución del -20.6% para el año 2009; en relación con el pago la variación del 2008 fue una disminución del -126.96%, mientras que para el 2009 se incremento en el 25.78% a pesar de la disminución en 1.463 mt³ en el consumo hecho que refleja resultados positivos en los objetivos de disminución y optimización del recurso.

A partir del año 2008, se registra el consumo de agua del CAD Despertar.

Agua Residuales, el hospital dentro de su sistema hidráulico de drenaje tiene una Trampa de Grasas a la salida del servicio de ensamble de alimentos, la cual estaba siendo objeto de limpieza por parte de la administración, correspondiendo esta tarea al contratista, tarea que asume a partir de la comunicación de la observación por parte de este Ente de Control junio de 2010.

Vertimientos Industriales. La entidad genera este tipo de vertimientos y realiza de forma periódica la caracterización de sus aguas residuales, en los cuales se encuentra debajo de los parámetros mínimos, mediante la Resolución 2851 del 22 de agosto de 2008 la Secretaria Distrital de Ambiente le concedió el permiso de vertimientos.

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Hídrico de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 4 y 2 en vertimientos porque las mediciones están por debajo de los parámetros de la norma.

Componente atmosférico. El hospital realizó las siguientes actividades para la consolidación del programa: Verificación y seguimiento de la fecha de expedición

¹³ Facturas de cobro Acueducto.

del certificado de revisión técnico-mecánica y de gases, a los vehículos que excedan los dos años de registro de matrícula, Consolidación de la información relacionada en el formato de información del parque automotor

En el año 2009, desarrollo el programa y acciones para el mejoramiento del aire y el control y monitoreo del ruido con las siguientes actividades:

- Contaminación Visual, se instalaron carteleras en diferentes servicios y áreas del Hospital, para evitar la propagación desordenada de afiches y avisos.
- Contaminación electromagnética, definió el programa de vigilancia epidemiológica de radiaciones ionizantes, con seguimiento de lecturas de dosimetría.
- Ruido, el hospital implementó el programa de vigilancia epidemiológica de ruido para los trabajadores.

Equipos que Generan Emisiones

Fuentes Fijas – Calderas. En el Formato CBN 1111 la entidad no relaciona la información relacionada con Fuentes Fijas – Calderas, relacionada con su estado de mantenimiento y operación, tanto de la caldera como de los equipos que conforman los sistemas de suministro de vapor y agua caliente.

PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD

CUADRO 27
PARQUE AUTOMOTOR HOSPITAL SAN BLAS 2009

TIPO DE VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIPO DE COMBUSTIBLE QUE UTILIZA	No. CERTIFICADO REVISION TECNICO MECANICA Y DE GASES	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
CAMPERO	1989	OBA718	GASOLINA	1714209	18/04/2008	18/04/2010
CAMIONETA	2007	OBG492	DIESEL	1984916	02/07/2008	02/07/2010
CAMIONETA	1995	OBD189	GASOLINA	1333098	22/05/2008	22/05/2010
AUTOMOVIL	1988	OAI463	GASOLINA	0711845	19/11/2007	18/11/2009
AUTOMOVIL	1997	OBD980	GASOLINA	1984871	01/07/2008	01/07/2010
MICROBUS	1991	OBE572	GASOLINA	0608016	05/10/2007	04/10/2009
CAMIONETA	1998	OHK230	GASOLINA	1713653	15/04/2008	15/04/2009
CAMIONETA	1995	OIB371	GASOLINA	1263847	15/05/2008	15/05/2009
CAMIONETA	1994	OBC097	GASOLINA	0815149	15/02/2008	14/02/2009

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

Durante el año 2009 contó con nueve vehículos, ocho trabajan con gasolina y uno con Diesel, a los cuales se les realizó durante la vigencia auditada los mantenimientos preventivos y las pruebas técnico mecánicas para obtener sus certificados de revisión técnico mecánica de gases, los que cumplen con la normatividad vigente.

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 4 y de generación de ruido de 4.

Componente Energético. Desarrolló estrategias y/o acciones definidas en el programa de ahorro de energía como la capacitación y sensibilización a 228 y por parlanteo a 600 trabajadores; con el objetivo de apagar bombillos y equipos cuando no estén en uso, publicó afiches, stekers, cuelga puertas y calcomanías de la campaña para ahorro de energía .efectuó el monitoreo del consumo, el cual presentó un comportamiento constante.

**CUADRO 28
CONSUMO DE LOS ÚLTIMOS AÑOS**

Millones \$

AÑO	KW ANUAL PROMEDIO ANUAL	DIFERENCIA ANUAL PROMEDIO	Porcentaje Incremento/ disminución	VALOR PAGADO	DIFERENCIA	Porcentaje Variación
2007	52.445		Base	146.9		Base
2008	58.366	5.921	11,3%	181.5	34.6	23,6%
2009	61.427	3.061	5,2%	177.8	-3.6	-2,0%

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

El comportamiento del consumo para el periodo comprendido entre los años 2007 al 2009, tiene una tendencia de incremento entre el 11.3% y 5.2%, mientras que en el pago se evidencia para el año 2008 un incremento del 34.6%, y una disminución del -2% en el 2009, resultado de la campaña de ahorro de energía en el 2009.

El CAD Despertar inició durante el 2009, el reporte de consumo con 7.850 Kw y un costo de \$11. 7 millones.

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Energético de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 4.

Componente residuos sólidos. La administración se encuentra comprometida con la generación de acciones que permitan reducir, minimizar, prevenir y mitigar los impactos ambientales propios del desarrollo de su misión.

Los informes del Plan de Acción Interno para el Aprovechamiento de los Residuos Sólidos fueron remitidos a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP en cumplimiento de sus plazos

Las capacitaciones adelantadas en el año 2009 estuvieron orientadas a sensibilizar al personal en la adecuada segregación de residuos y el programa

de reciclaje, esta auditoria verificó los diferentes registros de capacitación, pero los soportes no coinciden con el número de capacitaciones programadas.

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

CUADRO 29
TIPO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS 2009

ORDINARIOS (Kg.)	VIDRIO (Kg.)	PAPEL (Kg.)	METALES (Kg.)	OTROS (Kg.)
25.921	1.649,0	2.970,0	410,0	

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

La entidad suscribió contrato de manejo de elementos de reciclaje producidos por el Hospital No. 568 de 2009 suscrito con la Cooperativa de Trabajo Asociado de Recicladores Crecer sin Fronteras – CRECIFRONT la cual se lleva el material reciclado sin pago, como lo dispone la norma.

CUADRO 30
RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS 2007-2009

Millones \$

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	Porcentaje Incremento	VR/ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN	DIFERENCIA ANUAL	Porcentaje Variación
2007	40861	0	Base	17.4		Base
2008	85130	44269	108,3	38.7	21.3	122,4
2009	25921	-59209	-69,6	24.7	-14	-36,3

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

Durante los años 2007 y 2008, registro un crecimiento del 108.3% en la generación de los residuos sólidos ordinarios por las obras realizadas en Despertar y para los años 2008 y 2009 disminuyen en 69.6%. En relación con las sumas pagadas por el servicio de recolección la tendencia la tendencia es similar con un incremento del 122.4% y una disminución del 36.3% para los años 2008 y 2009.

MATERIAL RECICLADO

CUADRO 31
MATERIAL RECICLADO

AÑO	VOLUMEN ANUAL RECICLADO KG.	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO KG.	PORCENTAJE
2007	11.067	BASE	
2008	14.683	3.616	32.6
2009	18.047	3.364	22.9

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

El incremento en la generación del material reciclado para los dos periodos presenta una tendencia de crecimiento al pasar del 32.6% en el 2008 con una desaceleración del 22.93% para el año 2009.

Producción de Residuos Peligrosos

Las siguientes son las acciones que implemento el hospital:

1. Diagnostico ambiental y sanitario: análisis de los registros de los diferentes tipos de residuos (de riesgo biológico) generados en cada área.
2. Segregación en la fuente: capacitaciones al personal asistencial sobre segregación de residuos peligrosos (de riesgo biológico).
3. Verificación del movimiento interno de residuos y su ruta sanitaria.

**CUADRO 32
RESIDUOS PELIGROSOS**

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	Porcentaje Incremento	VR/ANUAL RECOLECCIÓN MILES DE \$	Millones \$	
					DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$	Porcentaje Variación
2007	26308		Base	19.3		Base
2008	22514	-3794	-14,4	18.4	1.2	6.21
2009	26929	4415	19,6	22.1	3.7	20,1

Fuente: formato CBN 1111 Hospital San Blas II nivel ESE

En el año 2007 a 2008, el comportamiento de la generación de residuos peligrosos disminuyó el -14.4% y en el año 2009, incremento un 19.6% mientras en el valor pagado se observa un incremento del 6.21% y el 20.1% respectivamente.

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Residuos Sólidos de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 8 y 4 en la generación de residuos peligrosos.

3.8.1 Observaciones relacionadas con la Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia

A. En las fotos enviadas en el oficio de fecha 21 de julio de 2010, radicado 321-GFTH-0585, como soportes de las acciones realizadas para corregir las observaciones reportadas por la Contraloría, se encuentra un total de cuarenta y un (41) recipientes sin tapa, razón por la cual no cumplen con las características necesarias y permiten la entrada de agua, insectos y/o roedores, el escape de líquidos o gases con el riesgo de contaminación de las áreas asistenciales.

B. Disposición en recipiente verde de material reciclado. AREA ADMINISTRATIVA se encontró la precitada trasgresión a la disposición de residuos corrientes y reciclables en las oficinas de: Oficina de Control Interno, Sistemas, Subgerencia Administrativa, oficinas del Subgerente y de la secretaria, Coordinación Financiero y Contratación, este hecho incrementa el volumen de residuos corrientes depositados en Doña Juana.

Los hechos citados en los literales A, B y C, contravienen lo estipulado en los numerales 3.6 Infecto contagiosos e infeccioso cortó punzante, 2.3.1.3 y 2.3.1.4 del PIGA-718 HSB, el numeral 7.2.1 del Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia del Decreto 2676 de 2000 y los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.2 Centro de Atención en Drogadicción Despertar Trampa de Grasas. La cocina es operada, desde abril de 2010, por la empresa CEW SERVICIOS INTEGRALES que mediante el contrato 578 de 2009 suministra los alimentos a los usuarios y no cumple con la medida de tratamiento para el manejo de vertimientos: trampa de grasas, con el vertimiento de aceites y grasas en los conductos de alcantarillado los cuales incrementan la contaminación de las aguas servidas. Falencia que contraviene lo reglado en artículo 23 de la Resolución 3957 de 2009 de SDA, los artículos 1 y 2, Ley 87 de 1993 y el artículo 27, los numerales 1 y 4 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.8.3 Centro de Atención en Drogadicción Despertar. El tanque de agua y las motobombas no están en funcionamiento porque los contratistas (la obra fue construida por la Secretaria Distrital de Salud y entregada al Hospital San Blas el 10 de septiembre de 2007), no instalaron el bypas, por tal razón los recursos invertidos en los años 1997, 1998, 1999, 2005, 2006 y 2008, los cuales de acuerdo a información remitida por la Secretaria Distrital de Salud ascienden a \$3.979.4 millones, en lo relacionado a los dineros invertidos para la construcción e instalación del tanque y el cuarto de motobombas, no han cumplido su objetivo.

Además el hospital tiene bienes cuya administración y custodia le fueron confiados en razón de sus funciones y los mismos han presentado problemas que a la fecha no han permitido su operación y trasgrede el compromiso definido en el numeral “3) *Informar a la Secretaria Distrital de Salud cualquier inconveniente que se llegue a presentar con respecto al inmueble*”, del Acta de Entrega y Recibo de las instalaciones del área del Centro de Atención a la Drogadicción los Balcanes, suscrita entre la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital San Blas II nivel de Atención ESE, el 10 de septiembre de 2007, el artículos 27, el numeral 13 del artículo 35 de la Ley 734 de 2002 y los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.

3.8.4 Área y oficinas de mantenimiento. En las dos visitas realizadas al área se evidenció desaseo y desorden de elementos, herramientas, ropa, zapatos,

documentos, etc., (ropa y zapatos tirados al lado de la planta de emergencia y dentro de un estante), de responsabilidad de los trabajadores de mantenimiento los cuales realizan sus labores dentro de las instalaciones del hospital sin ropa de trabajo, ni elementos de protección adecuados con la actividad que desarrollan y en condiciones de bioseguridad de riesgo tanto para ellos como para los servicios asistenciales. Además las condiciones de orden y aseo del Área de Mantenimiento no garantizan un escenario laboral y de seguridad ocupacional seguro.

Las causas de estas falencias son originadas en la no exigencia por parte de la entidad a los trabajadores de mantenimiento del cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad industrial, de unas condiciones de presentación y disposición del área de trabajo, de un plan de mantenimiento y del aseo periódico del área en aras de garantizar unas condiciones laborales y físicas acordes con las normas.

Estas inconsistencias incumplen lo definido en los artículos 98, 99, 111, 112 y 206 de la Ley 9 de 1979, artículos 29 y 33 de la Resolución 2400 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.5 Fuentes Fijas

A. Caldera. En la visita realizada el 28 de junio de los corrientes, se encontró que las áreas donde se encuentran los equipos no están demarcadas ni están rotulados con sus respectivos nombres y las instalaciones, pisos, techos y paredes, presentan un estado de infraestructura y aseo que no esta acorde con los requerimientos de seguridad y de salud ocupacional que deben reunir estas instalaciones, lo anterior evidencia problemas de controles por parte de la administración para el cumplimiento de las normas y las falencias en el seguimiento de los parámetros de funcionamiento de la caldera al igual que el mantenimiento de sus conexiones y partes pueden general problemas de operación, manejo e incremento de las situaciones de riesgo y desastres, además la falta de señalización de la caldera y sus partes incrementan las condiciones de inseguridad para la entidad y sus trabajadores.

B. Tanque de ACPM obsoleto. Está ubicado en el área verde del hospital, tiene varios años de no ser utilizado, contamina visualmente, tiene unas infraestructuras en ladrillo y madera en deterioro, que representan un peligro para la seguridad del hospital por los daños de las condiciones atmosféricas a la pintura y lámina que pueden generar gases, lo anterior como resultado de puntos de control y seguimiento para darle el fin apropiado a este tanque obsoleto.

C. Cilindros de gas propano de 500 libras sin utilizar. Frente a las trampas de grasa se encontraron dos cilindros de aproximadamente 500 libras cada uno de

COLGAS y de propiedad del Hospital, los cuales no se utilizan desde hace unos catorce años y constituyen en un riesgo para la seguridad de la entidad por el proceso natural de deterioro de los cilindros que a pesar de estar desocupado puede generar gases, intoxicaciones y riesgo explosión, hecho causado por falencias en los puntos de control y seguimiento de estos tanques por parte de la administración.

D. Incinerador obsoleto. En un área verde se encuentra este incinerador que está en desuso desde hace varios años, contamina visualmente y su infraestructura esta en deterioro, hecho que es resultado de la ausencia de controles y parámetros para el manejo de estos bienes.

En el caso de los tres tanques que están a la intemperie, las variantes condiciones atmosféricas pueden generar desgaste de la pintura, porosidad del metal y veneración de gases que pueden generar una explosión.

Las inconsistencias de los literales A, B, C y D incumplen lo definido en los artículos 113,114, 117,125 y 206 de la Ley 9 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

C. Las situaciones definidas en los literales A, B y C incumplen lo definido en los artículos 2 y 17 del Decreto 357 de 1997 y los artículos 24, 28, 31 y 121 de la Ley 9 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.6 Gatos. Se observó una población de gatos de más o menos unos ocho a diez animales, los cuales se constituyen un riesgo para la salud de trabajadores y pacientes en razón al posible contagio por rabia, peste, parásitos, entre otras enfermedades, además de su incremento poblacional por la ausencia de esterilización. Esta población es resultado de la ausencia de controles por parte de la administración y contraviene lo estipulado en los literales b) y c) del artículo 591, los artículos 201 y 596 de la Ley 79 de 1979, el artículo 49 de la Constitución Política y 2 y 4 de la Ley 87 de 1993.

3.8.7 Manifiestos. Revisados los 15 manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Infecciosos de la empresa ECOCAPITAL S. A, ESP, del mes de abril de 2009, como muestra del precitado año, se encontró que 14, no tienen diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega y algunos tampoco tienen diligenciadas las casillas de nombre y firma de quien recoge; estos documentos tienen que tener responsables identificables para que en caso de inconsistencias se facilite su identificación. Lo anterior es consecuencia de la ausencia de procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo de los residuos peligrosos facturados por ECOCAPITAL.

Esta falencia contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993. Lo anterior debido a que no se cuenta con procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo del proceso de destrucción y/o inactivación de residuos peligrosos en cuando a lo facturado por ECOCAPITAL. Se contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993.

3.8.8 Revisado el inventario físico del hospital con corte a 31 de diciembre de 2009, se encontraron equipos de panadería adquiridos por el Hospital mediante contrato 447 de 2007 para la adquisición de la dotación para el centro de atención en drogadicción Balcanes celebrado entre el Hospital San Blas II Nivel E.S.E. y el Consorcio Líder en Suministros.

Realizada visita administrativa fiscal en revisión del componente ambiental, se estableció que el hospital no los utiliza porque el ente competente no otorgó la licencia para su funcionamiento en las terapias a los usuarios del Centro. Con lo cual la administración realizó una gestión antieconómica con la compra de estos elementos, dado que no los puede poner en uso para los fines pertinentes o previstos. Con la consecuente disminución del valor de los bienes por el nivel de obsolescencia de los mismos que han adquirido con el paso de los años, y el riesgo en que se incurre por el posible deterioro de los mismos.

CUADRO 33
INVENTARIO ELEMENTOS PARA PANADERIA – CENTRO DESPERTAR

Millones De \$

Centro Co	Act Fijo	Localización	Placa	F Adquisic	ActFijo	CostoHis	Aplicada	VidaUt De	DeprAcum
2488	8708	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3325	01/11/2007	Amasadora Capacidad De 12 Kg De Harina- 19 2 Kg Masa	7.2	25	120	1.9
2488	8709	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3326	01/11/2007	Artesa Estándar Con Ruedas Y Con Division Central	0.4	1	120	0.4
2488	8710	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3327	01/11/2007	Batidora De 20 Litros	2.6	25	120	0.7
2488	8712	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3329	01/11/2007	Cortadora De Masa De 36 Porciones	1.2	25	120	0.3
2488	8715	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3335	01/11/2007	HORNO PARA Panadería A GAS	15.0	25	120	3.8
2488	8716	CENTRO DESPERTAR BALCANES	A-3336	01/11/2007	MEZCLADORA PARA Panadería ELECTRICA	0.1	1	120	0.1
					Cilindrador en acero 12 kilos con motor monofásico	2.5			0.6
						29.0			7.8

FUENTE: Inventario Físico Hospital San Blas a diciembre 31 de 2009 y Oficio del 11.8.2010 No. 315 AT 118

Si bien el contratista entregó los elementos y el hospital los recibió, aquellos no están cumpliendo con el fin para el cual fueron adquiridos, por lo tanto esta situación se constituye en una presunta transgresión a los fines de la contratación estatal plasmados en el artículo 3° del Estatuto de Contratación Administrativa.

Este organismo fiscalizador, observó que no se efectuó una buena utilización de los recursos, al no mostrar una adecuada planeación, que es uno de los principios importantes de la cosa pública.

Por lo anterior, se incurre en un presunto detrimento por valor de \$29.0 millones, enmarcándose en la segunda parte del artículo 6° de la Ley 610 de 2000 que define el daño patrimonial al estado y señala que este es producido por “ *una Gestión fiscal Antieconómica, Ineficaz, Ineficiente, Inequitativa, inoportuna, que en términos generales no se aplique al cumplimiento de los cometidos y de los fines esenciales del estado, particularizados por el objetivo funcional y organizacional, programas o proyectos de los sujetos de vigilancia y control de las Contralorías*”, artículo 3 de la Ley 610 de 2000 e incumplimiento de los deberes de todo servidor público consagrados en el artículo 34 numerales 1, 21 y 22 de la Ley 734 de 2002, los artículos 2 y 4 de la Ley 87 de 1993

3.9 RESULTADO EVALUACIÓN DE ACCIONES CIUDADANAS

Peticiones Quejas y Reclamos

Efectuado el seguimiento al sistema de Peticiones Quejas y Reclamos del hospital de la vigencia 2009, el cual reporta 880 solicitudes, universo sobre el cual se tomó como muestra las recibidas para los meses enero, mayo, septiembre y noviembre de 2009 se establece:

- a) El universo del número de peticiones presentadas en la vigencia 2009 versus 2008 disminuyó en un 3%.
- b) El área que genera el mayor reporte de quejas para el período evaluado en la muestra de 2009 fue en su orden las áreas de atención al usuario (49), urgencias (47), Subgerencia de Servicios en Salud (30), enfermería (27), facturación (27) y Vigilancia (24) y de solicitudes especiales el área jurídica (25). Las quejas en los servicios es por la demora en el servicio y el trato dado al usuario.
- c) La calidad de la respuesta no es satisfactoria dado que no apuntan a resolver la queja, los que responden apuntan a presentar descargos y trasladar la culpa al usuario, la institución no reconoce la falla aún cuando sea evidente y sus respuestas no dan una solución puntual y efectiva la petición, para las felicitaciones no se evidencia el agradecimiento al

- d) usuario por la misma; aún cuando el usuario reporte teléfono o lugar de residencia no se evidencia el esfuerzo de localización realizado cuando se le solicita que se debe acercar a la entidad a ampliar la queja o precisar el hecho.
- e) La entidad impulsa planes de mejora como resultado de cada queja pero no se evidencia seguimiento al cumplimiento de las acciones y la formulación de acciones de choque cuando se observen desviaciones al cumplimiento de los compromisos institucionales adquiridos en los planes de mejora y que se formulan para resolver las problemáticas que motivan las peticiones quejas y reclamos.
- f) No obstante contarse con la retroalimentación de la calidad del servicio vía manifestaciones de usuarios y pagadores como del resultado de sus auditorias externas, no se observa seguimiento por parte de la alta dirección a la validación o no del mejoramiento estructural en la calidad del servicio que mas impacta como lo es el servicio de atención al usuario, urgencias y su facturación, apertura de agendas y el servicio de vigilancia los cuales de manera recurrente derivan la suscripción de planes de mejoramiento.
- g) Es necesario que el Comité de Atención al Usuario despliegue el cumplimiento de sus funciones de conformidad al acto administrativo que lo creo y se le realice un seguimiento efectivo sobre el cumplimiento de éstas.

Se resalta como acciones desplegadas por la Oficina de atención al Usuario la implementación de comparendo estratégico para el usuario que incurra en incumplimiento de citas, el formato de seguimiento respuestas y el lanzamiento de la campaña de socialización de los derechos y deberes de los usuarios en las áreas de servicios.

No obstante lo anterior, se evidencia que los escenarios decisorios institucionales para el mejoramiento de este proceso como son los comités de Ética y Referencia y Contra Referencia no cumplen con sus sesiones ordinarias, para el primero se establece que no sesionó en el período septiembre 2009 – enero 2010, es decir cinco meses y el segundo no hay evidencia de su operación.

El proceso de atención al usuario debe desplegar acciones de mejora efectivas que apunten a la calidad de la respuesta relativa a su oportunidad, pertinencia, efectividad del plan de mejora formulado, respuestas institucionales dado que se trasladan las quejas a las áreas de servicios o a los prestadores de servicios por tercerización quienes solo se limitan a descargos y no a resolver la solicitud de

fondo, agravada en el hecho que no garantizan adecuada redacción y presentación y responder de fondo a los requerimientos del quejoso

Es necesario que los resultados de los análisis y recomendaciones presentadas en los comités que atienden asuntos transversales al Proceso de Atención al Usuario lo retroalimenten y se impulsen acciones conjuntas con los comités que su responsable lidera y que puede apoyar el aprovechamiento de sinergias.

Las respuestas a los derechos de petición, quejas y reclamos atendidas por terceros requieren su formalización con papel institucional y verificación por parte del hospital (entre otros servicios vigilancia, radiografía).

El hospital cuenta con otra fuente de retroalimentación sobre el desempeño del proceso y con mayor oportunidad, las recomendaciones comunicadas por la auditoría VCO S.A, quien en sus auditorías concurrente 12 de agosto de 2010, recomienda realizar capacitación a los líderes de las áreas sobre la calidad en la proyección de las respuestas; 6 de mayo de 2010 alerta sobre que está pendiente el seguimiento a las acciones de mejora, la no realización del filtro a las respuestas y el hecho de materializarse respuestas que solo se limitan a descargos.

De la lectura de las Actas de Comité de Facturación del 24 de junio de 2010 donde se establece la necesidad de evaluar la carga laboral de los facturadores de consulta externa se infiere que esta problemática es transversal a los orígenes de las peticiones quejas y reclamos presentadas sobre esta área.

Control Social con Participación Ciudadana.

El hospital San Blas a la fecha interactúa con la comunidad a través de los mecanismos de participación social Asociación de Usuarios y el COPACO correspondiente a las localidades de influencia y de manera conjunta realizan apertura de los buzones de quejas y reclamos ubicados en las áreas de prestación de servicios de salud como mecanismo de interacción con la comunidad en tiempo real. El cual dada la frecuencia de apertura distancia el cumplimiento de este propósito.

Control Fiscal con Participación Social

En cumplimiento del plan estratégico de la Contraloría de Bogotá el equipo auditor realizó mesa de trabajo con los representantes de la asociación de usuarios de los hospitales objeto de auditoría en el segundo ciclo del PAD 2010, espacio en el cual se dio a conocer a los representantes de la comunidad el alcance de las auditorías en ejecución y quienes adquirieron el compromiso de dar a conocer a los miembros a la Contraloría de Bogotá con debida oportunidad

los hechos que en el trayecto de la ejecución de la auditoría tuvieran alcance fiscal, evento que no se materializó para el Hospital San Blas a la fecha de entrega de este informe.

Derecho de petición presentado ante el equipo auditor

En virtud del insumo derivado del Mecanismo de Participación Ciudadana implementado por este ente de control, materializado en el derecho de petición presentado por una usuaria del servicio de salud, ante el equipo auditor el 30 de junio de 2010,

Situación que dada su naturaleza se dio traslado a la gerencia del hospital con el propósito de que se impulsaran las acciones bajo su competencia y sobre las cuales el hospital mediante oficios 300 – SFA 141 y 142 de julio 14 de 2010 y 142 comunica a este ente de control sobre la realización de las siguientes actividades con el propósito de atender la queja trasladada:

- 1) El Hospital ofreció excusas a la señora y a su hijo en reunión sostenida con ellos el mismo día del incidente, quienes las aceptaron.
- 2) Se reasignó cita a la señora para el día 8 de julio de 2010 y se informó que el procedimiento se realizaría en sedación, dadas las condiciones de salud de la paciente,
- 3) Se expidió orden de dispensación de medicación para dicha sedación.
- 4) La usuaria no asistió a la cita reasignada.
- 5) Se suscribió acta de compromiso por parte del doctor que motivó la queja, quien se compromete a continuar ofreciendo un servicio siempre humanizado y enmarcado hacia el buen trato de los usuarios y conservando las actividades contempladas en los protocolos establecidos tales como la información previa al usuario sobre los procedimientos a realizarse.
- 6) Actualmente se ejecuta contrato con la fundación FUNFOSOIN cuyo objeto es capacitar a los funcionarios de la institución en Derechos y Deberes de los Usuarios y Humanización en la prestación de los servicios de salud.

De la evaluación realiza al componente de acciones ciudadanas se establecieron las siguientes observaciones:

3.9.1 El hospital no dio respuesta estructural a la petición formulada y radicada con el número 7 de la vigencia 2009. Del seguimiento efectuado en la oficina de Talento Humano se establece que a corte de julio de 2010 no se ha garantizado la realización de los descuentos de nómina del afectado de conformidad con el mandato ordenado por el juzgado competente. Se incumple lo normado en el literal c) del numeral 7.2.3 título comunicación con el cliente de la NTGP 1000:2004 y artículo 4 de la ley 87 de 1993.

3.9.2 Existe riesgo de incumplimiento de los compromisos adquiridos por el gerente del hospital, derivados de la suscripción del pacto ético con la Contraloría de Bogotá al no contar con instrumento que plasme las acciones a desplegar para cada uno de ellos y los indicadores de gestión para verificación de su cumplimiento. Efectuado el seguimiento al cumplimiento del pacto ético con la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol se establece que el hospital no ha definido el instrumento que visualiza las acciones tendientes a dar cumplimiento a los compromisos adquiridos y cuál es el nivel de cumplimiento, el cual consta en documento pedagógico "Compromiso Ético" suscrito el 24 de junio de 2008, requisito 8.2 de la norma NTGP 1000: 2004.

3.9.3 La entidad formula planes de mejoramiento para cada una de las quejas y reclamos presentados los cuales no resultan ser apropiados para eliminar sus causas a las quejas y reclamos reportados por los usuarios toda vez que no elimina la causa de los mismos y no asegura la revisión de la eficacia del plan adoptado. Efectuado el análisis de las peticiones quejas y reclamos de la muestra seleccionada (meses de enero, mayo, septiembre y diciembre de 2009) se establece que son recurrentes en la temática y problemática planteada para los servicios de urgencias, atención al usuario, enfermería, vigilancia y facturación. Se incumple el requisito 8.5.2 de la norma NTGP 1000: 2004 y Ley 87 de 1993

3.10 CONCEPTO SOBRE LA RENDICIÓN DE LA CUENTA.

Con el fin de dar cumplimiento al procedimiento para revisar la presentación de la cuenta rendida por el Hospital a través del SIVICOF se estableció que:

En relación con el Plan de Mejoramiento, se rindió mediante formato CB 0402, a diciembre 31 de 2009, no corresponde al vigente, el cual fue aprobado el 23 de diciembre de 2009, puesto que en él no se incluyeron los hallazgos de la auditoría vigencia 2008, ni las acciones correctivas, indicadores, metas y demás elementos del Plan de Mejoramiento.

Así mismo no se incluyeron algunos de los hallazgos que quedaron abiertos en el seguimiento realizado en la auditoría 2008 como son: numerales 4.2.21 control interno, 4.2.25 control interno, 4.4.10 presupuesto, 4.5.6 contratación, facturación cartera 4.6.10, control interno 3.2.2.2.2, contabilidad 3.3.3, contabilidad 3.3.4, en tanto que los hallazgos de facturación 2.2.1 (2) (3), 2.2.4 (5) (6), 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5, 2.3.7, 2.3.8 y 2.3.9 están cerradas y las incluyeron.

De otra parte el formato CB - 0125 - PROCESOS POR GLOSAS SALUD no fue presentado en la cuenta anual a diciembre 31 de 2009,

Comparados los valores que figuran en contabilidad frente a los que figuran en el inventario de activos fijos presentados en SIVICOF, se estableció diferencia de

\$1.805.2 millones, lo anterior obedece a que las áreas de activos fijos y almacén no consolidaron la información para reportarla a este Ente de Control. Incumpliendo la Resolución 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.

La entidad realizó el reporte del formato CB – 0405, Relación PQR por tipología en cumplimiento de la rendición de cuenta de las vigencia 2009 el 13 de febrero de de 2010. Evaluado el contenido se establece que su reporte correspondiente a la vigencia 2009 no es el consolidado.

Observaciones: de la lectura a los inductores asunto y estado actual de la cuenta rendida se establece que no es suficiente para la adecuada valoración de la gestión de este componente.

Con relación a los formatos y documentos correspondientes al componente de presupuesto, reportados por el Hospital a la Contraloría en SIVICOF de las cuentas mensuales, intermedia y anual, de la vigencia 2009, se reportaron en los formatos descritos y en los términos establecidos, teniendo en cuenta lo contemplado en las Resoluciones Reglamentarias N° 020 de Septiembre 20 de 2006, 001 de 2007 y la 09 de 2008 y la Resolución Reglamentaria No. 034 del 21 de diciembre de 2009, salvo lo contemplado en las siguientes observaciones.

En los aspectos de forma, se encontró que en el documento electrónico CBN-1003, reportado por SIVICOF mensualmente durante la vigencia 2009, no se enviaron los informes de avance sobre el POR, solamente hasta la cuenta mensual de julio de 2010, se remitieron, como resultado del seguimiento al plan de mejoramiento de la vigencia 2008, efectuado por este ente de control.

Así mismo, con base en los lineamientos para las operaciones de cierre presupuestal emitidos en la circular de la Contraloría No.10000-2015, del 21 de diciembre de 2010, en el numeral 2, se estableció que el reporte de los formatos CB 1007 y CB 1008 del 30/12/2009, no fueron incorporados en tiempo real, por lo que estos informes se asimilan como no presentados. En tal sentido, se incumplió con la oportunidad y confiabilidad de la información que debió ser suministrada a este ente de control, con base en las directrices impartidas en la circular No 10000-2015 numeral 2 y con el artículo 2º, literal e), de la ley 87 de 1993.

Realizadas las pruebas de auditoría al recaudo acumulado reflejado en la ejecución presupuestal de ingresos en el formato electrónico CB-0101, reportado por el hospital en SIVICOF durante la vigencia 2009, se encontraron inconsistencias en los valores registrados en varias de las cuentas de la ejecución frente a los informes de cartera y tesorería.

En los ingresos corrientes - Venta de Servicios, en las cuentas Régimen Contributivo – EPS, Régimen Subsidiado - ARS no Capitado, Eventos

Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT, Fondo de Desarrollo Local, Entes Territoriales y Otros Pagadores por Venta de Servicios, se presentó subestimación de ingresos, al reportar una diferencia de \$644.9 millones, entre el recaudo registrado en el presupuesto de ingresos y la relación según cartera – tesorería. Situación similar se generó en las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios, en los rubros Fondo Financiero Distrital de Salud, Régimen Contributivo (EPS), Régimen Subsidiado (ARS), Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT, Fondo de Desarrollo Local y Otros Pagadores por Venta de Servicios, en donde la diferencia fue de \$153,6 millones.

En las cuentas observadas se refleja subestimación en los ingresos, situación que no permite establecer el recaudo real en el presupuesto, generando incertidumbre en las cifras, que dificulta la toma de decisiones acertadas por la falta de oportunidad en la información.

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

Así mismo, se observó que la entidad no reportó adecuadamente los formatos 20091231_402_CB0705_INVENTARIO_DE_APLICACIONES_SISTEMATIZADA S_EN_PRODUCCION y CB - 0706 - INVENTARIO DE APLICACIONES SISTEMATIZADAS EN DESARROLLO, dado que no se incluyen los desarrollos propios en ACCESS y otros software, que están en producción en otras áreas entre otras como planeación, cartera y facturación de uso complementario a la información del sistema SIGMA.

Las cuales establecen indebida presentación de la información reportada en la cuenta, aunado a las inconsistencias encontradas en el formato CB-0712__SEGURIDAD_INFORMATICA, frente a lo mencionado y constatado en la visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010, referente a la existencia del plan de contingencias y creación del comité de informática, así como los simulacros del plan, con soportes adjuntos al acta de visita. De conformidad a lo establecido en la Resolución 034 de Diciembre 21 de 2009 de la Contraloría de Bogotá.

De igual forma, no se presenta el formato CB-0711-PROYECTOS DE INVERSIÓN TECNOLOGÍA INFORMÁTICA, en coherencia con lo encontrado en desarrollo de la auditoría en la revisión del Plan de Desarrollo, respecto al reporte del proyecto: *“proyecto mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de la ESE. Componente: Sistemas de Información, Software” registrado en el presupuesto en el rubro Plataforma Tecnológica por valor de \$15.0 millones.*

El hospital San Blas, rindió el informe de Balance social en el aplicativo Sivicof, formato CBN1103, sin embargo revisada y verificada la información se observó que no cumplió con la metodología planteada por la contraloría, Resolución Reglamentaria 029 de 2009, porque enuncia las problemáticas pero no desarrolla todos los componentes de la metodología, faltando focalizar la población con necesidades e igualmente no enunciaron el logro obtenido con las acciones desarrolladas para contrarrestar las problemáticas.

Igualmente se observó que en el formato de CB-0404-indicadores no esta cumpliendo con los lineamientos, porque los rinde, pero no los clasifica el tipo de indicador según la gestión a medir Ej. eficacia, efectividad, entre otros.

En conclusión la Entidad, no ha dado cumplimiento a lo dispuesto por la Contraloría de Bogotá, para la rendición de la cuenta, en cuanto a calidad de la información reportada, forma y alcance de la misma.

3.11. SISTEMAS DE INFORMACION

3.11.1. Revisada la información suministrada por la administración a través de la oficina de Planeación y Sistemas en cuanto a Cuentas Abiertas no facturadas, y que permanecen en la base de datos de facturación del sistema de información SIGMA. Según reporte de sistemas de Cuentas Activas del período: enero 2002 a agosto 15 de 2010 con fecha de emisión: agosto 20/2010 y complementado por el área de facturación según acta de visita administrativa fiscal del 24 de agosto de 2010, la administración tiene de 161 registros reportados como cuentas abiertas de las cuales 50 corresponden a pacientes aún hospitalizados, los restantes después de diciembre de 2006, período posterior a lo observado en auditorías anteriores, se encuentran sin facturar 110 cuentas por valor de \$36.2 millones, de las cuales 20 no tienen valor y 12 cuentas reportan \$0.9 millones como abonos realizados por los pacientes.

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

Los reportes suministrados por la administración asociados a cuentas abiertas, contienen el número de cuenta, el número de historia, la identificación del usuario atendido, la fecha del servicio, el tipo de responsable, el responsable (entidad), la

vía de ingreso, el valor total de la cuenta y el valor de los abonos realizados asociados a cada registro.

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

Si bien la entidad en su respuesta certificó la generación de algunas facturas de las cuentas que figuraban abiertas por valor de \$33.8 millones, estas aún no se encuentran radicadas ni aceptado su pago por parte de la entidad que recibió el servicio.

De otra parte del valor reportado inicialmente, aún se encuentran cuentas abiertas por valor de \$2.4 millones, que conservan su presunta incidencia fiscal y disciplinaria.

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

3.11.2. Con base en los documentos de Plan de Contingencias suministrados por el hospital, la revisión del reporte de SIVICOF, y el acta de visita administrativa fiscal realizada al área de sistemas, se estableció que según el reporte CB-0712 Seguridad Informática con corte a 31 de diciembre de 2009 reportado por el hospital en SIVICOF, no hay plan de contingencias integral, según lo indicado en la visita administrativa dado que se encuentran productos aislados y específicos para ciertas áreas entre estas facturación, tesorería y procesos de backup.

Mediante visita administrativa fiscal del 29 de julio de 2010 se encontraron documentos y procedimientos relacionados con algún tipo de interrupción del funcionamiento de la base de datos, procedimiento en eventos de caída del sistema de facturación, los cuales una vez revisados en su contenido, se evidencian deficiencias de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas. No está debidamente difundido ni probado para asegurar que el plan se ajusta a los requerimientos y es eficaz.

Éste no contempla la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de acuerdo con las definiciones y lineamientos de la Comisión Distrital de

Sistemas y las normas y estándares internacionales referentes o consideradas por la comisión, ni los riesgos inherentes a cada uno de ellos, no se detalla su estructura, puntos críticos, características técnicas, entre otras, que puedan ser útiles en el momento en que suceda un incidente, siniestro o materialización de riesgos.

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

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

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

3.11.3. Revisados los documentos de Plan de Contingencias, el plan de informática reportado en la cuenta presentada a través de SIVICOF, la información de inventarios físicos del hospital, los inventarios presentados por el área de sistemas, las visitas administrativas fiscales, se estableció que no se tienen identificados la totalidad de los activos de Información, se encontró que estos instrumentos no contemplan la totalidad de los activos de información presentes en la entidad de conformidad con las políticas de seguridad de la información establecidas para el Distrito por parte de la Comisión Distrital de Sistemas.

En esta revisión se estableció que no se ha realizado el proceso de levantamiento de inventario de activos de información, ni análisis de riesgos y controles

inherentes a cada uno de ellos, de conformidad con los estándares normativos y técnicos establecidos en los lineamientos de la CDS.

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

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

3.11.4. Revisada la documentación en materia de sistemas presentada por la administración, la cuenta presentada con corte a 31 de diciembre de 2009 en SIVICOF, las visitas administrativas fiscales; se estableció que se elaboró un proyecto de resolución para la creación del Comité de Seguridad Informática, que debe comprender las políticas de seguridad informática, estructura, objetivos, temáticas de discusión, entre otros, de acuerdo con los lineamientos de la CDS. Sin embargo a la fecha no se ha formalizado su creación, ni se ha operacionalizado sus reuniones, en contravía con las normas establecidas.

De conformidad con ello, estas políticas deben contener los procedimientos y estándares adecuados a la arquitectura de seguridad que incluye el aseguramiento de una plataforma tecnológica y los controles y administración de los activos que garanticen la seguridad de la información de la entidad,¹⁴ lo anterior, a causa de las deficiencias de atención y seguimiento de la planeación y gestión de los recursos tecnológicos.

En consecuencia, puede generar la materialización de riesgos no contemplados. Se generan reprocesos, errores en la ejecución de los procesos, se pueden generar errores de datos por deficiencias en el procesamiento de la información, incumplimiento de los objetivos y metas planteadas por la entidad, incumpliendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993,

¹⁴ Resolución 305 de 2008. Políticas Básicas y Específicas TIC – CDS. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá. Numeral 1 del Artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.11.5. Revisado el plan de informática PESI, este no está alineado frente a las directrices de la Comisión Distrital de Sistemas CDS.

No se cuenta con un documento debidamente estructurado, con el correspondiente diagnóstico de la situación actual, ni contiene las intenciones, estrategias, metas de mejoramiento en materia de informática, las acciones que se planean realizar para la vigencia 2010, proyectos de informática a ejecutar en la vigencia para la cual se aprobó, entre otros temas.

En este sentido, el plan de informática no se ciñe al modelo de plan estratégico de entidades, incumpliendo lo preceptuado por la CDS en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, en lo que respecta a: **ARTÍCULO 1. OBJETIVO DE LA PLANEACIÓN DE INFORMÁTICA.** La política de Planeación de Informática busca, fundamentalmente, que las acciones relacionadas con la tecnología de la información y las comunicaciones, como son: la adquisición, contratación, desarrollo, implementación o utilización de nuevos sistemas o cambios tecnológicos, estén definidas y sean producto de un proceso detallado previo, que tienda al fortalecimiento de los esquemas de coordinación tecnológica de cada entidad u organismo distrital, y obedezcan a procesos continuos, ordenados, dinámicos y flexibles, con enfoque en el servicio a la comunidad y a la ciudadanía, y optimicen la toma de decisiones. **ARTÍCULO 2. PLAN ESTRATÉGICO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN (PESI).** Es obligación de las entidades, organismos y órganos de control del Distrito Capital, definir, ejecutar y actualizar su Plan Estratégico de Sistemas de Información (PESI), el cual debe estar dirigido hacia el soporte de los objetivos, planes, políticas y estrategias de cada ente público y debe servir para la racionalización del gasto y el seguimiento de las inversiones en Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), además ser el insumo para el proceso de evaluación de cada proyecto de inversión que se inscriba y ejecute ante la Secretaría de Planeación Distrital, conforme con la Directiva 02 de 2002 del Alcalde Mayor. **PARÁGRAFO.** El PESI debe ser definido por cada ente Distrital y estar actualizado anualmente en lo referente a diagnósticos, línea de base, dimensionamiento de la infraestructura tecnológica y avances en ejecución; ser avalado por la alta dirección de cada ente Distrital y enviado oportunamente al Presidente de la Comisión Distrital de Sistemas para su registro, revisión, seguimiento y coordinación interinstitucional. **ARTÍCULO 3. ALINEACIÓN DEL PESI.** El Plan Estratégico de Sistemas de Información debe estar alineado con los planes de: Desarrollo del Distrito, con el institucional por entidad u organismo; con el de acción definido por la Comisión Distrital de Sistemas y con las Estrategias de Gobierno en Línea expedida por el Gobierno Nacional y de Gobierno Electrónico Distrital. A fin de armonizar, articular, homogeneizar y robustecer el esquema de interoperabilidad para el Distrito y los sistemas de información de los diferentes entes distritales, se precisa que el "Plan Estratégico de Sistemas de Información (PESI)", de cada uno, debe ser elaborado con base en una metodología estándar, esto es, homogénea, consistente, articulada y documentada; que permita, de una parte, aumentar la eficacia en el uso de los datos y la información misional y administrativa; y de otra, optimizar la prestación de servicios y trámites tanto a los ciudadanos como a los usuarios internos de la Administración Distrital. **ARTÍCULO 4. DIRECTRICES E INSTRUMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PESI.** De manera general se tendrá en cuenta en el desarrollo, detalle y elaboración de las directrices de implementación del PESI, en cada ente público distrital, lo

siguiente: La pertinencia de los proyectos e inversión asociada; la sostenibilidad económica y funcional de los proyectos e infraestructura tecnológica asociada; la interoperabilidad de nuevos proyectos con infraestructura tecnológica existente y la inclusión de todos los costos asociados. De forma particular, se tendrán en cuenta temas instrumentales como son: La migración de plataformas e información; guías de contenido y elaboración de planes; capacitación para áreas funcionales y técnicas en dichos procesos; generación de gastos recurrentes de mantenimiento y operación; definición de indicadores de gestión y resultados que permitan realizar el seguimiento.

ARTÍCULO 5. METODOLOGÍA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA. Los Jefes de las entidades, organismos y órganos de control del Distrito Capital, deben adoptar y aplicar las directrices generales establecidas en el documento denominado "Metodología de Planeación Estratégica", el cual hace parte integral de la presente Resolución, incluyendo el instrumento denominado "Modelo Plan Estratégico de Entidades". (Anexo 1)."

En consecuencia, las actividades en materia de informática no se alinean a los objetivos de la entidad, transgrediendo lo establecido en los literales a y f del artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.6. Revisados los procesos de respaldo que actualmente realiza el área de sistemas, se encontraron deficiencias en su ejecución, dado que las copias de backup están expuestas a posibles riesgos de pérdida, deterioro, extracción, entre otros, por inicialmente no contar con elementos y medios adecuados de almacenamiento que mitiguen estos riesgos, no contemplan la generación de otras copias de respaldo que puedan ser almacenadas externamente bajo mecanismos de custodia adecuados que aseguren su integridad y disponibilidad buscando mitigar riesgos de posible deterioro, pérdida por diferentes causas tanto físicas como ambientales y/o agentes externos.

El hospital adolece en su infraestructura tecnológica de sistemas de redundancia eficientes, que aseguren en tiempo real el suministro de información de respaldo o que a lo sumo reduzcan los tiempos de respuesta y de restablecimiento de la operación ante posibles riesgos o contingencias que se materialicen.

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

3.11.7. A través de visitas administrativas fiscales realizadas en desarrollo de la auditoria, se establecieron debilidades en el tratamiento de los riesgos del área de sistemas y los procesos en los cuales interviene, entre otras la ausencia de la definición e implementación de controles a los riesgos identificados en el mapa de riesgos que aseguren su mitigación y su posterior seguimiento para la toma de decisiones. La ausencia de resultados producto de la aplicación de los indicadores planteados ni el seguimiento y análisis al nivel de mitigación de los riesgos identificados, que determinen la eficacia de los controles implementados.

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

3.11.8. Revisada una muestra de días de los registros documentales físicos de las dietas suministradas a pacientes y vales de dietas adicionales, en cumplimiento del contrato de alimentación No.578 de 2009, durante los meses de noviembre y diciembre de 2009, confrontado contra el registro digital en hoja electrónica suministrado por la nutricionista responsable del registro en el hospital, y los cuadros agregados de “Resumen Diario de Dietas Entregadas” suministradas en los meses citados, que reposan como soporte de la ejecución en la carpeta del contrato y la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y diferentes áreas de pacientes hospitalizados generada por la oficina de sistemas del sistema de información SIGMA, se encontraron algunas inconsistencias en las cantidades de dietas y datos registrados.

Entre los cuales se destacan: registros incompletos sin nombre del paciente al cual se le entregó la dieta o refrigerio, inconsistencia entre los registros y cantidades individuales y los agregados reportados al final de la planilla, incoherencia entre el número de cama registrado en la planilla y el código de identificación de la cama que se registra en la base de datos de pacientes atendidos en urgencias y hospitalizados durante la vigencia 2009, incoherencia entre dietas entregadas a un paciente con nombre registrado en la planilla y que no aparece ni en las fechas indicadas ni en el área de la base de datos de pacientes señalada en el registro de las planillas como dieta efectivamente entregada, los tipos de dietas cambian de una jornada a la otra, utilización de códigos alfabéticos diferentes a los generalmente parametrizados, ilegibilidad de los registros de tipo de dieta indicada y uso de letra ilegible, registros de cantidades entregadas en lápiz que fácilmente pueden ser modificados, registros enmendados o borrados.

Revisando las hojas electrónicas en donde se registran las dietas entregadas, se estableció que no se cuenta con registros automáticos individuales por paciente y dieta entregada solo están registrados los agregados, dificultando la identificación y verificación adecuada de los registros documentales suministrados, con el agravante que este tipo de herramientas ofimáticas presentan vulnerabilidad en cuanto a seguridad e integridad de la información que se registre, y en los errores en que se puede incurrir por registros errados o cuantificaciones manuales que no permiten validación de integridad o consistencia alguna, y no aseguran confiabilidad de la información. En ese sentido, el hospital carece de un sistema de información adecuado para el registro y control de este tipo de información crítica que implica erogaciones importantes y periódicas que pueden aumentar el riesgo de pagos de mayores valores por dietas no entregadas efectivamente y que con las deficiencias de control automático presentes no se pueden vislumbrar o verificar previamente.

Las deficiencias señaladas generan incertidumbre sobre la cantidad real entregada y por consiguiente puede generar errores de cálculo de los valores cobrados.

Así mismo, en los registros documentales físicos se observaron deficiencias de archivo, dado que estas planillas y vales no tienen elementos adecuados de protección externa (carpetas, plásticos, etc.) que aseguren su mantenimiento o almacenamiento integro sin deterioros por causas ambientales externas o de manipulación. Tampoco están debidamente legajadas, foliadas, organizadas ni almacenadas, que pueden afectar la trazabilidad de los soportes e información registrada.

Por todo lo anterior, se pueden generar errores de datos por deficiencias en el procesamiento de la información y soporte de los registros, que pueden generar posibles incumplimientos contractuales y por ende un posible detrimento al erario público por mayores valores generados por dietas no entregadas, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.9 Revisados los registros y herramientas utilizadas para el procesamiento de información y cálculo de indicadores de gestión y generación de estadísticas, se encontró que el hospital carece de un sistema de información adecuado que permita la generación automática de la aplicación de los indicadores de gestión en ejecución de los planes operativos y de acción que permita el seguimiento en tiempo real de las acciones y estadísticas que se generan por la prestación de los servicios.

Se encontró que las consultas utilizadas para generación de estadísticas e indicadores no están documentadas, el software que se utiliza es un aplicativo de desarrollo interno en ACCESS 2000 que se implementó para generar los datos agregados de los diferentes parámetros y/o variables que sirven de insumo para el cálculo, generación de estadísticas e indicadores. Es un aplicativo en el cual se han programado consultas de acuerdo a los requerimientos de los entes competentes que regulan el sector y con base en la estructura de información del sistema SIGMA origen de los datos.

Así mismo, se cuenta con un Capturador de Datos en el cual se registra la información una vez se identifica el dato, se agrega y se registra en la hoja electrónica, este procedimiento se hace de manera semiautomática registrando en la matriz de datos por períodos mensuales por tipo de dato y servicios, con este insumo en otra hoja electrónica se calcula los indicadores formulados mediante fórmulas ya parametrizadas y fijas en la hoja electrónica. En este sentido, se observó según lo indicado por el responsable, que se han tenido inconvenientes con la integridad de la información por la vulnerabilidad de la herramienta, máxime si se tiene en cuenta que la versión del Excel es 2.000, que tiene restricciones de saturación de datos y puede generar fallas y pérdidas de información.

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

3.11.10. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que el contratista que se encargó de la gestión de sistemas durante el período comprendido entre el 17 de noviembre hasta el 26 de enero de 2010, ASEFIX, presentó faltantes que se especifican en informe donde la nueva firma recibe los inventarios, licencias, y pendientes de procesos, que fueron reportados a Activos Fijos a través de oficios. En éste se indica la pérdida de licencias que el contratista nunca entregó, a la fecha este contrato no se ha liquidado y la administración no ha iniciado los trámites pertinentes para el reintegro de los bienes pendientes o perdidos y el reconocimiento de valores por los daños ocasionados por la generación inadecuada de copias de respaldo que generaron reprocesos, caída del sistema entre otros.

Lo anterior, puede configurar posibles incumplimientos contractuales y por ende un posible detrimento al erario público por los bienes extraviados, transgrediendo lo contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003 y lineamientos establecidos en la Resolución 305 de 2008 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, Directiva 05 de 2005 del Alcalde Mayor de Bogotá.

3.11.11. En visita administrativa fiscal al área de sistemas se estableció que con el apoyo del Fondo Financiero Distrital se realizaron mesas de trabajo con las 8 EPSs principales que son Salud Condor, SolSalud, Salud Total, Unicajas, Ecoopsos, Humana Vivir, Caprecom y Colsubsidio, con las cuales se revisaron los estados de cartera y se establecieron compromisos de acuerdo pago por \$1.585 millones, sobre estos acuerdos de pago que se firmaron, se realiza seguimiento de cumplimiento en los meses de julio y agosto de 2010 notificando a las respectivas instancias de control como son FFDS, la Superintendencia Nacional de Salud, Personería de Bogotá, Haggen Audit y las respectivas EPSs. De este incumplimiento la EPS subsidiada que no ha dado cumplimiento a ninguno de los compromisos es Salud Córdor con la cual se notifica a entes de control FFDS, quienes toman la determinación de girar en forma directa los valores incumplidos de Salud Córdor descontando de los giros que les realizan a la EPS.

No obstante lo anterior, se estableció que los acuerdos firmados en las mesas de trabajo, incluyen según lo indica la normatividad vigente el pago de estos intereses, pero a la fecha estos se encuentran en proceso de cobro persuasivo y no se ha acudido a la instancia de cobro coactivo como tampoco se ha realizado cobro de intereses.

Lo anterior, puede configurar posibles incumplimientos de los acuerdos de pago y por ende un posible detrimento al erario público por dejar de cobrar los intereses de mora que se causen, transgrediendo lo contemplado en los acuerdos y en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003

3.11.12. Revisando los procesos de baja de elementos y el inventario físico a diciembre 31 de 2009 y los soportes de los mantenimientos realizados por el contratista Tecnicentro Automotriz Hyundautos Ltda., se encontró que a tres vehículos OBA 718 Land Rover Santana, OBD 189 Ford 350 y OAI Mazda 323, que en el momento tienen concepto de baja, se le realizaron mantenimientos superiores a su valor comercial, vehículos que ya habían cumplido su vida útil, dado que son de modelos entre 15 y 20 años atrás. Lo que evidencia debilidades de control de los inventarios y deficiencias de planeación en los procesos de reposición del parque automotor que genere gestión antieconómica por inversiones de recursos inocuas en activos ya obsoletos. transgrediendo lo



contemplado en los literales a y f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993, numerales 5, 6 y 8 del artículo 10º del Decreto Nacional 205 de 2003.

4. ANEXOS

4.1 CUADRO DE HALLAZGOS

Millones de pesos

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION		
			3.3.01	3.3.02	3.3.03
ADMINISTRATIVOS	79		3.3.04	3.3.05	3.3.06
			3.3.07	3.3.08	3.3.09
			3.3.010	3.3.011	3.3.012
			3.3.013	3.3.014	3.3.015
			3.3.016	3.3.017	3.3.018
			3.3.019	3.3.020	3.4.1
			3.4.2	3.4.3	3.4.4
			3.4.5	3.4.6	3.4.7
			3.4.8	3.5.1	3.5.2
			3.5.3	3.5.4	3.5.5
			3.5.6	3.5.7	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
			3.6.14	3.6.15	3.6.16
			3.6.17	3.7.1.1	3.7.1.2
			3.7.1.3	3.7.3.1	3.8.1
			3.8.2	3.8.3	3.8.4
			3.8.5	3.8.6	3.8.7
			3.8.8	3.9.1	3.9.2
			3.9.3	3.11.1	3.11.2
			3.11.3	3.11.4	3.11.5
3.11.6	3.11.7	3.11.8			
3.11.9	3.11.10	3.11.11			
3.11.12					
FISCALES	8	124.0	3.3.014 \$2.4	3.3.015 \$1.7	3.3.016 \$10.1
			3.4.2 \$24.3	3.6.14 \$25.6	3.6.15 \$28.5
			3.8.8 \$29.0	3.11.1 \$2.4	
DISCIPLINARIOS	21		3.3.014	3.3.015	3.3.016
			3.4.2	3.5.2	3.6.1
			3.6.2	3.6.6	3.6.7
			3.6.8	3.6.9	3.6.10
			3.6.11	3.6.14	3.6.15
			3.7.1.3	3.8.2	3.8.3
			3.8.8	3.11.1	3.11.4
PENALES	0				

4.2 SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCION

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.1 Algunos funcionarios del hospital no conocen el Código de Ética, ni el Código de Buen Gobierno según lo establecido en el artículo 21 del Decreto 168 de 2007, que reglamenta el Acuerdo Distrital 244 de 2006 por el cual se establecen y desarrollan los principios y valores éticos para el ejercicio de la política pública en el distrito capital?, lo cual impide cumplir con lo señalado en el Código de Buen Gobierno ¿generar confianza tanto en los clientes externos como internos y asegurar la integridad ética empresarial, la adecuada administración de sus asuntos y la correcta administración de los recursos Humanos y Tecnológicos? contraviniendo lo establecido en el literal c) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Se continuara en los procesos de induccion y reintroducción del año 2010 impartiendo la información a cerca de los valores institucionales codigo de etica y en especial el codigo de buen gobierno a todos los servidores publicos de la institucion	No de funcionarios cpacitados en el año/ No. total de funcionarios *	0.5	Talento Humano	Laura Acevedo	Humanos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	0,94	Se evidencia que durante el primer semestre de 2010 se capacitaron 324 funcionarios (Planta - Contrato) en inducción, reintroducción temas como código de Buen Gobierno, código de ética, valores institucionales etc	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.2 No se observa con claridad las metas establecidas en el proyecto PIC por parte del Hospital en desarrollo de los objetivos centrales del Plan de Desarrollo, sino que en la ficha EBI se describen las metas correspondientes al Plan de Desarrollo del Distrito para el periodo 2009-2010, quedando por fuera del registro la información correspondiente al segundo semestre del periodo de 2008, incumpliendo lo establecido en el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993. Teniendo en cuenta las acciones de obligatorio cumplimiento en los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, donde las acciones incluidas en cada uno de los ejes programáticos de este Plan, en el ámbito de sus competencias, se deben desarrollar a través de las áreas subprogramáticas: Eje Programático de Aseguramiento, Eje Programático de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, Eje Programático de Salud Pública, Eje Programático de Promoción Social, Eje Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales, Eje Programático de Emergencias y desastres.	Articular al Plan de Desarrollo del Hospital 2008-2012 las metas establecidas en el PIC para el periodo 2010	Metas en el PIC articuladas al plan de Desarrollo 2008-2012	1	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos Físicos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	1	Los indicadores correspondientes al Pic pertenecen al eje estructurante de competitividad, perspectiva financiera del Plan de Desarrollo Institucional que a su vez apunta al eje estructurante de ciudad de derechos del plan de Desarrollo Bogotá Positiva - Gestión Social Integral cuya meta es construir implementar y monitorear el Plan de intervenciones colectivas	2	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.3 No se evidencia claramente una interrelación con los objetivos estructurantes definidos en el Plan Estratégico de la ESE Hospital San Blas, los objetivos de: legitimidad Social, Sostenibilidad Financiera y Competitividad, dificultando por lo tanto, el adecuado direccionamiento estratégico para el respectivo seguimiento y evaluación a los respectivos planes, programas y proyectos que ejecute la ESE contraviniendo lo normado en los literales b) y c) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Articular los objetivos estructurantes del Plan de Desarrollo DEL Hospital 2008-2012 con la metodología BSC la cual permite hacer seguimiento y evaluar los planes programas y proyectos que se controla a través del POA.	No. Objetivos evaluados en el periodo /Total de objetivos estructurantes planteados en el periodo* 100	1	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos Físicos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	1	Se articulo el plan de desarrollo instiucional con los objetivos estructurantes con ciudad de derechos, legitimidad social, participación y gestión pública eficiente el cual la oficina de planeación hac entrega a Gestión Pública y Autocontrol como se articula, para la vigencia del 2009 se evaluo el plan de desarrollo respecto al cumplimiento de las metas trazadas, en cada Poa se observa la perspectiva del BSC	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.4 'En el área de presupuesto se identificó con un nivel de riesgo alto ?Falta de software?No contar con un software especializado para uso de presupuesto? y con riesgo medio ?Falta de archivo?No contar con la información debidamente archivada?. Durante la vigencia 2008, la información presupuestal requerida por la Secretaría de Hacienda Distrital, se efectuaba por intermedio de la Secretaría Distrital de Salud, pero a partir de la vigencia 2009, Hacienda solicitó que la información se remitiera directamente, por lo que un riesgo latente durante el 2008 fue la falta de implementación del sistema PREDIS en forma directa con la SDH contraviniendo lo normado en el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993	Uso e implementación del software predis	No de informes realizados y validados por el sistema predis	12 informes	Subgerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas Rozo y Mauricio Ariza	Humanos y Técnicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,42	Reportes de Ingresos y gastos de los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2010 validado por predis	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.1.5 En el área financiera no se realiza un monitoreo adecuado de los riesgos, frente a factores externos. Un riesgo alto es la ?Falta de presupuesto para ejecutar algunos proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo?, debilidad en los procesos de gestión por parte de la administración para la debida consecución y programación de recursos, incumpliendo el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar para que los proyectos del Plan de Desarrollo, que requieran recursos propios, queden financiados en el presupuesto.	Gestionados	UNO	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Cermeño	Propios	2010/04/01	2010/12/31	bitresmensualmente	1	En el presupuesto asignado para la vigencia de 2010 se asignó en la parte de inversión la suma de \$1,245,000,000, de los cuales están discriminados así: programa fortalecimiento y provisión de los servicios de salud - Dotación \$300 millones que cofinancia el Plan Bienal 2010-2011 y proyecto de reposición de equipos biomédicos, en el que se está trabajando actualmente y será radicado en el mes de junio/2010. Programa ahora decidimos juntos - Participación Social por el Derecho a la Salud \$50 millones con el cual se fortalecerá la Asociación de usuarios y Copacos y el Control Social sobre los recursos públicos en el cual se está trabajando y será enviado para revisión a la Secretaría Distrital de Salud en el mes de julio de 2010. Programa Tecnologías de la información y	1	E

													comunicación al servicio de la ciudad- Dotación Plataforma atencológica \$400 millones con los cuales se proyecta cofinanciar el proyecto de cambio de software del hospital. de los cuales se viene adelantando las gestiones necesarias ante la Secretaria Distrital de Salud para que se incluya dentro del Proyecto Distrital de Historia Clínica Unica Digita..		
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.1 La entidad tiene definidas las políticas de gestión y control de la empresa en el Código de Buen Gobierno Institucional. No obstante, en la página web del hospital www.hospitalsanblas.gov.co/ se evidencian cuatro políticas institucionales: calidad, comunicación, talento humano y de seguridad informática que no están unificadas con las definidas en el Código de Buen Gobierno, en donde se incluyen las políticas de: Gestión y Control de la Empresa, con los clientes externos, y contratación para venta de servicios; política de calidad; política de seguridad del paciente; política de responsabilidad social y ambiental; lo cual impide tener información actualizada consistente y oportuna de las políticas del hospital, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Actualizar la página web del Hospital	Actualización permanente de la página Web	1	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos Físicos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Mensual	0,5	Verificando la página web se evidencia la inclusión de la política de seguridad del paciente, no obstante lo anterior se recomienda bajar la política ambiental que también fue incluida pero no se tiene aprobada mediante resolución.	0,7	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.2 Se evidencia ausencia de puntos de control que permitan cancelar en forma oportuna los servicios públicos de la entidad, evitando el pago de intereses moratorios que disminuyen el patrimonio de la entidad impidiendo la adecuada administración de los recursos, incumpliendo lo consagrado en los literales a) y b) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Establecer puntos de control y seguimiento para el pago oportuno de las facturas de servicios públicos	No de facturas canceladas oportunamente/ No. de facturas a cancelar *100	1	Sub Gerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero y Milciades Vanegas Roza	Humanos y Financieros	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	Se levanta procedimiento pago servicios públicos, resolución interna por Gerencia de 4 de junio de 2010	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.3 La entidad presenta indicadores financieros de manera oportuna la información contable a las entidades públicas que la requiera, sin embargo, no se evidencia indicadores para evaluar la ejecución de actividades, lo cual dificulta el seguimiento y monitoreo al desarrollo de la tarea, contraviniendo el literal f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Identificación e implementación de indicadores financieros	No de indicadores aplicados / No de indicadores identificados *	1	100	Sub Gerencia Administrativa y Financiera y Coordinación Financiera	Jose Alberto Romero y Milciades Vanegas Rozo	Humanos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Mensual		Se identificaron indicadores de actividad, no obstante lo anterior en Planeación no reporta fichas técnicas.	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.4 Se observan debilidades frente a la consistencia y uniformidad en el adecuado procesamiento de los datos e información que registra el sistema de información SIGMA con relación a la que administra y manejan las áreas asistenciales del Hospital; donde los procedimientos de registro, validación, análisis y reporte de la información no tienen un filtro para unificar criterios de información al igual que no se evidencia una parametrización de la información entre las áreas asistenciales con el área de planeación y sistemas que en últimas es quien consolida y valida la información oficial. Es así que el área asistencial registra una información sobre el número de pacientes hospitalizados en el Área de Urgencias de 4.182 pacientes, mientras que en el reporte del sistema SIGMA se registran egresos de urgencias de 1.971 egresos, en contravía de lo normado en el literal e) del artículo 2º y el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.	1	Uno	Gerencia	Jose Cermeño	Humanos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	1	Acta de 26 de enero de 2010 reunion en la sala de oficina de sistema de la SDS tema Cambio del software del Hospital San Blas en donde el Ingeniero Omar Palacios hace incapie s que se mantiene la directriz de la SDS en la que el Secreatrío de Salud inofrma que ninguna ESE está utorizada para hacer inversión en compra de software, el ingeniero Palacios manifiesta que se hará un diagnostico de las necesidades en lo que concierne a hardware, como base para implementar el software relacionado con Historia Clinica Unica Distrital y Telemedicina. Oficio del Secretario de Salud donde informa que cualquier inversión en desarrollo o arriendo del software diferente a los mencionados anteriormente o invrsión en plataforma tecnologica , deberá tener la autorización expresa y escrita de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS para el efecto	0,5	E	

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.5 Los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones, situación evidenciada en la solicitud de información 100121-23 de noviembre 3 de 2009, sobre el ?reporte de cirugías aplazadas o canceladas por falta de ropa esterilizada, desde la compra del equipo autoclave marca Baumer a la fecha?, que de acuerdo con la información suministrada por Planeación, no tiene en cuenta el libro de registro manual de salas de cirugías, es decir, no existe un sistema integrado de información, lo cual genera incertidumbre en la información de la entidad, infringiendo el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición de un aplicativo base que permita integrar la información asistencial y administrativa y que permita la adecuada toma de decisiones gerenciales	1	Uno	Gerencia	Dr. Carlos Eduardo Pineda	propios	2010/01/01	2010/12/31	Trimestralmente	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basada en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.6 Se evidencian debilidades en el sistema de la información secundaria, al observarse que en la rendición de la cuenta a través del SIVICOF en lo correspondiente a los Formularios CB-0408C, CB0501E4, CBN1094 la información suministrada por la entidad no es suficiente, oportuna ni confiable en la presentación de sus registros lo que genera incertidumbre en contravía de lo establecido en el literal e) de los artículos 2º y 3º de la Ley 87 de 1993.	Rediseñar los procedimientos para la organización, sistematización y verificación de la información relacionada con servicios públicos (energía)	Registro de Consumos: No. Registro Realizados/No. Registro por Realizar * 100	100% de la información (consumos y costos) sistematizada y verificada	Sub Gerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero y Adriana Patricia Rincón	Humanos y Técnicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	Se levanta procedimiento pago servicios públicos, resolución interna por Gerencia de 4 de junio de 2010	0,5	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.7 El hospital tiene manuales, informes, actas, actos administrativos, formatos, normas contables, sistemas de información y herramientas como intranet e Internet. Cuenta con el aplicativo SIGMA para procesar información de facturación, cartera, tesorería, cuentas por pagar, inventarios, activos fijos y nóminas, por interfases, es decir, el sistema de información financiera no está integrado y no cuenta con el módulo de costos que se viene ejecutando de forma manual, hojas en Excel, desconociendo la obligación legal de implementar sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control según lo establecido en el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición del aplicativo .	1	Uno	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Cermeño	Humanos y Financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basada en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de heon y cactus	0,5	E
--	------------------------------	--	---	---	-----	---------------------	---	-----------------------	------------	------------	------------	---	--	-----	---

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.8 El área de presupuesto no cuenta con el módulo del sistema de información SIGMA, lo que impide generar interfaces con las demás dependencias relacionadas como tesorería, contabilidad, cuentas por pagar y cartera, entre otras, situación que obliga a realizar los cruces de los registros en forma manual, lo cual genera un nivel de riesgo alto en la información, que fue identificado por el área de presupuesto ¿Falta de software? No contar con un software especializado para uso de presupuesto?. De otra parte, los sistemas de información PREDIS y SIGMA, en ocasiones generan reprocesos para la generación de informes finales, por cuanto obliga a realizar cruces con el paralelo en Excel, que concentra los datos de manera individual, lo que no permite un sistema integrado y ágil de la información. Consultada la página web del hospital, se evidenció que no están publicados los informes financieros presupuestales en contravía de lo establecido en el literal i) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición de un sistema integrado	1	UNO	Gerencia-Planeación	Dr Carlos Eduardo Pineda y Jose Cermeño	Humanos y Financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basada en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfaces de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON, acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.2.2.9 La difusión de políticas e información generada dentro de la entidad contribuye al fortalecimiento de la imagen institucional. Los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas se realiza a través de comités internos, sin embargo, no hay oportunidad en el reporte de información por parte de la gestión ambiental y sanitaria del hospital responsable del monitoreo, y consolidación de informes a las autoridades competentes, según se evidenció en la documentación y actas de comité ambiental de la vigencia 2008, incumpliendo lo preceptuado en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Realizar entrega completa y oportuna de reportes y consolidados a las autoridades competentes	No de informes entregados oportunamente/ No total de informes a presentar*100	100%	Sub Gerencia Administrativa y Financiera	Jose Alberto Romero, 'Adriana Patricia Rincón	Humanos y Ténicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,25	Envío informe trimestral PIGA (I) a Secretaría Distrital de Ambiente, presentación informe anual de gestión de residuos hospitalarios, presentación de informe de caracterización de vertimientos, envío de indicadores de Gestión Integral de Residuos hospitalarios 2009	0,5	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.2.10 La pagina Web www.hospitalsanblas.gov.co no está actualizada, lo que impide tener información oportuna y confiable para acceder a los servicios, en tanto no se evidencia, por ejemplo, información de resultados de la gestión, indicadores financieros del hospital, políticas unificadas, divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios, noticias actualizadas y listado de funcionarios en donde se indique cargo, teléfono y/o extensión incumpliendo el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Actualización de la página Web del Hospital	12	1	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos Físicos y Técnicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,5	Se verifica que en la página se incluyeron indicadores financieros, balance, Estado de Pérdidas y Ganancias del año 2009 , en cuanto al año 2010 esta misma información a corte marzo, se registra plan de compras 2010, y noticias actuales	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3.2.3.1 Se observa debilidades en el subsistema de control de evaluación, en lo referente a que no se evidenció un análisis y evaluación respectiva al Plan de Desarrollo "Bogotá sin indiferencia: un compromiso contra la pobreza y la exclusión" correspondiente al periodo 2004-2008. Situación que hacia parte de los lineamientos generales del plan de gestión de la actual administración con el fin de realizar el seguimiento, evaluación y control estratégico de la ejecución de las metas físicas y financieras del plan de desarrollo finalizado a mediados de la vigencia fiscal de 2008, incumpliendo el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Articular los objetivos estructurantes del Plan de Desarrollo 2008-2012 con la metodología BSC la cual permite hacer seguimiento y evaluar los planes programas y proyecto que se controlara a través del POA.	No. De evaluaciones realizadas / Total de evaluaciones programadas *100	1	Oficina de Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos Físicos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	0,5	Se articula el plan de desarrollo institucional con los objetivos estructurantes con ciudad de derechos, legitimidad social, participación y gestión pública eficiente el cual la oficina de planeación hace entrega a Gestión Pública y Autocontrol como se articula, para la vigencia del 2009 se evaluó el plan de desarrollo respecto al cumplimiento de las metas trazadas, en cada Poa se observa la perspectiva del BSC	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	PLANEACION - SISTEMA S-SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - AREA DE ATENCION AL USUARIO	3.2.3.2 De acuerdo con la programación de las agendas medicas por especialidad, no se evidencia una política de autoevaluación de la gestión a realizar y/o realizada, mediante algún instrumento de medición que soporte las planillas de reporte de programación de agendas, en el sentido que se puedan consolidar la información pertinente sobre las consultas atendidas, incumplidas, pendientes de reprogramación y motivos de cancelación, entre otras, contraviniendo lo estipulado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Realización de un informe que incluya la consolidación de la información relacionada con el número de consultas atendidas, canceladas, incumplidas, reagendadas, y sus motivos para el análisis, toma de acciones preventivas y correctivas y ampliación del análisis producción vs. capacidad instalada.	No total de informes	4	Sub Gerencia de Servicios de Salud , Planeación y Oficina de Atención al Asuario	Mauricio Tribin, Gina Gutierrez, Martin Rodriguez y Diba Burbano	Humanos - Técnicos y Físicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestralmente	0,5	Recibido Información Enero y Febrero 2010, como tambien informe primer y segundo trimestre en donde se evidencia el aumento de inasistencia de un aumento a otro debido a causas inherentes al paciente	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.1.1 Con relación a la venta de servicios con cargo al contrato de vinculados, se refleja que de un presupuesto definitivo de \$18.042.9 millones, se recaudaron recursos por \$16.625.1 millones, equivalentes al 92.14%. Este ingreso se perfeccionó mediante la facturación generada por el Hospital al FFDS, por la suscripción y ejecución de los convenios interadministrativos Nos: 475 del 27/04/07, para vinculados, incluido el proyecto de gratuidad en salud, ejecutado desde el mes de octubre de 2008, cuyo objeto es "¿la cuota de recuperación para la población afiliada al régimen subsidiado, identificada en los niveles SISBEN 1 y 2, que demande servicios de salud no POS-S que se encuentre dentro de los siguientes grupos poblacionales (1) población entre 1 y 5 años, (2) mayores de 65 años y (3) población con discapacidad severa, será asumida por el FFDS?" y el convenio para desplazados, suscrito el 28/09/07. Durante la vigencia 2008, el mes de marzo es el que registra el mayor recaudo (40.14%), representado en \$6.674.09 millones, sin embargo, en los comprobantes de ingreso a tesorería de este mes, se registra un valor de \$6.707.82 millones, presentándose una diferencia de \$33.72 millones, correspondiente al recibo de caja No.1074436 del 04/03/2008, valor no incluido en esta cuenta, pero que se relaciona en el rubro presupuestal FFDS - APH, lo que evidencia un registro indebido en la cuenta FFDS - APH, por cuanto el recaudo de los \$33.72 millones, pertenecen es al rubro FFDS	Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería	Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas	12	Sub Gerencia Administrativa y Financiera , Coordinador Financiera , presupuesto y Tesorería	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas Rozo, Mauricio Ariza y Edwin Gonzales	Humanos Tecnicos y propios	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,5	Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010	0,45	E

		Atención a Vinculados, acuerdo al objeto definido en el plan de cuentas presupuestales, esta situación ocasiona por un lado sobreestimación de las cuentas y por otro disminución, en cuanto al recaudo efectivo generado durante el período, como consecuencia se evidencia que no se está cumpliendo estrictamente con el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1993.													
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.1.2 Evaluado el rubro Atención a Vinculados, se encontró que el recaudo producto del convenio N. 137 de 2005, para atender los accidentes escolares, suscrito entre las Secretarías Distrital de Salud y de Educación, corresponde a pagos de actividades prestadas y facturadas de la vigencia 2007, que se registraron en la vigencia 2008; de ese recaudo, el recibo de caja No. 1061872 del 22/01/2008, por valor de \$0.82 millones, se registró en la ejecución de ingresos del presupuesto en las cuentas por cobrar - FFDS, en el mes de enero de 2008. De otra parte, los recibos de caja No. 1088422 del 22/04/2008, por valor de \$2.92 millones y el No. 1092927 del 08/05/2008, por \$1.18 millones, se registraron a nombre de la Secretaría de Educación en los meses de abril y mayo de 2008, en el rubro presupuestal de Cuentas por Cobrar - Otros pagadores. Por lo anterior se evidencia que el hospital no registró el recaudo de los \$4.1 millones, correspondientes a los recibos de caja Nos: 1088422 y 1092927, en el rubro cuentas por cobrar FFDS, sino en el rubro cuentas por cobrar - Otros pagadores, situación que determina un indebido registro en los valores de la cuenta de cobro, lo que denota que faltan puntos de control en el área, contraviniendo lo estipulado en el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1993.	Efectuar la conciliación Mensual por conceptos presupuestales y de tesorería	Conciliaciones efectuadas / Conciliaciones programadas	12	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera, presupuesto y Tesorero	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas Rozo, Mauricio Ariza y Edwin Gonzalez	Humanos Tecnicos y propios	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,5	Conciliaciones de presupuesto contra tesorería, enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2010	0,45	E

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)</p>	<p>3.4.1.3. Al realizar el cruce entre la Resolución de Liquidación del presupuesto de la ESE, No. 324 del 28 -12-2007, se presenta diferencia de \$50.0 millones, porque en la ejecución de gastos e inversión, en el plan de desarrollo Bogotá sin Indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, EJE SOCIAL, Salud para la vida digna, Universalización de la atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario?, se registró en la apropiación inicial, la suma de \$19.437.3 millones y según la Resolución referida, el valor es de \$19.487.3 millones. Igualmente, en el rubro Materiales y suministros asistenciales y ambientales, en la ejecución se registra como apropiación inicial, la suma de \$2.289.6 millones y en la Resolución se aprobó la suma de \$2.339.6 millones, generándose una diferencia de \$50.0 millones. Lo anterior ocasiona inconsistencias entre lo aprobado en la Resolución, frente a lo reportado en el formato de ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento e inversión de la vigencia 2008, transgrediendo lo establecido en el artículo 3, literal e) de la Ley 87 de 1993.</p>	<p>Remitir Resolución Definitiva 2007 a Contraloría Distrital, con la cuenta Anual 2009</p>	<p>Resolución Enviada</p>	<p>1</p>	<p>Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera y Presupuesto</p>	<p>Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas y Mauricio Ariza</p>	<p>Humanos</p>	<p>2010/02/01</p>	<p>2010/02/01</p>	<p>Mensual</p>	<p>1</p>	<p>En la presentación de la cuenta anual vigencia 2009 se adjunto las evidencias del compromiso del plan de mejoramiento (3,4,1,3 - resolución liquidación presupuesto 2008. 3,4,1,6 relación de actas de liquidación del rubro cuentas por pagar y los numerales 3,4,1,7 y 3,4,1,8 conciliación vigencia 2009 SIVICOF se adjuntan mediante oficio 300- saf-039 DE FEBRERO 15 DE 2010, radicación de Contraloría Distrital No. 201012006 de fecha febrero 16 de 2010</p>	<p>1,8</p>	<p>C</p>
---	-------------------------------------	--	---	---------------------------	----------	---	--	----------------	-------------------	-------------------	----------------	----------	--	------------	----------

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO	3.4.1.4 En el informe de austeridad del gasto, presentado por la ESE en la cuenta anual de 2008, por el sistema de información SIVICOF, se observó mediante prueba selectiva que los siguientes medicamentos e insumos hospitalarios, no presentaron cambios significativos en los valores unitarios, como por ejemplo: ?Amikacina Solución inyectable 250 mg/mL (500 mg/2 mL), Ampolla x 2 ml?, adquirido mediante del contrato No. 410 con CORPAUL del 14-03-2008 a mayo de 2008, se compró a \$566 pesos, el mismo precio adquirido en la vigencia 2007, posteriormente se pactó el contrato No.1504 con el mismo proveedor, con un plazo del 27-10-2008 al 27-12-2008, por medio de este nuevo contrato, se compraron 150 unidades, a \$420 pesos, el mismo precio de la vigencia 2007. Con lo anterior se evidenció que el descuento del valor inicial del medicamento en el 2007, que era de \$566 pesos, a \$420 pesos en el 2008, solo se hizo efectivo desde el mes de octubre, hasta diciembre de 2008 inclusive y no por toda la vigencia, como se relaciona en el informe reportado por el hospital. Igualmente, con el medicamento ?Calcio gluconato Solución inyectable 10%, Ampolla x 10 mL.?, hasta el mes de junio de 2008, se compró a los mismos \$447 pesos, de la vigencia 2007 y a partir del mes de diciembre de 2008, se adquirió a \$380 y no a \$283 pesos.	Controlar y verificar los precios a pactar contractualmente buscando austeridad en el gasto.	Informe de austeridad en el gasto	2	Sub Gerencia Administrativa y Financiera y Recursos físicos	Gerardo Vera Cuenca	Humanos y técnicos	2010/01/01	2010/10/31	Semestral	0,5	A junio 30 de 2010 se recibe oficio en la oficina de gestión en donde se informa que una vez detectada la necesidad del medicamento o insumo se procede a cotizar con los diferentes proveedores registrados en la base de datos del área de suministros y analizan y se comparan los precios así como las calidades de y características de los productos y se proceden a comparar a quien ofrece el costo que más favorezca al hospital, verificando a través del procedimiento adquisición de bienes y/o servicios.	0,49	E
--	---------------------------	---	--	-----------------------------------	---	---	---------------------	--------------------	------------	------------	-----------	-----	--	------	---

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)</p>	<p>3.4.1.5 En la evaluación de la cuenta de medicamentos e insumos hospitalarios, se examinó desde el punto de vista presupuestal, el contrato de suministro de medicamentos No. 097 del 28-08-2008, suscrito con PROCAPS S.A., por valor \$14.4 millones, cuyo objeto es el suministro de medicamento para la farmacia del hospital. Mediante remisiones o adelantos de mercancías, la ESE solicitó al proveedor el ingreso de medicamentos, sin el perfeccionamiento previo del contrato, por lo que ingresaron a la bodega medicamentos con remisiones para ser legalizadas posteriormente. Para el caso del contrato en cita, los medicamentos habían ingresado en las siguientes fechas: el 26 de agosto de 2008, con el comprobante de ingreso No.009132, con el comprobante de ingreso No. 009140 del 28 de agosto de 2008, comprobante de ingreso No. 9155 del septiembre 5, comprobante de ingreso No. 9171 de 11 de septiembre y el 9184 del 16 de septiembre. Cuando se perfeccionó el contrato, los medicamentos habían ingresado en su totalidad. Con el comprobante de ingreso No. 9214 del 23 de septiembre de 2008, se legalizaron las remisiones y hasta el 17 de septiembre de 2008, la bodega de farmacia recibió el contrato. Efectuada la auditoría se observó que el medicamento ?furosemida solución inyectable 10mg/ml ampolla x 2ml?, cantidad 1.400, valor unitario \$258 pesos, valor total \$361.200 pesos, ingresó a la bodega de farmacia con el comprobante de ingreso No. 9155 del septiembre 5 de 2008, pero no se legalizó con este contrato, quedando por fuera la cancelación de esta factura, por cuanto los medicamentos recibidos previamente, cubrieron el valor total del contrato, \$14.4 millones. Esta factura fue cancelada con otro contrato del mismo contratista, PROCAPS con posterioridad. Lo anterior evidencia la falta de puntos de control y de procesos de planeación, para garantizar la oportunidad en el suministro de los medicamentos e insumos hospitalarios y darle cumplimiento efectivo al plan de compras, por lo que se transgrede el artículo 2º, literal h), de la Ley 87 de 1993. De otra parte, se evidenció que en el comprobante de ingreso a farmacia y al almacén, se registran manualmente el número del contrato y la orden de pago, ya que el sistema de información SIGMA, no posibilita la</p>	<p>Elaborar de manera oportuna los contratos de suministro de insumos y medicamentos. Establecer puntos de control que permitan verificar el saldo de los contratos antes de realizar los pedidos.</p>	<p>% de ejecución de los contratos</p>	<p>1</p>	<p>Subgerencia Administrativa y Financiera y Recursos Físicos</p>	<p>Supervisores de los contratos</p>	<p>Humanos y técnicos</p>	<p>2010/04/01</p>	<p>2010/12/31</p>	<p>Trimestral</p>	<p>En el mes de junio se entrega resolución a la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol Resolución 0017 de 2010 por medio del cual se aprueba la actualización de procedimientos, se evidencia actualización de procedimiento Adquisición de Bienes y/o Servicios, no obstante lo anterior no se evidencia formato en donde se pueda establecer puntos de control para la verificación de saldos de los contratos</p>	<p>0,49</p>	<p>E</p>
---	-------------------------------------	---	--	--	----------	---	--------------------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---	-------------	----------

	<p>opción de incluir estos dos conceptos. Análisis del Programa Anual de Caja De acuerdo al PAC ajustado al cierre de la vigencia fiscal de 2008, se determinó en primer lugar en el PAC de ingresos la entidad programó un PAC de ingresos por \$35.328 millones y al verificar los ingresos corrientes del período, estos se registraron por valor de \$31.936.9 millones, determinándose en tal sentido, un PAC no ejecutado por \$3.391.1 millones, que representa el 9.6%, frente al PAC de ingresos programado. Con relación al PAC de gastos, se programaron durante la vigencia, en un monto de \$36.974.6 millones, de los cuales se ejecutaron pagos en el transcurso de la vigencia por \$32.583.7 millones, lo que indica que la entidad no ejecutó un PAC de gastos por \$4.390.9 millones. En el mes de marzo la entidad recibió ingresos corrientes por \$8.623.8 millones y estableció pagos en dicho mes, por \$2.658.3 millones, lo que le permitió contar con un saldo disponible del período de \$5.965.6 millones y un saldo neto de tesorería de \$5.825.3 millones, situación que le permitiría regular sus pagos en los siguientes períodos. Teniendo en cuenta el cierre presupuestal del período, la ESE terminó con un saldo disponible negativo en \$1.154.5 millones y un saldo neto de tesorería de \$999.5 millones. De lo anterior se observa que el comportamiento del PAC reflejó dificultades de liquidez debido al irregular recaudo de los ingresos durante el período.</p>												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.1.6 Con el fin de verificar durante la vigencia 2008, la ejecución del saldo de los compromisos por pagar que quedaron constituidos a 31 de diciembre de la vigencia 2007, los cuales se registraron en el informe de ejecución presupuestal por \$5.780,6 millones. Se observa que a 31 de diciembre de 2008, se registraron un total de compromisos acumulados en el rubro de Cuentas por Pagar por \$5.504,9 millones, al cierre del período. Por lo tanto, se observa que las cuentas por pagar comprometidas a 31 de diciembre de 2008, registraron una disminución al cierre de la vigencia fiscal 2008, por \$275,7 millones; cifra que no fue soportada en su totalidad por el área de presupuesto, ni aclarada en las notas anexas a la ejecución pasiva del presupuesto de SIVICOF. De anterior se infiere que se incumplió lo estipulado en la Ley 87 de 1993, artículo 3 literal e).	Remitir Relacion de Actas a la Contraloria Distrital con la cuenta Anual 2009	Resolucion Enviada	1	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera y Presupuest o	Jose Alberto Romero, ; Milciades Vaneags y Mauricio Ariza	Humanos	2010/02/01	2010/02/01	Mensual	1	En la presentación de la cuenta anual vigencia 2009 se adjunto las evidencias del compromiso del plan de mejoramiento (3,4,1,3 - resolucion liquidación presupuesto 2008. 3,4,1,6 relación de actas de liquidación del rubro cuentas por pagar y los numerales 3,4,1,7 y 3,4,1,8 conciliación vigencia 2009 SIVICOF se adjuntan mediante oficio 300- saf-039 DE FEBRERO 15 DE 2010, radicación de Contraloria Distrital No. 201012006 de fecha febrero 16 de 2010	1,7	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.1.7 Para verificar el cumplimiento de las operaciones de cierre presupuestal de la vigencia 2008, en el hospital se registraron diferencias en las cuentas de gastos de funcionamiento, inversión y cuentas por pagar, entre los registros de las autorizaciones de giro presupuestal acumuladas, relacionados en los formatos de ejecución suministrado en el operativo de cierre presupuestal y la ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento e inversión, reportado en SIVICOF en la cuenta anual. La diferencia encontrada en gastos de funcionamiento fue de \$446.7 millones, por cuanto en el formato del operativo de cierre se registra un valor de \$8.770.1 millones y en la cuenta anual \$8.323.4 millones; en las cuentas por pagar de gastos de funcionamiento se reflejan en el operativo \$890.4 millones, mientras que en SIVICOF fueron \$1.041.5 millones, para una diferencia de \$151.1 millones. Por lo que no se cumple con lo establecido en el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1.993.	Remitir Acta de conciliacion entre la Informacion Anual 2009 y la informacion de sivicof a Diciembre 31 de 2009 en la cuenta Anual 2009 y el formato CBN 1094	Actas de conciliacion enviada	1	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera y Presupuest o	Jose Alberto Romero, ; Milciades Vaneags y Mauricio Ariza	Humanos	2010/02/01	2010/02/01	Mensual	1	En la presentación de la cuenta anual vigencia 2009 se adjunto las evidencias del compromiso del plan de mejoramiento (3,4,1,3 - resolucion liquidación presupuesto 2008. 3,4,1,6 relación de actas de liquidación del rubro cuentas por pagar y los numerales 3,4,1,7 y 3,4,1,8 conciliación vigencia 2009 SIVICOF se adjuntan mediante oficio 300- saf-039 DE FEBRERO 15 DE 2010, radicación de Contraloria Distrital No. 201012006 de fecha febrero 16 de 2010	1,7	C

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)</p>	<p>3.4.1.8 Así mismo, en Inversión Bogotá sin Indiferencia en el formato del cierre presupuestal, se relacionan \$12.610.2 millones y en la ejecución presupuestal reportada en SIVICOF, en la cuenta anual la suma de \$12.619.7 millones, para establecer una diferencia de \$9.5 millones; igualmente en el rubro Inversión Bogotá Positiva, en el operativo se registraron \$7.980.6 millones y en la cuenta anual \$7.987.2 millones, arrojando una diferencia de \$6.6 millones y por último, en el rubro Cuentas por pagar por concepto de inversión correspondiente al cierre un valor de \$3.985.3 millones, pero en SIVICOF se presentan \$3.653.4 millones, para establecer una diferencia de \$331.9 millones. En la evaluación se evidenció que el hospital no reportó en los documentos electrónicos de SIVICOF, ¿CBN 1094 NOTAS Y ANEXOS A LA EJECUCION DE GASTOS?, los posibles ajustes relacionados con las diferencias presentadas entre los registros del operativo de cierre presupuestal y los reflejados en la ejecución de gastos e inversión en SIVICOF. De lo anterior se deriva que no se está cumpliendo estrictamente con lo establecido en el artículo 3, literal e), de la Ley 87 de 1.993.</p>	<p>Remitir Acta de conciliación entre la Información Anual 2009 y la información de sívico f a Diciembre 31 de 2009 en la cuenta Anual 2009 y el formato CBN 1094</p>	<p>Actas de conciliación enviada</p>	<p>1</p>	<p>Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiera y Presupuesto</p>	<p>Jose Alberto Romero, Milciades Vaneags y Mauricio Ariza</p>	<p>Humanos</p>	<p>2010/02/01</p>	<p>2010/02/01</p>	<p>Mensual</p>	<p>1</p>	<p>En la presentación de la cuenta anual vigencia 2009 se adjunto las evidencias del compromiso del plan de mejoramiento (3,4,1,3 - resolución liquidación presupuesto 2008. 3,4,1,6 relación de actas de liquidación del rubro cuentas por pagar y los numerales 3,4,1,7 y 3,4,1,8 conciliación vigencia 2009 SIVICOF se adjuntan mediante oficio 300- saf-039 DE FEBRERO 15 DE 2010, radicación de Contraloría Distrital No. 201012006 de fecha febrero 16 de 2010</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
---	-------------------------------------	---	---	--------------------------------------	----------	---	--	----------------	-------------------	-------------------	----------------	----------	--	------------	----------

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESERVIGENCIA 2.008</p>	<p>EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)</p>	<p>3.4.1.9 La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2008, registró un déficit presupuestal de \$6.456.1 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$24.965 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$31.421.1 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, es de anotar que el déficit en la vigencia 2007, fue de \$4.357.9 millones, cifra que representa un incremento del mismo en \$2.098.1 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2008. De lo anterior se deriva que las medidas tomadas para reducir el déficit no fueron eficaces, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera del hospital requiere que se realice de una parte el crecimiento y recaudo, de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma. 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.</p>	<p>Gestión Recaudos de Cartera, Contratación de Servicios, Gestión en revisión de tarifas y Gestión de costos</p>	<p>Gestiones realizadas</p>	<p>Variación Positiva</p>	<p>Gerencia / Subgerencia Activa y Financiera/ Coordinación Financiera</p>	<p>Dr Carlos Eduardo Pineda, Jose Alberto Romero y Milciades Vanegas Roza</p>	<p>Humanos.</p>	<p>Técnicos y financieros</p>	<p>2010/04/01</p>	<p>2010/12/31</p>	<p>Trimestralmente</p>	<p>0,5</p>	<p>Se adjunta informe de gestión realizada en el área de cartera según plan de trabajo depuración de cartera corte 30 de junio de 2010</p>	<p>0,6</p>	<p>E</p>
---	-------------------------------------	---	---	-----------------------------	---------------------------	--	---	-----------------	-------------------------------	-------------------	-------------------	------------------------	------------	--	------------	----------

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION DE PRESUPUESTO(8)	3.4.3.1 Las directrices impartidas para la elaboración, consolidación y presentación del Presupuesto Orientado a Resultados, las estableció la Secretaría de Hacienda de Bogotá, D.C. a las E.S.E.S, en los formatos ?Dirección de Sistemas e Informática Especificaciones caso de uso, Módulo de Programación: Carga Archivos Planos POR RQ1264-2007, Fecha de Creación: Julio de 2007 Ciudad: BOGOTA D. C.?, sin embargo, al revisar la información reportada en SIVICOF, en las cuentas mensuales y anual de la vigencia 2008, se observa que en el documento electrónico ?CBN- 1003 ? PRESUPUESTO ORIENTADO A RESULTADOS?, el hospital siempre remite lo siguiente??Las Secretarías de Hacienda Distrital y de Salud, no han definido los lineamientos para la aplicación del POR en los Hospitales del Distrito?, no obstante, este ente de control solicitó información sobre el tema, con el oficio No. 100121-04 del 15-09-09, a lo que el hospital respondió??En la actualidad esta información se esta registrando en un aplicativo de la Secretaría de Hacienda Distrital donde se digitan los indicadores de objetivos y los indicadores de productos? .	Se gestionara ante la Direccion Distrital de Presupuesto de Bogota, D.C. las acciones correspondientes para la expedicion de los lineamientos necesarios para la aplicación del POR en el Hospital.	Gestiones realizadas	3	Planeacion	Jose Cermeño	Humanos tecnicos y financieros	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	0,33	Oficio de fecha 8 de junio a ISAURO CARRERA Director Distrital de Presupuesto en donde se solicita lineamientos para la implementación del presupuesto orientados a resultados.	1	E
--	------------------------------	--	---	----------------------	---	------------	--------------	--------------------------------	------------	------------	---------	------	---	---	---

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.1 En los contratos de arrendamiento de servicios números 281, 738, 984, 1455 y 1733 de 2008; y los contratos 123 y 836 de 2008, no se pagaron los aportes al sistema de seguridad social de conformidad con la ley. En los contratos 281, 738,984,1455 y 1733 de 2008, el pago de aportes se hace sobre una base de pagos menores a los efectivamente recibidos (el salario Básico mensual reportado es de #923,000 y de conformidad con el contrato se le paga \$3500,000 mensual) . En relacion con los contratos 123 y 838 de 2008 se verifica que no se pagó los aportes de seguridad social correspondiente a los contratos , por el contrario, se presentaron pagos de seguridad social por otras labores desempeñadas con diferentes contratantes. Hechos de los pagos irregular mencionada, la entidad, incumpliendo con sus funciones no verifico el cumplimiento de la obligacion pactada en los contratos en el transcurso de la ejecución y tampoco a la terminacion de los mismos y por lo tanto no ha comunicado al ministerio de protección social, de las irregularidades cometidas por los contratistas para que se tomen las medidas pertinentes. Se incumplió la ley 793 de 2003 artículo 4	Solicitar y verificar que las Pólizas de Garantía del contrato y los aportes al sistema de seguridad social se encuentren ajustados a las normas legales y al acuerdo contractual, al igual que las modificaciones realizadas en la ejecución del contrato.	: No. De contratos con el 100% de ampliación o prórroga de pólizas debidamente expedidas y pagos de aportes / No. Total de contratos con pólizas y aportes exigidos *100	12	Sub Gerencia Administrativa ,Coordinación Financiera y Area de Facturación	Jose Alberto Romero, Mauricio Gonzalez y Exequiel David Duarte	Humanos y Tecnicos	2010/02/01	2010/12/31	Mensual	1	Verificados contratos mediante prueba selectiva pagos, polizas ampliación febrero y marzo de 2010, igualmente la Administración emitió circular que para poder realizar el pago de actividades realizada se debe allegar a la oficina de contratación de personal el comprobante de pago de la seguridad social, en los meses de abril y mayo se evidenció que algunos contratistas no cancelaron dentro de los plazos establecidos por el hospital motivo por el cual el área jurídica les oficio recordándoles el cumplimiento de sus obligaciones contractuales	1,7	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACION A LA CONTRATACION	3.5.2 Se encuentran 1641 registros de cuentas abiertas sin facturar en el sistema de información, correspondientes al periodo de junio de 2002 a noviembre de 2006 por un valor de \$147.789.087. La falta de expedición de la factura hizo inoperante el cobro a la entidad obligada al pago, por los servicios prestados por el hospital.	Seguimiento y control a la información generado por el sistema en cuanto a cuentas abiertas	Informes efectuados/ Informes programados	12	Sub Gerencia Administrativa ,Coordinación Financiera y Area de Facturación	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas, Yuli Albarracín	Humanos y Tecnicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	A través de la coordinación de facturación mensualmente se revisa si existen posibles cuentas abiertas teniendo en cuenta la información suministrada por el área de sistemas, seguimiento enero, febrero, marzo y abril, mayo y junio se adjuntan oficios, no obstante lo anterior la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol verifica a través de rondas asistenciales la posibilidad de cuentas abiertas el cual presenta disminución	1	E

<p>AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESPECIAL VIGENCIA 2.008</p>	<p>EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>3.5.3 Identificada la situación irregular de las cuentas abiertas del periodo comprendido de junio de 2002 a noviembre de 2006, de conformidad con las verificaciones y documentos, los Gerentes y subgerentes administrativos del Hospital San Blas II N.A., teniendo conocimiento de los hechos, no reportaron de conformidad con su deber y como administradores de la entidad los hechos irregulares a los órganos y dependencias competentes para su respectiva investigación; incumpliendo sus funciones como funcionarios públicos, y haciendo inoperante los mecanismos idóneos, desplegados por las dependencias competentes para hacer efectivas las posibles responsabilidades fiscales y disciplinarias; entorpecimiento la iniciación de los procesos respectivos, incumpliendo las funciones señaladas en los acuerdos 01 de 2002, 21 de 2005 y resoluciones 40 del 15 de marzo de 2006, 141 del 16 de agosto de 2006, 052 del 8 de febrero de 2008 y 237 del 1 de agosto de 2008, como también lo establecido en el artículo 63 del código civil que indica la diligencia que un hombre cuidadoso, emplea en la administración de sus negocios y, como un deber jurídico de la persona que administra recursos y 734 de 2002 artículo 34 numerales 1, 21 y 22.</p>	<p>Reportar a los órganos y dependencias competentes para su respectiva investigación</p>	<p>Reportes a órganos de control</p>	<p>2</p>	<p>Gerencia / Subgerencia Activa y Financiera</p>	<p>Carlos Eduardo Pineda y Jose Alberto Romero</p>	<p>Humanos</p>	<p>2010/01/01</p>	<p>2010/01/01</p>	<p>Mensual</p>	<p>1</p>	<p>Oficio solicitando investigación sobre cuentas abiertas vigencia 2002 - 2006 Número 300-SFA-794 de octubre 13 de 2009 al Contralor Miguel Angel Morales Russi, oficio solicitando investigación al Personero Distrital Francisco Rojas Birry sobre cuentas abiertas 2002 - 2006</p>	<p>1,7</p>	<p>C</p>
--	-------------------------------------	--	---	--------------------------------------	----------	---	--	----------------	-------------------	-------------------	----------------	----------	--	------------	----------

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HODPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.1 Existen deficiencias en la planeación y gestión de los proyectos ante la Secretaría Distrital de Salud, evidenciadas en la falta de celeridad en los procesos de asignación presupuestal, viabilización, gestión administrativa y contratación de los mismos. Al revisar los componentes estructurantes de Inversión de los del Proyecto de Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud en los dos planes de desarrollo ejecutados durante la vigencia fiscal de 2008; se observa en términos generales, que no se registró en la programación de los recursos presupuestales observado en el proyecto Fortalecimiento y Provisión de los servicios de salud ?Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria- ; si se tiene en cuenta por un lado, que en el registro de la Ficha EBI se proyectaron unos costos estimados por valor de \$2.124,4 millones, para el periodo 2005-2007, dejando en consecuencia desfinanciada la programación de recursos para la vigencia fiscal de 2008, no obstante que el Hospital dentro de los propósitos del Plan Maestro de Equipamiento de Salud, se encuentra programado para la realización de actividades relacionadas con el tipo de intervención de reordenamiento-reforzamiento y ampliación dentro del periodo de mediano plazo 2008-2012. Lo anterior deja entrever el incumplimiento a la ley 87 de 1993, en su artículo 4, numeral 6, dada las consecuencias de financiar de manera oportuna los proyectos vitales de la organización.	Coordinar y gestionar de manera oportuna los proyectos de inversión y las asignaciones presupuestales.	No. De gestiones realizadas / No. de gestiones programadas *	100%	Proyección	José Cermeño	Financieros Humanos y Técnicos	2009/04/01	2010/12/31	Trimestral		1	E
--	---	---	--	--	------	------------	--------------	--------------------------------	------------	------------	------------	--	---	---

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.2 El resultado presentado en los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, permiten observar que la gestión en la producción hospitalaria no es la más óptima, donde se evidencian una serie de inconvenientes asociados con la negación de las autorizaciones por parte de las EPS, no se evidencia claramente como esta soportada la capacidad de la infraestructura médica para la prestación de los servicios de acuerdo a un portafolio de servicios que se oferta para cada vigencia. De igual forma si el recurso humano medico es afín a las necesidades del hospital y de igual forma no se evidencia que exista una política agresiva de mercadeo en la contratación con otras EPS que permitan mejorar los indicadores de producción hospitalaria del Hospital, lo cual pone en evidente riesgo el de mantener un grado de sostenibilidad financiera de la ESE sin afectar los resultados de la rentabilidad social que debe garantizar toda IPS pública. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Elaboración del Plan de Producción Institucional - Elaboración de un Plan de Mercadeo	Planes Elaborados	2 planes elaborados	Planeación	José Cermeño	Humanos- Físicos y Técnicos	2009/04/01	2010/12/31	Trimestral	0,5	Se adjunta acciones de mercadeo realizado directamente por la Gerencia con el objetivo de establecer nuevos contratos - evidencias, Hay plan de Produccion, mas no Plan de Mercadeo	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE-VIGENCIA 2.008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.3 Una vez analizados los indicadores de producción hospitalaria, se observa en términos generales que sus resultados no son los más óptimos en cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Desarrollo Institucional, al igual que de las metas determinadas en el Plan Operativo o de Acción de la ESE, con lo cual se colige que las estrategias implementadas no han surtido las acciones efectivas que permitan mostrar resultados en cuanto a la ampliación de los servicios de atención y cobertura a la población objeto de los contratos que celebra el hospital, tanto con la Secretaría Distrital de Salud-FFDS como con las EPS del Régimen Subsidiado, para atender a la población pobre y vulnerable y aquella población afiliada al régimen subsidiado. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Mejorar la utilización de la capacidad instalada global por encima del 70%- Incrementar acciones de mercadeo	Análisis de utilización capacidad instalada mensual / Total capacidad instalada	Capacidad instalada global utilizada por encima del 70%	Planeación - Subgerencia de servicios de Salud	José Cermeño - Mauricio Tribin	Humanos- Físicos y Técnicos	2010/01/01	2010/12/31	Trimestral	1	Actualmente el porcentaje ocupacional es del 75%, es decir 5% por encima de lo propuesto en el plan de mejoramiento. Durante el primer semestre se observa una porcentaje de utilización del 75%	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.4 En el informe del Plan Indicativo de Gestión en el Eje Social del Plan de Desarrollo durante el primer semestre de la vigencia 2008, estableció como objetivo el ?garantizar el acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, ??, mediante la implementación de la estrategia de aumentar los niveles de productividad en los servicios de salud, para lo cual determinó como una de sus metas incrementar en un 8% los servicios Hospitalarios hasta logra la optimización de la capacidad instalada institucional. Sin embargo, al revisar los indicadores de producción hospitalaria se observa que sus niveles de crecimiento fueron negativos denotando por ende que la gestión fue negativa en este sentido. Por lo tanto, se estaría incumpliendo con la meta de incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30%. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Incrementar la producción hospitalaria en un 2%, gestionar la contratación con EPS.	Número de contratos para la prestación de servicios de salud - Incremento de la producción global	Mínimo 2 contratos	Gerencia, Subgerencia de Servicios de Salud- Planeación - Oficina de Atención al usuario	Carlos E. Pineda, José Cermeño- Mauricio Tribin- Martin Rodriguez	Humanos- Físicos, Técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Comparando primer semestre de 2009 contra primer semestre de 2010 se observa un incremento de 11% en actividades resolutivas y de apoyo diagnóstico	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.5 La ESE se propuso en el informe del ?Plan Indicativo de Gestión?, como una de sus metas institucionales ?Incrementar la participación en el total de la facturación de otros pagadores diferentes al FFDS en un 30% del total facturado por la prestación de servicios de salud?, de acuerdo al objetivo de ?Fortalecer la gestión institucional en sus componentes estratégico, financiero, administrativo y de talento humano para que se constituya en la base fundamental para la gestión?, observándose en consecuencia una débil gestión en la estrategia de optimizar la gestión de la planeación financiera que permita la sostenibilidad de la institución. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Se gestionara por parte de la Gerencia con EPS-S y con otras EPS con el fin de alcanzar la meta propuesta.	(Facturación otros Pagadores Vig.Actual/Facturación Vigencia Anterior) *100	Variación Positiva	Gerencia , Planeacion	Carlos E. Pineda y José Cermeño	Humanos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Se adjunta cuadros comparativos facturación FFD y otros pagadores 2009 -2010 enero - mayo, donde se presenta incremento en la facturación y por ende variación positiva.	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.6 Al revisar el sistema de costeo implementado por el Hospital en cada uno de los centros de costos determinados por Unidades Funcionales, se observa en términos generales que durante la vigencia fiscal de 2008, se determino una estructura de costos por valor de \$30.639,2 millones, donde se observa que de las 22 Unidades Funcionales establecidas como centros de costos por el hospital, en siete de dichas unidades funcionales se concentra el 60% de los costos prorrateados en los diversos conceptos de gasto tanto operacionales como administrativos; observándose en consecuencia, deficiencias en el proceso establecido en el objetivo del Plan Estratégico, relacionado en buscar la rentabilidad financiera con el desarrollo de un sistema de costeo por producto. Dado lo anterior se estaría incumpliendo lo preceptuado en el inciso b), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.	Gestionar la adquisición de un aplicativo que contenga el sistema de contabilidad de costos, articulando el actual sistema de Costos del Hospital para dar cumplimiento a la Resolución de la Secretaría de Hacienda No 0005 de 19 de Octubre de 2009, para implementar el sistema de contabilidad de costos del Distrito Capital donde se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimiento y términos para la entrega de la información.	Gestiones realizadas	2	Planeación y Sistemas de Información, subgerencia administrativa y financiera y coordinación financiera	Jose alberto Romero, José Cermeño y Milciades Vanegas	Humanos, Técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basada en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON, acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.7 De acuerdo a los Convenios Interadministrativos celebrado entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el Hospital de San Blas, durante las vigencias 2007 y 2008, cuyo objeto es la ejecución de alternativas orientadas a la atención integral de personas con problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas; se observa que la operación, ejecución y administración del Centro Despertar durante la vigencia 2008, funcionó con un margen de rentabilidad negativo de \$1.615 millones, teniendo en cuenta que se establecieron unos costos por \$2.098,0 millones, que comprendían mano de obra, gastos generales, gastos administrativos y logísticos.	Mercadear y gestionar la contratación de nuevos usuarios hasta la capacidad instalada de tal manera que se garantice el equilibrio financiero.	Cupos contratados/ numero de cupos disponibles*100	0.699 99999 99999 99955 59107 90149 93738 38305 47332 76367 1875	Gerencia	Carlos E. Pineda	Humanos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1,29	Según nueva contratación No. 475/2007 Modificación 1 con la Secretaría Distrital de Salud se recibieron 32 usuarios para atención en salud población en abandono exclusión social.	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.1.8 Al confrontar la información suministrada por el área de Planeación y Sistemas referente al consolidado de la producción hospitalaria frente a la información que genera el Sistema SIGMA en el modulo de información gerencial, se observa que en el consolidado de producción hospitalaria por concepto de Egresos en el servicio de Gineco-Obstetricia se reporta para la vigencia 2008, un total de 3.576 Egresos, mientras que en el Modulo de Información gerencial del SIGMA se registra un total 3.714 egresos, siendo por lo tanto inconsistente la información generada en el SIGMA frente a la reportada por el área de Planeación y Estadísticas. Lo cual podría ocasionar, el suministrar información no confiable para la toma de decisiones por parte de la Alta Gerencia y para el efectivo seguimiento y control de las acciones del Hospital. Lo cual permite establecer el incumplimiento a lo normado en la ley 87 de 1993, en su artículo 2º, inciso e)	Gestionar la adquisición del aplicativo base que permita articular las diferentes áreas y generen informes veraces de productividad.	Gestionar las realizadas	2	Gerencia y Planeación	Carlos Eduardo Pineda - José Cermeño-	Financieros , Humanos y técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Semestral	0,5	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basada en procesos y tablero de control dinámico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentación del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEON lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus	0,5	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	3.6.2.1 Para efectos de poder evaluar la ejecución de los convenios interadministrativos celebrados por el Hospital con los diversos actores locales y distritales, en la planificación, ejecución y seguimiento y control de las diversas líneas de intervención social, no se evidencia en el informe del balance social la programación de dichos recursos y sus niveles de ejecución, que permitan evaluar los resultados en la aplicación de dichos recursos para efectos de medir el impacto de la política pública desde el contexto de la inversión social per cápita realizada con éstos recursos que se celebran en los diversos convenios interadministrativos básicamente con el Fondo de Desarrollo Local, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud.	Adecuar el informe del balance social a la metodología de la Contraloría.	Presentación del informe ajustado a la metodología de la Contraloría.	1	Planeación y Sistemas	José Cermeño	Humanos y técnicos	2010/01/01	2010/02/28	Anual	1	Se adjunta CD en donde se evidencia el informe del balance social del hospital vigencia fiscal 2009 dentro de el formato CBN-1103 informe Balance Social	1	A

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN GESTIÓN AMBIENTAL INSTITUCIONAL A NIVEL INTERNO	3.7.1 El hospital reportó en el SIVICOF la capacitación durante el 2008 a 340 personas en temas de medio ambiente y el cumplimiento del 100% de la meta establecida, de la capacitación a la totalidad del personal vinculado al hospital. Verificada la información, se constató que: a) Se capacitaron en medio ambiente 312 personas; b) La meta establecida se cumplió en un 52% porque la capacitación debió realizarse a 600 personas vinculadas al hospital (de planta y contratistas) para el 2008. Por lo tanto se concluye, que no se cumplió con lo establecido en el acta de concertación del PIGA del 27 de octubre de 2006, en desmedro a la gestión para el mejoramiento del medio ambiente en la entidad, incumpliendo lo establecido en los literales d) y e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Programar las capacitaciones sobre gestión ambiental al 48% del personal vinculado al Hospital.	No. Personas Capacitadas/No. Personas pendientes por capacitar * 100	1	Subgerencia Administrativa y Financiera y Gestión Ambiental.	José Alberto Romero y Adriana Patricia Rincón	Humanos y físicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	0,77	Según evidencias adjuntas a junio 30 de 2010 se han capacitado a 413PERSONAS	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	EVALUACIÓN GESTIÓN AMBIENTAL	3.7.2 Revisadas las facturas de acueducto, se estableció que el hospital pagó a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá la suma de \$2.339.291 por intereses de mora, en la cancelación de las facturas de Acueducto en la vigencia 2008, de conformidad con la siguiente relación.	Se controlará que el recibo oportuno al igual que su pago.	(Facturas Canceladas Oportunamente/ Facturas Recibidas)*100	1	Subgerencia Administrativa y Financiera, Coordinación Financiera, Presupuesto, Contabilidad y Tesorería.	José Alberto Romero, Milciades Vanegas, Mauricio Ariza, Nohora González y Edwin González.	Humanos, financieros y físicos	2010/01/01	2010/12/31	Bimensualmente	1	En cuanto a pagos de servicio público de energía fue oportuno tanto del hospital como centro Despertar, en cuanto a acueducto el pago se realizó en la fecha límite para evitar suspensión, periodo analizado del primero de enero al 30 de abril de 2010, se adjunta listado en donde se lleva control de las fechas de vencimiento y fechas de pago de servicios públicos	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	RESULTADOS ACCIONES CIUDADANAS	3.9.1 En el consolidado de peticiones reportado por el hospital en SIVICOF y los documentos soportes de las peticiones, se evidenció la carencia de respuesta oportuna y eficiente a los requerimientos interpuestos, tal como ocurrió con la queja 83 recibida el 1 de febrero de 2008 con respuesta de abril 21 de 2008 ante el Hospital tal como lo establece el artículo 55 de la Ley 190 de 1995, los artículos 23, 35 y 48 de la Ley 734 de 2002, Ley 962 de 2005 y lo estipulado en los literales e) y g) Artículo 2º del la Ley 87 de 1993.	Socializar a todos los funcionarios del hospital los plazos que determina la ley para la respuesta oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias que presentan los usuarios del hospital, a través de medios escritos como circular de la Gerencia y escrito anexo inserto a cada solicitud de respuesta de las solicitudes de la comunidad.	Socializaciones realizadas s/ socializaciones programadas*100	1	Jurídica y Atención al usuario y Participación Social	Mauricio González - Martin Alfonso Rodríguez	Técnicos Físicos y Humanos	2010/01/01	2010/12/31	Trimestral	0,25	En la actualidad el área de atención al usuario viene dando aplicación a los tiempos establecidos en el código contencioso administrativo y a la circular 018 de la Alcaldía Mayor de Bogotá a los requerimientos de peticiones en interés general, interés particular, derechos de petición de informaciones, derecho de formulación de consultas y proposiciones de acuerdo al oficio remitido desde el área jurídica bajo número 402+ GFJ 320	1	E
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	RESULTADOS ACCIONES CIUDADANAS	3.9.2 Se constató que existe falta de mantenimiento en algunas áreas del hospital evidente en el deterioro de camillas en el área de urgencias, sillas en la sala de espera de consulta externa, deterioro de los baños en urgencias y consulta externa y se verificó que una puerta de uno de los baños de mujeres en consulta externa se encontraba en el piso, en incumplimiento a las condiciones básicas de habilitación, previstas en la Resolución 1043 de 2006 expedida por el Ministerio de Protección Social.	Establecer y dar cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario	No mantenimiento realizado s/ No mantenimientos programados*100	1	Subgerencia Administrativa y Recursos Físicos	Jose Alberto Romero, Gerardo Vera y Claudio Rodríguez	Humanos, Físicos y financieros	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	En la vigencia del 2010 el área de mantenimiento ha estado ejecutando reparaciones y mantenimiento locativas teniendo en cuenta al cronograma, la SDS realizo visita a los servicios del hospital para verificar la respectiva habilitación de los servicios	1	E

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	RESULTADOS ACCIONES CIUDADANAS	3.9.3 El hospital compró un autoclave combinado marca Baumer para la esterilización de ropa e instrumental quirúrgico a la firma EMCO S.A., mediante el contrato 432 del 29 de diciembre de 2006. El equipo fue entregado al hospital a satisfacción el 3 de agosto de 2007 y la garantía de funcionamiento y repuestos está vigente por tres años. Revisada la carpeta de mantenimiento (Hoja de vida del autoclave) por el equipo auditor, se verifica que en el 2007 tuvo 21 mantenimientos, en el 2008, 40 mantenimientos y en el 2009 a octubre 28, tiene 55 mantenimientos. El equipo se compra para la esterilización de la ropa e instrumental del servicio de cirugía, y revisado el libro manual de registro de cirugías se comprobó que debido al continuo mantenimiento correctivo al que se ha visto avocado, ha impedido que se efectúen las intervenciones quirúrgicas de conformidad con su programación, comprometiendo la oportunidad de atención al paciente y la productividad para el hospital	Elaborar un plan de contingencia para los eventos en los cuales el esterilizador se encuentra fuera de servicio.	Plan de contingencia elaborado	Uno	Subgerencia Administrativa y Financiera e Ingeniero Bionedico	Jose Alberto Romero y Sergio Orejarena	Humanos, Financieros y Tecnicos	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	Existe Plan de contingencia y Existe contrato con el Hospital San Jose con la OS 011 de 2010	1,7	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	SEGUIMIENTO ADVERTENCIA	3.10.1 No hay evidencia de la necesidad que se pretende satisfacer con la suscripción del contrato 564 de 2009. Para la fecha de la suscripción del contrato y concomitante con la ejecución del mismo, la referente de Talento Humano del hospital y el auxiliar Administrativo de la misma dependencia, desarrollaban labores idénticas a las obligaciones pactadas con el contratista, (de conformidad con la Ley 715 de 2001 artículo 58 parágrafo a) y b), la Resolución 3815 de 2003, Decreto 1636 de 2006), actividades permanentes que debe desarrollar el hospital no susceptibles de contratación, de conformidad con el Decreto 3074 de 1968 artículo 1º, modificatorio del Decreto Ley 2400 de 1968 en concordancia con la sentencia C-614 del 2 de septiembre de 2009, e igualmente en contravía a los principios de economía artículo 7 y de responsabilidad artículos 1º y 4 en la contratación estatal, el manual de contratación del hospital (acuerdo 3 del 23 de marzo de 2003) y el numeral 1 del artículo 34 de la ley 734 de 2002.	Justificar la necesidad de contratación de personal por prestación de servicios basados en un analisis de conveniencia para la depuracion del sistema General de Participación	Análisis de conveniencia elaborado	UNO	Subgerencia Administrativa y Financiera y Talento Humano	Jose Alberto Romero y Laura Acevedo	Humanos, Tecnicos y financieros	2010/01/01	2010/12/31	Anual	1	Verificados los objetos contractuales de la contratación realizada a la fecha por el Hospital San Blas ninguno de ellos presenta actividades para la prestación del servicio de saneamiento del sistema general de participaciones y por lo tanto dicha depuración la viene adelantando el área de talento humano	2	C

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	SEGUIMIENTO ADVERTENCIA	3.10.2 En el informe presentado por el contratista el 17 de noviembre de 2009 en desarrollo del contrato 564 de 2009, este manifiesta que la ejecución la efectuó un tercero. La cesión de la ejecución del contrato, debe ser previamente autorizada por el hospital, sin embargo, este ente auditor, no encontró registro o documento del cumplimiento de este procedimiento, por lo tanto, se transgredió la cláusula décimo tercera pactada dentro del contrato, que prohibía la cesión de la ejecución, sin la previa autorización de la entidad contratante.	Revisar y tramitar las cesiones que soliciten los contratistas de los contratos que se suscriban por la prestación del servicio de depuración del Sistema General de Participación	No de cesiones aprobados/ No de cesiones solicitadas*100	1	Jurídica	Mauricio Gonzalez	Humanos y Técnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Durante lo corrido de la vigencia de 2010 la administración no recepcionado solicitudes que corresponda a cesiones de contratos firmados por contratistas del hospital	1,7	C
AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2008	SEGUIMIENTO ADVERTENCIA	3.10.3 Analizado el contrato 564 de 2009, no figuran en la carpeta, documentos o registros de verificación o seguimiento de su ejecución; a la fecha de terminación del contrato no hay informes, registros o documentos de ejecución por parte del contratista, incumpliendo los términos pactados en la cláusula sexta, para la ejecución del contrato. El 17 de noviembre de 2009, por fuera de términos pactados en el contrato, el contratista entrega un informe de la ejecución del acuerdo. Revisado el contenido del informe, se encuentra que las afirmaciones del contratista sobre el estado en que deja la depuración de las cuentas de aportes patronales, Situado Fiscal y Sistema General de participaciones en referencia a HORIZONTE, PORVENIR, COLFONDOS, ING, discrepan de los documentos entregados por talento Humano. Al requerir al Supervisor sobre la aclaración de este hecho, el 19 de noviembre de 2009, afirmó no tener conocimiento. En consecuencia, no se cumplió con la supervisión del contrato, desconociendo el avance y producto final del objeto del contrato, funciones que debió desempeñar el Subdirector Administrativo y Financiero incumpliendo la Resolución 000206 del 25 de agosto de 2003 y los numerales 1, 7,10 y 15 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	Realizar seguimiento a la ejecución de los contratos que se suscriban por la prestación del servicio de depuración del Sistema General de Participación por parte del supervisor	No. de supervisiones y seguimientos realizados /No. Total de contratos suscritos	1	Subgerencia de Administrativa y Financiera Y Talento Humano	Jose Alberto Romero y Laura Acevedo	Humanos, Técnicos y financieros	2010/01/01	2010/12/31	Anual	1	Verificados los objetos contractuales de la contratación realizada a la fecha por el Hospital San Blas ninguno de ellos presenta actividades para la prestación del servicio de saneamiento del sistema general de participaciones y por lo tanto dicha depuración la viene adelantando el área de talento humano	2	C

Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2007	Cartera (3)	2.2.1 (PM - 2007) Se evidenció la implementación de un formato de gestión de cobro vía telefónica diligenciado por el responsable de la actividad y se cursó solicitud de pago, por parte de la Gerencia del Hospital, a las distintas entidades por prestación del servicio de salud. La administración no ha realizado cobros jurídicos ni otras acciones que contemple la resolución.	Dar cumplimiento a la Resolución 043 de 2007 realizando el cobro persuasivo y el cobro coactivo	Cumplimiento Resolución 043 de 2007	0,5	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinación Financiera y Jurídica	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas y Mauricio Gonzalez	Humanos técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	0,5	Durante el primer semestre se realizó cobro persuasivo se realizó circularización de cartera, se adjunta evidencias	1	E
Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2007	Cartera (4)	2.2.2. (PM - 2007) Se evidenció la implementación de un formato de gestión de cobro para las letras de cambio vía telefónica diligenciado por el responsable de la actividad y se cursó solicitud de pago, por parte de la Gerencia del Hospital, a las distintas entidades por prestación del servicio de salud. La administración no ha realizado cobros jurídicos ni otras acciones que contemple la resolución.	Dar cumplimiento a la Resolución 043 de 2007 realizando el cobro persuasivo y el cobro coactivo	Cumplimiento Resolución 043 de 2007	0,5	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinación Financiera y Jurídica	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas y Mauricio Gonzalez	Humanos técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	0,5	Durante el primer trimestre se realizó cobro persuasivo y coactivo letras de cambio como también cobros prejudicados, se adjunta evidencias	1	E
Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2007	Glosas (5)	2.2.4 (PM - 2007) El Comité de Glosas del Hospital se ha venido reuniendo a partir del mes de mayo de 2008, en las actas se observa exposición de motivos que dan lugar a las glosas de las cuentas, sin embargo no identifica a los posibles responsables.	Dar cumplimiento al objetivo del Comité Reportando los posibles responsables de los motivos de glosa de las cuentas por prestación de servicios.	(Posibles responsables reportados Glosa Definitiva / Posibles Responsables Glosa Inicial) * 100	1	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiero, facturación y glosas	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas, Yuli Albarracín y Fanny Rubio	Humanos técnicos y financieros	2010/01/01	2010/12/31	Mensual	1	Se hace entrega de posibles responsables a control interno disciplinario facturación correspondiente al mes diciembre de 2009, enero, febrero y marzo de 2010 facturación otros pagadores, actualmente la administración se encuentra en conciliación con otros pagadores para el cierre de vigencia 2009, Colsubsidio, Unicajas, Salud Total, Grupo Salucoop y Nueva Eps.	2	C

Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2007	Estados Contables (6)	2.2.5 (PM - 2007) Las Notas a los Estados Contables con corte a 31 de diciembre de 2008 cumplen con las especificaciones contempladas en el Plan General de Contabilidad Publica, excepto a la nota referente a la Provision de Cartera.	Se dara cumplimiento a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Publica - Notas a los Estados Financieros	Nota Corregida	100%	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinador Financiero y Contabilidad	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas y Myrian Cordoba	Humanos	2009/12/31	2010/02/01	Anual	1	A 31 de diciembre de 2009 se elaboraron las notas a los Estados Financieros según lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública incluyendo la nota de provisión de cartera en donde se especifica los porcentajes de la provisión de acuerdo a la resolución 242 de septiembre de 2004 emada del Hospital	2	C
Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial Vigencia 2007 y Primer Semestre de 2008 y Auditoria 2004	Contratacion (14)	2.3.6. (PM - 2007) Supervision de Contratos. 4.5.6. (PM - 2004) De conformidad con la Resolución 0026 (sic) del 25 de agosto/03 y en relación con las funciones que deben cumplir los servidores públicos designados como supervisores o interventores de los tres contratos antes descritos, se pudo establecer que no se dio cumplimiento al art. 1, numeral 11 de la norma en cita en cuanto no se hicieron los informes periódicos sobre el desarrollo de la ejecución de estos contratos.	Solicitar a los supervisores los informes correspondientes a la efecución del contrato según lo pactado contractualmente	Supervisión de Contratos: No. de contratos con informes de supervisión con sujeción a lo pactado / No. de contratos suscritos * 100	70% de los contratos deberán contar con informes del supervisor según lo pactado contractualmente.	Supervisores y Grupo Funcional Jurídica	Mauricio Gonzalez	Humanos y Tecnicos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	La oficina juridica en la designación de cada uno de los supervisores les indica que deben dar cumplimiento a la resolución 206 de 2003 en cuanto a sus funciones como supervisor y que sun informes deben ser presentados durante los 5 primero dias de cada mes. Igualmente mediante oficio 402 GFJ-009 del 22 de enero de 2010 el área juridica recordo las obligaciones de los supervisores en el seguimiento en la ejecución contractual	0,5	E

Auditoria 2006	CONTROL INTERNO	3.2.2.2.2 (PM - 2006) La edificación donde funciona el hospital no dispone de rampas ni puertas de evacuación en caso de emergencia,. Además por antigüedad de infraestructura, no cuenta con un sistema de detección de humo en caso de incendio. Adicionalmente, en la vigencia 2006 se realiza un análisis de vulnerabilidad de la edificación por la ARp BOLIVAR, HSAM BIOINGENIEROS LTDA, según oficio 321 GFTH - 250 de agosto de 2006, donde menciona fallas en el mantenimiento de la entrada entre otras. Lo anterior incumple la resolución 1043 de 2006 por lo cual se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de calidad de la atención y se dictan otras disposiciones como también los literales a y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. Persisten estas observaciones en el Hospital	Gestionar la adecuación de rampas de evacuación, sistema de detección de humos y sistemas de roseadores automáticos.	Gestionadas realizadas	2	Gerencia y Planeación	Carlos E. Pineda y José Cermeño	Humanos, Técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Semestral			0	E
Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2006	ESTADOS CONTABLES (1)	3.3.3. (PM - 2006) El área de Cartera circulariza a los diferentes pagadores los saldos pendientes, procediendo a realizar las respectivas conciliaciones. Sin embargo, a pesar de la labor realizada, quedaron pendientes de conciliar a 31 de diciembre de 2008 entre otros, Colsubsidio, saldo conciliado a 22 de oct de 2008, Famizanar a Feb 28 de 2008, FFDS a Jun 30 de 2008.	Realizar conciliaciones de los saldos pendientes con cada uno de los pagadores	(Total Empresas Conciliadas/Total Empresas por Conciliar)* 100	0.599 99999 99999 99977 79553 95074 96869 19152 73666 38183 59375	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinación Financiera y Cartera	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas, Veronica Hernandez y Javier Torres	Humanos técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	0,5	Se adjunta actas de conciliación realizados durante el mes de mayo y junio de 2010, como también relación de los valores conciliados	1	E

Auditoria gubernamental con enfoque integral vigencia 2006	ESTADOS CONTABLES (2)	3.3.4.(PM - 2006) A 4 de julio de 2006, según informe de saneamiento contable enviado a la SHD, depuró la suma de (\$821,4 millones) por concepto de letras y pagarés de 2003 a 2005, en cumplimiento de la ley 716 de 2001, y demás normas de saneamiento contable. Revisadas las actas de sostenibilidad contable de 2008, se observó que se adelantó actividades de análisis, consultas jurídicas, clasificación por cuantías, cobro persuasivo y coactivo (en el caso de letras por funcionarios); sin embargo, no se presentaron cifras para depurar saldos por dicho concepto.	Presentar letras para depuración de saldos, sometimiento al Comité de Sostenibilidad Contable	(Valor de letras depuradas/Valor total letras a depurar) * 100	Presentar valores de letras para depuración de saldos	Sub Gerencia Administrativa y Financiera, Coordinación Financiera y Cartera	Jose Alberto Romero, Milciades Vanegas, Veronica Hernandez y Javier Torres	Humanos técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	En el comité del mes de abril de 2010 el Asesor Jurídico expone los motivos por los cuales en principio el concepto jurídico es negativo de aquellas fichas que fueren remitidas por el área de cartera y que corresponden a la depuración contable por valor de \$236,221,038 correspondiente a letras inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales y ficha depuración contable por \$1,010,781 correspondiente a responsables de las letras de cambio de fallecidos, el motivo es que se debe dar cumplimiento a la Circular 001 de 2009 en donde se establece claramente los procedimientos que deben adelantar las entidades distritales, que revisados los soportes no se evidencia el cumplimiento descrito en el numeral 7,4	0,50	E
--	-----------------------	--	---	--	---	---	--	--------------------------------	------------	------------	------------	---	--	------	---

Auditoria 2004	CONTROL INTERNO	4.2.21 (PM-2004) Se encuentra pendiente por implementar el módulo de costos, los cuales se distribuyen de manera manual. Aunque se han desarrollado utilitarios para facilitar el cruce contable entre las áreas, aún se presentan debilidades para obtener reportes soportes de las interfaces contables, los cuales tiene que convertirse en archivos planos para su manejo y desgaste administrativo en el manejo de los mismos. La entidad no ha implementado el módulo de costos.	Gestionar la adquisición de un aplicativo que contenga el sistema de contabilidad de costos, articulando el acutual sistema de Costos del Hospital para dar cumplimiento a la Resolucion de la Secretaría de Hacienda No 0005 de 19 de Octubre de 2009, para implementar el sistema de contabilidad de costos del Distrito Capital donde se define la estructura, formatos, mecanismos de reporte, procedimiento y términos para la entrega de la información.	Gestione s realizadas	2	Planeación y Sistemas de Información , subgerencia administrativa y financiera y coordinación financiera	Jose alberto Romero, José Cermeño y Milciades Vanegas	Humanos, Técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinamico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentacion del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y Cactus	0.7	E
Auditoria 2004	CONTROL INTERNO	4.2.25 (PM - 2004) En el área de farmacia se presenta dificultades con el sistema sigma, algunas ves se bloque por situaciones que los funcionarios desconocen, el sistema se congestiona, la impresión que debe hacerse en otra dependencia se demora paroximadamente media hora. Continua las dificultades con el sistema Sigma	Gestionar la adquisición de un aplicativo que permita mejorar el cargue de la información para la facturación.	Gestione s realizadas	2	Gerencia y Planeacion	Carlos E. Pineda y José Cermeño	Humanos, Técnicos y financieros	2010/04/01	2010/12/31	Semestral	1	Oficio Noviembre 11 de 2009, acta 26 de Enero de 2010 en la SDS, acta Mayo 4 de 2010 presentación aplicación KACTUS, acta 30 de abril de 2010 presentación de la Compañía Digitalware presentación de la aplicación Hospital basa en procesos y tablero de control dinamico parametrizable interfases de laboratorio, facturación, acta abril 26 de 2010 presentacion del software HEON , acta 28 de abril de 2010 presentación de HEOB lo relacionado con el sistema SEVEN-ERP es un sistema integrado de Heon y	0.49	E

													Cactus		
Seguimiento Plan Vigencia 2004	PRESUPUESTO	4.4.10 (PM - 2004) Mediante Circular No 066 del 25 de junio de 1995, la Secretaría Distrital de Salud, dispuso que son las Juntas Directivas de las ESE, las Entidades competentes para reconocer y pagar las primas técnicas al nivel asesor. El Hospital San Blas II nivel de atención ESE, mediante Resolución No 000199 de fecha 22 de agosto de 2003, reglamentó el reconocimiento y pago de prima técnica a nivel asesor, sin existir acuerdo previo por parte de la junta directiva para dicho reconocimiento tal y como lo estipula la norma arriba descrita, lo anterior significa que fue la Gerente del hospital la persona que reconoció el pago de prima técnica a nivel asesor y no la Junta Directiva como era lo debido, contraviniendo lo normado en la circular No 066 de 1995, emanada de la SDS	Gestionar ante la junta directiva la aprobación mediante acuerdo de la Junta Directiva.	Gestiones realizadas	1	Gerencia y Talento Humano	Carlos E. Pineda y Laura Acevedo	Humanos	2010/04/01	2010/12/31	Trimestral	1	Se adjunta oficio firmado por Martha Yaneth Veleño Quintero Directora Jurídica Distrital	1	E

4.3. MATRIZ PLAN DE DESARROLLO

	PRESUPUESTO 2009						AVANCE FÍSICO		TOTAL PONDERACIÓN PROYECTO	
	30%						70%			
	10%		20%				G	H	I	J
	A	B	C	D	E	F				
\$ PRESUPUESTO DEFINITIVO A 31-12-09	\$ COMPROMISOS A 31-12-09	PONDERACIÓN 10%	\$ GIROS A 31-12-09	PONDERACIÓN 20%	TOTAL PONDERACIÓN 30%	% AVANCE Vigencia	TOTAL PONDERACIÓN 70%	PONDERACIÓN TOTAL 100%	CALIFICACIÓN TOTAL de 1 a 5	
FORMULA			C= B/A* 0,1		E = D/A*0,2	F = C+E		H = G * 0,7	I= F+H	J= I * 0,05
BOGOTÁ POSITIVA : PARA VIVIR MEJOR:										
ENTIDAD: HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE										
										promΣproy
Proyecto 1 Desarrollo de la infraestructura hospitalaria- Componente: Dotación y Reposición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios de cirugía y urgencias del Hospital San Blas II Nivel-ESE	245.000	242.631	.99	0	0	0	0	0	0	
Proyecto 2 "Participación social por los derechos y deberes a la salud de los usuarios del hospital San Blas II nivel para la vigencia 2009	35.000	34.773	.99	0	0	0	0	0	0	
Proyecto 3 Mejoramiento de las instalaciones físicas y dotación de la ESE. Componente: Sistemas de información ESE San Blas II nivel SOFTWARE.	15.000	14.117	.99	0	0	0	0	0	0	

4.4 CALIFICACIÓN BALANCE SOCIAL

Sector: Sector Salud e Integración Social

Entidad: Hospital San Blas II Nivel ESE

3.1. Reconstrucción del problema social

Definición: La reconstrucción del problema consiste en identificar las causas y efectos de un problema o situación, focalizando la población afectada y estableciendo alternativas de solución.

3.1.1. Problema (s)

Problema:1. Aumento de mortalidad y morbilidad en la localidad San Cristóbal,” 2. "Aumento en las enfermedades de salud sexual y reproductiva en la localidad San Cristóbal”, y 3. “La desnutrición de la localidad de San Cristóbal”.

De estos tres problemas para el análisis se va a tomar uno de los problemas planteados. El Aumento de mortalidad y morbilidad en la localidad San Cristóbal

3.1.1.1. Calificación:

Para cada problema el auditor deberá verificar y analizar los siguientes elementos: causas, efectos, focalización, actores y justificación de las soluciones y darles la calificación dentro del siguiente rango: cero (0) si la entidad no los presenta hasta un máximo de 20 puntos si la entidad presenta adecuadamente éstos elementos.

<u>Causas:</u>	Calificación
<p>Escriba en este espacio su análisis o criterio sobre las causas que presenta la entidad respecto a la problemática.</p> <p>Relacionan unas causas de mortalidad que están clasificadas por edades, pero como el problema es “Aumento de mortalidad y morbilidad materna en la localidad de San Cristóbal” algunas causas se deducen que son mujeres, pero no lo dice el texto, existen otras causas que se pueden aplicar a la problemática que se está analizando, pero tampoco se señala en el documento.</p>	10

<u>Efectos:</u> éstos evidencian las áreas críticas sobre las cuales se debe intervenir para solucionar el problema.	Calificación
Los efectos de la mortalidad y morbilidad materna, no están señalados, específicamente, se observó un cuadro (folio 15) con nombre de “20 primeras causas de mortalidad” vigencia 2009, pero no dice cuántas maternas murieron por estas causas.	0

<u>Focalización:</u>	Calificación
En el problema del “aumento de mortalidad y morbilidad materna en la localidad de San Cristóbal”, está descrito por la ubicación del hospital, y el área de influencia de la población (materna). Pero faltó determinar que población necesitaba la atención o habían atendido y cuántos se dejaron de atender.	10

<u>Actores:</u> Identifique qué tipo de actores intervienen directa e indirectamente en el problema.	Calificación
El Ministerio de Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, Fondo Financiero, estos actores se extraen del informe pero no están enunciados claramente como lo solicita la metodología. En el documento no se evidenció que el hospital, abordara la problemática en acompañamiento de otros actores.	5

<u>Justificación a las soluciones propuestas:</u>	Calificación
El hospital San Blas abordó este tema porque está en el Plan de Desarrollo Distrital, Plan Nacional de Salud Pública, y en la política de infancia.	20

3.2. Instrumentos Operativos para la atención de los problemas sociales

Definición: Los instrumentos operativos de solución son aquellos medios de intervención tales como proyectos o acciones que la entidad ha fijado ejecutar para atender cada uno de los

Problemas que fueron identificados y permiten dar operatividad a una política y que incidirán en la transformación del problema. Este componente se debe elaborar a nivel de la Administración y a nivel de la entidad así:

3.2.1. Calificación

El auditor deberá verificar y analizar los siguientes elementos (estrategias, programas, compromisos, metas, proyectos y/o acciones) a nivel de la administración y de la entidad y

darles la calificación dentro del siguiente rango: cero (0) si la entidad no los presenta hasta un máximo de 50 puntos si la entidad presenta adecuadamente éstos elementos.

<u><i>A nivel de de la Administración</i></u>	Calificación
La administración esta desarrollando acciones, para enfrentar la problemática “aumento de la mortalidad y morbilidad materna de Localidad de san Cristóbal”, porque va unido a lineamientos de Plan de Desarrollo y Plan Nacional de Salud.	20
<u><i>A nivel de la entidad</i></u>	Calificación
El hospital a intervenido en este tema mediante los proyectos que ha cofinanciado la UEL San Cristóbal, pero le falta dar mayor relevancia a estos temas que son prioritarios en comunidades como ésta.	20

3.3. Resultados en la transformación de los problemas

Definición: Los resultados son el efecto de las actividades desarrolladas por las entidades para la ejecución de los proyectos o acciones a su cargo para dar cumplimiento a una política.

3.3.1. Calificación

<u><i>Porcentaje de cumplimiento físico</i></u>	Calificación
El hospital San Blas, ha realizado actividades de promoción y prevención, en temas como VIH, Lactancia materna, atención a gestantes, planificación familiar etc, no obstante de éstas actividades no quedo claro el cumplimiento de metas por falta de una línea base de las personas que llevan a cabo estas actividades.	30

Califique dentro del siguiente rango: cero (0) si no hay avance físico o cumplimiento de la meta en la vigencia, hasta un máximo de 60 puntos si se cumplió la meta.

<u><i>Presupuesto</i></u>	Calificación
El cumplimiento presupuestal se dio en un 86.43%, de todo el presupuesto del hospital pero no se puede establecer de las actividades específicas para el problema que se está señalando “aumento de la mortalidad y morbilidad materna”	10

Califique dentro del siguiente rango: cero (0) si el proyecto no presenta ejecución, hasta un máximo de 20 puntos si se ejecutaron y giraron los recursos.

<u>Indicadores:</u>	Calificación
A pesar de enunciar indicadores de producción hospitalaria, no están orientados a dar a conocer el avance de la problemática señalada, los indicadores se enuncian para mostrar resultados de cumplimiento versus lo programado, pero en la verificación la información no fue confiable ya sea por la forma de llevar los registros o porque no coincidió al hacer cotejo entre la información soportada y lo planteado en los planes de acción.	5

Califique dentro del siguiente rango: cero (0) si el informe no relaciona indicadores, hasta un máximo de 10 puntos si el informe los relaciona.

<u>Impactos y/o Acciones</u>	Calificación
<p>Analice y verifique los cambios, modificaciones o impactos logrados mediante los mecanismos implementados en la situación problemática que dio origen a la formulación de la política. Relacione los resultados y logros alcanzados mediante otras acciones desarrolladas por la entidad que no están establecidas dentro del plan de desarrollo pero que permiten dar operatividad y cumplimiento a las políticas de la Administración</p> <p>Este ítem de impacto, no fue posible visualizarlo y menos verificarlo en la problemática teniendo en cuenta que focalización, población atendida o dejada de atender, o población con necesidades de este tipo no se evidenciaron en el documento, y la poca información que esta, no se orienta a la problemática en estudio.</p>	2

Califique dentro del siguiente rango: cero (0) si la entidad no reporta impactos en la comunidad o ciudadanía, hasta un máximo de 10 puntos si la entidad reporta evidencias del impacto de la gestión del proyecto.

4.5 CONSOLIDADO CALIFICACION

PROBLEMA “AUMENTO DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL”
BALANCE SOCIAL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE
VIGENCIA 2009

COMPONENTE	CALIFICACION	TOTAL
1. RECONSTRUCCION DEL PROBLEMA SOCIAL (100 puntos)	Causas	10
	Efectos	0
	Focalización	10
	Actores	5
	Justificación a las propuestas	25
	Subtotal	50
2. INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCION DE PROBLEMAS SOCIALES (100 puntos)	A nivel de la Administración	20
	A nivel de la Entidad	20
	Subtotal	40
3. RESULTADOS DE LA TRANSFORMACION DE PROBLEMAS SOCIALES (100 puntos)	Porcentaje de cumplimiento físico	30
	Presupuesto	10
	Indicadores	5
	Impactos o Acciones	2
	Subtotal	37

ANEXO No. 4.6 OBRAS HOSPITAL SAN BLAS



Foto No 1 Auditorio



Foto No. 2 y 3 Auditorio



Foto No. 4 Hall Almacén y farmacia



Foto No. 5 y 6 Habitaciones área quirúrgica



Foto No. 7 Cocina Centro Despertar



Foto No. 8 y 9 Cocina Centro Despertar

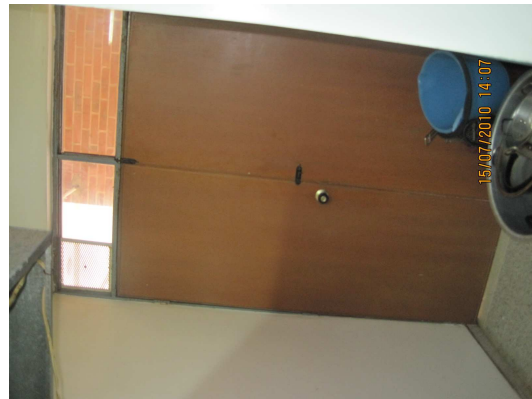


Foto No. 10 y 11 Cocina Centro Despertar

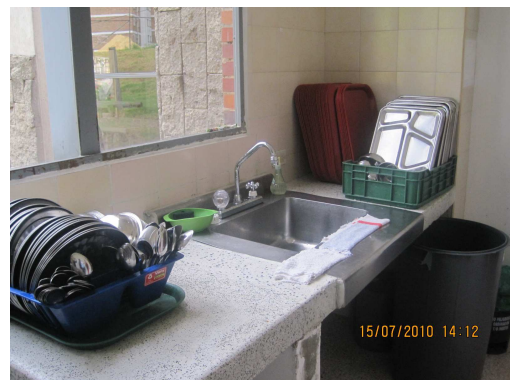


Foto No. 12 y 13 Cocina Centro Despertar



Foto No. 14 y 15Cocina Centro Despertar

4.7 MATRIZ 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	27	
			Aspectos relacionados con la usabilidad de la página: i) características de la información, ii) presentación, iii) funcionalidad	36	
	SUBTOTAL (1)				63
	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	15	
			Existencia y funcionamiento del sistema de peticiones, quejas y reclamos	40	
	SUBTOTAL (2)				80
	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	0	
			Se publicarán: 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	15	
		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)		
			Se dio cumplimiento a la Ley 816/03		
		Existencia y aplicación del manual y/o proceso de contratación	10		
	Portal Unico de Contratación	Presencia Portal Unico de Contratación	0		
	SUBTOTAL (3)				25
	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	

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 organos 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)	5	
		Realización de ejercicios de rendición de cuenta a la ciudadanía por medios diferentes a la página web	20	
Rendición de cuentas a organos de control			25	
SUBTOTAL (5)			80	
Trámites	Página Web de la Entidad	Información sobre trámites en la página web	10	
		Trámites en línea de la entidad	0	
	Información suministrada por la Entidad	Trámites racionalizados, simplificados o eliminados	7	
SUBTOTAL (6)			17	
TOTAL FACTOR VISIBILIDAD			265	
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	30
	Riesgo Antijuridico	Información suministrada por la Entidad	Política de manejo de riesgo antijuridico	
	Tendencia modalidad de contratación	Información suministrada por la Entidad	Tendencia en la modalidad de la contratación y cumplimiento del objeto misional	
TOTAL FACTOR MEJORAMIENTO DE LA GESTION			60	
ACCION CIUDADAN	Empoderamiento Ciudadano en el Control Social y Fiscal	Información suministrada por la Entidad y/o Comunidad	La Entidad ha firmado pactos por la transparencia	40

		Organizada	ellos	
			Las veedurias ciudadanas han efectuado recomendaciones a la Entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas	0
			La ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, presupuesto participativo, etc.	0
			Se identifican mecanismos que promuevan la participación ciudadana en la Entidad	40
		TOTAL FACTOR PARTICIPACION CIUDADANA		80
		TOTAL MATRIZ DE EVALUACION DE TRANSPARENCIA		405