



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

HOSPITAL DE USME I NIVEL DE ATENCIÓN ESE

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

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

SEPTIEMBRE DE 2010

AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Directora Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector Fiscalización Salud	Juan Guillermo Plata Plata
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoría	Didier Páez Andrade - Líder Néstor Gustavo Garzón González Magda Concepción Guevara Poveda José Benito Infante Quevedo Roberto Jiménez Rodríguez Jorge Montealegre Cortés Willie May Rátiva Howard

CONTENIDO

		Pág.
1.	DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2009	4
2.	ANÁLISIS SECTORIAL	12
3.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	28
3.1	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	28
3.2	Seguimiento Controles de Advertencia y pronunciamientos comunicados vigentes	29
3.3.	Evaluación Sistema de Control Interno	29
3.3.1	Evaluación a la Transparencia	40
3.3.2	Seguimiento al Compromiso Ético Suscrito	46
3.4	Evaluación Estados Contables	46
3.5	Evaluación al Presupuesto	54
3.6	Evaluación a la Contratación	79
3.7	Evaluación Plan de Desarrollo y Balance Social	87
3.7.1.	Evaluación Plan de Desarrollo	87
3.7.2.	Evaluación Balance Social	118
3.7.3.	Evaluación Salud a su Hogar	129
3.7.4.	Evaluación Salud al Colegio	138
3.7.5	Plan de Ordenamiento territorial (POT)	139
3.8.	Evaluación de la Gestión Ambiental	140
3.9.	Resultado evaluación de acciones ciudadanas	148
3.10	Concepto sobre Rendición de Cuenta	149
4.	Anexos	153
4.1.	Cuadro de hallazgos	154
4.2.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	155
4.3.	Metodología Evaluación transparencia	170
4.4	Verificación Información del Plan Maestro de Equipamientos	178
4.5	Matriz De Verificación De Los Compromisos Del 'Informe Sobre El Estado De Avance Del Plan Maestro De Equipamientos Del Hospital Usme I Nivel De Atención Ese Para Bogotá D.C".	180



1. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Dra. DORA ALICIA SARMIENTO MANCIPE

Presidente Junta Directiva

Dra. LILIANA PATRICIA PATERNINA MACEA

Gerente

Hospital de Usme I Nivel ESE

Ciudad

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental Con enfoque Integral al Hospital de Usme I Nivel de Atención ESE, 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 del período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009; la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, 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 la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno, y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

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

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

control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno MECI.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

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

<i>Variables</i>	<i>Ponderación</i>	<i>Calificación</i>
1. Plan de Desarrollo y/o Plan Estratégico y Balance Social	35	24,50
2. Contratación	20	11,80
3. Presupuesto	15	12,15
4. Gestión Ambiental	10	8,00
5. Sistema de Control Interno	10	7,75
6. Transparencia	10	7,00
SUMATORIA TOTAL	100	71,15

Rango de Calificación para obtener el Concepto

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

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2009, es **FAVORABLE CON OBSERVACIONES**.

La evaluación al Sistema de Control Interno se realizó con base en la implementación de MECI y cumplimiento a la norma NTCGP 1000:2004, de acuerdo con la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública. Como resultado se obtuvo una calificación de **3.9** que corresponde a un grado de cumplimiento aceptable, rango bueno y un nivel de riesgo bajo.

Efectuado el seguimiento al plan de mejoramiento del Hospital Usme, se determinó un grado de cumplimiento del 92.67%, con puntaje de 1,85 sobre 2,00 puntos, lo cual significa que este se ha cumplido, de acuerdo a la metodología establecida en la Resolución Reglamentaria 029 de 2009 de la Contraloría de Bogotá D.C.

Frente al cumplimiento de las políticas, objetivos y metas de los proyectos de inversión de la vigencia 2009 por parte del hospital, no se presentó ejecución, toda

vez que la suma de \$700 millones de pesos viabilizada por la SDS, para la compra del predio del Cami la Flora, no se utilizó por dificultades exógenas a la ESE, como es la NO ASIGNACION de recursos por parte del FFDS, que impidió realizar la compra del predio, no obstante, se evidencia gestión por parte de la ESE, como se describe en el presente informe.

En cuanto al resultado de los indicadores, se observó que el de Equilibrio Financiero en la vigencia 2009, fue negativo, a lo que la administración manifiesta que este indicador no refleja la realidad, toda vez que incluye cifras presupuestales y del balance.

De otra parte, este Ente de Control observa que sumado a los resultados negativos en las vigencias 2008 y 2009, en lo transcurrido del 2010 se presentan retrasos en el pago de la nomina por la iliquidez en sus arcas, debido a las dificultades financieras evidenciadas en las ejecuciones presupuestales, donde fueron ejecutados recursos por gastos de nomina en \$16.000 millones en el 2008 y de \$24.000 millones en el 2009, frente a los ingresos que percibe.

La gestión social realizada por la entidad a la atención de las problemáticas expuestas por la entidad para la vigencia 2009, en cada uno de los casos citados cumplió con los requerimientos de la normatividad

La administración cumplió durante la vigencia 2009 con la normatividad aplicada, en cuanto a los principios fundamentales en el proceso de programación y ejecución del presupuesto, al igual que en la oportunidad de los registros presupuestales. Igualmente se puede señalar que la administración esta cumpliendo con las actividades señaladas por la Secretaria de Hacienda Distrital respecto al manejo del presupuesto orientado por resultados, por lo tanto, en términos generales la opinión presupuestal es confiable.

Se observaron debilidades en el componente de contratación, frente al contrato con COOGESERVIR, el cual se ejecutó sin que se ampararán los desembolsos realizados mes a mes durante 8 meses, igualmente se desconoce el lugar de funcionamiento de esta cooperativa, poniendo en riesgo los recursos del hospital.

La Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral Salud, funcionó desde el 29 de enero de 2009, hasta el 16 de junio de 2009, cuando cedió el contrato a SET LABORAL LTDA, entidad temporal, éste contrato no ha sido liquidado, por las incapacidades existentes, inicialmente por el Grupo laboral y luego por SET LABORAL LTDA.

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Usme I nivel ESE, comprendió la verificación y evaluación de la información reportada en los documentos electrónicos CBN-1111 Información Gestión Ambiental Interna y CBN 1113 Informe de Gestión Ambiental vigencia 2009; se verificó el grado de avance en la implementación del PIGA Plan Institucional de Gestión Ambiental,

El desempeño Ambiental Interno del Hospital Usme I nivel de atención presenta una asignación de 78 puntos en un rango de 1 a 100 para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología desarrollada por la Dirección de Recursos Naturales de la Contraloría de Bogotá.

Dentro de los Sistemas Integrados de Gestión se contempla el SGA: PIGA ISO 14001 – 2004, el cual esta implementado en un 50%

El Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA fue concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente mediante acta de concertación de fecha 25 de Junio de 2007.y el Hospital mediante Resolución No.1646 de 04/08/2008 adoptó el Plan y se ordena su divulgación e implementación al interior del Hospital.

Evaluación y revisión de la cuenta.

Verificados los componentes de la cuenta en su forma, método, término y análisis de la información reportada por el Hospital de Usme I Nivel ESE vigencia 2009, a través de Sivicof, no se encontraron observaciones a la misma.

Opinión sobre los Estados Contables

La opinión emitida en la vigencia 2007, fue negativa, principalmente por las observaciones formuladas a la cuentas Deudores, Propiedad Planta y Equipo, Cuentas por Pagar e Ingresos, para la vigencia de 2008, la opinión fue con salvedades.

Como resultado de la evaluación de la vigencia de 2009 se pudo establecer:

El Balance General con corte a 31 de diciembre de 2009 presenta en la cuenta efectivo un saldo de \$69.9 millones, mientras que en el informe de cierre de tesorería figura un saldo de efectivo de \$7.2 millones presentándose una diferencia de \$62.6 millones

El valor que presenta la tesorería con corte a 31 de diciembre en efectivo es de \$16.8 millones, integrados por el efectivo de \$7.2 millones, no fue consignado oportunamente el último día hábil del mes de diciembre (27 de diciembre del año

2009), presentando deficiencia en el control interno, la diferencia se presenta en títulos valores denominados pagarés, por valor de \$9.5 millones, dichos pagarés se elaboraron por el valor resultante de los faltantes de los diferentes cajeros producto de los arqueos efectuados por el tesorero principal en el año 2008. De otra parte se estableció la existencia de títulos valores por valor de \$9.2 millones integrado por letras de cambio por \$6.2 millones y pagarés \$3.0 millones; la tesorería muestra la existencia de cheques por valor de \$37.4 millones pendientes de cobro desde el año 2007, que fue consignado en la cuenta de ahorro No 0048-70090000, la suma de \$36.0 millones, consignado el día 30 de abril, en la oficina 0092, como se evidencia en el extracto bancario en la cuenta de ahorro, igualmente se comprobó en la conciliación bancaria en el detalle denominado: “cheques no contabilizados del mes de mayo del 2007, por valor de \$36.06 millones”, quedando pendiente por identificar la diferencia de \$1.4 millones, desconociéndose los subnumerales 102, 103 confiabilidad y 104 razonabilidad del numeral 2.7 Características Cualitativas de la Información Contable Pública del Régimen de Contabilidad Pública, presentando igualmente incumplimiento a los literales a-b-c-d-y e. del artículo segundo de la ley 87 del 29 de noviembre de 1993

Realizada la verificación de los movimientos de bancos y revisadas las conciliaciones bancarias de las cuenta de ahorro y corriente, se estableció que existen cheques girados y no cobrados.

El saldo total de la cuenta Deudores Servicios de Salud a 31 de dic. 2009 es de \$6.734.8 millones, de los cuales activo corriente es de \$4.027.2 millones; la administración no presentó el valor del activo no corriente por valor de \$2.707.6 millones, incidiendo significativamente en el análisis y comparación de las cifras y en los indicadores financieros.

De otra parte en el auxiliar 14090702 Servicios de salud privados, presenta un saldo de \$78.391 millones, que corresponde a la causación de las letras de cambio que ya prescribieron, y la administración no a procedido a ser provisionarlas.

De otra parte, en los valores reflejados en la conciliación de los saldos de cartera y contabilidad, se presenta una diferencia por valor de \$141.1 millones cuyos valores más representativos son \$69.8 millones que corresponden a Letras y Pagares y \$70.2 del convenio No.02 de 2005.

La cuenta de deudores auxiliar servicios de salud no presenta en el informe del Balance General con corte a 31 de diciembre de 2009, los valores superiores a 360 días, de la cartera por edades, que al ser revisada se estableció un valor de \$ 2.707.6 millones que no fue clasificada como Activos no corrientes, situación que viene reincidiéndose año tras año.

En cuanto al control interno contable, se detectaron debilidades en la tesorería por la no aplicación de los procedimientos teniendo en cuenta que existen partidas de años anteriores a 2005 como los de las tarjetas de crédito, cheques registrados en el extracto bancario y pagarés

En nuestra opinión, **excepto por lo expresado** en los párrafos precedentes los estados contables del Hospital Usme I Nivel de atención 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 auditoría tal como se detalla en el Anexo N°. 4.1 se establecieron **25** hallazgos administrativos, de los cuales dos (2) tienen incidencia disciplinaria que se trasladaran a la Personería.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones emitido en cuanto a la gestión realizada y teniendo en cuenta que los hallazgos presentados en los párrafos anteriores no inciden de manera significativa en los resultados de la administración, conceptuamos que la gestión adelantada acata, las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, cuenta con un efectivo Sistema de Control Interno y en la adquisición y uso de los recursos conserva acertados criterios de economía, eficiencia y equidad, la opinión con salvedad expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables y el cumplimiento en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos, la Cuenta Rendida por el Hospital Usme I Nivel de Atención, correspondiente a la vigencia 2009, **Se fenece**.

Concepto Plan de Mejoramiento

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



El Plan de Mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto a cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución, así como aquellas observaciones pendientes del plan de mejoramiento anterior.

Bogotá, D. C, Septiembre de 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Salud e Integración Social

2. ANÁLISIS SECTORIAL

SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

2.1 Fundamentos

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Ibid.

Para concretar estas acciones se requiere desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social⁵, componentes sobre los que se ha ido avanzando, en algunos con mayor dificultad, como el caso de la intersectorialidad, que se comenta más adelante.

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

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

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

El proyecto salud a su casa es la continuidad de salud a su hogar que se diseñó y desarrolló en el marco de la política distrital de la administración 2004-2007. Se constituye en puerta de entrada para acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de sus necesidades, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de 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 calidad de vida y salud de las comunidades educativas de la ciudad. Su intencionalidad es desarrollar respuestas integrales a las necesidades sociales desde una estrategia promocional de calidad de vida⁸.

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

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

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

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

Estos programas como instrumento de política, apuntan a fortalecer la capacidad de respuesta en atención primaria de los servicios, hacer un seguimiento continuo a las familias y comunidad escolar sobre promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, e impedir la imposición de barreras de acceso a los servicios por parte de los aseguradores y prestadores.

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

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

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

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

Fuente: Plan de Desarrollo Bogotá Positiva

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

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

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

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

- Fortalecer 24 horas Línea amiga de niños, niñas de adolescentes 106 (Atención 24 horas)
- Implementar en los 734 ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital el programa de promoción de actividad física.
- Implementar 100% la política de discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables y la inclusión de esta población de acuerdo al Plan de Acción.
- Implementar 100% las Estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI .infantil AIEPI, IAMI y IAFI. de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS.
- Aumentar 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual
- Incrementar 25% sedes colegios la cobertura del programa de salud oral en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, mediante campañas educativas.

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

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

Millones de pesos 2008

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

Fuente: Recursos programados Fichas EBID. DSDS-FFDS.

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

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

Millones de pesos

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

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

En los años 2009 y 2010 la reducción es importante, ya que en la programación inicial de los proyectos, se calculó un monto de \$68.498 millones y \$76.735 millones respectivamente, y en los presupuestos anuales se asignaron apenas \$54.535 millones y \$51.511 millones, es decir que en total se redujo en \$39.187 millones, el monto de recursos para estos proyectos.

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

2.3 Operacionalización de los proyectos

2.3.1 Salud a su casa

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

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

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

Las intervenciones se hacen sobre todas las familias de un micro territorio independiente de su régimen de afiliación, priorizando en algunos grupos poblacionales como gestantes, menores de 5 años, adultos mayores, población en condición de discapacidad, población con diagnóstico de diabetes e hipertensión, mujeres en edad fértil y eventos de notificación obligatoria. Estas intervenciones

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

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

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

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

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

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

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

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

El equipo de la Secretaría realiza reuniones mensuales con todos los hospitales para revisión y aplicación de protocolos y procesos, los cuales abarcan uno

estratégico de participación, 2 misionales (lectura de necesidades y construcción de la respuesta) y uno de apoyo de referenciación a servicios.

De otra parte, es de destacar que en algunos casos se presentan obstáculos para el contacto de familias e individuos por situaciones de inseguridad que imposibilitan el acceso de los equipos de salud a su casa. Las dinámicas poblacionales originadas en situaciones de desplazamiento, reubicaciones de viviendas y traslado a otras zonas de la ciudad impactan en el normal desarrollo del proyecto.

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

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

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

CUADRO 4
ALIANZAS CON ENTIDADES PROYECTO SALUD A SU CASA

ENTIDADES DE NIVEL DISTRICTAL	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	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Canalización de niños desescolarizados hacia programas



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
del Distrito		educativos de las instituciones distritales.
SENA	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenio para la formación de promotores de salud de las E.S.E. adscritas como auxiliares de salud pública.
Alcaldías Locales	Concurrencia y complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrencia de recursos de los Fondos de Desarrollo Local, para dar respuesta a las necesidades de la población en complemento a las acciones que no se pueden financiar desde el sector salud.
Metrovivienda y Caja de Vivienda Popular	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenio para el mejoramiento de condiciones de habitabilidad desfavorable a la salud en viviendas ubicadas en territorios de SASC, con el fin de impactar de manera positiva algunas patologías debidas a condiciones de saneamiento básico precarias.
Comunidad	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento de organizaciones de base comunitaria a través del desarrollo de núcleos de gestión de la salud en territorios de SASC. ▪ Participación en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y control social a las acciones.

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

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

CUADRO 5
MICROTERRITORIOS SASC POR LOCALIDAD.

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

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

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

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

2.3.2 Salud al colegio

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

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

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

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

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

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

Según el ámbito escolar las acciones se dirigen a:

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

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

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

Se desarrollan actividades relacionadas con la gestión territorial en colegios, convivencia y derechos humanos, grupo de acciones promocionales para la prevención del consumo de SPA, salud sexual y reproductiva, salud ambiental. En cuanto a la promoción de salud se enfatiza en la actividad física; salud oral, alimentación saludable, suplementación nutricional; salud visual y auditiva; salud



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

mental; colegios protectores y activos ante violencias; soporte psicosocial ante factores de riesgo de la conducta suicida; referenciación a servicios de salud de adolescentes y jóvenes gestantes, posparto y lactantes. También hay actuaciones especiales para población escolar con discapacidad, en situación de desplazamiento, niños trabajadores y población étnica escolarizada.

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

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

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

CUADRO 6
SEDES CUBIERTAS EN SALUD AL COLEGIO EN 2009

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

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

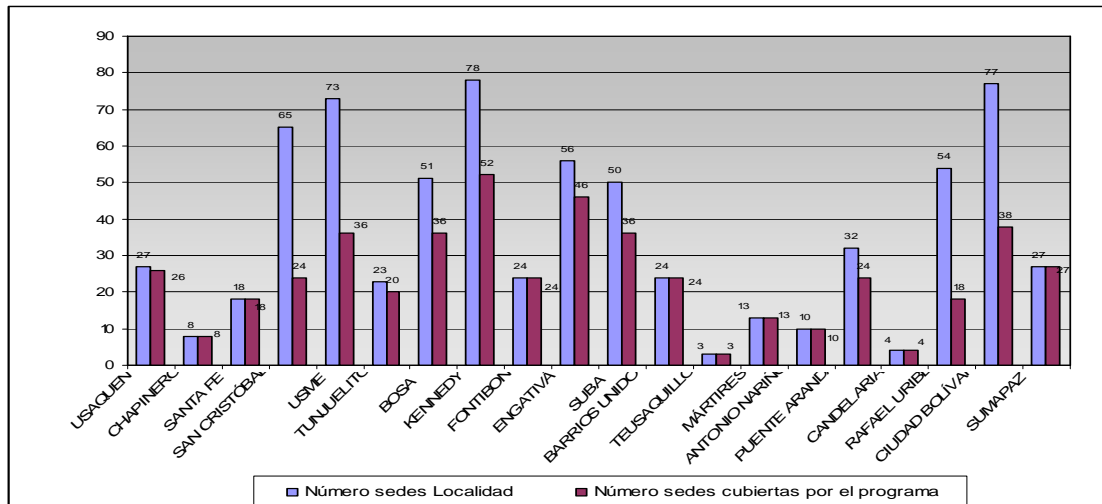
Fuente: Informe Balance Social SDS, SED y SDIS. Corte diciembre 2009.

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.

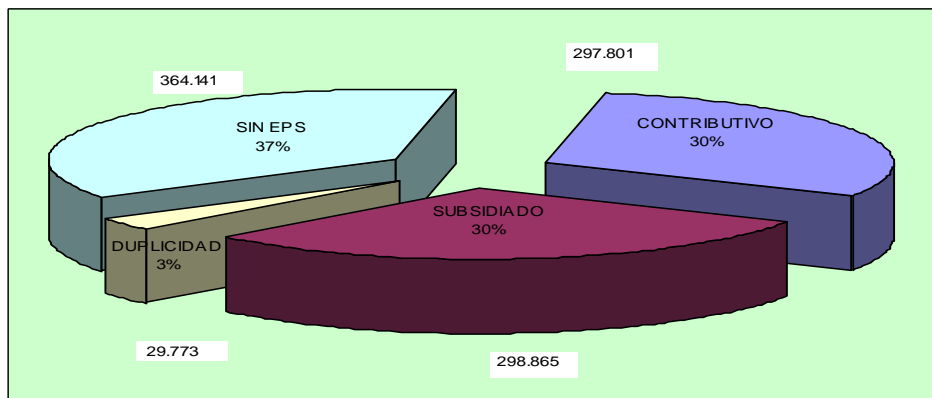


Fuente: Secretaría Distrital de Salud

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 ASEGURAMIENTO ESCOLARES COLEGIOS BOGOTÁ 2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

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

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

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

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

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

2.4 CONCLUSIONES

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

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

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

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

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento para subsanar las 58 observaciones presentadas en los Informes de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral correspondiente a las vigencias de 2002, 2007 y 2008, al cual se le dio conformidad el 12 de mayo de 2009, se encontró:

El sistema de Control interno, tenía como meta adelantar acciones que eliminaran las causas que generaron la formulación de 15 observaciones, de las cuales 14 quedaron cerradas con cumplimiento del 100% y la restante presentó cumplimiento parcial quedando abierta.

En cuanto al área Contable, Financiera y Presupuestal, le fueron fijadas 23 observaciones, de las cuales 18 tuvieron cumplimiento del 100% y se cierran; 3 cumplimiento del 50% y 2 no presentaron ejecución, es decir cumplimiento 0% las cuales quedan abiertas.

En lo que respecta al área de Contratación, se observó un cumplimiento del 100

Gestión Ambiental, tenía como meta adelantar acciones que eliminaran las causas que generaron la formulación de cuatro observaciones a las cuales se les dio cumplimiento del 100%.

En lo relativo al Plan de Desarrollo, Balance Social le fueron fijadas 12 observaciones, las cuales presentaron cumplimiento del 100%.

Es importante resaltar que los hallazgos cerrados se retiran y los abiertos deben incluirse en el nuevo Plan de Mejoramiento y tendrán como plazo máximo de ejecución 2 meses, según Procedimiento para la conformidad, modificación y seguimiento al plan de mejoramiento establecido en la Resolución Reglamentaria 029 de 2009.

Por lo anterior el Hospital Usme I nivel de atención E.S.E., alcanzó un total de 138 puntos, con un rango de cumplimiento parcial equivalente a 1.85, con lo que se concluye que el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá fue eficaz, toda vez que alcanzó un promedio del 92.67% (Ver anexo 4.2).

3.2. SEGUIMIENTO CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS COMUNICADOS VIGENTES.

Al verificar el estado de las conciliaciones por venta de servicios sin situación de fondos con corte a diciembre del 2009, se pudo determinar que el Hospital no ha conciliado los recursos por aportes patronales de los funcionarios (realizados con recursos del Situado Fiscal) y el Sistema General de Participaciones, solo se pudo observar conciliación a diciembre del 2008 incumpliendo lo normado por el Decreto 1636 de 2006.

Se evidencia que el área de cartera realizó acciones tendientes a la recuperación, depuración y actualización de la cartera con los distintos pagadores con el fin de mostrar la realidad de las cifras que se reflejan en los estados de cartera de cada pagador, demuestran que los resultados de la gestión permitió disminuir la cartera general de diciembre 2008 a diciembre de 2009 en \$2.472.093.403, les representa el 36.71% del total, destacándose la cartera mayor a 360 días que en diciembre de 2008, estaba en \$5.413.573.183 y al cierre de la vigencia 2009 bajó a 2.707.633.990, que significó una disminución del 49%.

3.3. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000 - 2005), fue adoptado mediante Resolución N°176 del 24 de Enero de 2008 .

Con el fin de evaluar el sistema de control interno y determinar la calidad y nivel de confianza, se aplicó la metodología establecida, y el avance en la implementación del MECI en sus tres Subsistemas, los respectivos componentes y elementos.

Se aplicó el cuestionario a las áreas seleccionadas en la muestra (Gerencia, Oficina Asesora Jurídica, Oficina Gestión Pública y Autocontrol, Oficina de Planeación, Subgerencia Administrativa (Gestión Talento Humano, Gestión Logística, Gestión Financiera), Subgerencia de Gestión en Salud (Gestión de Salud Pública, Gestión Consulta Externa, Gestión Urgencias, Gestión Hospitalaria).

De acuerdo a los conocimientos grupales e individuales sobre los diversos temas; se analizó y revisó la documentación aportada, reflejando la siguiente situación:

1. Control Estratégico, Este Subsistema obtuvo calificación de **3,9** lo cual lo ubica en un nivel bueno, con bajo riesgo.

1.1. Ambiente de control, obtuvo una calificación de 3,9 bajo riesgo

El hospital mantiene una conciencia de control el cual influye en la planificación, la gestión de operaciones y los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal aplicable.

1.1.1. Acuerdos compromisos o protocolos éticos. Calificación 4,0 bajo riesgo

El Hospital Usme cuenta con Código de ética y Buen Gobierno, aprobado mediante Resolución 1671 de Agosto 20 de 2008 y actualizado según Resolución 477 de Junio 16 de 2009, de lo cual se pudo evidenciar que se ha difundido hacia el interior de la entidad mediante mesas de trabajo, carteleras, Intranet y otros medios de comunicación interna, con participación de Planeación y Garantía de la Calidad.

1.1.2. Desarrollo de Talento Humano. Calificación 3,8 bajo riesgo

El Hospital desarrolla programas de inducción y capacitación para los funcionarios que ingresan por primera vez tanto por contrato de prestación de servicios como de planta en las áreas misionales y de apoyo. Igualmente se cumple con programas de capacitación y estímulos a los funcionarios, lo cual contribuye al fortalecimiento en el desarrollo de las actividades del hospital.

Se presentan debilidades de inducción y capacitación en el área contable.

1.1.3. Estilos de Dirección. Calificación 3,8 bajo riesgo

La estructura con que cuenta el Hospital permite la asignación de funciones y delegación de funciones, en cumplimiento de sus objetivos, visión y misión. A través de comités reglamentarios se realiza el seguimiento y evaluación de las estrategias implementadas desde la gerencia.

Se presentan debilidades en la evaluación periódica de actividades en el área contable, por el no acatamiento a directrices impartidas generando deficiencias en los registros

1.2. Direccionamiento Estratégico. Calificación 4,0, bajo riesgo

El hospital está orientado al cumplimiento de su misión, visión y por ende al cumplimiento de sus objetivos.

1.2.1. Planes y Programas. Calificación 3,9 bajo riesgo

Los objetivos establecidos por las dependencias son adecuados y coherentes con los objetivos de la entidad, existe seguimiento permanente de los planes, programas y proyectos a través de los Planes de Acción y los tableros de control. Se presenta debilidades en el seguimiento de planes, programas y proyectos igualmente en el cumplimiento de actividades para generar informes en el área financiera (Contabilidad y presupuesto).

1.2.2. Modelos de operación por procesos. Calificación 4,0 bajo riesgo

El hospital cuenta con diagramas de flujo que permiten visualizar las actividades de cada macroproceso o dependencia, estos se encuentran en los planes operativo, estratégico y de acción, igualmente se puede visualizar en la Página Web del hospital.

Los procedimientos se encuentran documentados y aprobados mediante Resolución 1671 de Agosto 20 de 2008. Los ajustes y actualizaciones se registran en el libro Maestro de Documentos Controlados.

1.2.3. Estructura organizacional. Calificación 4,0 bajo riesgo

Dentro de la estructura el hospital integra los cargos, las funciones, los niveles de responsabilidad y autoridad permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión.

El modelo de operación del Hospital de Usme esta sustentado en cuatro (4) Macroprocesos así:

1. Estratégico: 1. Dirección Estratégica, 2. Gestión Social.
2. Misional: 1. Gestión en Salud Pública (Promoción y Prevención P y P. 2. hospitalización. 3. apoyo diagnostico y terapéutico 4. Consulta Externa. 4. Urgencias.
3. Apoyo: 1. Tecnología y Estadística. 2. Talento Humano 3. Gestión Logística. 4. Gestión Financiera.
4. Control y Evaluación: Sostenibilidad Seguimiento Control y Evaluación.

Se presentó modificación a los Procesos Misionales del Hospital al cambiar el proceso del Plan de Intervenciones Colectivas y Promoción y Prevención (P y P) como parte del proceso de Gestión de la Salud Pública y se adicionó el Proceso de Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapéutico, según Acta de Junta Directiva N° 06 de Junio 2 de 2009.

Esta estructura permite establecer claramente niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de las diferentes actividades y por ende de la Misión Institucional.

El componente de Direccionamiento Estratégico Obtuvo calificación de 4,0

1.3. Administración de Riesgos. Calificación 3,8 bajo riesgo

El hospital evalúa eventos negativos tanto internos como externos que puedan afectar el logro de sus objetivos institucionales o eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

1.3.1 Contexto Estratégico. Calificación 3,8 bajo riesgo

La entidad orienta las decisiones frente a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación.

El Hospital tiene identificado los factores internos y externos de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, realizado mediante la aplicación de la matriz DOFA, en grupos de trabajo.

Se tienen establecidos Mapas de Riesgos de las dependencias del Hospital y se les efectúa seguimiento. Se presentan debilidades de sensibilización con la política de riesgos al igual que la calidad y oportunidad de la información que sale y entra en el área de contabilidad.

1.3.2 Identificación de Riesgo. Calificación 4,0 bajo riesgo

Se identifican los eventos potenciales que ponen en riesgo el logro de su misión estableciendo las causas y efectos de su ocurrencia.

Se tienen establecidos Mapas de Riesgos liderado por la Oficina de Gestión de la Calidad, los cuales son de fácil consulta a través de la intranet del hospital.

1.3.3 Análisis de Riesgo. Calificación 3,7 bajo riesgo

Se establece la probabilidad de ocurrencia de los elementos positivos o negativos y el impacto de sus secuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar su aceptación y manejo. Antes de la conformación de los Mapas de Riesgos los Equipos de Análisis efectuaron depuración de los listados de riesgos captados a través de lluvias de ideas de todos los funcionarios.

Se presentan debilidades en el análisis de riesgo (clasificación, registro y ajustes) pese a su identificación, en las áreas contable y contratación.

1.3.4 Valoración de Riesgo. Calificación 3,7 bajo riesgo

Se determina el nivel o grado de exposición a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Una vez analizados los riesgos, los equipos de análisis procedieron a calificar la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto.

Se presentan debilidades en las áreas contable y contratación.

1.3.5 Políticas de Administración de riesgo. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se estructura los criterios orientados en la toma de decisiones respecto al tratamiento de los riesgos y los efectos hacia el interior del hospital. El Hospital, en términos generales, cuenta con políticas por cada macroproceso con el fin reducir, dispersar, transferir o asumir el riesgo.

Si embargo se presentan debilidades para administrar riesgos estratégicos y la no fijación de mecanismos para evitarlos, reducirlos, dispersarlos, transferirlos o finalmente asumirlos, en las áreas de contabilidad y Contratación.

El componente de Administración de Riesgos, obtuvo calificación de 3,8 bajo riesgo.

2. Control de gestión

2.1. Actividades de Control. Calificación 3,9 bajo riesgo

El hospital garantiza el control a la ejecución de la función, planes y programas, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

2.1.1 Políticas de Operación. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se establecen las guías de acción para la implementación de estrategias, define los límites y parámetros para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración de riesgos. El Hospital tiene definido, a través de actos administrativos las políticas de control y permanentemente se realizan ajustes. Sin embargo se presentan

debilidades en capacitación y sensibilización sobre políticas adoptadas por el hospital, su revisión periódica, sus ajustes y controles en el área contable.

2.1.2 Procedimientos – Manual de Procedimientos. Calificación 3,9 bajo riesgo

El Manual de procedimientos fue aprobado mediante Resolución 1671 de Agosto 20 de 2008: Los ajustes y actualizaciones se registran en el libro Maestro de Documentos Controlados. Se presenta debilidades en los procedimientos del área contable.

2.1.3 Controles. Calificación 3,9 bajo riesgo

Se definen acciones para prevenir o reducir el impacto de eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos requeridos para el logro de los objetivos. Según el mapa de riesgos el Hospital cuenta con controles preventivos y correctivos. Se evidencia que la entidad definió los controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos.

Sin embargo se presentan debilidades en el establecimiento de controles necesarios para atenuar los riesgos (acciones preventivas y correctivas) y los ajustes respectivos en las áreas contable y contratación.

2.1.4 Indicadores. Calificación 4,0 bajo riesgo

Se definen variables cualitativas y cualitativas que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el hospital con relación a los objetivos y metas previstos. El Hospital tiene definidos indicadores, los cuales se encuentran en cada uno de los Planes de Acción de las dependencias y estos son consolidados a través del Tablero de Control dirigido y controlado por la Oficina de Planeación quien hace seguimiento a través del sistema de semaforización.

En el Tablero de Control, se encuentran definidos una serie de indicadores para todas las áreas del Hospital.

Actividades de Control. Obtuvo calificación de 3,9 bajo riesgo

2.2 Información. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se convierte en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto. Es la base de transparencia en la gestión del hospital, la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de la información en general.

2.2.1 Información Primaria. Calificación 3,9 bajo riesgo

El hospital esta en permanente contacto con instancias externas y de no hacerlo pueden afectar su desempeño. La información que proviene de fuentes externas se procesa dentro de la entidad, identificando su procedencia y concepto.

Es así como la principal fuente de información es la ciudadanía, para lo cual el Hospital ha implementado mecanismos de atención, quejas y reclamos. Sin embargo se presentan debilidades en la forma como circula la información o los documentos del área contable.

2.2.2 Información Secundaria. Calificación 3,8 bajo riesgo

El hospital origina y procesa datos provenientes del ejercicio de su función.

EL Hospital tiene identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, se publican al interior de la entidad con el objeto de garantizar el despliegue de la información a todos los niveles.

Sin embargo se presentan debilidades en la identificación de las fuentes internas de información, mecanismos eficaces para manejar y controlar la información y la implementación de un sistema de sugerencias o propuestas de los funcionarios en el área contable.

2.2.3 Sistemas de Información. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se cuenta con recursos humanos y tecnológicos orientados a la generación de información con el fin de soportar de manera más eficiente la gestión de las operaciones.

De otro lado se verificó que los sistemas tienen establecidos niveles de acceso, están identificados y definidos los responsables que administran, operan, alimentan y utilizan. Los sistemas de información facilitan el control de gestión de los procesos, sin embargo se presentan debilidades en las áreas contables y de Planeación, en lo referente a que los aplicativos no permiten un adecuado procesamiento e integración de datos y por ende generar información de acuerdo a las especificaciones del usuario.

El componente de Información, obtuvo calificación de 3,8 bajo riesgo

2.3 Comunicación Pública. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se aprovecha las relaciones humanas del hospital para cumplir con sus objetivos institucionales y sociales.

2.3.1 Comunicación Organizacional. Calificación 3,7 bajo riesgo

El hospital enfoca su accionar en la difusión de políticas y la información generada para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, planes, los programas, los proyectos y la gestión de las operaciones.

Los canales de comunicación entre las diferentes áreas y de estas a la Alta es considerada buena. Sin embargo se presentan debilidades en la difusión de información; coordinación entre los procesos; evaluación de la oportunidad, utilidad y confiabilidad de la información (Gestión Ambiental); divulgación de los propósitos y estrategias; establecimiento de comunicación entre las áreas del hospital, en el área contable.

2.3.2 Comunicación Informativa. Calificación 3,8 bajo riesgo

El hospital garantiza la difusión de la información sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.

El Hospital está en permanente contacto con los usuarios o clientes a través de la Asociación de usuarios quienes tienen asiento en la Junta Directiva y participan de las decisiones de la Alta Gerencia. Igualmente la ESE rinde cuentas de su gestión a la ciudadanía en general a través de convocatorias públicas a través de la Asociación de usuarios. Sin embargo el área contable presenta debilidades para que la información llegue a todos los niveles del hospital.

2.3.3 Medios de comunicación. Calificación 3,9 bajo riesgo

Se emplean procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados para garantizar la divulgación, circulación de la información hacia los diferentes grupos de interés.

El Hospital utiliza carteleras, líneas telefónicas, el Internet, el correo, para comunicarse con sus usuarios y le permite ejercer a estos el control de su gestión a través de la observación, como prueba de ello son las diferentes manifestaciones ciudadanas a través de las Peticiones, Quejas y Reclamos formulados. El componente de Comunicación Pública, obtuvo una calificación de 3.8 bajo riesgo.

Este subsistema obtuvo una calificación de **3,8** bajo riesgo

3. Control de Evaluación

3.1 Autoevaluación. Calificación 3,8 bajo riesgo

En cada área se mide la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando el cumplimiento de metas y resultados a cargo y tomar medidas correctivas para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.1.1 Autoevaluación de control. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se toman acciones de mejoramiento de control requeridas.

Las políticas institucionales tienen unos principios y objetivos los cuales apuntan a desarrollar el plan estratégico del hospital. Sin embargo se presentan debilidades, en el área contable, en la definición de indicadores para medir la efectividad de los procesos y la medición periódica para la aplicación de correctivos; definición de controles en las actividades críticas para prevenir o reducir situaciones de riesgo.

3.1.2 Auto evaluación de gestión. Calificación 3,8 bajo riesgo

Se evalúan las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación del hospital. Sin embargo se presentan debilidades en el área contable en lo referente al cumplimiento de políticas y metas establecidas para el reconocimiento y revelación de la información y las desviaciones observadas no se incorporan en su totalidad en los planes de mejoramiento.

3.2 Evaluación Independiente. Calificación 3,9 bajo riesgo

Se practica una evaluación autónoma y objetiva del Sistema de Control Interno (SCI), la gestión y resultados por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (OGPA). Además presenta independencia, neutralidad y objetividad a un conjunto de programas de la evaluación del control y realiza seguimiento a los planes de mejoramiento tanto internos como externos.

Sin embargo se presentan debilidades en el área contable, en lo referente a que los resultados de las evaluaciones practicadas por la OGPA, no han aportado para la mejora de la dependencia; las observaciones formuladas no se discuten ampliamente entre el auditor y los auditados y contabilidad no adopta con eficacia y oportunidad las observaciones formuladas por la OGPA.

3.2.1 Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno. Calificación 3,9 bajo riesgo.

El hospital cuenta con una oficina de Control Interno (OGPA) como instancia asesora de la administración, cuya función específica es la evaluación del control en forma independiente acorde con lo estipulado en la ley 87 de 1993, posee personal calificado para el desarrollo de su misión institucional.

3.2.2 Auditoria Interna. Calificación 4,0 bajo riesgo

La oficina de Gestión Pública y Autocontrol cuenta con plan anual de auditoria y ejerce control y vigilancia tanto en el área Misional como en las áreas de apoyo.

Autoevaluación. 3,8

El componente de evaluación Independiente, obtuvo una calificación de 3,9

3.3 Planes de Mejoramiento. Calificación 3,8 bajo riesgo

3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional. Calificación 3,7

El Hospital suscribe Planes de Mejoramiento a nivel institucional con la Contraloría de Bogotá y otros organismos como la Secretaria de Salud; sin embargo no existen adecuados mecanismos de retroalimentación que permitan verificar la efectividad de las acciones propuestas que aseguren la corrección de la observación en los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos, debido a la que algunas observaciones u hallazgos persisten, lo que no permite la mejora continua en forma oportuna y eficaz.

3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos. Calificación 3,9

Con motivo de las evaluaciones practicadas por la Oficina de Control Interno a los cuatro (4) macroprocesos, se suscriben Planes de Mejoramiento a los cuales se les hace seguimiento. Sin embargo se presentan debilidades en el área contable por cuanto el Plan de Mejoramiento no contiene la totalidad de las observaciones formuladas y este no es concertado en forma efectiva entre auditados y auditor.

3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual. Calificación 4.0

La gran mayoría de funcionarios están vinculados por Contratos de Prestación de Servicios y la calidad del desempeño se mide a través de los informes rendidos y al cumplimiento de sus funciones establecidas en el mismo contrato. A los

funcionarios de planta se les califica su desempeño laboral de acuerdo a compromisos establecidos, teniendo en cuenta sus objetivos de acuerdo al cargo y al Manual de Funciones.

El componente de Planes de Mejoramiento, obtuvo una calificación de 3,8

Este subsistema obtuvo una calificación de 3,8 bajo riesgo

Los resultados del examen nos permiten conceptuar que la gestión adelantada por la administración de la entidad, acata las disposiciones que regulan sus actividades arrojando una calificación de 3,9, estando dentro de un nivel bueno con riesgo bajo, soportada en un efectivo Sistema de Control Interno y un adecuado manejo de los recursos puestos a su disposición.

Resultado calificación control interno por Subsistemas, componente y elemento.

CUADRO N°8

HOSPITAL USME I NIVEL ESE
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS Y EJECUCIÓN LÍNEAS DE AUDITORIA EVALUACIÓN MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS	
1. CONTROL ESTRATÉGICO	3,9	1.1.AMBIENTE DE CONTROL	3,9	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	4,0
				Desarrollo del Talento Humano	3,8
				Estilos de Dirección	3,9
		1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,0	Planes y Programas	3,9
				Modelos de Operación por Procesos	4,0
				Estructura Organizacional	4,0
		1.3 ADMINISTRACION DE RIESGOS	3,8	Contexto estratégico	3,8
				Identificación de Riesgos	4,0
				Análisis de Riesgos	3,7
				Valoración de Riesgos	3,7
2. CONTROL DE GESTION	3,8	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL		Políticas de Operación	3,8
				Procedimientos – Manual de Procedimientos	3,9
				Controles	3,9
				Indicadores	4,0
		2.2 INFORMACIÓN		Información Primaria	3,9
				Información Secundaria	3,8
				Sistemas de Información	3,8
		2.3 COMUNICACIÓN PÚBLICA		Comunicación Organizacional	3,7
				Comunicación Informativa	3,8
				Medios de Comunicación	3,9
3. CONTROL DE	3,8	3.1 AUTOEVALUACION		Autoevaluación de control	3,8
				Autoevaluación de Gestión	3,8



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS	
EVALUACION		3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Evaluación Independiente al S.C.Interno	3,8
				Auditoria Interna	4,0
		3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO		Plan Mejora/ento Instit.	3,7
				Plan Mejora/ento x Proces.	3,9
				Plan Mejora/ento Individual	3,9

Fuente: papeles de trabajo grupo auditor.

3.3.1. EVALUACIÓN TRANSPARENCIA

Una vez evaluado esta actividad, su resultado fue:

FACTOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE ESTABLECIDO
VISIBILIDAD	Página Web	Estructura, contenido, información general, funcionarios principales, normatividad	40	50
		Características de la información, presentación, funcionalidad	45	50
		Subtotal	85	100
	Línea de Atención al ciudadano, sistema de PQR's	Existencia línea de atención al ciudadano	25	25
		Quejas y Reclamos en la Página Web	15	15
		Existencia y funcionamiento del Sistema de PQR's	60	60
	Subtotal	100	100	
	Contratación	Información General, presencia de un Link en la página principal, publicación Plan de Compras.	10	15
		Publicación de prepliegos, pliegos definitivos, fechas de apertura y cierre, objeto, acta de audiencia, evaluaciones propuestas, acta adjudicación, liquidación del contrato, licitaciones declaradas desiertas.	25	30
		Cumplimiento Leyes 80/93, 1150/07 y Decretos reglamentarios	10	25
		Cumplimiento a la Ley 816 / 03 (Protección a la industria Nacional).	10	10
		Existencia y aplicación del Manual y/o proceso de contratación.	10	10
		Presencia Portal Único de Contratación	05	10
	Subtotal	70	100	
	Cumplimiento del SICE (Sistema de Información para la vigilancia de la Contratación Estatal)	Registro Plan de Compras dentro de plazos establecidos	30	50
		Registro de contratos superiores a 50 SMLMV y/o sujetos de esta obligación	40	50
	Subtotal	70	100	
	Rendición de Cuentas a la Ciudadanía	Publicación de Planes y Programas ejecutados o que se llevaran a cabo durante la vigencia	0	15
		Presupuesto en Ejecución	0	15
		Información Histórica del Presupuesto	0	10
		Mecanismos de control al interior de la entidad (informes de gestión, metas e indicadores de evaluación de las metas)	0	15
		Realización de ejercicios de rendición de cuenta a la ciudadanía por medios diferentes a la página Web	20	20
Rendición de cuentas a órganos de control		25	25	
Subtotal	45	100		
Trámites	Información sobre trámites en la Página Web	70	70	
	Trámites en línea de la entidad	15	15	
	Trámites racionalizados, simplificados o eliminados	15	15	
	Subtotal	100	100	
TOTAL FACTOR VISIBILIDAD			470	600



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE ESTABLECIDO
MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN	Fenecimiento	Concepto sobre el fenecimiento en la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá	70	70
	Plan de Mejoramiento	Cumplimiento de Planes de Mejoramiento de la última vigencia auditada	20	40
	MECI	Seguimiento al Mecí	30	30
	Riesgo Antijurídico	Política de manejo del riesgo antijurídico	30	30
	Tendencia Modalidad de Contratación	Tendencia en la modalidad de contratación y cumplimiento del objeto misional.	30	30
	TOTAL FACTOR MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN			180
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Empoderamiento Ciudadano en el control Social y Fiscal	La entidad ha firmado pactos por la transparencia	30	40
		Existe un Comité de seguimiento a los pactos firmados, la ciudadanía participa en ellos	40	40
		Las Veedurías ciudadanas han efectuado recomendaciones a la Entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas.	30	40
		La Ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, presupuesto participativo, etc.	30	40
		Se identifican mecanismos que promuevan la participación ciudadana en la Entidad.	40	40
TOTAL FACTOR PARTICIPACIÓN CIUDADANA			170	200
TOTAL MATRIZ EVALUACIÓN POR LA TRANSPARENCIA			820	1000

Fuente: Calificaciones obtenidas según evaluación a la Matriz del compromiso Ético del Hospital Usme.

NIVEL DE RIESGO EN LA TRANSPARENCIA	
Superior a 666	Riesgo Bajo
Entre 334 y 666	Riesgo Medio
Menor o igual a 333	Riesgo Alto

Como resultado de lo anterior se concluye que el Hospital Usme cumplió en un 82% (820 puntos de 1000) respecto al Pacto Ético, lo cual lo ubica en un nivel de riesgo bajo (Superior a 666), este fue su resultado por factores:

Factor Visibilidad obtuvo 470 de los 600 puntos asignados, es decir cumplió con el 78,3%, estas fueron sus debilidades y fortalezas:

- Página Web (85% de cumplimiento), Presenta debilidades en: falta Información de los miembros de la Junta Directiva y de los funcionarios principales con cargo, teléfonos y correo electrónico; reseña histórica del hospital; contador de visitas a la página WEB, temas de calidad actualizados
- Contratación (70 % de cumplimiento); Como debilidad se encontró: No se publica el Plan de Compras, el acta de liquidación de los contratos, al igual que no se precisa con exactitud los artículos que aplican del Código de Comercio, Código Civil y otras normas que rigen la contratación privada.

- Cumplimiento del SICE, (70% de cumplimiento). Se encontró como debilidad: El Plan de Compras y La tabla de valores máximos autorizados para contratar, no se publica en la Página Web.
- Rendición de cuentas a la Ciudadanía, (45% de cumplimiento), Se encontró las siguientes debilidades: No se publican los planes y programas ejecutados o que se llevaran a cabo durante la vigencia, al igual que el presupuesto en ejecución y el histórico (Ejecutado a Diciembre 31 de 2009).

No se publican los informes de gestión o cualquier otro de importancia para conocimiento e interés público, lo mismo que metas e indicadores, que el hospital rinda tanto a los órganos de control (Contraloría, Personería, Supersalud, Secretaría de Salud, Fondo Financiero Distrital, entre otros), al igual que a otros organismos de orden público o privado (EPS, ARP's, entre otras), con el fin, que tanto el cliente interno (funcionarios del hospital) como externo (usuarios) y ciudadanía en general se enteren de la gestión del hospital.

El factor presenta fortalezas, en lo que respecta a línea de atención al usuario (100 de 100 puntos asignados) y Trámites (100 de 100 puntos asignados).

Factor Mejoramiento de la Gestión, obtuvo 180 de 200 puntos, es decir el 90 %, de cumplimiento, estas son algunas de sus debilidades y fortalezas:

- Planes de Mejoramiento, (cumplimiento del 50%).

Los Planes de Mejoramiento suscritos ente el Hospital y al Contraloría de Bogotá D.C., durante varias vigencias, fueron parcialmente cumplidos. Este factor presenta fortalezas en lo que respecta a fenecimiento de la cuenta (70 de 70 asignados), Seguimiento MECI (30 de 30 puntos asignados) y tendencia en la modalidad de la contratación (30 de 30 puntos asignados).

Factor de Participación Ciudadana, obtuvo 170 de 200 puntos asignados, equivalentes al 85% de cumplimiento, estas algunas de sus debilidades y fortalezas.

Firma de Pactos por la Transparencia. (Cumplimiento del 75%), como debilidad se encontró que no hay informes individuales de las ejecutorias al Pacto de Transparencia.

Actuación de las veedurías ciudadanas (Cumplimiento del 75%), se encontró como debilidad, que a pesar de existir un Comité nombrado para el efecto, no se encontraron recomendaciones o sugerencias respecto a la gestión del hospital.

Participación de la ciudadanía en el presupuesto (Cumplimiento del 75%), se encontró como debilidad que la ciudadanía no participa en la elaboración del

presupuesto, pero si en la ejecución de los proyectos haciendo veeduría a los mismos (Proyectos PIC y UEL).

Este factor presenta fortalezas en: Comité de seguimiento al Pacto por la transparencia (40 de 40 puntos asignados); Identificación de mecanismos de participación ciudadana (40 de 40 puntos asignados).

NIVEL DE IMPLEMENTACION NORMA DE CALIDAD NTCGP 1000 - 2004

El Decreto 4295 de Noviembre 6 de 2007, emanado del Ministerio de la Protección Social, reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 y define en su artículo 1° como norma técnica de calidad para el Servicio General de Seguridad Social en Salud. Aplica para las ESES y las Empresas Administradoras de planes de beneficios, las adoptadas por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud definida a través del Decreto 1011 de 2006.

El Decreto 4595 / 07 en su artículo 2° define que la evaluación y verificación por parte de los entes de control, se hará sobre el cumplimiento de las normas de calidad, se hará con fundamento en lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

La Resolución 2181 de Junio 16 de 2008, emanada del Ministerio de la Protección Social, contempla la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público. En el anexo presenta la comparación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009.

La Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008 y la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, son básicas para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como resultado de la evaluación al SGC, se determinó que en el Hospital Usme existe la Oficina de Gestión Integrado de la Calidad (SIGC), la cual depende directamente de la Oficina de Planeación y tiene a cargo las siguientes funciones:

1. Implementar, mantener y mejorar el sistema de Gestión de la Calidad bajo la NTCGP 1000:2009 (Norma de Calidad y MECI).
2. Liderar la implementación del Sistema Único de Habilitación y Acreditación.
3. Controlar y mantener los documentos y registros del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad (SIGC).
4. Realizar análisis, cierre y seguimiento a las acciones preventivas, correctivas y de mejora (coyunturales), de los procesos de la organización.

5. Hacer seguimiento al manejo del producto y / o servicio no conforme (Acciones correctivas, preventivas y coyunturales).
6. Acompañamiento, seguimiento y evaluación de los Planes de Mejoramiento enfocados al cumplimiento de SOGCS y SUA (Sistema Único de Acreditación)
7. Realizar capacitación a todos los funcionarios sobre SOGCS y SUA.

Con base en lo anterior La Oficina de Garantía de la Calidad, ha liderado el proceso de implementación del SOGCS y una forma de demostrarlo ha sido a través del “Informe de avance implementación Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad 2009”, en dicho documento describen las actividades realizadas en los cuatro (4) componentes como son: 1. Sistema Único de Habilitación. 2. Sistema de Información para la Calidad. 3. Auditoria para el Mejoramiento Continúo. 4. Sistema Único de Acreditación, así:

1. Ejecución de verificación del cumplimiento de estándares de Habilitación conforme a requisitos del anexo técnico numero 1 de la Resolución 1043 de 2006, con seguimiento trimestral (Se realizaron visitas a todas las unidades funcionales).
2. Implementación de requisitos para dar cumplimiento a los nueve estándares del anexo técnico numero 1 de la Resolución 1043 de 2006 (se verifico el cumplimiento de la resolución 1043 de 2006 de los Servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, de acuerdo a la visita realizada por la Secretaria Distrital de Salud en el 22 de diciembre de 2009).
3. Consolidación y presentación de acuerdo a frecuencia establecida por normatividad, de los Indicadores de Monitoreo del Sistema a la Súper Intendencia de Salud.
4. Implementación y evaluación periódica de los Indicadores de Procesos del Cuadro de Mando Integral.
5. Alimentación diaria y presentación trimestral de informes del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SQS), (Se ingresan las solicitudes de los usuarios al SQS, se clasifican las solicitudes por atributos de calidad).
6. Alimentación diaria del Sistema de Identificación de Barreras de Acceso (SIDBA).
7. Actualización del PAMEC con enfoque al cumplimiento de los estándares de Acreditación para la vigencia 2009-2010.
8. Actualización de Programa de Auditoria PAMEC con integración de auditorias requeridas para el Sistema de Control Interno, Sistema Único de Habilitación, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema Único de Acreditación (Se ejecuto el programa de Auditoria Integrado vigencia PAMEC 2009 con sus respectivos seguimientos, en todas las unidades funcionales del hospital).
9. Ejecución ciclo de auditorias del PAMEC (Auditorias Ejecutadas 55, Auditorias Programas 33. Total Cumplimiento 100%).
10. Avances en la Implementación de la Metodología Autoevaluación Acreditación (Durante la vigencia 2009, esta metodología se mejoro y actualizo para incluir los

criterios de priorización y formulación de planes de mejoramiento acordes con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social).

11. Resultados de las Autoevaluaciones Realizadas (Autoevaluación Mayo de 2009: Realizada para iniciar el segundo ciclo de mejora a los estándares de Gerencia, Direccionamiento, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gerencia del Talento Humano, Gestión de la Tecnología, Laboratorio Clínico, Imaginología, IPS Integradas en Red, Seguridad de Paciente, Deberes y Derechos, Estándares Ambulatorios y Hospitalarios, con una calificación promedio de 1,49).

12. Formulación de Planes de Mejoramiento. (Ciclo de Mejoramiento de Agosto 2009- Agosto de 2010: Con 14 planes de mejoramiento para los estándares de Gerencia, Direccionamiento, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Talento Humano, Gestión de la Tecnología, Laboratorio, Imaginología, IPS Integradas en Red, Seguridad de Paciente, Deberes y Derechos, Estándares Ambulatorios y Hospitalarios).

13. Seguimiento Planes de Mejoramiento (Ciclo de Agosto 2009 - Agosto de 2010: Se ha obtenido un avance global en la implementación de estos planes del 16%).

PROCESO DE HABILITACIÓN

En cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) realizó revisión de los nueve estándares de habilitación durante los días comprendidos entre Diciembre de 2009 a Mayo de 2010 y de las normas relacionadas, encontrando el cumplimiento total de los requisitos.

Actualmente el Hospital de Usme se encuentra habilitado en todos los servicios, según Acta de Julio 7 de 2010, se expide “CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO”, expedida por la Oficina de Vigilancia y Control de la Oferta, de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

El hospital fue objeto de dos (2) reconocimientos a nivel Distrital en Gestión de la Calidad en Salud, durante las vigencias 2008 y 2009. Los criterios a evaluar fueron los requisitos de la NTCGP 1000:2004, MECI, SOGC y Seguridad del Paciente.

OBSERVACIONES

1. El Manual de Calidad no contiene ni describe los niveles de autoridad, representación, revisión y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), los documentos que hacen parte del SGC, los Planes y Programas, Manuales, Documentos Externos (Ubicación) y la interacción entre los cuatro Macroprocesos.
2. El Manual de Calidad no especifica claramente los requisitos exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, definido en la Resolución 2181 de

Junio 16 de 2008 y Decreto 1011 de Abril 3 de 2006, incumpliendo el numeral 4.2.2., de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCP 1000:2004.

3. Las Tablas de Retención Documental están en proceso de aprobación.

3.3.2 SEGUIMIENTO AL COMPROMISO ÉTICO SUSCRITO

En la Oficina de Planeación se encontró un documento firmado por el Gerente del Hospital Usme I nivel, el Secretario de salud Distrital y el contralor de Bogotá D.C., el cual constituye un acto pedagógico que simboliza un acuerdo real de cara a la ciudadanía para actuar dentro del marco de la ética y la moral administrativa que garantiza la transparencia y objetividad.

En este documento se fijaron seis (6) compromisos así:

1. Desarrollar acciones oportunas y eficientes en los diferentes ámbitos de atención, gerencia y planeación estratégica y niveles de responsabilidad del sector salud.
2. Alcanzar estándares de excelencia en el desempeño institucional de todos y cada uno de los integrantes de las E.S.E., que represento.
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 E.S.E.
4. Ejecutar los recursos siempre en beneficio de los usuarios del sistema y dentro del marco normativo del sector.
5. Cumplir con el suministro de la información requerida por la contraloría de Bogotá D.C. con miras al mejoramiento continuo
6. Acatar rigurosamente los principios de la función pública y la contratación estatal.

El desarrollo de estos compromisos está inmerso en el Plan de Acción y en Plan Operativo Anual (POA).

3.4 EVALUACIÓN DE LOS ESTADOS CONTABLES

Efectivo

Representa el valor del dinero que recauda el hospital a través de los cajeros por los servicios de salud que presta a la comunidad.

Se efectuó análisis del 80% de los valores que componen esta cuenta y se estableció que la tesorería no elabora el respectivo boletín de caja, para llevar un control de los dineros que debe registrar diariamente de los recaudos de los cajeros de las diferentes sedes de salud.

El Balance General con corte a 31 de diciembre de 2009 presenta en la cuenta efectivo un saldo de \$69.9 millones, mientras que en el informe de cierre de tesorería figura un saldo de efectivo de \$7.2 millones, presentándose una diferencia de \$62.6 millones.

CUADRO 10
Informe de tesorería (en Pesos)

Concepto	Parciales	Subtotal	Total
Caja			16.863.052
Efectivo	7.279.632		
Pagarés	9.563.420		
Títulos valores		9.266.679	9.266.679
Letras de cambio	6.212.525		
Pagarés	3.054.154		
Cheques		36.067.300	37.476.800
27/04/07 cheques	22.258.501		
27/04/07 cheques	13.808.799		
08-03-07 cheque	1.200.000	1.409.500	
11-12-07 cheque	209.500		
Tarjetas de crédito		6.363.716	6.363.716
Tarjeta de crédito	708.927		
Tarjeta débito	5.650.489		
Tarjeta visa	4.300		
TOTAL			69.970.247

Fuente cierre de tesorería a 31 de diciembre de 2009

3.4.1 El valor que presenta la tesorería con corte a 31 de diciembre en efectivo es de \$16.8 millones, integrados por el efectivo de \$7.2 millones, no fue consignado oportunamente el último día hábil del mes de diciembre (27 de diciembre del año 2009), presentando deficiencia en el control interno, la diferencia se encuentra en títulos valores denominados pagarés, por valor de \$9.5 millones, dichos pagarés se elaboraron por el valor resultante de los faltantes de los diferentes cajeros producto de los arqueos efectuados por el tesorero principal en el año 2008. De otra parte se estableció la existencia de títulos valores por valor de \$9.2 millones

integrado por letras de cambio por \$6.2 millones y pagarés \$3.0 millones; la tesorería muestra la existencia de cheques por valor de \$37.4 millones pendientes de cobro desde el año 2007, que fue consignado en la cuenta de ahorro No 0048-70090000, la suma de \$36.0 millones, consignado el día 30 de abril, en la oficina 0092, como se evidencia en el extracto bancario en la cuenta de ahorro, Igualmente se comprobó en la conciliación bancaria en el detalle denominado: "cheques no contabilizados del mes de mayo del 2007, por valor de \$36.06 millones", quedando pendiente por identificar la diferencia de \$1.4 millones, subestimando la cuenta de deudores y sobrevaluado la cuenta de efectivo, como a continuación se relaciona

- 1- Cheque recibido por el cajero No13. con fecha 2007-04-27 recibo de caja por cartera 3702 por valor de \$22.2 millones.
- 2- Cheque de fecha 2007-04-27 recibo de caja por cartera por \$13.8 millones para un valor total de \$36.0 millones.

Seguidamente faltan los cheques por valor de \$ 1.4 millones así.

- 1-Cheque de cajero 14 de fecha 2007-03-08 recibo de contado 387459 por \$1.2 millones,
- 2-Cheque recibido por cajero No 13 de fecha 2007-12.11 recibo de contado 423350 por valor de \$209.500.

Igualmente al cierre del mes diciembre de 2008, septiembre y diciembre de 2009, se verificaron los movimientos de tesorería, donde se relacionan baucher's por valor de \$6.3 millones así: Tarjeta de Crédito por valor de \$ 0.7 millones, tarjeta débito \$5.6 millones y tarjeta visa por valor \$0.004 millones, que físicamente no existen. Lo anterior incumple lo observando en el numeral 102, 103 confiabilidad y 104 razonabilidad del Régimen de Contabilidad Pública y literales a-b-c-d-y e del artículo segundo de la ley 87 del 29 de noviembre de 1993, sobrevaluando la cuenta de efectivo y subvaluando la cuenta de deudores a continuación se presenta distribuidos en la siguiente forma:

- 1-
- 2- Tarjeta de crédito por valor de \$708.937
- 3- Tarjeta Débito \$5.650.489,
- 4- Tarjeta visa por \$4.300

Lo anterior desconoce lo establecido en el numeral 102, 103 confiabilidad y 104 razonabilidad del numeral 2.7 Características Cualitativas de la Información Contable Pública del Régimen de Contabilidad Pública, presentando igualmente incumplimiento a los literales a-b-c-d-y e del artículo segundo de la ley 87 del 29 de noviembre de 1993

3.4.2 En el saldo que muestra el cierre del informe de tesorería se evidencia que existe diferencia por \$5.000.0 millones, entre el valor que la tesorería y el valor que figura en la contabilidad, por lo anterior no existe conciliación entre las dos dependencias. En diciembre de 2008, se efectuaron transferencias de bancos y se elaboraron las notas debito No.1932-1931-1930 por \$3.000.0 millones y nota debito No.1929 por \$2.000.0 millones para un total de \$5.000.0 millones, la administración debe velar por verificar las partidas que conlleven a establecer el valor real del efectivo en los informes de tesorería.

No existe un debido control de los recursos por parte de la tesorería ya que no existe un boletín de caja, que identifique y garantice la coherencia y articulación por lo tanto, los procedimientos y el módulo de tesorería no garantizan que la información sea confiable, revelante y comprensible para los usuarios internos, desconociéndose los literales a-b-c-d- del artículos 2º y literal e del artículo 3º de la ley 87 del 29 de noviembre de 1.993.

En cuanto a las notas contables específicamente la de efectivo, no enuncia la verdadera situación de caja, por cuando el valor de efectivo es de \$7.2 millones y no el de \$69.9 millones, dentro de este valor existen títulos valores cheques consignados, letras de cambio, pagarés, Baquecheres inexistentes de tarjetas de crédito, tarjetas débito, de vigencias anteriores que no forman parte de Efectivo. Estas notas se preparan con conforme a los principios de contabilidad generalmente aceptadas asumiendo sus políticas y prácticas contables y los asuntos de importancia.

Bancos

Realizada la verificación de los movimientos de bancos y revisadas las conciliaciones bancarias de las cuenta de ahorro y corriente, se estableció que existen cheques girados y no cobrados, como acontece en la cuenta de ahorro No.004870090000 banco Davivienda a diciembre de 2009 por valor de \$3.799.722.

3.4.3 Existen Cheque girados desde el 14-07-09 un abono al banco de Bogotá por valor de \$298.140. Cheque girados el 07-09 de 2009 abono a proveedor de la nómina por valor de \$2.881.270. Cheque girado el 23-09-09 abono al banco Sudameris por valor de \$ 620.312.

Igualmente, consignaciones no contabilizadas en libros de bancos del hospital por valor de \$951.575, Consignación del 23-07-09 depositado el 20 de julio por valor de \$724.425, Consignación del 27 -08-09 depósito del 20 de julio por valor de \$227.150.

Así mismo, la cuenta de ahorro de Davivienda identifica con el No.004869999484, a Diciembre presenta dos cheque sin cobrar \$6.681.752 como a continuación se relaciona, Cheque No 11074 girado el 20-08-09 a la Corporación para el Desarrollo por valor de \$2.5 millones, Cheque No 40656 girado el 09-11-09 a Dirección Distrital por valor de \$4.1 millones desconociéndose lo establecido en el artículo segundo de la ley 87 del 1993, debiéndose reclasificar en la cuenta de acreedores.

Deudores

La cuenta representa los derechos a favor de la entidad originados por la prestación de servicios de salud, su saldo a diciembre 31 de 2009 ascendió a \$5.176.1 millones que equivalen al 17.78% del total del activo.

A 31 de diciembre de 2008 el Balance presenta un saldo de \$7.727.0 millones mientras que a 31 de diciembre del año 2009 presenta un valor de \$5.176.1 millones una disminución de \$2.550.8 millones

3.4.4- El saldo total de la cuenta Deudores Servicios de Salud a 31 de dic. 2009 es de \$6.734.8 millones, de los cuales activo corriente es de \$4.027.2 millones; la administración no presentó el valor del activo no corriente por valor de \$2.707.6 millones, incidiendo significativamente en el análisis y comparación de las cifras y en los indicadores financieros

De otra parte, la administración no ha procedió a realizar las investigación por parte de la oficina de control interno disciplinario, para determinar la existencia de la responsabilidad, de las glosas, desde el año 1999 a 2009 por valor de \$131.8 millones, por falta de soportes, servicio capitados, falta de autorización, falta de firma de paciente o familiar o afiliado no existe.

Al realizar un seguimiento de la cuenta Deudores en el auxiliar 14090702 Servicios de salud privados, presenta un saldo de \$78.391 millones, que corresponde a la causación (registran) de las letras de cambio que ya prescribieron, y la administración no ha procedido a provisionarlos en el cien por ciento

De continuar con esta situación, se puede presentar un detrimento patrimonial, hechos que desconocen lo establecido Lo anterior contraviene lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 2.9.3.1.1, literal 368, Normas técnicas relativas a los estados, informes y reportes contables y el numeral 2.7 Características cualitativas de la información contable pública, párrafo 104.

3.4.5 Al efectuar un seguimiento de los registros contables de los títulos valores que reciben los cajeros en la cuenta, de deudores, los cajeros registran, los títulos valores las letras de cambio en la cuenta auxiliar 14090702, ingresan al modulo de la tesorería para formar parte del saldo de caja y no al modulo de contabilidad, situación en la que existe una inadecuada interfase de los subsistemas y de los componentes del sistema integrado de información financiera, por lo tanto, no esta conforme a la norma contables, generando saldos incorrectos, en donde la cuenta presenta incertidumbre desconociéndose lo establecido en los subnumerales 102,103 Confiabilidad, 104 Razonabilidad, del numeral 2.7, características cualitativas de la información contable pública y el subnumeral 117 Devengo o causación del numeral 2.8 Principios de Contabilidad Pública, del capítulo 1 del Plan General de Contabilidad Pública, adoptado mediante Resolución N° 222 del 5 de julio de 2006 de la Contaduría General de la República.

3.4.6 La cuenta de deudores auxiliar servicios de salud no presenta en el informe del Balance General con corte a 31 de diciembre de 2009, los valores superiores a 360 días; revisada la cartera por edades se estableció un valor de \$ 2.707.6 millones y no fue clasificada como no corrientes, situación que viene reincidiéndose año tras año, lo cual podría generar un detrimento patrimonial. desconociéndose lo establecido en los subnumerales 102,103 Confiabilidad, 104 Razonabilidad, del numeral 2.7, características cualitativas de la información contable pública y el subnumeral 117 Devengo o causación del numeral 2.8 Principios de Contabilidad Pública, del capítulo 1 del Plan General de Contabilidad Pública, adoptado mediante Resolución N° 222 del 5 de julio de 2006 de la Contaduría General de la República.

3.4.7. La provisión de la cuenta deudores para la vigencia del año 2009 es de \$1.688.6 millones, mientras que la cartera vencida presenta un saldo de \$ 2.707.6 millones, que corresponde al 62.36% que se encuentra provisionada, situación en la que muy posiblemente no se van recuperar los dineros de la cuenta de Servicios de salud, por cuanto las entidades promotoras de salud EPS y las Administradoras del régimen subsidiado ARS no cancelan las facturas que presenta el hospital.

Propiedades, Planta y Equipo – Equipo Médico y Científico:

Este grupo presenta a 31 de diciembre de 2009, un saldo por valor de \$7.448.4 millones equivalentes al 25.60% del total del activo, de los cuales el Equipo Médico y Científico representa el 15.26 % con un valor de \$4.441.2 millones el cual es concordante con el saldo reflejado en el modulo de activos fijos.

En cuanto a la depreciación acumulada se realizó a todos los bienes de acuerdo con la vida útil y los porcentajes establecidos para los bienes por valor de \$5.775.6 millones

Cuentas por Pagar

El saldo de esta cuenta representa las obligaciones contraídas por la entidad por concepto de adquisición de bienes y servicios, asciende a \$1.595.4 millones que representan el 8.92% del total del pasivo por valor de \$17.8 millones. Una vez verificados los documentos soportes y aplicadas las demás pruebas de auditoría podemos concluir que el saldo presentado en esta cuenta es razonable.

Analizada la cuenta de proveedores se estableció la falta de pago por valor de \$451.9 millones, tal como se relacionan a continuación: Nit 800194290 Microformas por valor de \$79.7 millones, Nit 8301166938 Farma Red Ltda. \$ 115.8 millones, Nit 860350711 ComproLab Ltda. \$122.1 millones, Nit 830067126 Medical Ltda. \$134.1 millones

Se verificaron las órdenes de pago y se comprobó que las retenciones en la fuente, IVA, ICA y se constató que fueron canceladas oportunamente ante la Administración de Impuestos Nacionales.

Responsabilidades Contingentes:

Se presenta la cuenta contingentes por valor de \$295.3 millones que corresponden a litigios que posee la administración en contra, se toma una muestra del 48.76% equivalente al \$144.0 millones.

Para el proceso 1429 de 2004, se procedió a verificar las actuaciones de la oficina jurídica, el cual se encuentra para sentencia en el despacho.

Los procesos 203 de 2008, 375-2004, 104 de 2004 se encuentran en el Consejo de Estado para apelación.

Proceso 2418 de 2001 se encuentra en apelación del tribunal en fecha 16 de abril de 2009.

Estado de Actividad Financiera, Económica y Social

Ingresos – Venta de Servicios de Salud

Al cierre de la vigencia 2009, presenta un saldo de \$33.293.3 millones que comparado con el periodo anterior por \$31.335.8 millones, se encuentra un aumento de \$1.957.4 millones la cual está representada principalmente en aumento servicios ambulatorios, consulta externa que pasó de \$2.8 millones a \$3.5 millones aumentando en \$0.6 millones, Promoción y prevención con un aumento en 3.5 millones, apoyo de diagnóstico con \$ 0.410.8 millones, y servicios conexos con \$0.9 millones

Gastos

A diciembre los gastos operacionales de 2009 reflejan un saldo de \$12.706.8 millones el cual comparado con el del periodo anterior por valor de \$15.725.7 millones presenta una disminución de \$3.018.8 millones que equivale al 23.75%, en el año 2008 en la cuenta 58. Otros gastos ordinarios presenta un saldo de \$5.489.3 millones, mientras que en el año 2009 esa misma cuenta presenta un saldo de a \$1.623.8 millones lo cual refleja una disminución de \$ 3.868.6 millones.

De otra parte se observó un aumento de los gastos de provisiones, depreciaciones, amortizaciones, al pasar de \$1.287.0 millones en el 2008 a \$1.802.6 en el 2009, por \$515,5 millones.

El rubro más significativo corresponde a las Provisiones para contingencias pasando del año 2008 de \$13.1 millones a \$295.3 millones, obteniendo un incremento de \$282.3 millones

-Resultado del Ejercicio:

Al cierre del ejercicio en el año 2008 la Entidad presentó déficit de \$10.676.8 millones, y para la vigencia del año 2009 presentó un déficit de \$ 8.155.6 millones, disminuyéndose en \$2.521.1 millones, esta disminución se refleja en la cuenta otros gastos ordinarios por valor de \$3.868.6 millones, esta diferencia obedece a que durante la vigencia del año 2008 se registraron gastos de vigencias anteriores generándose un incremento de las pérdidas del año 2008.

El Hospital de Usme no cuenta con un manual de política y prácticas contables establecidas en la Resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, en concordancia con la DDC000002 del 29 de septiembre de 2006, Resolución DDC000003 del 18 de octubre de 2006 y resolución DDC000001 del 30 de julio de 2010.

Es indispensable que la administración del Hospital de Usme, proceda a actualizar los sistemas con un nuevo paquete contable, que permita integrar las diferentes

áreas, para que los cajeros no manipulen los títulos valores (letras de cambio, pagarés, etc) lo cual permita que estos documentos queden contabilizados oportunamente en la cuenta de deudores y el auxiliar correspondiente.

CONTROL INTERNO CONTABLE

El paquete contable utilizado por el Hospital, presenta demasiadas fallas en el cargue de la información por cuanto no permite integrar con facilidad las diferentes áreas por intermedio de interfaces.

No existe un debido control interno por parte de la tesorería para el recaudo de los dineros

No existe un boletín de caja que identifique y garantice la coherencia y articulación de las operaciones entre los diferentes cajeros

No se realiza conciliaciones entre la oficina de tesorería y contabilidad

En la cuenta de deudores – Servicios de salud no se presentan las cifras que se encuentran como activos no corrientes.

La entidad no ha procedido a realizar el cruce de la base de datos de los capitados con la facturación devuelta por dicho concepto, y así establecer si verdaderamente corresponde al concepto devuelto por las EPS o ARS.

Las notas contables no se realizan ni se ajustan a las normas técnicas del plan general de la contaduría pública.

Los anticipos no son legalizados oportunamente.

No se realizan conciliaciones todas las dependencias de la administración.

3.5. EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

Mediante el Acuerdo N° 13 del 16 de Octubre del 2008, el Presidente de la Junta Directiva del Hospital Usme, emite concepto favorable al proyecto de Presupuesto en la suma de \$28.134,3 millones, y a través de la Resolución N° 015 del 5 de noviembre del 2008, el CONFIS aprueba el presupuesto de Ingresos y Gastos e Inversión del Hospital Usme para la vigencia fiscal 2009 en la suma de \$28.453.4 millones, posteriormente fue liquidado mediante Resolución de Gerencia N° 2397 del 18 de noviembre de 2008.

3.5.1 Ejecución Activa

El presupuesto de ingresos del Hospital Usme en la vigencia 2009 le fue asignado \$28.453,4 millones de pesos, presentando una serie de modificaciones que al final de la vigencia represento un incremento de los recursos en \$13.983,4 millones, un 49.1%, para un monto definitivo de \$42.436,8 millones (incluyendo la Disponibilidad Inicial).

A pesar que la gestión de recaudo de la ESE alcanzo el 101% de lo programado, el nivel de recaudo del 2009 frente al 2008 fue levemente inferior en un 1,5% equivalente a -\$664,1 millones, analizado desde el punto de vista de pesos constantes, diferencia dada en parte por los mayores recursos adicionados en la vigencia 2008 que alcanzaron los \$14.960,1 millones frente a los \$13.983,3 millones del 2009.

El comportamiento de los ingresos del Hospital en la vigencia, refleja altos índices de recaudo, al obtener al final de la vigencia fiscal 2009 ingresos por \$42.673,4 millones lo que representa \$236,5 millones de pesos adicionales frente a los \$42.436,8 millones programados a recaudar.

Ingresos Corrientes

El buen comportamiento del recaudo en la vigencia del 2009, se debe en gran parte a la ejecución significativa de los siguientes rubros:

Ingresos por Venta de Servicios

Régimen Subsidiado ARS-Capitado:

El alto nivel de recaudo de la fuente 102,1% frente a lo programado, obedece ha que parte del recaudo de diciembre de 2008, toda vez se reflejó únicamente hasta enero de 2009, originado por entrega tardía de soportes para ser incluido en el recaudo de la vigencia a la que correspondía, situación que sobreestima los recaudos de la vigencia 2009 y subestima los de 2008; este comportamiento fue afectado por la salida de personal a vacaciones colectivas de coordinaciones financieras o administrativas que desarrollan actividades de consolidación de información (recepción de soportes, depuración de pagos, identificación de terceros, registro y socialización de esta a las demás áreas), análisis y conciliación con otras áreas, generando cuellos de botellas y traumatismos al interior del Hospital, toda vez que las actividades que requieren de rigurosidad y calidad de la misma no se puede realizar adecuadamente, impactando en la información financiera que el hospital genera (glosas generadas).

FFDS-PIC – (Fondo Financiero Distrital de Salud – Proyecto de Intervenciones Colectivas).

Del valor contractual se cuenta con la siguiente información de fuente Gestión de PIC:

CUADRO N° 12

SEGUIMIENTO FINANCIERO CONTRATO 616/2009 VIGENCIA ABRIL DE 2009 - ENERO DE 2010										
PROYECTO		VALOR CONTRATO	FACTURACION	GLOSA PARCIAL	GIROS A 31-12-09	SALDO PENDIENTE	GIROS PENDIENTES	GLOSA LEVANTADA	GLOSA DEFINITIVA	% GLOSA
SALUD A SU CASA	623-1	2.145.771,1	2.055.002,9	5.792,6	2.033.827	-	117.589,3	-	6	0,27%
SALUD AL COLEGIO	624-1	1.266.919,3	1.289.443,2	22.266,6	1.259.092	-	88.798,7	-	22	1,76%
Gestión de la Vigilancia en Salud Pública	625-1	875.438,3	875.438,3	53.816,5	817.130	611,4	19.456,9	-	54	6,15%
Vigilancia Sanitaria	625-2	414.041,8	418.334,6	45.567,7	369.542	60,1	53.857,1	20.925,0	25	5,95%
Desarrollo de intervenciones en las Instituciones de Protección (Modalidad Institucionalizados)	626-1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestión pública a través de las instituciones prestadoras de servicio en salud	626-2	211.489,0	277.392,8	1.128,0	276.265	-	7.186,2	-	1	0,53%
COMUNIDADES SALUDABLES	627-1	890.058,6	735.916,2	6.485,0	725.529	-	33.931,4	-	6	0,73%
NIÑEZ BIENVENIDA Y PROTEGIDA	628-1	511.388,4	511.388,4	9.544,5	499.701	139,8	4.844,1	7.430,9	2	0,41%
GESTIÓN LOCAL	629-1	523.800,0	514.251,7	9.226,6	499.311	-	9.405,5	-	9	1,76%
SALUD AL TRABAJO	630-1	372.189,0	365.108,8	2.594,0	360.348	-	10.133,5	-	3	0,70%
TOTAL PIC CONTRATO 616/2009 CON CORTE A DICIEMBRE DE 2009		7.211.096	7.042.277	156.422	6.840.744	811	345.203	28.356	128	1,78%

Fuente: Hospital Usme 2010

Cuentas por Cobrar, Vigencias Anteriores:

Las cuentas por cobrar programadas, presentaron un mayor recaudo y permitieron adicionar recursos, sin embargo esta influido por recaudos sin identificar de vigencias anteriores, que se incluyeron únicamente hasta la vigencia 2009. Por valor de \$1.337 millones que fueron reportados a presupuesto únicamente hasta enero de 2009, por la salida a vacaciones del personal administrativo en diciembre de 2008, imposibilitando la conciliación entre las áreas para el cierre de la vigencia 2008.

FFDS – Atención a vinculados

El rubro que más incide en el presupuesto del hospital presenta un recaudo apenas del 61%, situación que es originada porque la facturación de este pagador se ha deprimido comparado con vigencias anteriores, sumado a que el FFDS aplica el 26,5% (reserva de glosa) sobre la facturación presentada y la amortización de los anticipos, como se ilustra a continuación:

- Glosa Definitiva del último periodo auditado 2008- 26.5% que se aplicara a la facturación del 2009 (Universidad Antioquia 2008) en la actualidad 2009 BCO-Contratado por el FFDS.
- En general las Glosas tienen como causas principales:
 - La duplicación de servicios-pivote (sistemas de Información).
 - La SDS (Secretaria Distrital de Salud), no ha cumplido con los términos de la norma para la auditoria de las cuentas, donde existe un retraso de un (1) año aproximadamente en la contratación de la firma interventora

CUADRO N° 13

RESUMEN DE EJECUCION DEL CONTRATO VINCULADOS 465/07	\$	ACCIONES
VALOR DEL CONTRATO	13.801.123.194,00	Valor inicial más adiciones del contrato
VALOR PAGADO	12.403.829.605,00	Recursos recibidos con cargo a facturación Presentada
SALDO DEL CONTRATO A MAYO /10	1.397.293.589,00	
ANTICIPO POR AMORTIZAR (Prorroga 12 Adición 13)	1.175.053.445,00	Anticipo girado por el FFDS en el mes de abril de 2010
REINTEGRO GLOSAS A Junio/08 a favor de I.F.F.D	538.486.582,00	Glosas a favor del Fondo
POR AMORTIZAR	1.713.540.027,00	
SALDO A FAVOR DEL F.F.D	-316.246.438,00	

Fuente: Hospital Usme 2010

Otras de las dificultades que afecta la gestión del contrato de vinculados son: la falta de oportunidad en la auditoria de las cuentas médicas que debe realizar la firma contratada por el Fondo Financiero para el contrato 465/07; En razón a que hasta el mes de noviembre de 2009 fue contratada la firma auditora VCO para que realizaran la revisión desde el segundo semestre de 2008, lo que ha generado incremento en las edades de la cartera, siendo la más preocupante la mayor a 360 días.

Al no contar el hospital con auditoria de cuentas médicas oportunamente, conllevó a que no se realizara un plan de mejoramiento para disminuir el nivel de la glosa que a su vez permitiera que el fondo realizara reintegros de la glosa preventiva aplicada a cada factura del 10%, cuando en la auditoria practica se establece un porcentaje por debajo de la aplicada. Situación que al no darse, genero glosa superior a la inicial aplicada a la facturación que a mayo de 2010 llego a un promedio del 25.

Otros aspectos que afectan la liquidez de recursos provenientes de este contrato son el descuento del Sistema General de Participación (Ley 715 de 2001) y amortización de los anticipos que no permiten entrada de recursos para que hagan parte del flujo de efectivo del hospital para respaldar las obligaciones contraídas a corto plazo.

Amortización de Anticipos: Cuando el hospital recibe anticipos al iniciar la ejecución del contrato, se amortiza de manera mensual sobre la facturación que el hospital presenta, esto sumado con la amortización que el pagador, realiza proveniente de recursos del Sistema General de participaciones, y el porcentaje de retención de glosas aplicado la facturación mensual disminuye ostensiblemente el ingreso por la fuente de vinculados.

La disminución de la facturación se dio por lineamientos dados por SDS, toda vez que los usuarios dejan de ser vinculados y pasan al régimen subsidiado pero el incremento y migración de los usuarios no se da con la misma rapidez que salen del sistema como vinculados (Resolución 1656 de 2009)

FFDS – APH (Atención Prehospitalaria de Urgencias)

La fuente de APH, presenta un nivel de recaudo inferior al techo aprobado, porque la facturación de este pagador por estos eventos, no alcanzó a cubrir lo programado. Situaciones como la entrada en los talleres de las ambulancias, ejecución del contrato de mantenimiento del parque automotor inciden, en la programación que hace el Centro Regulador de Urgencias (CRUE), en la certificación de la facturación a radicar y en el posterior recaudo de la fuente.

FFDS-PIC

Corresponde a trabajo extramural que consiste en una serie de ámbitos con actividades dirigidas a todos los habitantes de la localidad, seleccionados de acuerdo al problemática social planteada en el diagnóstico local.

Esta actividad es desarrollada mediante un contrato de prestación de servicios con el FFDS donde existen unos techos contratos por ámbito, cancelado mensualmente con los soportes de las actividades desarrolladas por el Hospital para tal fin.

El hospital al cierre del mes, presenta factura en los primeros 15 días, previo a la presentación del informe de actividades (auditada por el FFDS conforme a los requisitos del contrato-requerimientos técnicos), con una retención de glosa 3.5%.

El valor contratado del PIC por parte del hospital con el pagador FFDS, fue mayor al valor aforado durante la vigencia 2009, donde el ingreso de la fuente primaria permitió incrementar el rubro y obtener un mayor recaudo.

El recaudo fue del 141% de la fuente estimada, al pasar de \$4.574.6 millones a \$6.463.1 millones, debido a que el contrato 616 que se tenía con la Secretaría Distrital de Salud, le permitió al hospital antes de finalizar el mismo, la ejecución de recursos por \$756 millones adicionales al contrato inicial, valores estimados como glosa definitiva. Es de anotar que esta fuente de ingresos representa el 12.4% de los ingresos corrientes.

Los servicios que le pagan al hospital los diferentes pagadores por la modalidad de eventos, presentaron sobre - ejecuciones debido a la habilitación de centros de urgencias y de servicios de hospitalización. Sin embargo esta circunstancia ya existente, debió servir como variable de calculo de estas fuentes, con el fin de no sobreestimar las mismas. Entre estas fuentes las más representativas se tiene:

- Régimen Contributivo EPS, de un ingreso estimado de \$119.9 millones se paso a \$356.7 millones de recaudo, para un 299.1% de ejecución, superando ampliamente la apropiación inicial.
- Régimen Subsidiado-no Capitado: de \$156.6 millones se recaudo \$299.8 millones, para un 191% de ejecución. Esta fuente representa el 0.42% de los ingresos corrientes.
- ECAT-Eventos catastróficos y accidentes de transito, obtuvo una ejecución del 102.5% de ejecución presupuestal al pasar de una apropiación definitiva de \$51.5 millones a \$52.8 millones de recaudo durante la vigencia 2008. Esta fuente de ingresos corresponde al 0.13% de los ingresos corrientes.

Con relación a las cuentas por cobrar, al cierre de vigencia presento una sobre ejecución del 118.2% que corresponde a \$2.135.7 millones, lo que implica un recaudo por encima de lo programado, el cual fue de \$1.806.2 millones.

El hospital a cierre de vigencia presento una ejecución de ingresos del 96.22%, equivalente a \$40.669.7 millones de recaudo, dejándose de recaudar \$1.599.1 millones, frente a una ejecución del presupuesto de gastos en compromisos 73.6 %, equivalente a \$ 31.094.6 millones. De acuerdo al estimativo de facturación para la vigencia de \$42.268.9 millones se llevo a cabo una facturación causada (es la generada por la prestación del servicio la cual difiere con la radicada) del 63.15% equivalente a \$26.690.8, para una variación de la meta de facturación de \$15.578 millones. Se radico facturación por \$26.582.5 millones, equivalente al 99.59% (en relación a la causada); generándose un saldo por radicar igual a \$108.3 millones.

Es importante anotar que existe diferencia entre lo recaudado y la facturación causada, por fuentes de ingresos que no son facturables y aparecen en la ejecución activa del presupuesto como tales: cuentas por cobrar, FFDS-Convenios de desempeño, otros ingresos no tributarios, recursos de capital; en total suman \$17.110.8 millones, quedando como fuentes de ingresos facturables por venta de servicios estimados \$25.158.1 millones. Sin embargo el comportamiento de la facturación vs. el presupuesto definitivo no alcanzo las expectativas, llagádo solo al 63% de facturación.

Por lo anterior se describe el siguiente hallazgo:

3.5.1.1. Se dejó de recaudar \$1.599.1 millones, por diferencia entre el valor presupuestado y ejecutado de ingresos en la vigencia 2009, igualmente se generó un saldo por radicar de \$108.3 millones, debido a deficiencias en la planeación del presupuesto, errores en la facturación, generación y cúmulo de glosas, migración de usuarios, entre otros factores, lo que genera que las finanzas del hospital sufran impacto negativo frente a la realidad de sus obligaciones. Lo anterior contraviene a lo establecido en la Resolución 1602 de 2001 y Circular 05 de 2007 (Por la cual se establecen lineamientos de Política Presupuestal), normas emanadas de la Secretaría de Hacienda Distrital (SHD), Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico de Presupuesto), Decreto 195 de 2007 por el cual se reglamenta el proceso presupuestal de las Empresas y Entidades Descentralizadas sujetas al régimen de aquellas y Ley 152 de 1994 (Estatuto Nacional de Planeación).

Para la programación del presupuesto de ingresos para la vigencia 2009 no fueron tenidos en cuenta las siguientes variables:

- Establecimiento como prioridad la certificación de los servicios de salud, para tener una ventaja competitiva al momento de negociar los contratos con los diferentes pagadores.
- La realización de los ingresos como efecto de una estabilidad laboral del personal que realiza las actividades y factura los servicios y se recaudan los servicios (alta rotación del personal).
- La habilitación de la totalidad de los servicios que presta el hospital.
- Realizar estrategias de mercadeo para prestar otros servicios diferentes a los servicios normales de prestación.

Tomado de la fuente de Justificación Plan financiero 2009 – 2020 Hospital Usme.

El sesgo de la estimación respecto a metas de recaudo, en calculo de las variables que lo determinan, debe de ser mínimo, como respuesta a una tarea juiciosa de planeación; de tal manera que la desviación del 37% de la misma, respecto a la vigencia anterior nos lleva a concluir que el calculo de la planeación financiera en su etapa de programación fue poco acertado.

Por lo anterior, se describe el siguiente hallazgo:

3.5.1.2. No se cumplió con la programación del presupuesto de ingresos de la vigencia 2009, debido a la no certificación oportuna de los servicios de salud, debilidades en la estabilidad laboral (alta rotación del personal) de funcionarios que realizan actividades de factura y recaudo por venta de servicios, habilitación de servicios (Sistema de Gestión de la Calidad), carencia de estrategias de mercadeo para ofrecer otros servicios, aprovechamiento de la infraestructura para ofrecer nuevos servicios de salud, lo que genera desfases en el presupuesto de ingresos, no se pueda programar con eficiencia, eficacia y oportunidad el presupuesto de gastos. Lo anterior contraviene lo establecido en el Decreto 111 de 1996-Estatuto Orgánico de Presupuesto, Decreto 195 de 2007”por el cual se reglamenta el proceso presupuestal de las Empresas y Entidades descentralizadas” y la Ley 152 de 1994-Estatuto Nacional de Planeación en la Circular conjunta No. 005 de 207, emanada de la Secretaría de Hacienda Distrital y Secretaría Distrital de Salud (lineamientos de política presupuestal).

Fuentes de Ingresos Corrientes Sobreestimadas.

Al efectuar análisis a las cuentas presupuestales generadoras de ingresos corrientes por venta de servicios del hospital, se presentan fuentes de ingresos corrientes sobreestimadas, al sobrepasar las proyecciones presupuestales:

-FFDS-Atención a Vinculados, esta fuente representó el 6.6% de los ingresos corrientes, de los cuales el hospital recaudo el 153% correspondiente a \$3.752.7, frente a \$2.451.5 millones programados, sobrepasando la meta presupuestal en \$1.301.3 millones.

Respecto a la facturación causada ascendió a \$4.870.8 millones, sobrepasando la meta (Ppto Def.) en \$2.419.3 millones, alcanzando un 198.7% de facturación (Factu. Acumulada/ppto Def.). Se radico facturación por \$4.586.7 millones, para un 94.1% de la vigencia.

Se muestra un comportamiento positivo en el ingreso para esta cuenta, esto debido a que se permitió adicionar al renegociar el techo mensual del contrato de vinculados y de esta forma se reconocieran la facturación causada a este tipo de

población, por el aumento de atención a vinculados; sin embargo el comportamiento y composición de la población de la localidad desde hace mucho tiempo es de desplazamiento permanente, de tal manera que estadísticamente se tiene la información para estimar la población de acuerdo a estas características, que permita proyectar la fuente de ingreso de una manera más acertada de acuerdo a las variables involucradas en su cálculo y de esta manera no sobreestimar las metas.

-FFDS-PAB se recaudo el 141% de la fuente estimada al pasar de \$4.574.6 millones a \$6.463.1 millones de recaudo. Esto se debió a que el contrato 416 que se tenía con la Secretaría Distrital de Salud, le permitió al hospital, antes de finalizar el mismo, la ejecución de recursos por \$756 millones adicionales al contrato estimados como glosa definitiva. Es de anotar que esta fuente de ingresos representa el 12.4% de los ingresos corrientes

Fuentes Ingresos Corrientes Subestimadas.

-Fondo de Desarrollo Local-UEL: la fuente del ingreso se calculó en \$1.070.9 millones, de los cuales se recaudaron \$578 millones para un 53%. La proyección de este ingreso se debe efectuar sobre la base del recaudo efectivo y el tipo y número de actividades a desarrollar, forma de contratación y tarifa pactada asociada que se estime para el 2008. Se debe justificar la proyección del ingreso frente a la capacidad instalada y la producción. De igual manera los ingresos dependen de los Planes de Desarrollo de los respectivos Fondos. En este caso el alcance de la meta presupuestal (recaudo) no alcanzó las expectativas, entre otras causales, por las reformulaciones de los proyectos presentados para su ejecución, retraso en la ejecución de proyectos de otras vigencias.

Es importante tener presente que esta fuente de ingresos representa el 2.9% de los ingresos corrientes del hospital.

-En los ingresos generados en la cuenta de Régimen Subsidiado-EPS-Capitado se dio una subestimación significativa de la fuente al llevarse a cabo la meta presupuestal en tan solo un 59.7% de ejecución al recaudarse \$7.981.1 millones de \$13.368.8 millones, dejándose de recaudar dentro de la vigencia \$5.387.7 millones. Para cierre de vigencia se alcanzó una facturación causada acumulada por \$8.520.1 millones correspondiente a 63.7% del estimado (respecto al presupuesto definitivo.); de ésta se radicó facturación por \$8327.7 millones equivalente a 97.7%, dejándose de radicar \$192.5 millones. Lo anterior debido a que el hospital no logró el aseguramiento proyectado, además la población certificada por las EPS-Subsidiadas estuvo muy por debajo de la proyectada, lo que indica fallas en el procedimiento y técnica para el cálculo del presupuesto,

poca consideración del comportamiento histórico del pago y de los techos manejados por las Empresas promotoras de salud.

Esta fuente de ingresos es de una gran importancia dentro de la generación de ingresos para el hospital al representar el 36.5% de los ingresos corrientes.

El 40.66% de las fuentes de ingresos corrientes presentaron una deficiente ejecución presupuestal y no respondieron a los metas fijadas, dejándose de recaudar \$6.175.5 millones, lo que refleja un grave problema en el calculo de las metas presupuestales de ingresos, lo cual afecta la generación de recursos financieros disponibles.

En muchos casos la estimación de las fuentes de ingresos, presenta grandes desviaciones y que a pesar de encontrarse una aceptable ejecución presupuestal desde el punto de vista del recaudo, el comportamiento no es el mismo cuando se analizan, las fuentes desde la óptica de la facturación esperada (ingreso estimado) y la causada, la cual se dio en un 63%, dejándose de facturar de acuerdo a la meta impuesta para la vigencia la suma de \$15.578 millones, lo que demuestra una subestimación de las fuentes de ingresos corrientes.

El comportamiento de la facturación causada respecto al ingreso proyectado fue de tan solo un 63%, dándose una variación de la meta proyectada de \$15.578 millones, lo que refuerza la conclusión del análisis de las malas proyecciones en las fuentes de ingresos. Se evidencia que los supuestos tomados para la programación del presupuesto de ingresos de la vigencia 2009, no cumplió en algunas fuentes con los siguientes supuestos:

- Establecimiento como prioridad la certificación de los servicios de salud, para tener una ventaja competitiva al momento de negociar los contratos con los diferentes pagadores.
- La habilitación de la totalidad de los servicios que presta el hospital.
- Realizar estrategias de mercadeo para prestar otros servicios diferentes a los servicios normales de prestación.

Tomado de la fuente de Justificación Plan financiero 2009 – 2020.

Una facturación Neta esperada mes de \$1.714 millones de pesos y un recudo proyectado mensual de \$1.696 millones de pesos, sin embargo se observa un recaudo menor al proyectado mensual, por las situaciones antes descritas.

3.5.1.3. Se dejo de recaudar \$6.175.5 millones, igualmente se dejó de facturar de acuerdo a la meta prevista, \$15.578 millones, debido a que el 40% de la fuente de ingresos corrientes presentaron una deficiente ejecución presupuestal y fallas en

la estimación de las proyecciones, lo cual genera un grave problema en el cálculo de las metas presupuestales de ingresos, afectando la generación de recursos financieros disponibles. Lo anterior contraviene lo estipulado en la Resolución 1602 de 2001, la Circular 05 de 2007 (la cual se establecen lineamientos de Política Presupuestal), normas emanadas de la Secretaría de Hacienda Distrital (SHD), Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico de Presupuesto), Decreto 195 de 2007 por el cual se reglamenta el proceso presupuestal de las Empresas y Entidades Descentralizadas sujetas al régimen de aquellas y Ley 152 de 1994 (Estatuto Nacional de Planeación).

Sin embargo es de anotar que el comportamiento positivo de las metas presupuestales de fuentes de recursos provenientes del FFDS y los recursos de capital, cubrieron con su buen nivel de ejecución la iliquidez del flujo de caja de la vigencia, registrados en las otras fuentes de financiación.

Otras fuentes de menos importancia que muestran bajo recaudo son:

- Cuotas de Recuperación y Copagos: se recaudo en 61% respecto al ingreso estimado al pasar de \$326 millones estimados a \$199 de recaudo, esta fuente se vio afectada por la reglamentación del no cobro de cuotas de recuperación a los encuestados SISBEN 1 y 2 y la Ley de Gratuidad. Esta fuente representa el 0.8% de los ingresos corrientes.
- Venta de servicio a particulares: Se alcanzo a recaudar tan solo un 5,82% representado en \$9.2 millones del ingreso calculado en \$158.3 millones. Esta fuente representa el 0.4% de los ingresos corrientes.
- Otros pagadores por venta de servicios: El ingreso estimado por esta fuente fue de \$22.6 millones, de los cuales se recaudaron \$2.7 millones, para un logro del 12.2%, porcentaje demasiado bajo para la meta calculada. La fuente representa el 0.06% de los ingresos corrientes.

3.5.2. Ejecución Pasiva.

El presupuesto inicial mas disponibilidad final para gastos del Hospital de Usme I-Nivel Ese para la vigencia 2009 fue de \$28.453.4 millones, distribuidos en gastos de funcionamiento \$8.712.2 millones, equivalente al 31%, gastos de operación por \$18.857.6 millones correspondiente al 66% y el presupuesto de inversión en el plan de desarrollo Bogotá Positiva, por valor de \$883 millones correspondiente al 3% del total del presupuesto aprobado.

En el transcurso de la vigencia este presupuesto fue modificado y a 31 de diciembre se obtiene una adición neta de \$13.983.3 millones, para un presupuesto definitivo de \$42.436.8 millones. Una vez concluida la vigencia del año 2009, la

ejecución total es del 76.8%, con una aplicación de recursos que alcanzan los \$32.591.3 millones, de ese valor se amortizaron giros por \$31.157.6 millones, equivalente al 95.6%.

De la ejecución total de egresos (\$32.591.3 millones), para gastos de funcionamiento se emplearon \$9.136 millones, equivalentes al 28.03%, distribuidos entre: Servicios personales asociados a la nómina por \$1.443.5, servicios personales indirectos por \$3.129.3 millones, Aportes patronales al sector privado y público por \$811.6 millones, Gastos generales \$3.306.3, millones y Cuentas por Pagar por \$445.2 millones, según la siguiente relación de terceros:

CUADRO N° 14
Servicios personales nómina

Miles de pesos (\$)

SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA					
CONCEPTO	DEFINITIVO	COMPROMISOS	GIROS	C/P	BENEFICIARIOS
Sueldos Personal de Nómina	754.615	754.615	754.615	-	Empleados de planta del hospital
Otros servicios personales nómina	684.322	688.925	688.925	-	Empleados de planta del hospital
TOTALES	1.448.937	1.443.540	1.443.540	-	
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NÓMINA APORTES PATRONALES					
APORTES PATRONALES SECTOR PRIVADO	606.588	606.588	606.588	-	Empleados de planta del hospital (Mediante Fondos)
APORTES PATRONALES SECTOR PÚBLICO	213.551	206.019	206.019	-	Empleados de planta del hospital (Mediante Fondos)
TOTALES	819.139	811.607	811.607	-	

Fuente: Ejecución Presupuestal a diciembre 31 de 2009.

Gastos Generales:

Se observa que los \$3.306 millones ejecutados se concentran en compromisos con empresas con las cuales se contratan servicios y se tercerizan actividades como la vigilancia y el aseo, estas equivalen al 64.42% del total de compromisos de gastos generales:

CUADRO N° 15



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

TERCERO	COMPROMISO DEFINITIVO	VALOR COMPROMETIDO	PAGO NETO	SALDO REGISTRO PPTAL	% participacion	RUBRO
Total S.E.T. LABORAL S.A.S.	408.961	381.215	381.215	27.747	8,02%	Mantenimiento de la entidad
Total COOP DE TA GRUPO LABORAL	279.296	279.296	279.296	-	5,47%	Mantenimiento de la entidad
Total COOPERATIVA GENERAL DE SE	275.696	234.438	234.438	41.258	5,40%	Mantenimiento de la entidad
Total LA PREVISORA	231.770	228.216	228.216	3.554	4,54%	Seguros de la entidad
Total INTEGRACION DE TRANSPORTA	173.806	145.539	145.539	28.267	3,41%	Gastos de Transporte y Comunicación
Total MICROFORMAS	137.184	116.360	116.360	20.824	2,69%	Materiales y suministros administrativos
Total ORGANIZACION TERPEL S.A	100.000	80.000	80.000	20.000	1,96%	Combustibles, lubricantes y llantas
Total DISTRIBUIDORA KING LTDA	96.000	96.000	96.000	0	1,88%	Materiales y suministros administrativos
Total PEALOSA OCHOA JORGE ENRI	89.575	89.575	89.575	-	1,76%	Mantenimiento de la entidad
Total MUOZ RODRIGUEZ NELSON OR	77.000	66.582	66.582	10.418	1,51%	Mantenimiento de la entidad
Total PAPELERIA GUMAH-ER Y CIA	70.000	41.970	41.970	28.030	1,37%	Materiales y suministros administrativos
Total C.T.A. ADESCOOP	58.341	58.218	58.218	124	1,14%	Mantenimiento de la entidad
Total FERPRETERIA E IMPORTADORA	53.527	49.415	49.415	4.112	1,05%	Mantenimiento de la entidad
Total SERVINTE SA	50.312	42.564	42.564	7.748	0,99%	Mantenimiento de la entidad
Total BASTON DE COLOMBIA LTDA	50.200	38.333	38.333	11.867	0,98%	Mantenimiento de la entidad
Total NAVARRETE ZABALA LLUZ GABR	50.000	50.000	50.000	-	0,98%	Dotación de funcionarios
Totales	2.201.669	1.997.720	1.997.720	203.949	90,74%	

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

Los recursos ejecutados en los gastos de operación sumaron los \$22.736.1 millones, equivalentes al 69.7%, distribuidos entre: servicios personales asociados a la nómina operativa \$3.208.7 millones, aportes patronales al sector privado y público \$1.229.7 millones, compra de bienes para la prestación del servicio de salud (medicamentos e insumos hospitalarios) contratos que se ejecutaron \$2.569 millones, adquisición de servicios de salud \$15.019 millones, compra de equipos \$7,6 millones y cuentas por pagar de comercialización por \$701.5 millones.

En la adquisición de servicios de salud se observa una concentración de ejecución de compromisos en pocas empresas, además que es el rubro que mayor incremento presenta, comparada con la vigencia 2008.

El capítulo de inversión muestra una ejecución de \$719 millones equivalentes al 2.2% del total de compromisos de la vigencia aplicados así: en el proyecto "Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud" en la suma de \$170.3 millones, "Participación ciudadana y comunitaria" el valor de \$4.6 millones, el proyecto "Sistemas de información en salud automatizado y en línea" \$298.8 millones al igual que las cuentas por pagar de inversión en la suma de \$245.2 millones.

Gastos de Funcionamiento.

Los gastos que mas impactaron en la ejecución del presupuesto de funcionamiento, fue el pago de servicios personales, por \$5.384 millones en



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

compromisos, cuya distribución se presenta entre: nómina de planta y servicios personales indirectos, así:

Gastos de nómina de planta: Para el año 2009, se asignó un presupuesto definitivo de \$1.448 millones, el cual tuvo una ejecución de \$1.443 millones, equivalente al 99.63%, se imputaron sueldos de personal de nómina, gastos de representación, primas de navidad, técnica y antigüedad, además de toda la carga prestacional que este tipo de vinculación demanda.

Los servicios personales indirectos, con una apropiación en honorarios de \$83 millones de pesos y una ejecución de \$79 millones, correspondientes al 95.18%, y la remuneración de servicios técnicos administrativos con un presupuesto definitivo de \$3.050 millones de pesos, presento ejecución de \$3.050, observándose que la modalidad de contratación que más impacto tuvo en el rubro fue el OUTSORCING con las siguientes empresas:

CUADRO N° 16

TERCERO	CONTRATO	OBJETO	VALOR COMPROMISO DEFINITIVO	GIRO PRESUPUESTAL
COOP DE TA GRUPO LABORAL	CTO 016/2009	PRESTACION DE SERVICIOS AD	1.123.045.358	1.123.045.358
COOP DE TA GRUPO LABORAL	AD.CTO840/07	SERVICIOS DE PERSONAL ADM	159.655.742	159.655.742
C.T.A. ADESCOOP	AD5 CTO. 840/08	SUMINISTRO DE PERSONAL ES	23.600.630	23.600.630
S.E.T. LABORAL S.A.S.	CES.CT 016/09	CESION DE CTO 016/GL	856.954.642	856.954.642
S.E.T. LABORAL S.A.S.	AD CE CT 016-09	SUMINISTRO SERVICIOS ADMO	90.000.000	90.000.000
S.E.T. LABORAL S.A.S.	AD CE CT 16 09	SUMINISTRO PRESONAL ADMON	282.000.000	282.000.000
S.E.T. LABORAL S.A.S.	CES. CT 16-09	CONTRATACION PERSONAL ADM	280.000.000	271.013.905
S.E.T. LABORAL S.A.S.	AD CT.16.09	CONTRATACION PERSONAL ADM	100.928.000	-
TOTAL CONTRATOS POR OUTSORCING			2.916.184.372	2.806.270.277

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

La contratación referida en el cuadro equivale al 96% del total de la contratación de servicios en el rubro remuneración de servicios técnicos.

Se observa concentración de la ejecución de compromisos con tres empresas, con las cuales se terceriza los servicios administrativos. Se asignó al rubro "aportes patronales" \$819 millones de pesos, el cual presento una ejecución de \$811 millones equivalente al 99.08%.

Dentro de este rubro las partidas destinadas para los fondos de pensiones, salud, riesgos profesionales y fondos de cesantías, fueron financiados con los recursos del Sistema general de Participaciones.

En el rubro "Gastos Generales" se apropiaron \$3.417.9 millones, se comprometieron recursos por \$3.306.3 millones para una ejecución del 96.7%, de los cuales se realizaron autorizaciones de giros presupuestales por \$2.989.6, alcanzando un 90.4% de ejecución real del presupuesto.

En el rubro de “Aportes Patronales” se asignó un presupuesto definitivo de \$811.6 millones, el cual fue ejecutado en el 100% y las autorizaciones de giro presupuestal, obtuvo igual ejecución. Estos recursos fueron financiados a través del Sistema General de Participaciones, para el pago de las cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales.

En el caso de cuentas por pagar de funcionamiento constituidas a cierre de vigencia 2008 para ser celadas en la vigencia 2009, se ejecuto el presupuesto en \$400.5 millones quedando como saldo para la siguiente vigencia \$44.7 millones de los contratos No.1274 del 2006, 162 de 2008, 83 de 2008, 72 de 2008, 90 de 2008, 849 de 2007, 10 de 2008, 172 de 2008, 812 de 2007, 150 de 2008, 2505 de 2008, el área de presupuesto reporta al área jurídica los saldos de los compromisos de forma acumulada para que proceda la liquidación de los fenecidos y se observa que ha fecha de esta evaluación el proceso no se ha realizado satisfactoriamente, porque de estos compromisos iniciales por \$44.7 millones de pesos se han liberado \$17.9 millones de pesos con un saldo por ejecutar o liberar de \$26.7 millones.

3.5.2.1. Falta por completar su ejecución o liberar la suma \$26.7 millones, de los \$44.7 millones que quedaron pendientes por ejecutar en la vigencia 2008, correspondiente a partidas asignadas al pago de contratos, realizados en las vigencias 2006, 2007 y 2008, debido a que dichos contratos a 31 de Diciembre de 2009 no habían sido liquidados, pese al reporte oportuno de los compromisos a acumulados por parte de la Oficina de Presupuesto a la Oficina Jurídica, lo cual afecta los saldos reales de presupuesto y no se pueda integrar en forma oportuna al nuevo presupuesto las partidas reales dejadas de ejecutar en vigencias anteriores. Lo anterior incumple lo determinado en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 concordante con el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y artículo 136 del Código Contencioso Administrativo (CCA).

Otros Gastos Generales

Sentencias Judiciales

Durante la vigencia 2009 al Hospital Usme le profirieron dos fallos de sentencias judiciales en contra, por la suma de \$40.447.842 pesos; una por \$14.268.124 pesos, la cual se produjo toda vez que el tribunal declaro la existencia de un contrato de trabajo entre señor José Johnson Garzón y el Hospital Usme, por ende condeno a la ESE al pago de todos los emolumentos y la segunda por \$26.179.718 pesos, cancelados al señor Luís Nova Gómez, el tribunal ordenó reconocerle los gastos de representación dejados de pagar por la ESE Usme.

De las dos condenas la ESE Usme, no ha realizado acción de repetición alguna.

Anulaciones y Soportes

A diciembre 31 de 2009, el hospital presentó en el rubro “cuenta por pagar” la suma de \$452 millones de pesos, de los cuales se efectuaron pagos por \$400.5 millones de pesos y anulaciones por \$7.7 millones de pesos, según la siguiente relación:

CUADRO N° 17

CONCEPTOS CXP CONSTITUIDAS	CXP CONSTI.	ANULACIONES	PAGOS	SALDO PASAN 2010
HONORARIOS	13.594	-	13.594	-
REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	21.778	-	21.778	-
ARRENDAMIENTOS	9.798	370	9.428	-
GASTOS DE COMPUTADOR	25.968	9	25.959	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN	40.263	2.386	35.274	2.603
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	101.492	-	101.331	161
MANTENIMIENTO DE LA ENTIDAD	124.570	2.533	106.332	15.705
COMBUSTIBLES LUBRICANTES Y LLANTAS	46.852	-	46.852	-
MATERIALES Y SUMINISTROS ADMINISTRATIVOS	21.765	298	21.467	-
SEGUROS DE LA ENTIDAD	3.515	-	3.305	210
SUMINISTRO DE ALIMENTOS	8.902	2.184	2.562	4.156
CAPACITACIÓN	859	-	-	859
SALUD OCUPACIONAL	11.821	-	11.821	-
PUBLICIDAD	1.438	-	800	638
OTROS GASTOS GENERALES	362	-	-	362
CUENTAS POR PAGAR 2006 - 2005	20.018	-	-	20.018
TOTALES	452.995	7.779	400.503	44.712

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

De los \$44.7 millones que quedan por ejecutar, para la vigencia 2010 a fecha de esta auditoria se observan pagos por \$0 y anulaciones por \$20.1 millones; para un total de compromisos por pagar de vigencias anteriores por \$24.6 millones, los cuales se relacionan a continuación:

CUADRO 18

CUENTAS POR PAGAR FUNCIONAMIENTO	TERCERO	NIT	CONTRATO	SALDO CXP	LIQUIDACION	PAGOS 2010	SALDO CXP 010
BEHAINE VEGA ISMAEL		10.939.735	CXP RES1712A/08	480	0	0	480
ACOSTA RIVERO EL SO MIGUEL		19.102.610	ADC CTO 160/08	0	0	0	0
CAUSIL DE LEON EVELIO		2.760.356	CXP RES. 2505/8	638	0	0	638
CAUSIL DE LEON EVELIO		2.760.356	CXP RES/08	362	0	0	362
MACIAS SUAREZ LUZ DIVA		35.466.612	CXP CTO. 086/08	161	0	0	161
OSORIO RODRIGUEZ CLAUDIA		51.699.459	CXP RES. 233/08	600	0	0	600
MARULANDA RUIZ JORGE ALBE		79.414.332	CXP CT.10/08	1.634	0	0	1.634
DELGADILLO MARTINEZ JOSE		79.467.656	CXP CTO. 083/08	3.707	0	0	3.707
SUCOMPUTO		800.079.939	CXP CTO. 162/08	4.859	0	0	4.859
SKORNIO SPORT LTDA		800.130.572	CXP RES.1703/08	121	0	0	121
TPS TECNOLOGIA		830.061.374	CXP CTO. 184/08	0	0	0	0
LABTRONICS LTDA.		830.064.712	CXP CTO. 850/07	421	0	0	421
CORP.PARA EL DESARROLLO L		830.102.608	CXP CTO. 072/08	2.619	0	0	2.619
CORP.PARA EL DESARROLLO L		830.102.608	CXP CTO.172/08	1.537	0	0	1.537
INVERSIONES FUTURO LTDA		830.145.020	CXP RES. 1719/8	138	0	0	138
KAIKA LTDA.		860.001.911	CXP CTO. 849/07	1.993	0	0	1.993
LA PREVISORA		860.002.400	CXP CTO. 051/08	210	0	0	210
EQUITEC SA		860.004.285	CXP CTO. 812/07	1.284	0	0	1.284
SIEMENS SA		860.031.028	CXP CTO. 852/07	323	0	0	323
COMPROLAB LTDA.		860.350.711	CXP CTO. 150/08	639	0	0	639
LLANTAS TEUSAQUILLO LTDA		860.509.968	CXP CTO. 83/08	364	0	0	364
CONSULTORES Y CONSTRUCTOR		891.412.909	CXP CTO.1274/06	20.019	0	0	20.019
ETB SA		899.999.115	CXP CTO. 090/08	2.603	0	0	2.603
				44.713	-	-	44.713

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

3.5.2.2. La liberación de recursos para cubrir otras necesidades del hospital no se da oportunamente, debido a la demora en la liquidación de los contratos, lo cual afecta la correcta aplicación de compromisos y el principio de anualidad del presupuesto de la vigencia que se ejecuta, castigando el de la siguiente vigencia, incumpliendo con lo señalado por el artículo 14 del Decreto 111 de 1996, y el numeral c) artículo 13 del Decreto 714 de 1996.

GASTOS DE OPERACIÓN:

Los gastos de operación del hospital son en los que incurre para su funcionamiento y busca cubrir los costos y gastos asociados a la nómina, los servicios indirectos y adquisición de servicios de salud necesarios para la oferta de los mismos a la comunidad; otros servicios conexos al servicio de salud son los medicamentos e insumos hospitalarios necesarios para el cumplimiento de su objeto misional.

Al presupuesto de gastos de operación se le asignó un presupuesto de \$22.816 millones, se atendieron compromisos por \$22.736 millones, se ejecutó el 96.12%, con la siguiente distribución:

- Servicios personales de nómina: con una apropiación de \$3.214 millones y unos compromisos de \$3.208 millones, equivalentes al 99.83% de ejecución, apropiación que cubre gastos de sueldos de nómina de planta, emolumentos y primas de servidores públicos.
- Aportes patronales: Este rubro contó con una apropiación de \$1.247 millones, compromisos por \$1.229 millones equivalentes al 98.5%, dentro de los cuales cesantías, salud y riesgos profesionales se financian con recursos del SGP según lo situado por el ministerio en cada uno de los fondos que pueden ser públicos y privados.
- Adquisición de servicios de salud: Este es el ítem que más impacta la ejecución del presupuesto de gastos de operación, donde el hospital cubre sus costos provenientes de (contratación de personal para la prestación de sus servicios), mantenimiento de equipos hospitalarios, Servicio de lavandería y suministro de alimentos, estos últimos tres (3) rubros que antes de la vigencia 2009, formaban parte del presupuesto de funcionamiento, inciden actualmente en la apropiación de gastos de operación porque son directamente conexos al servicio de salud propiamente dicho: la ejecución de estos rubros de servicios se muestran a continuación:



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CUADRO 19

CONCEPTO	DISPONIBLE	COMPROMISOS	% EJECUC.
Mantenimiento Equipos Hospitalarios	69.210.598	68.700.598	99,26 %
Servicio de Lavandería	58.255.018	58.255.018	100,00 %
Suministro de Alimentos	85.595.200	85.595.200	100,00 %
Adquisición de Servicios de Salud	13.076.671.159	13.076.671.159	100,00 %
Contratación de Servicios Asistenciales	1.682.337.387	1.682.337.387	100,00 %
Adquisición Otros Servicios	48.532.049	47.532.049	97,94 %
TOTALES	150.206.014.11	150.190.914.11	99,99 %

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

Dentro de la ejecución de este renglón de rubros se observa una incidencia alta de contratación por el sistema outsourcing según la siguiente relación:

CUADRO N°20
Mantenimiento de equipos hospitalarios

NIT	NOMBRE	CDP	FECHA	CRP	ACTO	CONCEPTO	VALOR	GIROS
830010785	KONTROL INGENIEROS MECAN	318	03/03/2009	153	ADC CTO 854/07	MANTENIMIENTO AIRE ACOND	2.422.080	584.350
830057126	MEDICAL KIT LTDA	526	30/07/2009	784	CTO 159/09	MANTENIMIENTO AYUDAS TECN	9.600.000	-
900249320	BASTON DE COLOMBIA LTDA	561	18/08/2009	872	AD CTO 72/09	MANTENIMIENTO EQUIPOS CDD	5.736.000	-
900249320	BASTON DE COLOMBIA LTDA	647	05/11/2009	1153	AD CTO 1852/09	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	4.284.518	-
900249320	BASTON DE COLOMBIA LTDA	658	12/11/2009	1184	AD CTO 072/09	COMPRAS DE REPUESTOS EQUIP	7.000.000	-
800030657	INTERHOSPITALARIA LTDA	208	01/02/2009	153	ADC CTO 006/08	MANTENIMIENTO NEVERA PARA	11.600.000	7.284.800
800030657	INTERHOSPITALARIA LTDA	312	28/02/2009	267	CTO 65/09	SISTEMA DE MONITOREO	5.568.000	-
900249320	BASTON DE COLOMBIA LTDA	533	15/09/2009	937	CTO 1862/09	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	22.490.000	10.284.664
	SERVICIO MANTENIMIENTO HOSPITALARIO						68.700.598	18.153.814

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

CUADRO 21
Servicios de lavandería

NIT	NOMBRE	CDP	FECHA	CRP	ACTO	CONCEPTO	VALOR	GIROS
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	231	06/02/2009	176	ADC CTO 183/08	SERVICIO DE LAVANDERIA	4.000.000	4.000.000
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	384	31/03/2009	371	ADC CTO 183-08	SERVICIO DE LAVANDERIA	10.000.000	10.000.000
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	493	12/06/2009	616	AD CTO 183-08	SERVICIO DE LAVANDERIA PA	4.036.150	4.036.150
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	522	18/07/2009	753	AD CT 183/08	LAVANDERIA ROPA DE HOPITA	8.963.850	6.356.850
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	624	07/10/2009	1072	CTO 201-09	SERVICIOS DE LAVANDERIA R	7.000.000	-
19361530	CORREDOR DUQUE JAIME HOME	662	24/11/2009	1213	AD CT 201/09	SERVICIO DE LAVANDERIA RO	4.000.000	-
830077617	HOSPITAL TUNJUELITO II NI	615	07/10/2009	1043	RES 523-09	PAGO COMITE CONCILIACION	17.574.368	17.574.368
79363726	TOLEDO ZAMBRANO GENTIL	513	07/07/2009	603	RES 485/09	PAGO DE CONCILIACION	2.680.650	2.680.650
	TOTAL SERVICIO DE LAVANDERIA						58.255.018	44.648.018

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

CUADRO 22
Suministro de alimentos

NIT	NOMBRE	CDP	FECHA	CRP	ACTO	CONCEPTO	VALOR	GIROS
79393223	PINTO IZA CARLOS JULI	441	22/04/2009	393	RESO 52/09	JORNADA DE VACUNACION	1.140.000	1.140.000
80802903	SUATERNA RODRIGUEZ EDWIN	387	01/04/2009	384	ADC CTO 237-08	SUMINISTRO DE ALIMENTOS	10.000.000	10.000.000
80802903	SUATERNA RODRIGUEZ EDWIN	450	29/04/2009	439	AD CTO 237/08	SUMINISTRO ALIMENTOS PACI	8.000.000	8.000.000
80802903	SUATERNA RODRIGUEZ EDWIN	480	15/05/2009	548	AD CTO 237-08	SUMINISTRO DE ALIMENTOS P	4.000.000	4.000.000
80802903	SUATERNA RODRIGUEZ EDWIN	512	30/06/2009	705	AD CTO 237/09	SUMINISTRO ALIMENTACION H	4.000.000	3.976.100
830077322	FONH-USME	646	03/11/2009	1155	ADC CTO 186/09	SUMINISTRO DE COMIDAS PAR	7.000.000	386.900
830102608	CORP.PARA EL DESARROLLO L	460	01/05/2009	328	RES 059-09	PAGO CONSILIACION RES 59/	2.618.000	2.618.000
80802903	SUATERNA RODRIGUEZ EDWIN	215	06/02/2009	165	ADC CTO 237/08	SUMINISTRO ALIMENTOS PARA	5.000.000	5.000.000
41551150	RAMIREZ BLANCO LILIA AURO	212	04/02/2009	155	ADC CTO 191/08	SUMINISTRO REFRIGERIOS SA	6.500.000	6.500.000
41551150	RAMIREZ BLANCO LILIA AURO	315	02/03/2009	275	ADC CT ON 191/08	REFRIGERIOS SALUD PUBLICA	8.000.000	7.990.400
41551150	RAMIREZ BLANCO LILIA AURO	508	23/06/2009	593	CTO 155/009	SUMINISTRO DE REFRIGERIOS	6.000.000	6.000.000
41551150	RAMIREZ BLANCO LILIA AURO	606	14/09/2009	1020	ADC CTO -155/09	SUMINISTRO DE REFRIGERIOS	10.000.000	10.000.000
830077322	FONH-USME	583	05/09/2009	990	CTO 186/09	SUMINISTRO DE COMIDAS PAR	13.000.000	13.000.000
79421907	SIERRA SALAZAR JOSE LIBAR	470	04/05/2009	335	RES 060-09	PAGO CONCILIACION RES 060	337.200	337.200
	TOTAL SERVICIO DE SUMINISTRO DE ALIMENTOS						85.595.200	78.948.600

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CUADRO 23
Adquisición de servicios de salud

NIT	NOMBRE	CDP	FECHA	CRP	ACTO	CONCEPTO	VALOR	GIROS
830140063	COOP DE TA GRUPO LABORAL	194	29/01/2009	68	CTO 016/2009	PRESTACION DE SERVICIOS A	4.890.157.623	4.890.157.623
900253063	S.E.T. LABORAL S.A.S.	504	16/06/2009	697	CES CT 016/09	CVESION GL 016/09	3.109.842.377	3.109.842.377
900253063	S.E.T. LABORAL S.A.S.	621	07/10/2009	1069	AD CE CT 16-09	SUMINISTRO SERVICIOS ASIS	1.313.000.000	1.313.000.000
900253063	S.E.T. LABORAL S.A.S.	650	11/11/2009	1158	AD CTO 016 09	SUMINISTRO DE PERSONAL AS	1.306.000.000	1.306.000.000
830140063	COOP DE TA GRUPO LABORAL	11	14/01/2009	27	AD5CTO.838/07	SUMINISTRO DE PERSONAL AS	923.128.209	923.128.209
900067669	FUNDACION UN NUEVO AMANEC	261	09/02/2009	74	CTO 27/2009	APOYO PROG DE SALUD DE P	460.000.000	460.000.000
900110784	COOP. TRAB. ASOCIA. DE PR	509	30/06/2009	702	AD CT 163-08	SERVICIOS DE VIGILANCIA E	177.000.000	177.000.000
900110784	COOP. TRAB. ASOCIA. DE PR	458	30/04/2009	435	AD CTO 163-08	SUMINISTRO SERVICIOS DE VI	160.000.000	160.000.000
900253063	S.E.T. LABORAL S.A.S.	577	03/09/2009	932	AD CT CE 16/09	CONTRATACION SERVICIOS AS	131.983.378	131.983.378
900110784	COOP. TRAB. ASOCIA. DE PR	230	06/02/2009	177	ADC CTO 163/08	SUMINISTRO SERVICIOS DE V	131.660.869	131.660.869
900110784	COOP. TRAB. ASOCIA. DE PR	2	02/01/2009	9	AD. CTO1 163/08	SERVICIO DE VIGILANCIA EO	64.116.966	64.116.966
900110784	COOP. TRAB. ASOCIA. DE PR	564	27/08/2009	902	ADC CTO 163-08	SERVICIO DE VIGILANCIA EP	63.361.249	59.525.325
900182973	RADIORAMA E.U	388	01/04/2009	244	CTO 77/09	SERVICIO DE IMAGENES DIAG	57.500.000	57.500.000
900120195	ITMS COLOMBIA S.A	386	01/04/2009	244	CTO 86/09	SERVICIO ESPECIALIZADO DE	50.928.000	-
900120195	ITMS COLOMBIA S.A	519	07/07/2009	717	CTO 156/09	SERVICIOS DE ELECTRO	50.928.000	45.435.056
900182973	RADIORAMA E.U	525	29/07/2009	783	AD CTO 077/09	SERVICIO DE IMAGENES DIAGN	46.000.000	46.000.000
830136803	HOSPITAL VETERINARIO DE S	529	31/07/2009	700	CTO 160/09	ESTERILIZACIONDE HEMBRAS	32.500.000	26.460.000
900120195	ITMS COLOMBIA S.A	619	07/10/2009	1067	AD CTO 156/09	SUMINISTRO DE SERVICIOS D	17.340.320	-
900182973	RADIORAMA E.U	627	08/10/2009	1074	AD CTO 77/09	SUMINISTRO DE IMAGENES DI	11.500.000	-
830046580	LINE AIR CHARTER DE COLOM	390	03/04/2009	343	CTO 81/09	TRASLADO DE PACIENTES	9.000.000	-
830136803	HOSPITAL VETERINARIO DE S	313	28/02/2009	266	ADC CTO 173/08	CIRUGIAS FELINAS Y CANINA	6.300.000	6.300.000
800197177	HOSPITAL LA VICTORIA III	533	31/07/2009	785	ADC COV 03/08	SERVICIO DE TAMIZAJE	3.000.000	-
860020188	HOSPITAL SANTA CLARA	659	12/11/2009	1185	AD CT IN 232/07	SERVICIO DE TOMA DE CULTI	3.000.000	-
900120195	ITMS COLOMBIA S.A	6	13/01/2009	22	AD1 CTO 048/08	SERVICIO DE TELEMEDICINA	2.833.874	2.833.874
830105147	SERVICIOS DE TELEMEDICIN	518	07/07/2009	604	RESO 485/09	PAGO COMITE CONCILIAICION	2.560.000	2.560.000
	CONTRATISTAS PERSONA NATURAL	VARI	VARIAS	VARI	VARIAS	SERVICIOS ASISTENCIALES	53.030.294	49.152.335
TOTAL ADQUISICION SERVICIOS DE SALUD							13.076.671.159	12.962.656.012

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

Del rubro "Servicios Personales Indirectos Asistenciales" se ejecuta la mayor parte del presupuesto de operación. Como se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 24

CONCEPTO	2008		2009	
	DEFINITIVO	COMPROMISOS	DEFINITIVO	COMPROMISOS
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS Asistenciales				
Bogotá sin indiferencia				
Remuneración Servicios Técnicos	7.444.536	7.444.536	-	-
Bogotá sana	-	-	-	-
Remuneración Servicios Técnicos	3.100.483	3.090.575	15.020.601	15.019.091
TOTAL ASISTENCIALES	10.545.019	10.535.111	15.020.601	15.019.091
(*) Incluye:				
Mantenimiento Equipos Hospitalari	0	0	69.211	68.701
Servicio de Lavandería	0	0	58.255	58.255
Suministro de Alimentos	0	0	85.595	85.595
Adquisición de Servicios de Salud	0	0	13.076.671	13.076.671
Contratación de Servicios Asistenciales	0	0	1.682.337	1.682.337
Adquisición Otros Servicios	0	0	48.532	47.532
TOTAL ASISTENCIALES	0	0	15.020.601	15.019.091

Fuente: Hospital Usme a diciembre de 2009

3.5.2.3. Se cancelaron compromisos con 19 empresas de servicios temporales y cooperativas por \$12.730 millones, equivalente al 97% del total del rubro "Gastos de Operación" y el de mayor incidencia en la ejecución pasiva del presupuesto al pasar de \$10.545 millones en la vigencia 2008 a \$15.019 millones en la vigencia

2009, debido a la falta de planeación en la ejecución de los recursos e incrementos insostenidos, lo cual afecta las finanzas de la entidad, incumpliendo con lo señalado por el literal d) “consistencia”, artículo 3 Ley 152 de 1994 (Ley Orgánica del Plan de Desarrollo).

Gastos de Inversión.

Dentro del presupuesto de inversión se cuenta con la programación de los proyectos: **Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud** con una apropiación de \$9.803 millones de pesos distribuidos en infraestructura e inversión donde el primero incluye recursos destinados a la construcción del hospital de segundo nivel de la Localidad con una apropiación disponible de \$9.633 millones que para el año 2009, no tuvo ejecución alguna, y no se realizó traslado de la apropiación disponible por tratarse de recursos de destinación específica, sin embargo a nivel de los fondos disponibles de la cuenta de ahorros de AV Villas (entidad seleccionada para el manejo y custodia de los recursos) se observan retiros parciales.

Otro de los proyectos aforados en el presupuesto es el de **Participación social en salud** dirigido a cubrir las actividades de participación comunitaria para el mejoramiento de los servicios que la entidad ofrece a la misma, con un presupuesto definitivo de \$6 millones de pesos, con una ejecución de \$4,6 millones.

El último proyecto es el de Gestión pública efectiva y transparente, con una apropiación de \$300,9 millones de pesos y una ejecución de \$298,8 millones equivalentes al 99.3% dirigidos al mejoramiento de los sistemas de información y plataforma tecnológica.

3.5.2.4. Los recursos por \$9.633 millones, destinados a la construcción del hospital de segundo nivel, no tuvieron ejecución alguna durante la vigencia de 2009, sin embargo a nivel de los fondos disponibles de la cuenta de ahorros de AV Villas (entidad seleccionada para el manejo y custodia de los recursos) se evidenció que se presentaron retiros parciales, debido a la iliquidez del hospital se tomaron esos recursos para pago de nómina y proveedores, entre otros, lo cual se incumple el Convenio 794 de 2007, en su cláusula segunda numeral 8 “No hacer unidad de caja con los demás recursos de la entidad”.

La baja ejecución presupuestal del proyecto Infraestructura y Dotación, es consecuencia del poco desarrollo de los Convenios de Desempeño que el Hospital de Usme ha firmado con el Fondo Financiero Distrital. Como es el caso de la Construcción y Dotación de la UPA – Danubio Azul, para la cual se ha dificultado

la compra del terreno y que de acuerdo a lo programado en la ficha EBI, se tenía calculado para el 2008 apropiar y ejecutar un presupuesto para el proyecto de 362.0 millones. De igual manera sucedió con el Proyecto de Construcción y Dotación del Hospital de II-Nivel de atención, la línea de tiempo del proyecto va desde el 2008 al 2012 y de acuerdo al flujo de caja se tenía estimado para el 2008 ejecutar 3.600 millones, pero se tienen dificultades en la adquisición del terreno y hasta el momento tan solo se ha ejecutado recursos en los estudios técnicos; presentando una ejecución del 0.19%.

En estos casos en que las metas y acciones que llevan a cabo los proyectos de inversión presentan grandes sesgos en su ejecución presupuestal y física evidencian una inadecuada planeación.

3.5.2.5, Se evidenció la no ejecución presupuestal de acuerdo a lo programado en fichas EBI por \$362.0 millones, destinados a la construcción y Dotación de la UPA – Danubio Azul, de la misma manera sucede con la partida presupuestal por \$3.600 millones, destinados a la dotación del Hospital de II-Nivel de atención, que de acuerdo con el flujo de caja, se tenía estimado para la vigencia de 2008, ejecutar dicha partida (Línea de tiempo del proyecto 2008 – 2012), tan solo se han ejecutado recursos del orden del 0,19% destinados a estudios técnicos. Lo anterior debido a las dificultades presentadas para la compra de los terrenos y a una inadecuada planeación, lo que genera que la población a atender no se beneficie de los servicios de salud, desconfianza en los usuarios y ciudadanía en general, lucro cesante y el no cumplimiento de los proyectos y metas diseñadas para el objeto social. Lo anterior contraviene lo consagrado en la Ley 819 de 2003 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia, en su Artículo 6°, en el entendido que el Hospital debe sujetarse a los correspondientes Marcos Fiscales de Mediano Plazo de manera que lo apropiado presupuestalmente deba aplicarse en su totalidad durante la vigencia fiscal correspondiente, de igual manera la Ley 152 de 1994- Estatuto Nacional de Planeación en la Circular conjunta No. 07 de 2008, emanada de la Secretaría de Hacienda Distrital y Secretaría Distrital de Salud (lineamientos de política presupuestal).

3.5.3. Presupuesto Orientado a Resultados (POR).

Se observó que el hospital esta implementado una estructura de costos que permitirá correlacionar la ejecución de recursos por servicio médico ofertado, sin embargo estos se encuentran actualizados hasta el mes de junio de 2010 y espera contar con una herramienta para programación y ejecución a cierre del presente año.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

La implementación de la metodología del POR, en el Hospital de USME, hasta el momento cuenta con identificación de productos, diseño de indicadores de resultado, se esta depurando y ajustando la información de costos, se cuenta con información estadística, para obtener cifras en cuanto a su capacidad operativa, orientadas a establecer los costos de cada servicio de acuerdo a los parámetros contemplados en el portafolio de salud en concordancia con los objetivos trazados, los cuales son insumos para la preparación del presupuesto.

La aplicación de la herramienta de presupuesto Orientado a Resultados, muestra que no se encuentra completa, entre otras cosas, porque esta en el proceso de actualización e implementación de los costos por servicios y que la Entidad no este conectada al PREDIS (Aplicativo de la SHD). Sin embargo el hospital ha implementado la metodología establecida por la SHD (Secretaria de Hacienda Distrital), construyendo los indicadores, los productos y las metas establecidas para tal fin.

3.5.4. Cuentas por Pagar.

De las cuentas por pagar constituidas a cierre de vigencia 2008 por \$1.445.3 millones, para ejecutar en el 2009; se pagaron \$1.257.3 millones, se liberaron recursos por \$53.2 millones y se dejaron por pagar \$134.7 millones.

CUADRO 25
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A CIERRE DE 2008
PARA EJECUTAR EN EL 2009

(millones de pesos)

RUBRO	SALDO CONSTITUIDO O COMO CXP 08	EJECUTADO A31 DIC/09	LIBERACION DE SALDOS A 31 Dic/09	SALDO A 31 DIC/09
Honorarios	13.5	13.5		
Remuner. Serv. Téc. Adm.	21.7	21.7		
Arrendamiento	9.7	9.4	0.3	
Gastos de computador	25.9	25.9		
Transporte y comunicaciones	40.2	35.2	2.3	2.6
Impresos y publicaciones	101.4	101.3	0	0,1
Mantenimiento Entidad	124.5	106.3	2.5	15.7
Combustible Lubricantes Llantas	46.8	40		6.8
Materiales Suministros _dmón..	21.7	21.4	0.3	
Seguros de la entidad	3.5	3.3		0.2
Suministro de alimentos	8.9	2.5	2.1	4.1
Capacitación	0.8	0	0	0.8
Salud Ocupacional	11.8	9.6	0	2.1
Publicidad	1.4	0	0	1.4
Otros Gastos Generales	0.3	0	0	0.3
Cuentas por pagar 2007	20.0			20.0
TOTAL GASTOS FUNCIONA.	452.9	385.4	7.7	59.7
TOTAL GASTOS DE OPERACION	426.0	615.2	24.4	86.3



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

RUBRO	SALDO CONSTITUIDO COMO CXP 08	EJECUTADO A31 DIC/09	LIBERACIÓN DE SALDOS A 31 Dic/09	SALDO A 31 DIC/09
TOTAL INVERSIÓN	266.3	208.5	21.0	36.7
TOTAL CXP	1.445.3	1.209.2	53.2	134.7

Fuente: Área de Presupuesto Hospital de Usme 2010

La no liquidación oportuna de los compromisos afecta la disponibilidad de recursos de la vigencia siguiente toda vez que se debe dar prioridad a la constitución y ejecución de los compromisos de vigencias anteriores.

Cuentas por Pagar a Cierre de 2009.

Al cierre de vigencia 2009, se constituyeron cuentas por pagar (C por P) por \$1.433.6 millones, las cuales al ser comparadas con las de la vigencia 2008 (\$1.445.3 millones), presentó una disminución del 0,8%; lo cual es positivo conforme a lo establecido por la Ley 819 de 2003 en su Artículo 8 (Disminución de las cuentas por pagar de vigencia a vigencia, además se cumple con lo señalado con el Marco Fiscal de mediano Plazo), a continuación se detalla la ejecución de C por P.

CUADRO N° 26
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A CIERRRE DE 2009

RUBRO PRESUPUESTO	CXP 2009	CXP 2008	% (+/-)
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	477.323	452.995	5,37%
GASTOS DE OPERACIÓN	881.976	726.004	21,48%
GASTOS DE INVERSIÓN	74.390	266.301	-72,07%
TOTAL	1.433.689	1.445.300	-0,80%

Fuente: Área de Presupuesto Hospital de Usme 2010

Las cuentas por pagar de gastos de funcionamiento se incrementaron en un 5.37% respecto a las constituidas en la vigencia anterior que fueron de \$452.9 millones. Los rubros que más contribuyeron al incremento fueron Remuneración Servicios Técnicos Administrativos al incrementarse en un 404.7% al pasar de \$21.7 millones a \$109.9 millones de una vigencia a otra, arrendamientos al subir de \$9.7 millones a \$10.9 millones de una vigencia a otra con 11.78%, dotación al pasar de \$0 en el 2008 a \$7.7 millones en el 2009, Transportes y comunicaciones registro un incremento de 75.45% al pasar de \$40.2 millones a \$ 70.6 millones, mantenimiento de la entidad que se incrementa en un 8.41% al pasar de \$124.5 millones en 2008 a \$135 millones en el 2009, materiales y suministros administrativos con un 62.01% al pasar de \$21.7 millones a \$35.2 millones y cuentas por pagar de vigencias anteriores con un 123.3% al pasar de \$20.0 millones a \$44.7 millones.

Los rubros que presentan disminución respecto a las cuentas por pagar constituidas y ejecutadas en el 2008, son: honorarios de la entidad con un 56.12% de disminución, al igual que los gastos de computador con 99.86%, impresos y publicaciones con un 74.54%, combustibles, lubricantes y llantas con un 38.40%, Seguros de la entidad con 37.76%, suministro de alimentos, capacitación, publicidad y otros gastos generales que disminuye en un 100% y por último salud ocupacional que disminuye en un 98.48%.

Las cuentas por pagar constituidas en el 2009 para gastos de operación, se tienen rubros que durante el año 2008, se encontraban incluidos dentro del catálogo correspondiente al Plan de Desarrollo Bogotá Positiva y al Bogotá Sin indiferencia y hacían parte del presupuesto de inversión.

Por efectos de armonización y ceñidos a la estructura presupuestal determinada para las Empresas Sociales del estado, los gastos de servicios personales, insumos para la prestación del servicio, contratación de servicios asistenciales, instrumental medicoquirúrgico y cuentas por pagar fueron incluidos en el presupuesto de gastos de operación.

Por lo anterior, las cuentas por pagar de los gastos de operación presentó incrementos del 97.63%, al pasar de \$446.2 millones en la vigencia 2008 a \$881.9 millones en la vigencia 2009 .

Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

A pesar que el hospital no utilizó el PAC en la vigencia 2009, se pudo evidenciar que mediante la Resolución N°551 de diciembre de 2009, la administración, adopta la implementación del Programa Mensualizado de Caja PAC de Ingresos y Gastos.

Igualmente se debe señalar que el Decreto N° 195 de mayo 11 de 2007, “por el cual se reglamenta y se establecen directrices y controles en el proceso presupuestal de las entidades descentralizadas y Empresas Sociales del Estado”, el artículo N° 25 parágrafo primero que a la letra dice “Es el instrumento mediante el cual se proyectan los recaudos y pagos mensuales de la Empresa, con el fin de optimizar el manejo de Tesorería. (Su elaboración y aprobación es Competencia de cada empresa).

La Secretaria Distrital de Hacienda – Dirección Distrital de Tesorería aprobará el programa Anual Mensualizado de Caja – PAC- de las empresas en lo correspondiente a las **transferencias de la Administración Central**”.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta que no tiene transferencias de la Admón. Central, no está obligada la ESE a elaborarlo y ceñirse a un estricto cumplimiento en su ejecución, conforme lo señala el anterior Decreto.

Cierre Presupuestal

Al ser verificada la información del cierre presupuestal entregada por la Administración el día 30 de Diciembre de 2009 a éste Ente de Control, no se observaron variaciones en los datos reportados en los formatos y actas derivadas del cierre presupuestal, realizado en dicha fecha, entre estos la última disponibilidad presupuestal N° 1353 del 29 de diciembre del 2009 por \$19.000 millones y el registro presupuestal N° 685 por \$19.000 millones con fecha 30 de diciembre del 2009.

Control Interno Presupuestal

Al realizar las pruebas en cuanto a registros de disponibilidades, registros presupuestales y giros presupuestales se observó, que los saldos presupuestales de los libros, corresponden a los saldos de la ejecución activa y pasiva, por otra parte las modificaciones en cuanto a los créditos y contra créditos, corresponden a los Acuerdos y Resoluciones expedidos para tal efecto por la Administración del Hospital.

El área de presupuesto no cuenta con los manuales de procesos y procedimientos actualizados a la fecha, sin embargo su aplicación y ejecución de los preceptos normativos aplicados son adecuadas.

En cuanto a los controles que deben existir en la parte operativa, el sistema de información Software Hipócrates, constituye una herramienta que garantiza el adecuado manejo de los rubros presupuestales, pero no se cuenta con interfase con el área contable de la entidad. La documentación que soporta los movimientos presupuestales se encuentra debidamente custodiada y archivada en orden cronológico, observándose un adecuado control y manejo de la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, la entidad conjuga todas y cada una de las variables que intervienen en la ejecución de ingresos y de gastos, En cuanto a las normas se pudo evidenciar el cumplimiento de las mismas.

Opinión Presupuestal

Se pudo determinar que el manejo presupuestal y las diferentes operaciones se ajustan a la normatividad y principio de legalidad.

Por otra parte se puede señalar que una vez culminada la vigencia fiscal correspondiente se constituyen cuentas por pagar que son ejecutadas en la siguiente vigencia.

Por lo anteriormente señalado se puede llegar a concluir, que el desarrollo del proceso presupuestal y los registros de las operaciones en el Hospital Usme I Nivel se considera confiable.

3.6. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN.

De conformidad con la Información presentada en SIVICOF del periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2009, el Hospital de Usme I Nivel, registra 217 contratos suscritos por valor de \$27.248.578.524 millones tomando como muestra 23 contratos por valor de \$22.856.918.464 millones, equivalente al 11% del total contratado y el 94% del costo total del presupuesto del año.

Los contratos fueron suscritos bajo los parámetros legales establecidos en cada una de sus etapas tanto pre contractuales, contractuales y post contractuales, encaminados al cumplimiento de los objetivos Misionales, acciones y metas de los proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo, además al evaluar los contratos de prestación de servicios personales, con cargo a los proyectos seleccionados, se determinó que el objeto del contrato está encaminado al cumplimiento de las acciones y metas del proyecto de salud, en sus diferentes áreas y modalidades.

Los contratos se rigen por la Constitución, la Ley y el Reglamento de Contratación, adoptado mediante el Acuerdo número 004 de 25/05/2007 y Resolución No. 041 del 05/03/2003 "*Pautas y criterios para el ejercicio de la interventoría y la supervisión de los contratos*", en concordancia con la ley 100 de 1993, artículo 195, numeral 6 y las normas de Derecho Privado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y discrecionalmente se tuvieron en cuenta, principios, cláusulas exorbitantes, inhabilidades e incompatibilidades, terminación y liquidación de los contratos, previstos en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 del 28 de Octubre de 1993).

La evaluación general a los contratos seleccionados corresponde al 94% de la inversión total de la contratación del Hospital, para lo cual se determinó que el objeto de los contratos analizados, está encaminado al cumplimiento de las acciones y metas del hospital, en sus diferentes áreas, especialmente en los proyectos, Salud para la Vida Digna Vs. Ciudad de Derechos - Bogotá Sana y demás sectores requeridos por el hospital.

En cuanto al comportamiento y ejecución de los contratos, podemos establecer que los contratos suscritos en la vigencia 2009, fueron 217, distribuidos así: en ejecución 19, contratos terminados sin liquidar 29, contratos liquidados 146, contratos en proceso de liquidación 2 y en conciliación 1, adicionalmente debemos tener en cuenta que algunos contratos, fueron terminados en los plazos establecidos, pero llevan mas de 6 meses y no se han liquidado, incumpliendo la cláusula contemplada en cada contrato que hace alusión a la liquidación dentro de los 4 meses siguientes a su terminación.

3.6.1. El contrato más significativo del año 2009, por su cuantía, fue con la cooperativa grupo laboral, perfeccionado el 29 de enero de 2009, con el No. 016/09, por valor inicial de \$10.600 millones, atendiendo instrucciones de la Alcaldía Mayor, en su circular No. 001 del 17 de febrero de 2009; este contrato fue cedido a dos contratistas diferentes; la primer sesión fue a la cooperativa de servicios COOGESERVIR, el 9 de abril de 2009, localizada en la carrera 38 A No. 25 B-66 of 202, tel: 8105538, pero que cambio de sede o lugar de funcionamiento, aun sin determinar, su objeto fue facilitar personal para servicios generales y de aseo, en un promedio de 35 personas mensuales, contratadas para satisfacer las necesidades del hospital, a un costo promedio de \$27.982.513 mensuales, incluido el 5% de administración, a esta cooperativa se le efectúan varias adiciones al contrato como fueron: la primera el 31 de agosto de 2009, en \$1.695.635; la segunda el 7 de octubre 2009, en \$30.000.000; la tercer adición el 1 de noviembre de 2009 por \$30.000.000; una cuarta adición al valor el 18/12/09 por \$35.000.000: quinta adición el 29/12/09 por \$35.000.000: 6 adición y prórroga por un mes firmada el 6/01/10 en \$88.742.119; séptima adición y prórroga el 8/02/10, por \$31.000.000, luego se efectúo prórroga el 31/03/2010, que va del 1 de abril al 30 de junio 2010; por la imposibilidad de liquidar el contrato ante la única incapacidad pendiente por razones de maternidad, se aclara que solo se realizaron las publicaciones de 3 adiciones desde el 09 de diciembre de 2009, en adelante, dejando sin pólizas ni publicaciones los meses de abril, mayo , junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2009. Los hechos descritos conllevan a un posible daño al erario por la inobservancia de los numerales 1, 3 y 21 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002, concordante con los incisos 2º y 3º del artículo 32 de la Ley 1150 del 2007.

La segunda sesión de la Cooperativa de Trabajo Asociado Grupo Laboral, fue cedido el contrato a SET LABORAL LTDA, entidad temporal, desde el 16/06/09, entidad localizada en la carrera 61 No. 100-56, con el objeto de facilitar personal médico y asistencial; el contrato se inició en el mes de junio de 2009, pero por su temporalidad, se terminó el 30 de marzo de 2010, sin embargo no se ha podido liquidar, hasta tanto no se terminen las incapacidades existentes, que al mes de julio de 2010 quedaban 22,, inicialmente contratados por el Grupo laboral y luego

por la firma temporal SET LABORAL LTDA, quien durante el transcurso de 10 meses suministro 734 empleados requeridos por el hospital, a este contrato se le realizaron 6 adiciones, las tres primeras están sin numerar, de los meses Septiembre, octubre y noviembre de 2009, luego aparecen dos adiciones identificadas con el mismo numero , el No. 6, pero tienen distinta fecha, una del 6/01/10, por valor de \$5.019.657.799 (folio 400) y la segunda el 8/02/10 por valor de \$1.669.000.000, (folio 424), para un total de \$18.460.766.068, amparado con Póliza extracontractual No. 0112271-0 vigente desde el 01-02-09 hasta 01-02-10.

Como el sector Salud es de alto impacto social y por sus múltiples actividades, se hace necesario contratar personal por prestación de servicios, para poder cubrir las necesidades requeridas por el Hospital, con recursos de la salud, se presenta la contratación con las cooperativas antes señalada, por cuanto la prestación del servicio público es de carácter obligatorio para la Seguridad Social consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, que tiene como marco un sistema normativo integrado tanto por los preceptos constitucionales como por el conjunto de normas de presupuesto, procedimentales y de organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del Sistema.

A esta Dirección le compete atender las inquietudes que expresan los ciudadanos en relación con la ejecución de Contratos o Convenios celebrados por el Hospital, por lo que se procedió a realizar un estudio de cómo son atendidas las inquietudes que la comunidad expresa a través de Derecho de petición allegados, estableciendo que se atienden los mismos oportunamente, pero que en algunos casos las respuestas no han sido las requeridas, entre los que se destacan lo relacionado con el lote para la construcción del hospital nivel II, donde existen dudas por el destino de los dineros que fueron facilitados para esta construcción, pero una vez verificados, se encuentran los \$9.500.000 millones y sus rendimientos en una cuenta de AVVillas.

Por otra parte existen 17 procesos judiciales que de alguna manera pueden afectar al hospital, estos los podemos encontrar descritos en el cuadro No. 28, de los cuales vale la pena tener en cuenta el relacionado con la demandante y ex gerente GLADYS MIRYAM SIERRA, por haber sido suspendida por el Alcalde Mayor a petición de la Contraloría de Bogotá, sin haber producido fallo alguno el ente de control, siendo nuevamente reintegrada a su cargo por solicitud expresa del Contralor de Bogotá, al Alcalde Mayor en el mes de diciembre de 2007, situación que originó una acción de repetición en contra de la entidad fiscalizadora por **\$176.021.099**, que el hospital le cancelo a la dra SIERRA, acción que amerita un seguimiento en el Juzgado Administrativo de Bogotá, que lleva el caso, para establecer finalmente quien debe reintegrar estos dineros.

También es preocupante la situación de tres procesos que cursan en distintos juzgados de Bogotá, para establecer responsabilidades por las acciones de repetición que el hospital tuvo que iniciar, por haber pagado unos costos, se debe hacer seguimiento para establecer quién debe reintegrar los valores pagados, (ver cuadro No. 29), de esto se debe dar traslado a la Procuraduría General de la Nación y la Veeduría Distrital.

Dentro del análisis a la contratación, especialmente en lo relacionado con medicamentos y la vinculación de personal con las cooperativas, es fácil establecer que una de las causas más graves e inconveniente para el hospital, es la tercerización, por cuanto es donde se utiliza el 90% del presupuesto del hospital y es allí donde los costos de manejo de personal se incrementa, por ello es importante tener en cuenta lo señalado por la Corte Constitucional en la **sentencia C-614 de 2009**, en la cual, no se permite contratar con cooperativas, personal temporal, que requiera una Institución, por la vulneración a los derechos laborales de los trabajadores y los costos de administración que se suben exageradamente, situación similar se presenta con el Outsourcing en los medicamentos que tienen unos costos muy altos, pero si se adquirieran directamente a los laboratorios o a grandes distribuidores, los costos se reducirían.

Es preocupante la situación que se viene presentando con personal capacitado y contratado de años atrás, quienes han optado por renunciar ante la falta de garantías para laborar, como apoyo logístico y de seguridad, ya que el personal que debe desplazarse a cualquier sector o lugar que generalmente son críticos y peligrosos, por su topografía y la falta de medios de transporte y por la necesidad de tener que llevar equipos como portátiles u otros de algún valor, propios de las actividades que se ejecutan, estos funcionarios son vulnerables a los muchos peligros y la alta inseguridad que viven a diario, para poder cumplir con el objetivo de los contratos y sus funciones misionales en los diferentes centro médicos, comunidades y centros educativos, donde se deben trasladar por sus propios medios, satisfacer las necesidades y la cobertura que tiene el hospital en la localidad, que es muy extensa, ya que la mayor parte es rural y bastante retirado y la situación económica es muy peligrosa, no existen mecanismos previsibles para mitigar el alto grado de inseguridad para el personal que labora para el hospital, como es prever rutas o medios de transporte, ya que esto puede conllevar a que el hospital pueda ser blanco de demandas, por accidentes, hurtos o robos.

Deficiencias en la Etapa de Precontractual: se observa debilidad y falta de criterios precisos para la evaluación de la oportunidad y conveniencia al adelantar el proceso de selección y contratación, se avalan los estudios necesarios para la contratación exacta de los bienes, servicios u obras requeridas para ser contratados de acuerdo a las necesidades y las condiciones establecidas e

identificar técnica y económicamente el objeto de las pretensiones del contrato a celebrar, sin embargo falta claridad en la justificación para contratar, de acuerdo a los planes, programas y proyectos de la institución y a su presupuesto.

En esta etapa se estudia y avala la selección del contratista, se anexa certificado de disponibilidad presupuestal, claridad de las personas a las cuales se dirigirá el proceso contractual, determinación de los criterios de evaluación y selección, la adopción del procedimiento de escogencia, la elaboración de los términos de referencia que guiarán el proceso contractual, la recepción de ofertas y la adjudicación del contratista deberán observar el proceso consagrado en los artículos: 7, 9 y 11 del Acuerdo 004 de 2007.

En la etapa de ejecución se observó que los documentos soporte encontrados en las respectivas carpetas, cumplen con los parámetros establecidos por la ley 80/93 y normas privadas, sin embargo para constatar el cumplimiento de la entrega e ingreso al almacén central de los elementos objeto de contratación, se tomo la firma DISFARMED y sus medicamentos, aparecen debidamente soportados tanto su ingreso como las salidas para los diferentes centros, aclarando que el control y manejo esta sistematizado y bastante explicito, pero no existe manejo físico de kárdex, hecho que puede poner en riesgo los inventarios en caso de daño del equipo sistematizado.

En la Liquidación de los contratos, que afectan los registros presupuestales y cuentas de orden contable debido a las graves inconsistencias que presenta la Resolución 1765 de 2008 de 14 de noviembre, observamos que la liquidación es muy demorada en los contratos, ya que a la cláusula de liquidación contemplada en todos los contratos, no le dan la importancia requerida, ni los contratistas como la administración, quien en últimas tiene la facultad para liquidar unilateralmente un compromiso dentro de los 4 meses siguientes como se establece y hasta dos años, concordante con el artículo 136 del C.C.A..

CUADRO N°27
Relación de Contratos sin liquidar año 2009

CONTRATOS	CONTRATISTAS
201/2009	JAIME HOMERO CORREDOR DUQUE (LAVANDERIA)
017/2009	DISFARMED LTDA
021/2009	OXIACED LTDA.(OXIGENO MEDICINAL)
145/2009	DISTRIBUIDORA GIMER LTDA.
132/2009	DELTA QUIRURGICOS LTDA.
016/2009	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GRUPO LABORAL (CONVOCATORIA 29/2008)
155/2009	LILIA AURORA RAMIREZ BLANCO
027/2009	LA FUNDACION UN NUEVO AMANECER (AZ 2)



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CONTRATOS	CONTRATISTAS
157/2009	MEDICAL KIT LTDA.
173/2009	ARCHIVOS Y CARPETAS DE COLOMBIA LTDA.
154/2009	LUIS ENRIQUE CARDENAS GUAQUETA (GUANTES Y BATAS) (PROCESO PANDEMIA) LECQUIMICOS
194/2009	PRODUCT SERVICES LTDA. (VENENO)
162/2009	DORIS MERCEDES GOMEZ MELGAREJO
171/2009	LUIS EDGAR GUTIERREZ PEREZ
203/2009	JOSE GABRIEL MALDONADO VARGAS
169/2009	RAFAEL DUARTE SUAREZ
204/2009	RAFAEL DUARTE SUAREZ
165/2009	WILLIAM HERRERA SOLANO Y CONSUELO GOMEZ NIÑO
205/2009	CONSUELO GOMEZ NIÑO
206/2009	WILLIAM HERRERA SOLANO
212/2009	VICTOR MIGUEL MAZORCO VELANDIA
208/2009	NAPOLEON CONTENTO CASTELLANOS
207/2009	LUZ DIVA MACIAS SUAREZ
207A/09	WBEIMAR IVAN GARCIA CRUZ
167/2009	FUSIONARTE LTDA.
186/2009	FONH-USME
216/2009	PROFESIONALES GINECOLOGICOS S.A. PROGYNE S.A.
217/2009	YEYMI ANDREA IZA DIAZ
056/2009	SERVINTE S.A.
TOTAL CONTRATOS: 29	

Fuente: Hospital de Usme 2010

CUADRO N° 28
CUADRO DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS

No .	No. PROC	demandante	HECHOS	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO ACTUAL	VALOR PRET.
1	2004-1429	Yenny Milena Mora Velásquez	Fallas en la atención a la pte. Yenny Milena Mora quien acude a los servicios del Hospital de Usme para atención de parto, al parecer la devuelven por no estar en tiempo hasta que a los 8 días es internada y trasladada a la Clínica Emmanuel donde es atendido el parto y la bebé fallece a las horas de nacida.	Acción de Reparación Directa	Al despacho	807.830.000
2	2008 - 0203	Jorge Nicolás Farah Buelvas	Reclama que se le paguen salarios y prestaciones por el encargo de gerente mientras estuvo suspendida la titular Dra. Gladys Sierra.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	En etapa probatoria	80.591.990
3	2005 - 6913	Ruth Mery Amaya Gutiérrez	Que se declare la nulidad del acto administrativo por medio del cual se respondió negativamente el derecho de petición mediante el cual solicitó el pago de días compensatorios.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	20-04-10 al despacho para sentencia	6.340.674
4	2001-6499	Luis Alberto Nova	Declarar la nulidad y restablecimiento del derecho, reconocimiento prestaciones periódicas y gastos de representación y prima técnica.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Etapa probatoria	30.000.000



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No .	No. PROC	demandante	HECHOS	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO ACTUAL	VALOR PRET.
5	2007 - 269	Sol Mar Tovar Fonseca	Que se declare la nulidad del acto administrativo por medio del cual se le aceptó la renuncia, se reinstale en su cargo y que se ordenen los pagos de los emolumentos dejados de percibir.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	19-02-10 Enviado al Tribunal	20.000.000
6	2005 - 6539	Jesús Rosario Narváez	Que se declare nulo el acto administrativo por el cual se le niega el pago de quinquenio.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	04-05-09 al Despacho para sentencia	3.890.473
7	2007 - 00272	Martha Liliana Valencia Lancheros	Que se declare la nulidad del acto administrativo por medio del cual se le aceptó la renuncia, se reinstale en su cargo y que se ordenen los pagos de los emolumentos dejados de percibir.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	05-10-09 Enviado Tribunal en apelación	8.500.000
8	2007 - 093	Abraham Ignacio Zamudio Valencia	Declarar nulidad de resolución No. 00231 de octubre de 2006, por la cual declara insubsistencia nombramiento del cargo que venía desempeñando y condenar al Hospital al pago de salarios, primas, reajustes o aumentos de sueldo y demás emolumentos.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Etapla probatoria	5.859.684
9	2007 - 126	Wilson Darío Bustos	Declarar nulidad de la resolución con que se le acepta la renuncia, se le restituya a su cargo y se le paguen todos los emolumentos.	Acción Nulidad Restablecimiento del Derecho	Etapla probatoria	10.665.437
10	2001 - 2418	María Yaneth Gómez Guerrero	Paciente de 8 años que acude a los servicios del CAMI S.Librada por dolor de cabeza y vómito, es remitido a la Clínica Colsubsidio el mismo día, presenta muerte cerebral, sospecha de malformación arteriovenosa y fallece por paro cardiorespiratorio	Acción de Reparación Directa	16-04-09 Med. Of 305 remitido al Tribunal en apelación	300.637.000
11	2004 - 1453	Yazmín Rocío García Ortiz	Paciente que es llevado a las 7:30 a.m. por agentes de policía al CAMI S. Librada quienes recogieron a paciente por sufrir accidente de tránsito. Se solicita traslado y a las 6:30 p.m. Cafesalud envía ambulancia para el traslado, a las 9:13 p.m. el neurocirujano de la Clínica Shaio a donde fue remitido, dictamina muerte cerebral, ante lo cual los familiares al día siguiente autorizaron desconectarlo.	Acción de Reparación Directa	30-09-09 enviado al Tribunal en apelación	359.000.000
12	2004 - 2250	José Darío Organista	Paciente de 32 años quien acude hacia las 8:00 a.m a los servicios del CAMI S. Librada por dolores en garganta y abdomen y además con diarrea, lo cual da un diagnóstico de faringitis y gastritis aguda, no se encuentran signos compatibles con sintomatología cardiaca. Solo hasta las 3:00 p.m.la familia refiere antecedentes cardiacos y tratamiento hace 20 días en el Hospital del Tunal, hacia las 4:15 presenta paro cardiorespiratorio que desencadena en muerte.	Acción de Reparación Directa	03-02-10 Enviado al Tribunal	700.000.000
13	2006 - 0104	Abelardo Portilla Garcés	Declarar nulas las resoluciones 163-05 y 208-05, mediante las cuales se declaró el incumplimiento y la terminación unilateral del Ccto. 614-04 cuyo objeto era la la ejecución de diseños arquitectónicos y estudios técnicos para la construcción de la unidad de maternidad en el CAMI de Usme.	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	19-06-09 Pasa al despacho	50.000.000



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

No.	No. PROC	demandante	HECHOS	TIPO DE ACCIÓN	ESTADO ACTUAL	VALOR PRET.
14	2008 - 0066	Myriam Andrea Balaguera Velásquez	Paciente de 12 años que acude a los servicios del CAMI S. Librada por dolor del bajo vientre, a las 7:00 a.m.. Se le ordenan exámenes de laboratorio los cuales fueron negativos, lo mantuvieron con líquidos, sale a la 1:30 p.m. con diagnóstico de parasitosis s/cuadro hemático. Según narran en la demanda a las 7:30 p.m. lo internan en la Clínica del Niño donde le diagnostican torsión testicular y deben extraerle un testículo.	Acción de Reparación Directa	Al despacho	923.087.010
15	2004 - 0811	Sandra Milena Gómez Q. y/o	Paciente embarazada acude a los servicios del CAMI S. Librada el día 16-04-02 hacia las 2:30 a.m. con dolores de parto, devuelta por no estar en tiempo. Transcurre una semana mediante la cual sigue acudiendo a los servicios. El 22-04-02, a las 5:45 p.m. es hospitalizada en condiciones normales tanto para la gestante como para el bebé, se determina bajo riesgo. En valoración de las 8:00 p.m. el médico de turno encuentra ausencia de frecuencia cardiaca fetal, se evidencia tensión alta en la pte., se solicita traslado, negado por la ARS CAFESALUD, se insiste con orden traslado. El 23-04-09 a las 8:15 se recibe parto instrumentado, se obtiene mortinato sin signos vitales, alumbramiento incompleto, circular no apretada.	Acción de Reparación Directa	21-08-09 Entró al despacho para sentencia	201.295.104
16	2006 - 0983	William Alfonso Toquica Delgado	Accidente de tránsito ocasionado ambulancia OBE977 del Hospital, atropelló al transeunte William Alfonso Toquica Delgado quien es atendido en el CAMI S. Librada donde se le toman radiografías que evidencian fractura en peroné izquierdo y fractura abierta grado III de Tibia y peroné derecho	Acción de Reparación Directa	Etap probatoria	32.440.000
17	2004 - 0375	Rosa Estella Correa Daza	Paciente 42 años, consulta los servicios CAMI S. Librada dolor intenso estómago, con cuadro de diarrea y vómito, permanece hospitalizado 3 días, es remitido Clínica Bogotá, diagnóstico obstrucción intestinal mecánica, vuelve a ser operado por presentar nuevo episodio de obstrucción, deterioro físico y fallece.	Acción de Reparación Directa	14-10-09 Enviado al Tribunal en apelación	250.600.000
18	2008- 0158	Hospital de Usme	Por fallo de tutela se ordenó al Hospital pagarle al dte. el total de las prestaciones sociales, lo cual no hizo en su totalidad, ante lo cual el exfuncionario demanda al Hospital ante el Juzg 5o. Laboral y le son aceptadas todas sus pretensiones.	Acción de Repetición	Al despacho	221'087,177

Fuente: Hospital de Usme 2010

CUADRO N° 29
Procesos en acción de repetición

DEMANDANTE	VALOR Y FECHA DE PAGO	HECHOS	ACCIÓN ADELANTADA POR EL HOSPITAL
GLADYS MYRIAM SIERRA C.C. 41.712.073	\$176.021.099 Entre dic. De 2007 y abril de 2008	La Contraloría suspende provisionalmente a la gerente, dejando expirar el término de suspensión sin	Acción de Reparación Directa en contra de la Contraloría Distrital, iniciada en los juzgados



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

DEMANDANTE	VALOR Y FECHA DE PAGO	HECHOS	ACCIÓN ADELANTADA POR EL HOSPITAL
		producir fallo definitivo y el Hospital por su parte tuvo que reconocerle los pagos dejados de percibir durante el lapso de suspensión.	administrativos de Bogotá.
JOSÉ JHONSON GARZÓN C.C. 19.483.913	\$14.268.124 Febrero de 2009	Es declarado por el Tribunal, la existencia del contrato de trabajo y por ende nos condena al pago de todos los emolumentos.	Ninguna
LUIS NOVA GÓMEZ C.C. 19.310.974	\$26.179.718 Junio de 2009	Ordenan reconocerle los gastos de representación, dejados de pagar.	Ninguna

Fuente: Hospital de Usme 2010

3.7 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.7.1. EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO

3.7.1.1. Se constató que el Hospital cuenta con un Plan Estratégico, el cual fue formulado y adoptado, mediante el Acuerdo N° 11 d el 19 de Agosto del 2008, para el período 2008-2015, sin embargo este se quedo a nivel de considerando, faltando incluir dentro del mismo la estructura del Plan Estratégico, incumpliendo el artículo 2 numeral h) de la Ley 87 de 1993.

Evaluación a la estructura del Plan Estratégico

Se verifico que este se encuentra estructurado en tres grandes Objetivos Estratégicos, cada uno de los cuales posee objetivos específicos, con sus líneas de acción, meta estratégica, el indicador de resultado, la línea base del plan, meta(s) del plan, peso del indicador, fuente de verificación (origen de la información), supuestos básicos y el área responsable.

Este Ente de Control pudo evidenciar que los Objetivos Estratégicos como Específicos, las metas y los indicadores son cualificables y cuantificables, y medibles en el tiempo.

Comparados, analizados y revisados, el Plan de Desarrollo del Hospital de Usme para el período 2008-2012 con el Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor" y con el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, se establece que es concordante con los propósitos fijados en estos dos planes, al evidenciarse que los elementos orientadores de la política pública y sus prioridades fueron incorporados en la misión, visión, objetivos estratégicos, líneas de acción, proyectos y metas de la Plataforma Estratégica del Hospital, como se aprecia en el cuadro N° 30.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

El Plan de Desarrollo 2009 – 2012, se evalúa en el Hospital anualmente con base en los estándares e indicadores establecidos para cada año y tiene como instrumentos fundamentales de evaluación el Plan estratégico, los planes de Acción de las subgerencias, Planes Operativos y Plan de Gestión (resolución 473 de febrero 13 de 2008) Institucionales evaluados de forma semestral.

Para verificar esta información este ente realiza la evaluación de los documentos presentados por el Hospital Plan estratégico, plan de acción de cada subgerencia y Planes operativos.

CUADRO N°30
ARMONIZACIÓN DE PLANES DE DESARROLLO 2008-2012

Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá, D.C. 2008-2012 BOGOTÁ POSITIVA					Plan de desarrollo hospital de Usme I NIVEL 2009-2012 ALAS PARA LA GESTION :USME POSITIVA Y SANA*							
OBJETIVOS ESTRUCTURANTES	PROGRAMAS	METAS	PROYECTOS	INDICADORES	OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍF.	ESTRATEG.	PROYECTOS	INDICADORES			
CIUDAD DE DERECHOS	BOGOTÁ SANA	AVANZAR EN EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL MILENIO: MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA	Salud a su casa	*Tasa de mortalidad materna * Mortalidad por neumonía. * Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda	LEGITIMAR LA INSTITUCION CON INTERVENCIONES SOCIALES INTEGRALES	Desarrollar con integralidad la Atención en Salud de la Población en Territorios Sociales.	Fortaleciendo presencia de institución en microterritorios		Tasa de mortalidad materna			
			Salud al colegio						Tasa de mortalidad por neumonía			
			Vigilancia y control en salud Pública						Tasa de mortalidad por EDA			
			Instituciones Saludables y amigas						Tasa de ingreso de pacientes hospitalizados			
			Comunidades Saludables						oportunidad en la asignación de citas			
			Niñez protegida y bienvenida						Numero de pacientes atendidos por medicina			
			Gestión social integral para la calidad de vida						Numero de pacientes atendidos por enfermería			
			salud al trabajo						Numero de pacientes atendidos por odontología			
	GARANZIA DEL ASEGURAMIENTO Y ATENCION EN SALUD	AUMENTAR LA POBLACION AFILIADA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Promoción afiliación régimen subsidiado	Numero de cupos de afiliación al régimen subsidiado		ORIENTAR LA GESTION INSTITUCION AL HACIA LA OBTENCION DE NIVELES DE SATISFACCION DE LOS CLIENTES	Mejorando atención cliente interno y externo	Mejorando atención cliente interno y externo	PROYECTO INSTITUCIONAL DE CUMPLIMIENTO A LAS METAS DE CIUDAD BOGOTÁ POSITIVA E INDICADORES CIRCULAR UNICA	Cobertura de Vacunación		
			Atención de la población vinculada a actividades de no usuario régimen subsidiado	Vigilancia de eventos adversos								
			promoción aseguramiento del régimen contributivo	Mortalidad Perinatal								
			Gratuidad en la prestación de servicios de salud < 5 años > de 60 años y situación de discapacidad	Recien nacidos con peso menor a 2.500gr								
			FORTALECIMIENTO Y PROVISION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	AUMENTO DE LA OFERTA Y LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION						Desarrollo de infraestructura hospitalaria		Muerte por dengue
										Redes sociales de servicios		Tasa de infección intrahospitalaria
										Ampliación atención prehospitalaria	Mejorar los tiempos de ambulancia	Numero de microterritorios intervenidos
										EPS Distrital	EPS distrital creada	Numero de colegios intervenidos
	Gestión integral de medicamentos											
	Hemocentro distrital y banco de tejidos					Tasa de satisfacción global						
	Desarrollo del sistema de rectoría en salud					% de cumplimiento a filiación subsidiados						

Fuente: Subgerencia de Gestión en Salud. Hospital Usme 2010.

Análisis a la Ejecución del Plan Estratégico 2009

Se pudo observar que el Plan de Desarrollo Institucional vigencia 2009 del Hospital Usme fue adoptado mediante Acuerdo y este a su vez mediante la resolución de gerencia N°1671 de agosto del 2008, el cual se encuentra estructurado en tres grandes objetivos estratégicos que contienen a nivel de áreas misionales y de apoyo los objetivos, metas e indicadores, y que para su seguimiento la administración utiliza el Balance Score Card, y los planes operativos como herramientas de control y evaluación, siendo estas utilizadas por cada área funcional en desarrollo de sus planes operativos o de acción. A su vez para el monitoreo de los indicadores de la institución esta siendo utilizada la matriz de POR (Presupuesto Orientado por resultados).

A pesar que el Hospital invirtió una serie de recursos en el programa del Balance Score Card, este no se ha actualizado para la vigencia 2010, Para el 2009 se inicio la evaluación de indicadores de gestión no contando con la información que los retroalimiente afectando sustancialmente los resultados finales del plan estratégico en el sistema, Por esto se verifico que se ha generado desde las dos subgerencias una tarea de seguimiento manual a través de hoja electrónica de Excel, sin que por ello, se afecten los objetivos y metas programadas en el plan estratégico 2009, que finalizo con una ejecución del 88%.

Para evaluar la gestión que esta realizando la Subgerencia de Gestión en Salud, se logro verificar que esta participa en los tres grandes objetivos señalados en el plan estratégico. El peso porcentual de mayor ingerencia para esta subgerencia esta en el objetivo **Uno** (Garantizar la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad), con el 24% **y tres** (Desarrollar con integralidad la atención de salud en la población en los territorios sociales), con el 22% del total del plan estratégico. Una vez evaluados los objetivos se obtuvo la siguiente ejecución.

Del análisis y evaluación al plan estratégico de la Subgerencia de Gestión en Salud, se pudo evidenciar que se esta realizando un oportuno seguimiento a las metas trazadas, no solo a nivel de la subgerencia sino además de las áreas que la conforman como son: Hospitalización, Urgencias, apoyo diagnóstico y terapéutico, Consulta externa y de Salud Pública. Para dicho control la subgerencia revisa cada uno de los indicadores y metas del plan operativo de estas áreas encontrándose un nivel de ejecución del 93% frente al programado.

Se evidencia en el objetivo específico 1.1. Asegurar el desarrollo de los sistemas de calidad de manera integrada e integral a diciembre del 2009, con una meta cumplida del 72% de ejecución frente al 60% programada, igualmente un buen comportamiento presento el objetivo específico N° 1 .2 consolidar una cultura de la

calidad técnica y del servicio en la institución, al ser ejecutado un 20% del 20% programado para la vigencia. Los factores señaladas en el plan de acción que más incidieron en este resultado fueron las siguientes: para el objetivo específico N°1.1, el afianzamiento de una cultura ética institucional, como también el grado de desarrollo del sistema de gestión de la calidad, y del sistema de control interno.

Para el Objetivo Específico N° 2.1, garantizar la generación de recursos el resultado obtenido en el 2009 fue del 97%, cumpliendo con lo programado.

Para el objetivo 2.2 lograr la optimización de los recursos y la racionalización del gasto se logro el 40% del 60% programado, debido a que se disminuye recurso humano, se aumentan las horas laborales a 48 semana, pero no existió una total racionalización del gasto debido a que la contratación en el segundo semestre del 2009 se realiza por una empresa de servicios personales, aumentando los costos de este rubro.

CUADRO 31
VERIFICACION CUMPLIMIENTO PLAN DE DESARROLLO -EVALUACION EVIDENCIA

DOCUMENTOS AUDITADOS	EVIDENCIA PRESENTADA POR EL HOSPITAL	VERIFICACION AUDITOR DE CONTRALORIA
EXISTENCIA DE: POLITICAS	PAGINA WEB	SE VERIFICA QUE LAS POLITICAS DE LA INSTITUCION ESTAN EN LA PAGINA WEB.
PLANES	PLAN ESTRATEGICO, PLAN DE ACCION DE LAS SUBGERENCIAS, PLANES OPERATIVOS	SE VERIFICA EL OBJETIVO NUMERO TRES DEL PLAN ESTRATEGICO, CON EL PLAN ESTRATEGICO DE LA SUBGERENCIA DE GESTION EN SALUD, AL IGUAL QUE EL PLAN OPERATIVO DE LA UPA MARICHUELA
PROGRAMAS	MUESTRA EVIDENCIA DE PROGRAMAS PIC	SE VERIFICAN LOS PROGRAMAS Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN UN 85.54%
OBJETIVOS	EL PLAN TIENE TRES OBJETIVOS	SE VERIFICA EL PLAN ESTRETEGICO CON SUS TRES OBJETIVOS CON UN CUMPLIMIENTO DEL 88%
METAS DE PLAN	PLAN DE GESTION DE GERENTES.	SE VERIFICA CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS AUDITADOS EN EL PLAN DE GESTION CON UNA CALIFICACION DE 3,55

Fuente: Hospital Usme 2010

Evaluación de indicadores Hospital de Usme

En la siguiente tabla se puede evidenciar la clasificación de los indicadores de eficiencia y eficacia del hospital de Usme, estos se ajustan al plan de Gestión de la gerencia según resolución 357 de 2008.

Cuadro 32
Listado Indicadores Eficiencia- Eficacia. Hospital de Usme 2009.

NOMBRE	CLASE	PRINCIPIO MEDIDO	RESULTADO DE APLICACIÓN	ANÁLISIS CONTRALORIA
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO OPERATIVO.	CUALITATIVO	EFFECTIVIDAD	88%	Indicador verificado por cumplimiento de planes operativos.
EQUILIBRIO O DÉFICIT PRESUPUESTAL DE LA VIGENCIA.	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	-3.439.373	En este indicador se evalúa la Ejecución presupuestal, Ingresos recaudados durante la Vigencia, exceptuando la disponibilidad Inicial, las cuentas por cobrar de vigencias anteriores y las cuentas por Pagar de vigencias anteriores, entendiéndose que se analiza solamente lo correspondiente a la vigencia. El resultado para la vigencia de 2009, es un Déficit de -\$3,439 Millones de Pesos.
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FINANCIACIÓN DE LA ENTIDAD.	CUANTITATIVO	EFICACIA	97,99%	Con este indicador se puede observar que el Porcentaje de participación de los ingresos del año 2009,
CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN DEL DECRETO 2193 DE 2004 SEGUN PARAMETROS DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.	CUALITATIVO	EFICACIA	100%	El informe del Decreto 2193, es una herramienta creada por el Ministerio de Protección Social, en el cual se pueden analizar varios informes como son Indicadores de Producción, Informes Financieros y de Propiedad Planta y Equipo., la entidad ha dado cumplimiento oportuno tanto trimestral como Anual
PROCESOS JUDICIALES CONTESTADOS DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL. INCLUIDAS LAS TUTELAS.	CUANTITATIVO	EFICIENCIA	100%	Se verifica cumplimiento del indicador
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL.	CUALITATIVO	EFICIENCIA	2,5 DIAS	Este ente logra verificar que la oportunidad para el servicio esta a 2,5 esto por apertura de horarios extendidos en la franja de 4pm a 7pm en UPA MARICHUELA Y UPA SAN JUAN BAUTISTA soportando estas el cierre de horarios extendidos en UPA FLORA Y UPA REFORMA por problemas de seguridad del personal, Dentro de las estrategias se demuestra el fortalecimiento de la consulta de promoción y prevención, y los equipos de salud a su casa para direccionar oportunamente los pacientes.
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS.	CUALITATIVO	EFICIENCIA	28 Minutos	Este ente logra evidenciar que para el año 2009 en el plan de gestión la meta era disminuir los tiempos de espera de 48 minutos (2008) a 42 minutos, se logra disminuir en el 2009 a 28 minutos porque se reorganizó el sistema de triage por médico en ambos CAMIS con aumento del número de profesionales de 3 a 5 mejorando calidad del servicio. Se reacomoda la salas ERA brindando agilidad en la atención de sintomáticos respiratorios, dando apertura a una sala específica en donde los pacientes no tiene riesgo de contaminación esto creado en principio para atención de pandemia H1N1 y se direcciona la consulta prioritaria a un consultorio cercano de los CAMIS, lo que llevo a tener cero muertes por H1N1.
PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.	CUANTITATIVO	EFICIENCIA	100%	Se verifica por este ente que el total de eventos adversos notificados han sido gestionados. sin embargo se debe fortalecer la notificación de los mismos partiendo de la política de seguridad del paciente.
PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.	CUALITATIVO	EFICIENCIA	86,6 %	La línea de base fue 81,2 % (2007) , la meta programada para 2009 era de 82,8% logrando obtener 84,6% esto debido a la adecuación de infraestructura (salas de espera y consultorios), obteniendo un mayor grado de satisfacción de los usuarios. A pesar de dar cumplimiento a lo programado se debe aumentar este porcentaje de satisfacción a un estándar > del 90%
CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN.	CUALITATIVO	EFICIENCIA	95%	Durante el año 2008 y 2009 se realiza las adecuaciones pertinentes para lograr tener los centros habilitados al 100%. Se dio inicio a la remodelación de los Camis, Este ente verifico que se cumple con el estándar de habilitación de los servicios prestados según distintos otorgados a la institución.
MONTO DE LA DEUDA DE SALARIOS SUPERIOR A UN MES (1)	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	0	En este indicador nos evidencia que el Hospital no se demora mas de un mes en pagar los salarios, tanto a contratistas como a personal de Planta
MONTO DE LA DEUDA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (PESOS)	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	81.949	El montode la deuda corresponde a lo que se debe pagar durante los primeros días del mes de Enero del año 2010, correspondiente a los aportes de seguridad social.
MONTO DE LA DEUDA DE PARAFISCALES (PESOS)	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	25.360	El monto de la deuda corresponde a lo que se debe pagar durante los primeros días del mes de Enero del año 2010, correspondiente a los aportes parafiscales.
NÚMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO GESTIONADOS DURANTE LA VIGENCIA.	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	82,61%	Este indicador nos refleja que la entidad gestiona todos los accidentes.
FENECIMIENTO DE LA CUENTA.	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	SI	Este ente verifico que se tiene pendiente la verificación para año 2009, se tiene cumplimiento dado que si fenecio la cuenta 2008 evaluada en el año 2009.
MONTO DE LA DEUDA A CONTRATISTAS O TERCEROS SUPERIOR A UN (1) MES.	CUANTITATIVO	EFFECTIVIDAD	0	En este indicador se puede observar que el Hospital no ha dejado de pagar los salarios de personal de planta como de contratista.

Fuente. Plan de desarrollo. Hospital de Usme 2009.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ANÁLISIS INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Frente a los indicadores de gestión, se evidencia que el hospital de Usme los clasifico en: cobertura, oportunidad, rendimiento y gestión del riesgo.

Cuadro 33
Análisis indicadores de Gestión. Hospital Usme 2009.

INDICADOR MACRO	FORMULA	INDICADOR ESPECIFICO	ESTANDAR	REPORTE 2009	REPORTE COLOR	VERIFICACION CONTRALORIA
COBERTURA	Numero total de recién nacidos vivos en el periodo a los que se reporta se les tomo prueba de TSH al nacer/ Numero total de recién nacidos vivos nacidos en el periodo.	% de RN a lo que se les realiza la Prueba de TSH	100%	100%	100%	Es cumplimiento de protocolo en la atención del parto (detección hipotiroidismo), este ente verifica que se esta cumpliendo con el objetivo propuesto.
	Numero menores un (1) año inmunizados con tercera dosis de polio en el periodo/ meta tercera dosis de polio establecida por el hospital para el periodo en menores de un (1) año x 100.	Cobertura util de vacunacion de polio en menores de un año	95%	97,00%	97,00%	Esta contemplado en las politicas de SDC que porcentajes menores de 95% indican riesgo de enfermedades inmunoprevenibles. Este ente verifica que se tuvo cumplimiento en la cobertura para vacunacion desde el 2008 y se continuo en el 2009.
PRODUCTIVIDAD	No total de egresos hospitalarios en el periodo / No de camas hospitalarias disponibles en el periodo	Giro cama (No de Egreso / No Camas) en el periodo	13 Egresos/ cama	8,4	8,4	Expresa el número promedio de persona que pasan por una cama durante un periodo dado (se tomo el promedio mes). Este ente verifico el uso que se esta dando al giro cama encontrando que se encuentra en amarillo con un 8.4 dado a la disminucion de egresos en el año 2009, es más representativo cuando se presenta por cada uno de los servicios, el servicio que afecta este porcentaje es el de Gineco-obstetricia.
	No de dias cama ocupadas (hospitalización) en el periodo / No de camas hospitalarias disponibles en el periodo x100.	% Ocupacional	85%	45.2%	45.2%	indica el tiempo en que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas. Este ente verifico que dentro de los factores de interpretacion, es importante aclarar que un porcentaje mayor de 100% indica un sobrecupo, sobre utilizacion del recurso fisico, adicionalmente que no hay lugar para los procedimientos de asepsia y desinfeccion de la cama y que menor de 75%, significa subutilizacion del mismo mismo el cual se pudo verificar en el Cami Usme esto dado por el tipo de contratación y la gran referencia de pacientes al segundo nivel.
	Σ Total de dias estancia(hospitalización) en el periodo / No de egresos en el periodo.	Promedio de estancia general de la entidad.	2	1,6	1,6	Tienen una doble condicion: la primera es la aprovechamiento de cama y la segunda es agilidad en los servicios el promedio estancia según los estandares esta relacionado directamente con los servicios. Este ente pudo verificar que el promedio estancia para la institucion se encuentra ajustado y que mejor del 2007 al 2009
	No total consultas realizadas por profesionales medicos en consulta externa en el periodo / numero total de consulta programadas de medicina general en consulta externa en el periodo x 100.	% cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para la consulta de profesional medico general en el periodo.	100%	96,80%	96,80%	Este ente verifico que se cumplio la meta desde el año 2008, mejorando cumplimiento de lo programado para el 2009.
	No total de consultas de crecimiento y desarrollo realizadas en consulta externa por profesional licenciado en enfermeria en el periodo/ numero total de consultas de crecimiento y desarrollo programadas en consulta externa en el periodo x 100.	% cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para la consulta de crecimiento y desarrollo realizada por profesional licenciado en enfermeria en el periodo.	100%	95,0%	95,0%	Durante el 2007 no se dio cumplimiento a este indicador, para 2008 se llevo al 90%, Este ente pudo verificar en el Plan de accion de la subgerencia de gestion en salud 2009 que se cumplieron con lo programado.
	Sumatoria total de actividades realizadas de PYP en el periodo / No. Total de actividades de PYP programadas en el periodo *100.	% cumplimiento programación de actividades PYP	95%	95,0%	95,0%	A partir del 90% de cumplimiento de la meta, se considera una excelente gestion se toma como base la resolucion 3384 de 200 del ministerio de Salud. Menor de 80% la tomamos como incumplimiento de la meta. Se verifica que las actividades de PYP aumentaron en su ejecucion en año 2009. Se verifica en la grafica de rendimiento del servicio.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

INDICADOR MACRO	FORMULA	INDICADOR ESPECIFICO	ESTANDAR	REPORTE 2009	REPORTE COLOR	VERIFICACION CONTRALORIA
OPORTUNIDAD	Fecha asignación de cita para consulta externa de medicina general - fecha de solicitud de cita	Oportunidad consulta medicina General (días)	5	2.5	2	La asignación a la consulta externa se ha mantenido en los últimos tres años sin embargo se verifica un aumento en días de consulto en 0.5 días esto dado por el aumento de pacientes del régimen subsidiado que piden su cita y en algunos casos no asisten, aumentando el porcentaje de inasistencia.
	fecha de asignación de cita para consulta externa de odontología- fecha solicitud de cita	Oportunidad Consulta Odontología (días)	5	1.9	3	El estándar es 5 días, se verifica cumplimiento por el hospital, y una disminución en tiempo de 1.1 día se verifica que se alcanza este resultado por el aumento en horario extendido.
	fecha asignación de cita para atención por profesional licenciada en enfermería- fecha solicitud de cita.	Oportunidad de atención de enfermería consulta de crecimiento y desarrollo (días)	5	2	1	El estándar es 5 días, se verifica cumplimiento por el hospital, sin embargo se evidencia el aumento en oportunidad de 1 compatible con el aumento en el rendimiento de las profesionales enfermeras.
	Fecha registro del resultado, fecha toma de la citología	Oportunidad en el registro de resultados de citología vaginal (Días máximos)	20	19	20	Es importante tener en cuenta que la paciente puede no acercarse dentro del estándar máximo admitido a reclamar los resultados, sin embargo el hospital tiene un registro de información a la pacientes para reclamar el resultado que es la oportunidad que se evalúa, es importante tener en cuenta este indicador ya que nos presenta la eficiencia en la entrega de los resultados en la detección del cáncer.
	Fecha Entrega del medicamento - fecha formulación.	Oportunidad en la Entrega de medicamentos Ambulatorios	95%	99,90%	99,90%	Este ente verifico este indicador de gran importancia para el cierre de la prestación de los servicios médicos. Se mide en porcentaje de entrega del medicamento. Se verifica como la entidad esta siendo responsable de la entrega del mismo, logro verificar cumplimiento con el estándar propuesto.
	Fecha entrega de resultados de laboratorio- fecha realización del examen de laboratorio.	Oportunidad en el registro de resultados de laboratorio (días)	2	1	1	Este indicador de ha mantenido en el tiempo y se logro verificar la importancia de mantener un estándar ya que de lo contrario puede causar una consulta de control con laboratorios tardía o no oportuna.
RENDIMIENTO	No Total de consulta realizadas por profesional medico en consulta externa en el periodo / total horas contratadas de medicos para consulta externa en el periodo.	rendimiento en el periodo definido, del medico general responsable de consulta externa.	3	3	3	El estándar es de 3 consultas por hora (circular 018 de 2005 SNS). Es importante establecer que un número de consultas mayor de tres esta en detrimento de la calidad de la consulta y menor de 2,3 indica baja demanda o exceso de recurso humano, como se observo en el 2007 y 2008, para el 2009 se ajusto el indicador y fue verificado por este ente en area de estadística.
	No Total de UEL por profesional odontólogo en periodo Total horas contratadas odontólogo para consulta externa en el periodo.	Rendimiento en el periodo definido del odontólogo responsables de consulta externa.	3	2,8	2,8	El estándar es de 3 UT/ hora, pero esto depende de cada procedimiento una UET equivale a 15 minutos y existen procedimientos de odontología general que equivalen a 4,8,6 u 8 los rangos se establecen teniendo en cuenta estas variaciones. Se verifica el cumplimiento del mismo en oficina de estadística, evidenciando que se ha mejorado pero que aun se puede lograr llegar al 3.
	Numero consulta de crecimiento y desarrollo realizadas por licenciada en Enfermería en Consulta Externa en el periodo / total horas contratadas disponibles de profesional licenciada en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo.	Rendimiento en el periodo definido, del profesional licenciado en enfermería responsable de consulta de crecimiento y desarrollo en consulta externa,	4	4.3	4	El estándar se considera en 3 consultas por hora y cuatro actividades por Hora. Menor de 2,5 nos indica baja demanda o exceso de recurso humano Se pudo verificar que se logro un aumento en el número de actividades realizadas por cada profesional para el año 2009 cumpliendo con el estándar.
GESTION DEL RIESGO	TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA.	numero de pacientes con infeccion nosocomial/numero de pacientes hospitalizados	0.5%	0.1%	0,1%	Es cumplimiento de protocolo en la atención de los pacientes se evalúan los comites de infecciones intrahospitalarias del año 2009.

Fuente: Indicadores hospital de Usme. 2009

Se evidencia que los indicadores de rendimiento y productividad en los servicios cumplen, se encuentran por debajo del estándar (5 días), con un cumplimiento de



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

3 días lo que denota efectividad en la asignación de los servicios médicos, odontológicos y de P y P. Al analizar el indicador de rendimiento de consulta externa, este disminuye un 0,04 entre el 2008 y el 2009. En el servicio de salud oral se programo la realización de actividades 154.364 actividades en el 2009, realizándose 142.067 actividades, con un cumplimiento del 92%, aumentando un 3,6% frente al 2008, dado por la apertura de las 30 unidades de odontología.

El rendimiento para 2009 fue de 4,3 superando al de consulta equiparando los tiempos en donde se realiza consulta de 30 minutos a gestantes y planificación familiar y consulta de 20 minutos. En enfermería se observa que fueron superadas para el año 2009 todas las metas propuestas. Este Ente verifico que el indicador del porcentaje ocupacional disminuyo para el 2009, según lo programado, dado por la disminución en la atención de partos, ya que un alto porcentaje de maternas son referidas a segundo nivel. Para poder realizar la verificación de los indicadores este Ente aplico una matriz al 30% de los indicadores de gestión como se evidencia en el siguiente cuadro.

Cuadro 34
Listado Verificación Contraloría. Indicadores Hospital de Usme.

INDICADOR MACRO	FORMULA	PROGRAMADO	REPORTE 2009	COMPROBACION AUDITORIA CONTRALORIA DE BOGOTA
PRODUCTIVIDAD	No total de egresos hospitalarios en el periodo / No de camas Hospitalarias disponibles en el periodo	13 Egresos/ cama	8,4	Formato borrador de egresos hospitalarios vs días estancia, información que es llevada al formato 043 actividades asistenciales realizadas mes a mes.
	No de días cama ocupadas (hospitalización) en el periodo / No dias cama hospitalarias disponibles en el periodo x100	85%	45,2%	
	Total de días estancia(hospitalización) en el periodo / No de egresos en el periodo.	2	1,6	
	No total consultas realizadas por profesionales medicos en consulta externa en el periodo / numero total de consulta programadas de medicina general en consulta externa en el periodo x 100.	100%	96,80%	
	No total de consultas de crecimiento y desarrollo realizadas en consulta externa por profesional licenciado en enfermería en el periodo/ numero total de consultas de crecimiento y desarrollo programadas en consulta externa en el periodo x 100.	100%	95,0%	
Sumatoria total de actividades realizadas de PYP en el periodo / No. Total de actividades de PYP programdas en el periodo *100.	95%	95,0%		
RENDIMIENTO	No Total de consulta realizadas por profesional medico en consulta externa en el periodo / total horas contratadas de medicos para consulta externa en el periodo.	3	3	formato 043 actividades realizadas y en 044 informe de produccion de servicios
	No Total de UEL por profesional odontologos en priodo total horas contratadas odontologo para consulta externa en el periodo.	3	2,8	formato 043 actividades realizadas y en 044 informe de produccion de servicios
	Numero consulta de crecimiento y desarrollo realizadas por licenciada en Enfermería en Consulta Externa en el periodo / total horas contratadas disponibles de profesional licenciada en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo.	4	4,3	formato 043 actividades realizadas y en 044 informe de produccion de servicios

Fuente: Hospital Usme 2010

Se pudo evidenciar que efectivamente los indicadores de producción hospitalaria (eficiencia), se están desarrollando según lo programado. Se verifico el número



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

total de egresos hospitalarios, y los indicadores de rendimiento verificando el cumplimiento de los mismos.

ANÁLISIS INDICADORES DE EQUIDAD

La tasa de Mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 23.21 a 16,89 por 100 mil menores de 5 años. Indicador positivo para la entidad, por el despliegue de estrategias para la atención de enfermedades prevalentes de la infancia. La tasa de mortalidad en menores de un año disminuyó aportando a la meta distrital a 9,7 por mil nacidos vivos, relacionado con la prestación del servicio de P y P y la vigilancia desde Salud Pública a través de los diferentes ámbitos. Otro indicador fue el de equidad, en la mortalidad materna al ser de 0 en la vigencia 2009, coadyuvando a la meta Distrital.

Cuadro 35
Indicadores de equidad

NOMBRE	INDICADOR	LINEA DE BASE	PORCENTAJE OBTENIDO 2008	PORCENTAJE OBTENIDO 2009	VERIFICACION CONTRALORIA
TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO	1. REDUCIR A 9.9 POR 1.000 NACIDOS VIVOS LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO	9,9x1000 NACIDOS VIVOS	14,34	9,7	Se evidencia una disminución de la tasa en el 2009, se indaga el motivo, verificando que es por la implementación de estrategias IAMI,IAFI Y AIEPI
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN < DE 5 AÑOS	2. REDUCIR A 23.7 POR DIEZ MIL LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS	23,7x100MIL < 5 AÑOS	23,21	16,89	Se verifica la disminución de esta tasa de mortalidad debido a la apertura de SALAS ERA en cuatro puntos de atención durante los picos epidemiológicos, aportando de forma positiva al plan de desarrollo distrital. Se logra mantener el indicador para 2009 en la línea de base, el indicador se aumento durante 2008 debido a picos epidemiológicos largos.
NEUMONIA EN < DE 5 AÑOS	3. REDUCIR A 11.5 CASOS LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS	14x10MIL < 5 AÑOS	21,3	14,08	La tasa de mortalidad por EDA aumento en el año 2009 en 1.81. Evidenciando aumento con relación a la línea de base.
LA TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	4. REDUCIR A 1 CASO POR CIENTO MIL MENORES DE 5 AÑOS, LA TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	1 x 100 MIL < 5 AÑOS	0	2,81	Para el 2009 se aumento en la afiliación a regimen subsidiado en un 44%. Se verifico por este ente que se han abierto puntos para mejorar la afiliación e los usuarios.
AFILIACION A NUEVOS CIUDADANOS AL REGIMEN SUBSIDIADO	5. A JUNIO DE 2012 AFILIAR A 692.415 NUEVOS CIUDADANOS AL REGIMEN SUBSIDIADO.	0	3823	5754	Uno de los logros obtenidos fue la disminución de la tasa de mortalidad materna a 0 dada la vigilancia a las maternas desde los diferentes programas. Se verifico por este ente el aporte del hospital al Distrito.
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	6. REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR DEBAJO DE 40 POR 100.000 NACIDO	40x100 MIL NACIDOS VIVOS	30,8	0	Este indicador se ha reducido en el tiempo. Se verifica la importancia. Se verifico que este es directamente proporcional a la mortalidad materna.
LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	7. REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL POR DEBAJO DE 16 POR MIL NACIDOS VIVOS	16xMIL NACIDOS VIVOS	13,2	9,1	La tasa de suicidio aumento esto es dado por el aumento en el numero de casos reportados. Se aumento un solo microterronio en los dos años. Se verifica que es por disposicion de recursos desde la SDS.
LA TASA DE SUICIDIO	8. REDUCIR LA TASA DE SUICIDIO A 3.0 POR CADA 100.000 HABITANTES	3x100MIL HABITANTES	3,28	3,73	Se logra un aumento de colegios intervenidos desde salud al colegio que esta ajustado al monto de recursos distribuidos por SDS.
NUMERO DE MICROTERRITORIOS DE SALUD A SU CASA	9. 425 MICROTERRITORIOS DE SALUD A SU CASA EN EL DISTRITO	23	24	24	Este ente pudo verificar que la vacunacion ha cumplido su % de cobertura util para los dos ultimos años
NUMERO DE SEDES SALUD AL COLEGIO	10. 734 SEDES EDUCATIVAS CON EL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO EN EL DISTRITO.	0	43	36	Este ente pudo verificar que este indicador a logrado mantenerse en los dos ultimos años según lo programado.
% COBERTURA DE VACUNACION	11. ALCANZAR COBERTURAS ÚTILES DE VACUNACIÓN (IGUALES O SUPERIORES A) POLIO, DPT, TRIPLE VIRAL, BCG, HEP. B, HEMOFILUS, FIEBRE AMRILLA	85.3%	101%	97%	Se logro la implementación del 100% de IPS como amigas de la infancia esto repercute en el comportamiento positivo de los indicadores de mortalidad.
COBERTURA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA	12. MANTENER LA COBERTURA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA EN EL 100 % DE LOS ACUEDUCTOS DEL DC	0	12	12	Este ente verifica que efectivamente se logra disminuir el numero de embarazos pero que aun se presentaron 33 casos para el 2009
IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL AIEPI, IAMI, IAFI	13. TENER IMPLEMENTADAS EN EL 100 % DE LAS ESE ADSCRITAS A LA SDS LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL AIEPI, IAMI, IAFI	4	14	15	Se verifica que a pesar de las medidas de busqueda activa de adolescentes en los colegios se ha aumentado el numero de embarazadas en un 8%
DISMINUCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. 10-14 AÑOS	14. REDUCIR EN 100 % LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 14 AÑOS	REDUCIR EN 100% EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	58	33	Se evidencia que el indicador se ha continuado comportando dentro de lo programado para los años 2008-2009, no se presentan casos, esto dado por el fortalecimiento de los diferentes programas para menores como las estrategias de IAMI,IAFI,AIEPI
DISMINUCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. 15-19 AÑOS	15. REDUCIR EN 20 % LOS EMBARAZOS / AÑO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS		1029	1114	Se logra mejorar el indicador motivando a las maternas a aumentar el tiempo de lactancia materna al cual no es mas de tres meses, dada la necesidad de trabajar de las mujeres.
DESNUTRICION EN < DE 5 AÑOS	16. REDUCIR A 3 LA TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	REDUCIR A 3 LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA < 5 AÑOS	0	0	
AUMENTO DE LACTANCIA MATERNA	17. A 2.012 AUMENTAR LA LACTANCIA MATERNA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD	2,7 MESE	3,4 meses	3,4 meses	

Fuente: Subgerencia de Servicios de Salud. Hospital Usme 2010

Los indicadores evaluados fueron verificados por este ente. Se anexan las tablas correspondientes. En general se evaluaron los indicadores de gestión verificando que la calificación se ha mantenido para algunos de los indicadores.

Análisis indicadores Costo Ambientales

Cuadro 36
Especificación de las acciones de Agua Potable

NOMBRE	FORMULA INDICADOR	DENOMINACION	RESULTADOS	VERIFICACION CONTRALORIA
% de reducción de consumo de agua	$(M3 \text{ de agua consumidos periodo anterior} - M3 \text{ de agua consumidos periodo actual}) / M3 \text{ de agua consumidos periodo anterior} * 100$	Implementación del programa de ahorro y uso eficiente de agua que permita minimizar el impacto del consumo del recurso.	El hospital redujo el consumo de agua en un 31.9% en el año 2009 con relación al periodo inmediatamente anterior.	Este ente verifica que se realizó la disminución en el consumo del agua según lo proyectado
Ahorro en \$ por reducción del consumo	Valor facturación del subtotal acueducto periodo anterior – Valor facturación del subtotal acueducto periodo actual	Implementación del programa de ahorro y uso eficiente de agua que permita minimizar el impacto del consumo del recurso.	El hospital obtuvo un ahorro en la facturación consumo de agua (subtotal acueducto) por valor de \$14.054660 en el año 2009 con relación al periodo inmediatamente anterior	Se verifica que hay un ahorro de 14 .054.660 en la institución dada las medidas tomadas. La institución tiene este indicador clasificado como un insicador de economía
% de sistemas de ahorradores instalados.	No. de ahorradores instalados/No. de ahorradores a instalar * 100	Instalación de sistemas ahorradoras de agua en lavamanos y posetas	El Hospital instaló el 100% de ahorradores programados en su primera fase.	Este ente verifica que se instalaron ahorradores programados
% de permisos obtenidos	No. de permisos obtenidos/ No de solicitudes realizadas *100	Obtención del permiso de Vertimientos Industriales	El Hospital de las tres solicitudes aun no ha recibido el permiso ya que se encuentra en estudio por la SDA.	No se ha cumplido con el indicador
% de capacitación	No. servidores capacitados/No. Total servidores *100	Campa Campaña de Ahorro y Uso eficiente de agua	El 78% (769/986) de servidores hicieron parte de la campaña de Ahorro y uso eficiente. Adicional a esto 180 servidores participaron en la evaluación virtual del examen del premio distrital a la cultura del agua.	No se cumplió con el % ideal para este indicador que debería por encima del 85% Este ente verifica participación en evaluación final para el premio distrital del agua.
% de reducción de consumo de agua	$(M3 \text{ de agua consumidos periodo anterior} - M3 \text{ de agua consumidos periodo actual}) / M3 \text{ de agua consumidos periodo anterior} * 100$	Implementación del programa de ahorro y uso eficiente de agua que permita minimizar el impacto del consumo del recurso.	El hospital redujo el consumo de agua en un 31.9% en el año 2009 con relación al periodo inmediatamente anterior.	Se verifica que efectivamente se realiza ahorro de agua por la entidad. Indicador de economía

Fuente: Hospital Usme 2010

Uno de los indicadores que no se cumplió fue la obtención del permiso de vertimientos industriales.

Cuadro 37
Indicadores de ahorro de energía.

NOMBRE	FORMULA INDICADOR	DENOMINACIÓN	RESULTADOS	VERIFICACION CONTRALORIA
% de equipos con mantenimiento	No. Equipos revisados /Total equipos programados para revisión *100	Seguimiento a los equipos mantenimientos preventivo de los equipos de alto consumo de energía.	El 100% de equipos de alto consumo programados se les efectuó mantenimiento	Este ente verifica cumplimiento del indicador para acciones de reducción consumo de energía
% de reducción de consumo de Energía	(Kw de energía consumida periodo anterior - Kw de energía consumida periodo actual)/ Kw de energía consumida periodo anterior *100	Implementación del programa de ahorro y uso eficiente de anergia que permita minimizar el impacto del consumo del recurso.	El hospital redujo el consumo de energía en un 7.3 % en el año 2009 con relación al periodo inmediatamente anterior.	Se realizo esfuerzo en la institucion para disminuir consumo de energia. Pero no se cumplio con lo programado 8.3%
Publicaciones del programa diseñadas	No. de publicaciones diseñadas	Campaña de ahorro de energía	Se diseñaron y publicaron 1250 ejemplares con información del programa	Este ente verifica el indicador en periodico quinto contacto

Fuente. Hospital de Usme.2009

El hospital realizó acciones, sin embargo no se dio cumplimiento a los indicadores programados para el consumo de energía.

Proyectos de Inversión Ejecutados en la Vigencia 2009

Para la evaluación de los proyectos de inversión del Hospital Usme en la vigencia 2009, se tomaron varios tópicos, entre ellos los proyectos de inversión presentados por la ESE y viabilizados por la SDS en el 2009, en segundo lugar los proyectos de inversión que provienen de otras vigencias y que se encuentran en ejecución, y en tercer lugar, los convenios o contratos interadministrativos firmados entre la UEL y el Hospital Usme, con recursos del Fondo de Desarrollo Local, y ejecutados por la ESE.

Proyecto de inversión del Hospital Usme viabilizado en el 2009 y que se encuentran en ejecución.

La ESE USME inscribió el proyecto de inversión N° 2 009-20-16 denominado "construcción de un Cami en la UPZ 52 flora Usme Bogotá D.C., con el fin de reducir las barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud del Hospital Usme I Nivel, y garantizar su cobertura y oferta de servicios de primer nivel a este sector. El proyecto tiene una inversión de \$13.937.320.400 pesos, de los cuales fueron viabilizados el 24 de septiembre del 2009, la suma de \$700 millones de pesos, recursos provenientes del Fondo Financiero Distrital de Salud,

proyecto éste que solo cuenta con el certificado de viabilidad emitido por la SDS para la compra del predio del Cami la Flora, meta que no tiene ejecución toda vez que no han sido apropiados los recursos por parte del FFDS.

A pesar que no se halla logrado la primer meta que es la consecución del predio, la administración del Hospital Usme realizo exploración de predios que cumplan con los requerimientos del decreto 318 del 2006, (PMES), como predio avenida los cerros calle 74c –sur, descartado por que la accesibilidad es limitada al desarrollo de infraestructura alrededor del predio, el predio es de gran extensión por lo cual está sujeto a plan parcial lo que proyectaría su uso a un largo plazo. Igualmente se evidencio en las fichas técnicas de la SDS, del Plan Maestro de Equipamientos en Salud que también fue descartado el predio Transv. 12este calle 75B sur, por encontrarse en una zona de suelo protegido, lo que restringe desde todo punto de vista cualquier intervención en el mismo, son entre otras las actividades de tres predios más que fueron analizados para la construcción del Cami la Flora.

Proyectos de inversión del Hospital Usme de vigencias anteriores a 2009 y que se encuentran en ejecución.

Revisadas las Fichas EBI de los proyectos de inversión, Cami Danubio, Construcción Hospital II Nivel, Plataforma Tecnológica y Gestión Documental, se pudo evidenciar que ningún proyecto ha sido actualizado toda vez que las metas continúan siendo las mismas y no han tenido ejecución a diciembre 31 de 2009.

Proyectos de Inversión más representativos:

Construcción y dotación del Hospital II Nivel para ampliar la cobertura de servicios de salud de la localidad quinta “Usme” y el distrito.

El siguiente Informe del proyecto se encuentra estructurado en tres partes:

Primera parte:

La administración del Hospital Usme, con miras a fortalecer la oferta pública de servicios de salud en la Localidad Quinta, estructura la justificación del proyecto de la construcción y dotación del Hospital de II Nivel, que a la letra dice *“teniendo en cuenta que solo existe una ESE de primer nivel de complejidad, y que en la jurisdicción no se cuenta con instituciones de segundo y tercer nivel, generando que cerca del 87% de los usuarios que requieren los servicios con el Hospital Usme sean remitidos a otros hospitales de la Red Sur y el 13% restante a las ESES adscritos a la Red Distrital.* Lo anteriormente expuesto es el soporte de la descripción del problema del proyecto de inversión, que para su ejecución el

Hospital Usme, firma el convenio 794 de 2007 de cooperación técnica y financiera con el FFDS.

Ejecución del Proyecto de Inversión 16-18-80:

1. El hospital presenta el anteproyecto de inversión ante la SDS el 19 de mayo de 2005.
2. Luego el 20 de mayo de 2005, la SDS emite el certificado de Viabilidad del proyecto, con los respectivos anexos técnicos, recursos que serán financiados entre el FFDS-FDL y la ESE Usme, por un valor de \$26.851,0 millones.
3. El Acuerdo 07 del 08-08-05, “la Junta Directiva autoriza al Ordenador del Gasto disponer HASTA de mil millones de pesos para la ADQUISICION de un TERRENO para la Construcción del Hospital II Nivel en la Localidad de Usme, como parte de las inversiones proyectadas para la vigencia 2005”.
4. Posteriormente el 11 de Sept. De 2007, se suscribe el contrato de comodato con OPCION DE COMPRA N° 0761-2007 con vigencia hasta el 25 de junio de 2008, por \$514.051.850, para la adquisición del lote conocido como supermanzana 15 de la ciudadela Metrovivienda de 7.098 m2.
5. Mediante el Convenio N°794 del 01 de Octubre del 2007 el FFDS y el Hospital Usme, se comprometen a ejecutar la primera fase del proyecto de construcción del Hospital segundo Nivel, la cual es la realización de los diseños, estudios y consecución de licencias y permisos necesarios para la ejecución de la obra que contempla la interventoría de la misma.

Aspectos relevantes del convenio 794:

Cláusula Segunda Obligaciones de la ESE:

- Numeral 7) Manejar de manera Independiente, centralizada y segura, los documentos relacionados con los aspectos jurídicos, contables y administrativos que se generen en desarrollo del presente convenio.
 - Numeral 8) Abrir cuenta única para el manejo de los recursos, no hacer unidad de caja.
 - Numeral 9) Los rendimientos financieros generados por estos recursos deberán ser invertidos en el mismo proyecto previo concepto de la SDS-EI FFDS.
6. Luego el 7 de diciembre del 2007, se realiza una aclaración y modificación al convenio 794 de 2007. así:
 - Modificación de la cláusula segunda:



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

- Artículo 17) La compraventa y pago del bien inmueble dado en el contrato de comodato N°761 de 2007.
 - Artículo 18) La terminación del contrato de comodato con opción de compra.
7. El 26 de febrero de 2008, se suscribe una adición al convenio 794 de 2007 con el FFDS por \$525 millones, para la compra del predio de Metrovivienda.
 8. El 20 de junio de 2008, se firma la prórroga N°1 al contrato de comodato 0761 del 2007, por un termino de dos meses contados a partir del 26 de junio del 2007 hasta el 25 de agosto del 2007.
 9. Posteriormente el 15 de septiembre del 2008, se realiza la primer prórroga al convenio 794 del 2010, por el termino de 6 meses a partir del 1 de octubre del 2008 hasta el 31 de marzo de 2009.
 10. El 12 de noviembre del 2008, se liquida el contrato de comodato del superlote, teniendo en cuenta el concepto emitido por la Dirección de Planes Maestro y Complementarios de la Secretaría de Planeación, el uso del superlote 15 del proyecto nuevo Usme, no es permitido para la construcción del segundo Nivel, por lo que se procedió a la liquidación del contrato de comodato con opción de compra.
 11. El 30 de marzo de 2009, se suscribió la segunda prórroga al convenio 794 de 2007.
 12. El 11 de septiembre del 2009, se suscribió una modificación, la adición N°2 y la prórroga N°3 al convenio 794 de 2007, así:

CUADRO N°38

Adicion por: \$24.267,133,478			Prorroga a partir
\$1.000 millones para la vigencia 2009.	\$15.368,682,800 para la vigencia futura 2010	\$8.897.450.678 para la vigencia futura 2011	del 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2010.
Modificacion			
Modificar la cláusula Segunda del convenio primigenio 794 de 2007 relacionado con las obligaciones de la ESE., la cual quedara de la siguiente manera: En cumplimiento del objeto, se considera necesario y viable agregar los siguientes numerales a las obligaciones por parte del Hospital Usme I Nivel ESE, así: ver contrato, toda vez que son 29 modificaciones.			

Fuente: Hospital Usme 2010.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Segunda Parte:

CUADRO N° 39
Ejecución del Convenio 794 de 2007- Contratos Ejecutados

NUMERO DEL CONTRATO CDP	OBJETO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	VALOR CONTRATO	ADICIONES	VALOR EJEC.	% EJEC.	OBSERVACIONES
CTO No 168/2008 CDP. No 1171 de sept 30/2008 y 1343 de nov 13/2008	Consultoría para el desarrollo de un análisis ambiental para conocer la biabilidad o no para la compra del predio el "Chircal" ubicado en la Autopista al Llano entr calles 83b sur y 87 sur.	OCT 17/2008	FEB 16/2009	6.500.000	1.300.000	7.800.000	100%	El contrato se adicionó debido a que se presentaron cambios en el área de estudio del terreno, además se adicionó en tiempo 14 días.
CTO No 171/2008 CDP. No 1210 de oct 01/2008	Consultoría para conseguir la asesoría y acompañamiento técnico para el predio denominado el chircal, para determinar las condiciones y requerimientos urbanísticos y aquellos que la Ordenadora del Gasto solicite para obtener las licencias necesarias.	OCT 20/2008	DIC 19/2008	6.272.500	-	6.272.500	100%	El contrato se desarrollo dentro de los terminos y condiciones establecidas.
RESOL 1709/2008 CDP. 1092 de sep 15/2008 RESOL 1732/2008 CDP. 1331 de nov 01/2008	Avaluo al predio el Chircal por parte del Instituto Geográfico Agustín Codazzi.	NOV DE 2008	NOV DE 2008	4.000.000	-	4.000.000	100%	Se realizó avluo para determinar precio del predio el Chircal y continuar conel proceso de compra.

Fuente: Hospital Usme 2010.

Cuadro 40
Ejecución Física del Convenio 794 de 2007

Componente del convenio ínter administrativo No. 794/2005	% de ejecución a la fecha	Observaciones
COMPRA DE TERRENO - ESTUDIOS TECNICOS DE AMENAZA Y RIESGO	0.2%	A un que la ejecución financiera ha sido muy baja, todo obedece a que no se ha podido concretar la consecución del predio. Todo apunta a la biabilización del predio el Virrey sin costo alguno.

Fuente: Hospital Usme 2010.

TERCERA PARTE:		CUADRO 41		
EJECUCION FINANCIERA DEL PROYECTO DE INVERSION –CONTRATO 794 DE 2007				
RELACION MOVIMIENTOS BANCO AV VILLAS				
CUENTA AHORROS No. 085061570				
			31.093.122.741,08	21.440.059.499,20
				9.653.063.241,88



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FECHA	M E S	AÑO	CONCEPTO	VR DEBITO	VR.CREDITO	SALDO FINAL
Nov-07	1	2.007	INGRESO	9.126.000.000,00		9.126.000.000,00
Nov-07	1	2.007	COBRO LIBRETA		49.000,00	9.125.951.000,00
Nov-07	1	2.007	ND IVA		7.840,00	9.125.943.160,00
Nov-07	1	2.007	ND 4X1000		227,36	9.125.942.932,64
Nov-07	1	2.007	RED. FIN. INTERES	1.489.083,08		9.127.432.015,72
dic-07	2	2.007	REINTEGRO COBRO LIBRETA	49.000,00		9.127.481.015,72
dic-07	2	2.007	RED. FIN. INTERES	828.083,93		9.128.309.099,65
dic-07	2	2.007	DEV, ND IVA	7.840,00		9.128.316.939,65
dic-07	2	2.007	DEV. ND 4X1000	227,36		9.128.317.167,01
dic-07	2	2.007	RETIRO		6.000.000.000,00	3.128.317.167,01
dic-07	2	2.007	ND 4X1000		24.000.000,00	3.104.317.167,01
dic-07	2	2.007	NC AJUS SISTE BOGOT ALAMBRA	2.000.000,00		3.106.317.167,01
dic-07	2	2.007	RED. FIN. INTERES	7.864.666,10		3.114.181.833,11
dic-07	2	2.007	RED. FIN. INTERES	32.871.318,36		3.147.053.151,47
Ene-08	1	2.008	DEV. ND 4X1000	12.000.000,00		3.159.053.151,47
Ene-08	1	2.008	RED. FIN. INTERES	2.711.065,53		3.161.764.217,00
Ene-08	1	2.008	RED. FIN. INTERES	17.966.834,77		3.179.731.051,77
Feb-08	2	2.008	RED. FIN. INTERES	2.508.067,51		3.182.239.119,28
Feb-08	2	2.008	RED. FIN. INTERES	16.934.712,72		3.199.173.832,00
mar-08	3	2.008	INGRESO	1.000.000.000,00		4.199.173.832,00
mar-08	3	2.008	RED. FIN. INTERES CDT	137.688.000,00		4.336.861.832,00
mar-08	3	2.008	RED. FIN. INTERES	3.161.522,76		4.340.023.354,76
mar-08	3	2.008	RED. FIN. INTERES	21.350.844,36		4.361.374.199,12
Abr-08	4	2.008	COMIS CERTIFICACION		6.000,00	4.361.368.199,12
Abr-08	4	2.008	ND IVA		960,00	4.361.367.239,12
Abr-08	4	2.008	ND IMPUESTO		27,84	4.361.367.211,28
Abr-08	4	2.008	INGRESO	525.000.000,00		4.886.367.211,28
Abr-08	4	2.008	RED. FIN. INTERES	3.573.056,40		4.889.940.267,68
Abr-08	4	2.008	RED. FIN. INTERES	24.127.799,74		4.914.068.067,42
may-08	5	2.008	RED. FIN. INTERES	4.143.483,52		4.918.211.550,94
may-08	5	2.008	RED. FIN. INTERES	27.982.162,35		4.946.193.713,29
jun-08	6	2.008	RED. FIN. INTERES CDT	132.165.000,00		5.078.358.713,29
jun-08	6	2.008	RED. FIN. INTERES	4.082.646,99		5.082.441.360,28
jun-08	6	2.008	RED. FIN. INTERES	27.569.483,14		5.110.010.843,42
jul-08	7	2.008	RED. FIN. INTERES	4.308.712,90		5.114.319.556,32
jul-08	7	2.008	RED. FIN. INTERES	29.098.071,86		5.143.417.628,18
jul-08	7	2.008	RED. FIN. INTERES	139.849,26		5.143.557.477,44
Ago-08	8	2.008	RED. FIN. INTERES	29.288.275,23		5.172.845.752,67



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Ago-08	8	2.008	RED. FIN. INTERES	4.196.968,98		5.177.042.721,65
Sep-08	9	2.008	RED. FIN. INTERES CDT	51.710.000,00		5.228.752.721,65
Sep-08	9	2.008	RED. FIN. INTERES CDT	75.681.540,00		5.304.434.261,65
Sep-08	9	2.008	RED. FIN. INTERES	4.261.160,47		5.308.695.422,12
Sep-08	9	2.008	RED. FIN. INTERES	28.726.860,67		5.337.422.282,79
Oct-08	10	2.008	RED. FIN. INTERES	4.500.456,32		5.341.922.739,11
Oct-08	10	2.008	RED. FIN. INTERES	30.392.946,92		5.372.315.686,03
Nov-08	11	2.008	RED. FIN. INTERES	4.383.620,47		5.376.699.306,50
Nov-08	11	2.008	RED. FIN. INTERES	29.601.710,87		5.406.301.017,37
dic-08	12	2.008	DEV. ND 4X1000	12.000.000,00		5.418.301.017,37
dic-08	12	2.008	RED. FIN. INTERES CDT	128.409.180,00		5.546.710.197,37
dic-08	12	2.008	RED. FIN. INTERES	4.728.875,24		5.551.439.072,61
dic-08	12	2.008	RED. FIN. INTERES	31.156.230,59		5.582.595.303,20
Ene-09	1	2.009	RED. FIN. INTERES	4.719.590,78		5.587.314.893,98
Ene-09	1	2.009	RED. FIN. INTERES	31.876.422,67		5.619.191.316,65
03-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH		483.755.777,00	5.135.435.539,65
03-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH		114.980.844,00	5.020.454.695,65
03-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH		101.263.379,00	4.919.191.316,65
03-feb-09	2	2.009	ND IVA		2.016,00	4.919.189.300,65
03-feb-09	2	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.919.185.100,65
03-feb-09	2	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.919.180.900,65
03-feb-09	2	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.919.176.700,65
13-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH		4.051.047,00	4.915.125.653,65
13-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH		11.826.425,00	4.903.299.228,65
13-feb-09	2	2.009	ND IVA		1.344,00	4.903.297.884,65
13-feb-09	2	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.903.293.684,65
13-feb-09	2	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.903.289.484,65
20-feb-09	2	2.009	TRANSF ACH	700.000.000,00		5.603.289.484,65
Feb-09	2	2.009	RED. FIN. INTERES	3.959.095,27		5.607.248.579,92
Feb-09	2	2.009	RED. FIN. INTERES	26.733.044,70		5.633.981.624,62
02-mar-09	3	2.009	TRANSF ACH		1.000.000.000,00	4.633.981.624,62
02-mar-09	3	2.009	ND IVA		672,00	4.633.980.952,62
02-mar-09	3	2.009	COMIS TRANS ACH		4.200,00	4.633.976.752,62
09-mar-09	3	2.009	TRANSF ACH	500.000.000,00		5.133.976.752,62
18-mar-09	3	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	53.328.000,00		5.187.304.752,62
24-mar-09	3	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	82.071.000,00		5.269.375.752,62
30-mar-09	3	2.009	TRANSF ACH	500.000.000,00		5.769.375.752,62
31-mar-09	3	2.009	RED. FIN. INTERES	4.324.001,15		5.773.699.753,77
31-mar-09	3	2.009	RED. FIN. INTERES	25.030.578,93		5.798.730.332,70
01-abr-09	4	2.009	TRANSF ACH		1.000.000.000,00	4.798.730.332,70
30-abr-09	4	2.009	RED. FIN. INTERES	1.967.143,53		4.800.697.476,23



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

30-abr-09	4	2.009	RED. FIN. INTERES	21.065.233,72		4.821.762.709,95
18-may-09	5	2.009	TRANSF ACH	200.000.000,00		5.021.762.709,95
26-may-09	5	2.009	TRANSF ACH	600.000.000,00		5.621.762.709,95
29-may-09	5	2.009	TRANSF ACH	200.000.000,00		5.821.762.709,95
31-may-09	5	2.009	RED. FIN. INTERES	2.132.646,30		5.823.895.356,25
31-may-09	5	2.009	RED. FIN. INTERES	18.816.865,04		5.842.712.221,29
01-jun-09	6	2.009	TRANSF ACH		1.000.000.000,00	4.842.712.221,29
01-jun-09	6	2.009	ND IVA		720,00	4.842.711.501,29
01-jun-09	6	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	4.842.707.001,29
18-jun-09	6	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	43.088.000,00		4.885.795.001,29
19-jun-09	6	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	66.741.000,00		4.952.536.001,29
30-jun-09	6	2.009	RED. FIN. INTERES	2.017.374,77		4.954.553.376,06
30-jun-09	6	2.009	TRANSF ACH	1.000.000.000,00		5.954.553.376,06
01-jul-09	7	2.009	RED. FIN. INTERES	13.869.329,43		5.968.422.705,49
02-jul-09	7	2.009	TRANSF ACH		400.000.000,00	5.568.422.705,49
02-jul-09	7	2.009	ND IVA		720,00	5.568.421.985,49
02-jul-09	7	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	5.568.417.485,49
17-jul-09	7	2.009	TRANSF ACH		600.000.000,00	4.968.417.485,49
17-jul-09	7	2.009	ND IVA		720,00	4.968.416.765,49
17-jul-09	7	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	4.968.412.265,49
30-jul-09	7	2.009	TRANSF ACH	1.000.000.000,00		5.968.412.265,49
31-jul-09	7	2.009	RED. FIN. INTERES	1.135.790,07		5.969.548.055,56
01-ago-09	8	2.009	RED. FIN. INTERES	14.522.527,23		5.984.070.582,79
05-ago-09	8	2.009	TRANSF ACH		1.000.000.000,00	4.984.070.582,79
05-ago-09	8	2.009	ND IVA		720,00	4.984.069.862,79
05-ago-09	8	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	4.984.065.362,79
12-ago-09	8	2.009	TRANSF ACH		538.404.257,00	4.445.661.105,79
12-ago-09	8	2.009	TRANSF ACH		432.969.419,00	4.012.691.686,79
12-ago-09	8	2.009	TRANSF ACH		28.626.324,00	3.984.065.362,79
12-ago-09	8	2.009	ND IVA		2.160,00	3.984.063.202,79
12-ago-09	8	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	3.984.058.702,79
12-ago-09	8	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	3.984.054.202,79
12-ago-09	8	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	3.984.049.702,79
31-ago-09	8	2.009	RED. FIN. INTERES	947.581,59		3.984.997.284,38
01-sep-09	9	2.009	RED. FIN. INTERES	12.111.791,80		3.997.109.076,18
30-sep-09	9	2.009	INGRESO	2.000.000.000,00		5.997.109.076,18
30-sep-09	9	2.009	INGRESO	3.000.000.000,00		8.997.109.076,18
30-sep-09	9	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	28.390.000,00		9.025.499.076,18
30-sep-09	9	2.009	RED. FIN. INTERES CDT	45.456.000,00		9.070.955.076,18
30-sep-09	9	2.009	TRANSF ACH	1.200.000.000,00		10.270.955.076,18
30-sep-09	9	2.009	RED. FIN. INTERES	1.233.056,08		10.272.188.132,26
01-oct-09	0	2.009	RED. FIN. INTERES	15.573.925,00		10.287.762.057,26



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

07-oct-09	1 0	2.009	TRANSF ACH		1.200.000.000,00	9.087.762.057,26
07-oct-09	1 0	2.009	TRANSF ACH		300.000.000,00	8.787.762.057,26
07-oct-09	1 0	2.009	ND IVA		1.440,00	8.787.760.617,26
07-oct-09	1 0	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	8.787.756.117,26
07-oct-09	1 0	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	8.787.751.617,26
14-oct-09	1 0	2.009	TRANSF ACH		700.000.000,00	8.087.751.617,26
14-oct-09	1 0	2.009	ND IVA		720,00	8.087.750.897,26
14-oct-09	1 0	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	8.087.746.397,26
31-oct-09	1 0	2.009	RED. FIN. INTERES	1.839.033,73		8.089.585.430,99
01-nov-09	1 1	2.009	RED. FIN. INTERES	19.831.231,00		8.109.416.661,99
03-nov-09	1 1	2.009	TRANSF ACH	750.000.000,00		8.859.416.661,99
03-nov-09	1 1	2.009	TRANSF ACH	650.000.000,00		9.509.416.661,99
06-nov-09	1 1	2.009	TRANSF ACH		2.000.000.000,00	7.509.416.661,99
06-nov-09	1 1	2.009	ND IVA		720,00	7.509.415.941,99
06-nov-09	1 1	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	7.509.411.441,99
09-nov-09	1 1	2.009	TRANSF ACH		400.000.000,00	7.109.411.441,99
09-nov-09	1 1	2.009	ND IVA		720,00	7.109.410.721,99
09-nov-09	1 1	2.009	COMIS TRANS ACH		4.500,00	7.109.406.221,99
30-nov-09	1 1	2.009	RED. FIN. INTERES	1.529.869,87		7.110.936.091,86
01-dic-09	1 2	2.009	RED. FIN. INTERES	16.604.192,00		7.127.540.283,86
24-dic-09	1 2	2.009	TRANSF ACH	1.500.000.000,00		8.627.540.283,86
30-dic-09	1 2	2.009	TRANSF ACH	250.000.000,00		8.877.540.283,86
30-dic-09	1 2	2.009	TRANSF ACH	250.000.000,00		9.127.540.283,86
31-dic-09	1 2	2.009	RED. FIN. INTERES	1.600.511,68		9.129.140.795,54
01-ene-10	1	2.010	RED. FIN. INTERES	14.242.601,00		9.143.383.396,54
06-ene-10	1	2.010	TRANSF ACH	1.000.000.000,00		10.143.383.396,54
15-ene-10	1	2.010	TRANSF ACH		1.000.000.000,00	9.143.383.396,54
15-ene-10	1	2.010	ND IVA		720,00	9.143.382.676,54
15-ene-10	1	2.010	COMIS TRANS ACH		4.500,00	9.143.378.176,54
18-ene-10	1	2.010	TRANSF ACH		500.000.000,00	8.643.378.176,54
18-ene-10	1	2.010	ND IVA		720,00	8.643.377.456,54
18-ene-10	1	2.010	COMIS TRANS ACH		4.500,00	8.643.372.956,54
31-ene-10	1	2.010	RED. FIN. INTERES	1.952.739,21		8.645.325.695,75
01-feb-10	2	2.010	RED. FIN. INTERES	17.291.236,00		8.662.616.931,75
01-feb-10	2	2.010	TRANSF ACH	500.000.000,00		9.162.616.931,75
28-feb-10	2	2.010	RED. FIN. INTERES	1.754.986,77		9.164.371.918,52
01-mar-10	3	2.010	RED. FIN. INTERES	15.617.546,00		9.179.989.464,52



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

15-mar-10	3	2.010	TRANSF ACH		700.000.000,00	8.479.989.464,52
15-mar-10	3	2.010	TRANSF ACH		700.000.000,00	7.779.989.464,52
15-mar-10	3	2.010	ND IVA		1.440,00	7.779.988.024,52
15-mar-10	3	2.010	COMIS TRANS ACH		4.500,00	7.779.983.524,52
15-mar-10	3	2.010	COMIS TRANS ACH		4.500,00	7.779.979.024,52
17-mar-10	3	2.010	TRANSF ACH	700.000.000,00		8.479.979.024,52
26-mar-10	3	2.010	TRANSF ACH	200.000.000,00		8.679.979.024,52
26-mar-10	3	2.010	TRANSF ACH	1.000.000.000,00		9.679.979.024,52
31-mar-10	3	2.010	RED. FIN. INTERES	1.904.992,88		9.681.884.017,40
01-abr-10	4	2.010	RED. FIN. INTERES	16.954.157,00		9.698.838.174,40
30-abr-10	4	2.010	RED. FIN. INTERES	1.990.508,49		9.700.828.682,89
01-may-10	5	2.010	RED. FIN. INTERES	17.713.561,00		9.718.542.243,89
04-may-10	5	2.010	TRANSF ACH	500.000.000,00		10.218.542.243,89
31-may-10	5	2.010	RED. FIN. INTERES	2.156.817,79		10.220.699.061,68
01-jun-10	6	2.010	RED. FIN. INTERES	16.334.154,00		10.237.033.215,68
22-jun-10	6	2.010	TRANSF ACH		1.200.000.000,00	9.037.033.215,68
22-jun-10	6	2.010	ND IVA		720,00	9.037.032.495,68
22-jun-10	6	2.010	COMIS TRANS ACH		4.500,00	9.037.027.995,68
29-jun-10	6	2.010	TRANSF ACH	580.000.000,00		9.617.027.995,68
30-jun-10	6	2.010	TRANSF ACH	34.000.000,00		9.651.027.995,68
30-jun-10	6	2.010	RED. FIN. INTERES	2.035.246,20		9.653.063.241,88
			CAPITAL	VALOR		
			VR. CONSIGNADO	9.126.000.000,00		
			VR. CONSIGNADO	525.000.000,00		
			TOTAL CONSIGNADO EN AV VILLAS	9.651.000.000,00		
			GIROS	17.797.523,00		
FUENTE: Extractos Bancarios	C A R L O S E . P A R A M O	Coordi nador Teso re ria	TOTAL EN CUENTA	9.633.202.477,00		
			VR TOTAL REGISTRADO EN CUENTA	9.633.202.477,00		
			INTERESES	VALOR		
			INTERESES CUENTA AV VILLAS	757.337.953,72		
			INTERESES CDT	844.727.720,00		
			TOTAL INTERESES	1.602.065.673,72		

Fuente: Tesorería, Hospital Usme 2010.

Proyecto 16-01-09 Construcción y dotación de un Centro de Atención en Danubio para fortalecer la atención primaria en salud de la localidad Quinta de Usme.

El objetivo general del proyecto es *“Adquirir un predio, construir y dotar el centro de Atención UPA Danubio para fortalecer la prestación de los servicios de Atención en salud del Hospital de Usme I Nivel ESE, garantizando cobertura y oferta de servicios de primer nivel a este sector de la localidad”*¹¹, y el presupuesto asignado fue de \$362.0 millones el cual no se ejecutó en la vigencia 2008 y 2009.

La meta programada del proyecto era la compra de un predio, para lo cual la ESE suscribió el Convenio No. 976 de diciembre 29 de 2005, con la Secretaría Distrital de Salud, el cual ha sido prorrogado en varias oportunidades, porque el terreno no se ha adquirido debido a los inconvenientes que se han presentado con los propietarios de los lotes “Canchas de Tejo”.

Durante el 2009 se descartó la compra de los predios del sector Chiguaza de propiedad de la Caja de Vivienda Popular, por inconvenientes en la sesión al Distrito, y al cambio de equipamiento (dado que este predio no cumplía con los requerimientos técnicos que exige el Plan Maestro de Equipamientos en salud).

Finalmente se identificó un predio de sesión para equipamiento público en la UPZ Danubio en el Plan Parcial San Pedro de Usme, el cual según técnicos de planes maestros de la SDS, el lote reúne los requisitos señalados por el Plan Maestro Equipamientos en Salud. Por lo tanto la ESE Usme está en espera de la sesión del predio por parte de la Defensoría del Espacio Público.

Este proyecto por los inconvenientes señalados, y transcurridos cinco años de la viabilización del mismo, no ha tenido ninguna ejecución física, de lo cual este Ente de Control señala que en primer lugar la población a la cual se dirige el proyecto pudo haber aumentado y por lo tanto los servicios a prestar deben ser ajustados a las nuevas necesidades de la población, así como también se debe revisar el programa médico arquitectónico del proyecto.

Proyecto de Implementación del Sistema de Gestión Documental en el Hospital de Usme

El objetivo general del proyecto es organizar y valorar la documentación existente en el archivo central de Usme, en todos los centros y el área administrativa, organizar las historias clínicas teniendo en cuenta la normatividad archivística

¹¹ Ficha Estadísticas Básicas de Inversión – Hospital Usme I Nivel ESE

vigente en el país y las necesidades propias del hospital con el fin de garantizar la conservación, organización y servicio del patrimonio documental de la empresa entre otros.

Para le ejecución de este proyecto se firmaron dos contratos, el 013 del 2008 con Marco Tulio Poveda, para organización, valoración de archivos y elaboración de tablas de retención documental, actividad que fue realizada con observaciones de parte del archivo Distrital, las cuales el contratista se comprometió a realizar los ajustes respectivos en la vigencia 2010.

CUADRO N° 42

CONTRATO	OBJETO	ACTIVIDADES	VALOR EJECUTADO	% EJECUCIÓN
No 013/2008, con MARCO TULIO POVEDA	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA Y ASESORIA EN LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL, PARA VALORAR LA DOCUMENTACION EXISTENTE EN EL ARCHIVO CENTRAL DEL HOSPITAL, EN TODOS LOS CENTROS Y EL AREA ADMINISTRATIVA, Y CON ELLO ORGANIZAR LAS HISTORIAS CLINICAS, TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD ARCHIVISTICA VIGENTE EN EL PAIS, Y DEMAS NORMAS REGLAMENTARIAS Y, LAS NECESIDADES PROPIAS DEL HOSPITAL, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONSERVACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SERVICIO DEL PATRIMONIO DOCUMENTAL DE LA EMPRESA, EN LA MORALIDAD ADMINISTRATIVA PARA CONTRARRESTAR LA CORRUPCIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVIR DE SOPORTE FUNDAMENTAL PARA LA CERTIFICACIÓN ISO-9001.	Diagnostico		
		Capacitación funcionarios	34.800.000	100%
		Capacitación funcionarios	23.200.000	100%
		Encuestas Documentales, elaboración de Tablas de Retención Documental	34.800.000	100%
		Elaboración de Manuales aplicación de Tablas de Retención Documental	27.028.000	100%
TOTAL			119.828.000	100%

Fuente: Hospital Usme 2010.

El contrato 014 del 2008, con la firma Bases Ltda, para la depuración, organización y eliminación de archivo, con una duración de cuatro meses con prorrogas y se encuentra pendiente por liquidarse. Este contrato se cumplió en un 75% aproximadamente a diciembre del 2009, faltando por definir el proceso de eliminación que resulte de la depuración de los archivos intervenidos.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CUADRO 43

CONTRATO	OBJETO	ACTIVIDADES	VALOR EJECUTADO	% EJECUCIÓN	
No 014/2008, con la Firma Baron Servicios Especializados BASES LTDA	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA Y ASESORIA EN LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL, PARA VALORAR LA DOCUMENTACION EXISTENTE EN EL ARCHIVO CENTRAL DEL HOSPITAL, EN TODOS LOS CENTROS Y EL AREA ADMINISTRATIVA, Y CON ELLO ORGANIZAR LAS HISTORIAS CLINICAS, TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD ARCHIVISTICA VIGENTE EN EL PAIS, Y DEMAS NORMAS REGLAMENTARIAS Y, LAS NECESIDADES PROPIAS DEL HOSPITAL, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA CONSERVACIÓN, ORGANIZACIÓN Y SERVICIO DEL PATRIMONIO DOCUMENTAL DE LA EMPRESA, EN LA MORALIDAD ADMINISTRATIVA PARA CONTRARRESTAR LA CORRUPCIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVIR DE SOPORTE FUNDAMENTAL PARA LA CERTIFICACIÓN ISO-9001.		55.981.600	100%	
		Depuración, Organización y Eliminación de Archivo: La actividad de organización archivística se desarrollara para un total de 1.000 metros lineales de archivo documental.	27.990.800		
			27.990.800		
				55.981.600	100%
		Elaboración, presentación e implementación del programa de capacitación a funcionarios del Hospital, en la organización y mantenimiento de los archivos de Gestión, Central e históricos.	33.558.960		
		Actividad de Eliminación de archivo.			
	Ajuste, consolidación, entrega de resultados y entregables y cierre del proyecto.				
TOTAL			201.503.760		

Fuente: Hospital Usme 2010.

Adecuación de plataforma tecnológica con énfasis en Hardware.

El objetivo del proyecto se dirigía a la adecuación de plataforma tecnológica con énfasis en Hardware, el cual contiene 18 metas, de las cuales la administración del Hospital Usme, ejecuto tres de estas en la vigencia 2008, las que se relacionan a continuación:

CUADRO 44

PROYECTO	OBJETO	METAS	VALOR EJECUTADO	% EJEC.
CODIGO 16-02-26 Plataforma Tecnológica	ADECUACIÓN DE LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA CON ENFASIS EN HARDWARE	Diseño, instalación y Dotación del Data Center	59.400.000	100%
		Adquisición de Servidores	99.721.535	100%
		Adquisición de Equipos de Computo PC para suplir las necesidades y reemplazar aquellos que no cumplan con las características mínimas para su uso.	116.166.483	100%

Fuente: Hospital Usme 2010.

Sin embargo en el 2009 mediante una circular la SDS, limito la ejecución de este proyecto de inversión, toda vez que se encuentra diseñando un Sistema Integrado de Información en Salud, que integre las historias clínicas, módulos administrativos, telemedicina, biblioteca virtual y sistemas de información, para colocar en línea todas las 22 ESES y las localidades del Distrito Capital. Es por ello que este proyecto desde el 2008 no ha tenido ejecución física y financiera.

Convenios Interadministrativos UEL – ESE USME, dirigidos a desarrollar actividades del sector salud, con recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Local UEL Usme.

En la vigencia 2009, el Hospital Usme I Nivel, suscribió 5 convenios interadministrativos con el Fondo de Desarrollo local de Usme, dirigidos a desarrollar programas promoción y prevención integral en salud como también el desarrollo de programas a personas con discapacidades y programas de aseo y erradicación de vectores y salud ambiental en la localidad de Usme.

Los convenios fueron suscritos en el mes de diciembre del 2009, como se puede apreciar en el siguiente cuadro, razón por la cual estos no tuvieron ejecución física alguna, sin embargo a manera de ilustración se describe el avance de los mismos a corte de la vigencia 2010.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CUADRO 45
Convenios FDL de Usme y ESE USME para Desarrollar Actividades del Sector Salud

Denominación		FECHA FIRMA DE ACTA DE INICIO	VALOR DEL CONVENIO Y/O CONTRATO	APORTE DEL FONDO	APORTE DEL HOSPITAL	TERMINACION	ESTADO ACTUAL A AGOSTO 20 DE 2010
Codigo Convenio	NOMBRE						
CIA-03-2009	Proyecto No 452 APOYO A PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INCLUSION SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES LABORALES A PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD. Componente: Fortalecimiento al Banco de Ayudas Técnicas de la Población con Discapacidad.	Dic 04 de 2009	\$528.660.000	\$480.600.000	\$48.060.000	Terminación inicial agosto 3 de 2010 prorrogada hasta 3 de octubre de 2010	En ejecución con un avance programático del 40% financiero del 10%, se realizó proceso de prescripciones 375 ayudas técnicas, 2 comités técnicos y procesos de seguimientos
CIA-01-2009	Proyecto No 580 APOYO A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION INTEGRAL EN SALUD A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD. COMPONENTE: SALUD A SU CASA.	18 de Diciembre de 2009	\$188.912.254	\$170.021.272	\$18.891.252	Terminación inicial Agosto 17 de 2010 fecha de terminación final 28 de Septiembre	Ejecución del 80% programática y financiera del 75%
CIA-07-2009	Proyecto No 0580 APOYO A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION INTEGRAL EN SALUD A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD ESCUELAS PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD COMPONENTE: SALUD AL COLEGIO.	Dic 01 de 2009	\$656.500.000	\$604.500.000	\$52.000.000	Noviembre 30 de 2010	En ejecución con un avance del 55 % programática y 36% financiera de cada una de las actividades
CIA-11-2009	Proyecto No 580 APOYO A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION INTEGRAL EN SALUD A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD. COMPONENTE: COMUNIDADES SALUDABLES: PROMOCIONAR Y PREVENIR INTEGRALMENTE EN SALUD ORAL, VISUAL, AUDITIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD.	Dic 15 de 2009	\$ 735.202.490	\$ 720.005.000	\$ 15.197.490	Octubre 14 de 2010	En ejecución un 10% de ejecución programática 8% de ejecución financiera
CIA-02-2009	Proyecto No 580 APOYO A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION INTEGRAL EN SALUD A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD (COMUNIDADES SALUDABLES) COMPONENTE: PROMOCIONAR Y PREVENIR INTEGRALMENTE CONTRA VECTORES, RODEORES, CAMPAÑAS DE ASEO (APOYO A LA ERRADICACION DE VECTORES Y PROGRAMAS EN SALUD AMBIENTAL.	Dic 15 de 2009	\$ 69.628.000	\$ 62.868.000	\$ 6.760.000	Febrero 15 de 2010	Terminada la ejecución en el tiempo previsto, facturado el segundo pago (No 6244) el cual esta pendiente por recaudo, entregado el informe final para el aval de la interventoría delegada del FDL, la cual ha sido oficiada por parte de la ESE y solo se obtuvo respuesta vía correo electrónico la ESE se encuentra compilado la información necesaria para radicarsela a la interventoría

Fuente: Coordinadora convenios UEL Hospital USME

Análisis Sistemas de Información:

Este ente de control pudo verificar, que en el Objetivo Estratégico N.1 el cual establece “Garantizar la Implementación de los Sistemas de Gestión de

Calidad”, se evidencia en el Plan de Acción de la Subgerencia Administrativa y Financiera, en el primer objetivo estratégico en una de las líneas de acción contemplan sistemas de información, este es evaluado a través del Plan Operativo de Gestión Tecnológica y Estadística, utilizando indicadores, que miden la Oportunidad en la entrega de la información requerida, de las áreas, porcentaje de cumplimiento de políticas de TIC’S, para el manejo de Equipos de Computo, Grado de confiabilidad en la información entregada por Estadística. Además utilizan el sistema de Información Hipócrates, y balance score card además se evaluó el sistemas de información de vigilancia en salud publica, el cual tiene como Objetivo General el de generar los lineamientos para la administración y gestión de las bases de datos de cada uno de los subsistemas del componente de Vigilancia en Salud Pública, con el fin de estandarizar dicho procedimiento.

Algunos Objetivos Específicos encontramos

- Socializar los lineamientos mínimos que se deben tener en cuenta en la administración y gestión de datos, como uno de los insumos centrales en el análisis situacional.
- Proporcionar a cada uno de los agentes relacionados con el manejo de datos en el marco de trabajo de la VSP algunas herramientas necesarias para garantizar el uso adecuado de las bases de datos.
- Garantizar que el manejo de las bases de datos del componente de VSP es sistemático y homogéneo en cada uno de los puntos donde se encuentren ubicados.
- Promover el uso de mecanismos de seguridad apropiados de tal manera que se garantice la transparencia e integridad de los datos.
- Generar espacios de discusión entorno al tema de administración y gestión de bases de datos.
- Fortalecer los conocimientos que se puedan llegar a tener a nivel local respecto a la administración y gestión de bases de datos.

Igualmente se pudo verificar que la administración del Hospital utiliza el Sivigila, siendo este un Sistema Integrado de Información en Vigilancia en Salud Pública que se basa en la Implementación de estándares en el proceso de captura y procesamiento de los datos de VSP así como sensibilización hacia la importancia de contar con datos de calidad “Taller de calidad del dato”; Optimización de los canales de comunicación; Consolidación de la estrategia de “Mesas de trabajo para la puesta en operación del Sistema de información para la vigilancia de la Salud Pública.

SIVIGILA 2009- SAA

El sistema de Información SIVIGILA contiene bases de datos que integran las siguientes componentes

Ambiente y Salud, “Análisis de Situación de Salud”, “Sistemas de Información” “Sala Situacional”, “Vigilancia Comunitaria”, “PAI”, “ERA”, “ITS”, “Transmisibles” “Anomalías Congénitas y discapacidad”, “Infecciones Intrahospitalarias y Resistencia Bacteriana”, “Crónicas”, “Salud Mental” , y “Grupos de Respuesta Inmediata”:, entre otros.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El proceso de seguimiento y evaluación se realiza basado en la depuración de las bases, así como en su georeferenciación.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2009

El Proyecto integral de salud PIC, cuyo objetivo es “afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población de Usme”, donde el Hospital para desarrollar esta política Distrital a partir del 2006 a ejecutado los siguientes contratos con el FFDS:

CUADRO 46
Contrato PIC

N° de contrato	Fecha de inicio	Fecha de finalización
416/06	1 de abril del 2006	31 de octubre del 2008
736/08	1 de agosto del 2008	31 de marzo del 2009
616/09	1 de abril del 2009	Vigente

Fuente: Hospital Usme 2010.

Comportamiento del contratado 416/06:

- Valor total del contrato: \$ 14.024.818.931
- Valor total facturado: \$ 15.395.195.411 es de aclarar que la facturación supera el valor contratado ya que se realizaron negociaciones con la Secretaria de Salud, para reformular glosas, valores que se deben facturar nuevamente.
- Valor Total Glosas: 1.501.487.937.
- Porcentaje de glosa: 10,71%

- Ejecución de metas: El cumplimiento de metas esta ligada directamente con la facturación ya que se factura una vez se cumpla con el producto y se toma como incumplimiento de meta las glosas definitivas que se descuentan a la facturación realizada. Para este contrato se cuenta con un cumplimiento de meta de 99% donde se dejaron de generar acciones por un valor de \$ 131.111.457.

Comportamiento del contratado 736/08:

- Valor total del contrato: \$ 5.235.615.755
- Valor total facturado: \$ 5.244.076.2763, es de aclarar que la facturación supera el valor contratado ya que se evidencia glosas por sobre facturación.
- Valor Total Glosas: \$ 98.077.818.
- Porcentaje de glosa: 1,88%
- Ejecución de metas: El cumplimiento de metas esta ligada directamente con la facturación ya que se factura una vez se cumpla con el producto y se toma como incumplimiento de meta las glosas definitivas que se descuentan a la facturación realizada. Para este contrato se cuenta con un cumplimiento de meta 98,12 % correspondiente al valor de la glosa (\$ 98.077.818.)

Comportamiento del contratado 616/09:

- Valor total del contrato: \$ 7.102.805.524
- Valor total facturado: \$ 6.076.088.535 es de aclarar que la facturación esta con corte al **mes de noviembre** ya que este contrato se encuentra en ejecución y se factura mes vencido.
- Valor Total Glosas: No se ha realizado liquidación de contrato ya que esta en ejecución
- Porcentaje de glosa: 1,78% de glosa definitiva con corte a noviembre de 2010.
- Ejecución de metas: El cumplimiento de metas con corte al mes de noviembre corresponde al 85,54%.

Con respecto al análisis del los tres últimos contratos

Para el contrato 416/06 se identifica que se presento un porcentaje de glosa alto (10,71%), con respecto a los dos siguientes contratos celebrados en el 2008 (1,88%) y 2009 (1,78%) donde se observa una continuidad en la contratación del talento humano, un cumplimiento de las metas por encima del 90% lo que permite tener un porcentaje de glosas bajo.

Las inconsistencias y deficiencias detectadas en los mencionados informes, se detallan a continuación:

La Secretaria Distrital de Salud para los meses de noviembre y diciembre del 2009 se genera la respectiva retención de glosa del 10%, la cual a la fecha no se ha reintegrado a la ESE al no contarse con la firma interventora por parte de la SDS, quien expida la correspondiente certificación de reintegro de glosas, lo que no permite contar con estos recursos en el flujo de caja del Hospital.

Indicadores de gestión del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública PIC:

La Secretaria Distrital de Salud mediante contratación del PIC desarrolla los diferentes proyectos de inversión a través de programas que se priorizaron en el Plan de Desarrollo de Bogotá, definiendo para cada localidad metas que apuntan a la gestión de la ciudad, los cuales para la localidad se establecieron:

Cuadro 47
Ciudad de derechos
Bogotá sana. Metas de proyectos
Sectores relacionados: Salud, Educación, Integración Social, Desarrollo Económico

Proyectos	Metas de ciudad	Metas para Usme programada por el contrato PIC 616/09.	Metas de Usme ejecutada mediante contrato 616/09.	% de cumplimiento con corte al mes de noviembre
Salud a su casa	Cubrir 425 microterritorios con la estrategia <i>Salud a su Casa</i> .	Cubrir 24 microterritorios con la estrategia <i>Salud a su Casa</i> .	24 microterritorios con la estrategia <i>Salud a su Casa en la localidad</i> .	100%
Salud al colegio	Cubrir 734 sedes educativas con el programa <i>Salud al Colegio</i> .	Cubrir 36 sedes educativas con el programa <i>Salud al Colegio</i> .	36 sedes educativas con el programa <i>Salud al Colegio en la localidad</i> .	100%
Instituciones saludables y amigables	Cubrir 144 instituciones públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud, con la estrategia de gestión y acción en salud pública	Cubrir 14 instituciones públicas, prestadoras de servicios de salud, con la estrategia de gestión y acción en salud pública en la localidad	14 instituciones públicas y privadas, de servicios de salud, con la estrategia de gestión y acción en salud pública en la localidad	100%
Comunidades saludables	Desarrollar en las 20 localidades una estrategia de comunidad saludable	Localidad de Usme con estrategia de comunidad saludable	Usme con estrategia de comunidad saludable	100%
Gestión social e integral para la calidad de vida	Construir, implementar y monitorear el plan de intervenciones colectivas	Plan de Intervenciones colectivas en la localidad	Plan de Intervenciones colectivas en la localidad	100%
Salud al trabajo	Cubrir 10.000 empresas formales con procesos de inclusión a personas en situación de discapacidad	Cubrir 20 empresas formales con procesos de inclusión a personas en situación de discapacidad	20 empresas formales con procesos de inclusión a personas en situación de discapacidad en la localidad	100%
	Vincular 20.000 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial	Vincular 200 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial.	200 niños y niñas menores de 15 años expuestos a situaciones de vulneración de derechos y sus familias a procesos de atención integral para el desarrollo psicosocial.	100%

Fuente: Hospital Usme 2010

Indicadores de gestión: Los siguientes indicadores muestran el perfil epidemiológico de la localidad:

CUADRO 48
EVALUACION INDICADORES TRAZADORES PLAN DE DESARROLLO USME POSITIVA Y SANA
CONTRALORIA DE BOGOTA
EVALUACION INDICADORES PLAN DE DESARROLLO USME POSITIVA Y SANA
RESPONDIENDO PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL BOGOTA POSITIVA
EVALUACION AÑO 2009

INDICADOR	LINEA DE BASE	PORCENTAJE OBTENIDO 2008	PORCENTAJE OBTENIDO 2009
1. REDUCIR A 9.9 POR 1.000 NACIDOS VIVOS LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO	9,9x1000 NACIDOS VIVOS	14,34	9,7
2. REDUCIR A 23.7 POR DIEZ MIL LA TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS	23,7x100MIL < 5 AÑOS	23,21	16,89
3. REDUCIR A 11.5 CASOS LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	14x10MIL < 5 AÑOS	21,3	14,08
4. REDUCIR A 1 CASO POR CIENTO MIL MENORES DE 5 AÑOS, LA TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	1 x 100 MIL < 5 AÑOS	0	2,81
5. A JUNIO DE 2012 AFILIAR A 892.415 NUEVOS CIUDADANOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.		3823	5754
6. REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR DEBAJO DE 40 POR 100.000 NACIDO	40x100 MIL NACIDOS VIVOS	30,8	0
7. REDUCIR LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL POR DEBAJO DE 16 POR MIL NACIDOS VIVOS	16xMIL NACIDOS VIVOS	13,2	9,1
8. REDUCIR LA TASA DE SUICIDIO A 3.0 POR CADA 100.000 HABITANTES	3x100MIL HABITANTES	3,28	3,73
9. 425 MICROTERRITORIOS DE SALUD A SU CASA EN EL DISTRITO		24	24
10. 734 SEDES EDUCATIVAS CON EL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO EN EL DISTRITO.		43	36
11. ALCANZAR COBERTURAS ÚTILES DE VACUNACIÓN (IGUALES)			
	POLIO	94,1%	102,3
	DPT	94,0%	92,3
	TRIPLE VIRAL	94,3%	97,3
	BCG	100,0%	10,6
	HEP. B	94,2%	92,3
	HAEMOPHILUS	94,1%	92,3
	FIEBRE AMRILLA	92,3%	104,2
12. MANTENER LA COBERTURA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA EN EL 100 % DE LOS ACUEDUCTOS DEL DC		12	12
13. TENER IMPLEMENTADAS EN EL 100 % DE LAS ESE ADSCRITAS A LA SDS LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL AIEPI, IAMI, IAFI		14	15
14. REDUCIR EN 100 % LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 14 AÑOS	REDUCIR EN 100% EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	58	33
15. REDUCIR EN 20 % LOS EMBARAZOS / AÑO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS		1029	1114
16. REDUCIR A 3 LA TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	REDUCIR A 3 LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA < 5 AÑOS	0	0
17. A 2.012 AUMENTAR LA LACTANCIA MATERNA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD	2,7 MESE	3,4	3,4

Fuente: Subgerencia de Atención en Salud – Hospital Usme I Nivel ESE

De los resultados arrojados por el Hospital Usme mediante los indicadores trazadores a diciembre del 2009, se puede inferir los resultados han sido favorables en materia de salud para la localidad, no es en vano ser declarado el mejor Hospital de primer nivel en las dos últimas vigencias, por mostrar excelente gestión de resultados como es el caso de mantener la tasa de mortalidad en cero, por desnutrición en niños y en niñas menores de cinco años, como también los indicadores N°1. Reducir a 9.9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año, N°2. Reducir a 23.7 por diez mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años, y N°3. Reducir a 11.5 casos la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, sus resultados fueron satisfactorios aportando un efecto positivo para los habitantes de la localidad.

Sin embargo uno de los indicadores que no presento buenos resultados fue el indicador N°15. Reducir en 20 % los embarazos / año en adolescentes entre 15 y 19 años, al pasar de 1029 casos a 1114 en el 2009 un incremento del 8.2% frente al 2008, siendo esta una problemática a nivel del Distrito Capital, lo que evidencia fallas en la política Distrital frente a este caso.

Los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad presentados por el Hospital Usme, arrojan un significativo resultado, sin embargo para el abordaje en su análisis se deben ver desde dos puntos de vista, desde la parte asistencial y de la administrativa. Es por ello que aunque a nivel general puede verse un excelente comportamiento existen indicadores como los de asegurar la sostenibilidad financiera de la ESE, cuyo resultado fue negativo y donde la administración manifiesta que este indicador no refleja la realidad, toda vez que están inmersas cifras presupuestales como del balance. Sin embargo la realidad que esta presentando en el 2010 en los retrasos de la nomina por la iliquidez absoluta en sus arcas, sumado a los resultados que presento en las vigencias 2008 y 2009, muestran grandes dificultades financieras, donde se pudo evidenciar que ejecutaron recursos por gastos de nomina por \$16.000 millones en el 2008 a \$24.000 millones en el 2009 aproximadamente, y que los ingresos que percibe la ESE cada día son mas escasos, sumado a la serie de dificultades exógenas como endógenas que colocan en entre dicho la viabilidad financiera del Hospital, sino son toman medidas profundas para disminuir los gastos y elevar los ingresos propios por ventas de servicios.

Aunque el indicador de eficiencia en la contestación de los procesos judiciales dentro de los términos, fue del 100%, la acciones de dos fallos judiciales no ha sido igual, toda vez que dos pagos realizados en la vigencia 2009, uno en febrero y otro en junio, no ha tenido la misma eficiencia en la acción de reparación por parte del Hospital, lo cual debe incidir en este resultado.

Un indicador por resaltar es la reducción en los tiempos de la asignación de citas al pasar en el 2007 de 2,75 días a 2,5 en el 2009, que es el tiempo que solicita la cita el paciente y la fecha que se le asigna por parte del hospital.

Conclusión:

Para efectos del análisis y cumplimiento de las políticas, objetivos y metas de los proyectos de inversión de la vigencia 2009 por parte del hospital, este no presentó ejecución alguna toda vez que la suma de \$700 millones de pesos viabilizada por la SDS, para la compra del predio del Cami la Flora, no tiene ejecución por dificultades exógenas a la ESE, como es la NO ASIGNACION de recursos apropiados por parte del FFDS, lo que ha impedido realizar la compra del predio, sin embargo se pudo evidenciar gestión por parte de la ESE, como se describe en el presente informe.

3.7.2 Evaluación Balance Social

El Hospital Usme I Nivel Atención E:S.E., presentó el Informe del Balance Social para la vigencia 2009 de acuerdo con lo establecido por la Contraloría de Bogotá en la Resolución Reglamentaria 034 de 2009, por medio del cual se establecen en el anexo 6, formato CBN 1103 la metodología que se deben cumplir para su presentación.

El informe cumple con los lineamientos basados en la metodología Matriz de Marco Lógico aplicada a la etapa de evaluación de proyectos; se identifican los problemas sociales, los cambios o efectos producidos en éstos con la ejecución de los proyectos y acciones que operativizan las políticas. Está integrado por los siguientes componentes:

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

RECONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL

Identificación del Problema

Con relación a este componente, luego de analizado el informe presentado para evaluar la gestión social de la Entidad de manera integral, los logros alcanzados para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la localidad quinta de Usme, mediante la implementación de políticas públicas, la entidad reportó 14 problemáticas, las cuales se evaluaron en su totalidad.

Identificación de las causas y efectos

Analizados los 14 problemas identificados por el Hospital, en la evaluación a los mismos se estableció que se identificaron las causas y efectos de los mismos.

Focalización

Frente a la problemática y de acuerdo a los estudios poblacionales, censos y estadísticas la entidad posee una georeferenciación según las zonas de influencia (barrios y UPZ), de la misma manera tiene conocimiento de los grupos poblacionales (mujeres, hombres, adultos, adulto mayor, niños y otros) e identifica los estratos existentes, la población vulnerable y población de la calle, es decir, focalizó la población afectada de manera directa e indirecta.

De otra parte tiene identificada la influencia en la localidad y segmentado en los barrios el número de habitantes afectados por el problema, cifra base para la medición de las metas.

Actores que intervienen en el problema

Se reportan en el informe como actores que intervienen en el problema, entes públicos y privados y la forma de participación en el diseño y ejecución de la política pública o proyecto formulado para atender el problema social los siguientes:

1. Ministerio de Protección Social,
2. Instituto Nacional de Salud,
3. Secretaria Distrital de Salud
4. Subredes distritales para la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones, que coordinan y direccionan los programas operativos para cada una de las localidades.
5. Instituciones prestadoras de servicios de vacunación, quienes prestan el servicio a los usuarios.
6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Secretaría Local de Integración Social, ONG,s, Jardines Infantiles de carácter privado.
7. Autoridades locales: como la Alcaldía Local y Junta Administradora Local, entre otras.
8. Agrupaciones comunitarias como los Comités de Participación Comunitaria - COPACOS, las Asociaciones de usuarios, las Juntas de Acción Comunales – JAC, y los grupos de veedores.
9. Hospital de Usme. Desde Salud Pública y específicamente en Plan de Intervenciones Colectivas
10. Mujeres en edad fértil de 15 a 24 años.

11. Liga contra el cáncer de Bogotá.
12. Casa de la Igualdad de Mujer y Género.
13. Mujeres gestantes, población infantil de 0 meses hasta los 5 años y cuidadores de menores como madres FAMI, HOBI y comunidad en general.
14. Empresa de Acueducto y Alcantarillado, Empresa de recolección de basura y aseo.
15. La familia como seno de procreación de la joven y núcleo primario que fomenta en ella los primeros pilares de relaciones sociales, y entrega las bases de funcionalidad, respuesta a situaciones y los cimientos de valores personales y familiares,

INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS

A nivel de la administración

1 Teniendo en cuenta que el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012”, tiene como objetivos estructurales construir una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos para disminuir las desigualdades; tomando estos elementos orientadores de la política pública como base y en coherencia con el Plan Distrital de Salud Pública se formuló desde la Secretaria Distrital de Salud Se desarrolló el proyecto 628, “Niñez Bienvenida y Protegida”.

Adicionalmente y continuando con la línea, para el programa de detección y control de Cáncer de cuello uterino, el Plan de Salud distrital incluyó dentro de sus prioridades en Salud Sexual y reproductiva la detección de cáncer cérvico uterino, a través del programa enmarcado en el Objetivo 4.

De otra parte, a nivel administrativo se cuenta con el plan de desarrollo 2009-2012 “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor: Usme Positiva, Participativa y Solidaria”, cuyo objetivo estructurante “Ciudad de derechos”, busca construir una localidad en la que se garanticen, ejerzan, reconozcan y restablezcan los derechos individuales y colectivos, con la institucionalización de políticas de Estado. Para esto, uno de sus propósitos es garantizar condiciones dignas de seguridad alimentaria, nutrición, salud, educación, bienestar social, ambiente, vivienda,

La Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, formulada durante la vigencia del programa Bogotá sin Hambre para el periodo 2007-2015, busca garantizar el derecho de todo ciudadano y ciudadana a la alimentación y a la superación de la problemática del hambre. Para el Distrito Capital es un logro tener la PPSAN ya que responde a una de las varias obligaciones que se han impuesto los estados en materia de cumplimiento del derecho a la alimentación.

A nivel de la entidad.

La entidad formuló Proyecto 628, “NIÑEZ BIENVENIDA Y PROTEGIDA” a través del cual se comprometió a realizar las acciones de planeación, organización, coordinación, ejecución, monitoreo, control y evaluación de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización con el fin de lograr coberturas útiles de vacunación en la localidad.

Programa de detección y control del cáncer de cuello uterino. Su objetivo general es: promover la gestión en salud pública realizada por las ESE de primer, segundo y tercer nivel de la red adscrita, que permita el posicionamiento y fortalecimiento del programa de detección y control del cáncer de cuello uterino, con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad por esta enfermedad y al mejoramiento de la calidad de vida y salud de los ciudadanos en general y el cumplimiento de las metas Distritales y Nacionales.

La localidad de Usme cuenta con el Plan Estratégico local de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2008-2012, el cual es reconocimiento de derecho a la alimentación desde la equidad, como propuesta de implementación integral de la política en el territorio.

Para el cumplimiento de la política que rige actualmente la atención a la población desplazada a nivel administrativo en referencia a la atención de tipo resolutivo por parte del sector salud se suscribió el contrato 780-2007 y sucesivas prórrogas entre la ESE y la SDS para la atención de la población en IPS, POS y Urgencias con cobro al Fondo Financiero de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

En este sentido, se da cumplimiento a las acciones según la demanda existente correspondiente con la inestabilidad en la dinámica de llegada y atención a la población en acciones resolutivas y de promoción y prevención facturando \$549.824.414 pesos del 1 de enero al 30 noviembre de 2009 con cargo a FONDODES.

Metas formuladas en el proyecto y/o acciones

1. Vacunar el 95% de los/las menores de un año y de un año a 5 años de la localidad de Usme.

Vacunar con toxoide tetánico-diftérico al 95% de las gestantes y al 10% de las Mujeres en Edad Fértil de la localidad.

Brindar asesoría y asistencia técnica en PAI al 100% de las IPS que prestan el servicio de vacunación en la localidad de Usme.

Aumentar la cobertura al 80% en población femenina de 25 a 69 años.

A nivel institucional se llevo a cabo un proceso de sensibilización y acercamiento a las estrategias, lo cual en algunos casos genera incertidumbre, poca credibilidad por parte del personal médico pero que al ponerla en práctica resulta ser la estrategia más exitosa para el manejo de enfermedades prevalentes.

Cada una de las políticas cuenta con unas metas específicas adoptadas por la ESE como direccionamiento para apuntar a la disminución de la problemática identificada. A nivel Distrital:

Presupuesto asignado

Para atender las diferentes problemáticas se contó con un presupuesto de: **\$2.965'327.710,84**

Resultados en la transformación de los problemas

Este ente de control considera que los resultados y logros en la transformación de las problemática en la localidad 5 durante la vigencia del 2009 presentan el siguiente resultado:

Niveles de cumplimiento

La vacunación para menores de un año presentó el siguiente cumplimiento Antipolio el 92.7%, Hepatitis B el 92.7% y BCG el 10.6% y para mayores de un año: triple viral 97.7%, Fiebre amarilla 105% y Hepatitis A 96%

Se ha logrado aumentar el seguimiento de citología con resultado del 94.6%

Durante el año 2009, se obtuvieron resultados favorables en los avances establecidos para mejorar las condiciones en salud, especialmente los indicadores de morbi mortalidad por ERA, teniendo un porcentaje de cumplimiento del 100% en la reducción de muertes.

En la reducción de gestaciones adolescentes se encuentra que si bien se accede a servicio servicios de jóvenes y adolescentes en un 67%, el número de gestaciones en mujeres de 15 a 19 años se viene dando por acceso a los métodos de regulación de la fecundidad en donde se encuentran limitaciones en

torno al acceso por el aseguramiento y/o en la entrega del método por parte del prestador.

El diagnóstico para el 2009 fue 51 personas con tuberculosis pulmonar. Donde solo se diagnosticaron 12 pacientes los cuales representan el 24% de lo esperado. En el 2009, los pacientes diagnosticados con TBC pulmonar en la localidad 33% curado y 67% se encuentran adheridos al TAES. Logrando una adherencia del 100% al tratamiento y una curación del 85%.

Niveles de cumplimiento de las intervenciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, año 2.009 fue del 90%.

Indicadores

La medición de los indicadores del PAI, tienen como objetivo analizar periódicamente los resultados o el impacto de los efectos provocados por las diferentes estrategias.

Cobertura. Refleja el buen funcionamiento de los diversos componentes del programa, el cual alcanzó un 96%

Presupuesto ejecutado

Del total de recursos asignados el total ejecutado fue de **\$2.550833.909,84**

Limitaciones y problemas del proyecto

Dentro de las limitaciones más relevantes que influyeron en la implementación de las estrategias para el cumplimiento de la meta se mencionan las siguientes:

Dificultades en la actualización del dato de los niños vacunados en el aplicativo de conectividad por parte de algunas IPS.

Desconocimiento por parte del personal médico que presta el apoyo suficiente para la ejecución de los lineamientos del PAI; debilitando la estrategia de demanda inducida en las instituciones.

La población femenina de la localidad que se realiza toma de citología, cambia habitualmente de residencia o dirección, lo que genera baja entrega de resultados y cuando se presenta anomalía en el resultado de la citología, no se puede realizar seguimiento efectivo ni entrega del resultado oportuno

A nivel institucional y distrital se presentan barreras administrativas, debido al cambio de asegurador EPS subsidiada, contributiva o vinculada que contribuye a la dificultad en el acceso de manera fácil y oportuna a la toma, generando deserción de la toma.

Falta de estrategias por parte de algunas de las IPS, para el aumento de toma de citología se convierte en un obstáculo, ya que se limita a la toma sin búsqueda de usuarios ni apertura de agenda para el ingreso de la usuaria, que depende de factores como el ciclo menstrual, relaciones sexuales y tratamiento ginecológicos para la toma de citología.

Existe poco apoyo por el equipo de salud a su casa, con acciones de demanda inducida y seguimiento; no se evidencia verificación de la demanda inducida realizada por los promotores de de estas intervenciones.

En el Hospital de Usme se presenta rotación constante de los profesionales, que genera no continuidad de los procesos en el programa y en muchas ocasiones desconocimiento de lineamientos de las guías y procedimientos normalizados en la institución.

Efectos del proyecto y/o acciones sobre el problema

El Hospital en su informe presenta las actividades realizadas para medir los resultados alcanzados a través de encuestas de percepción y seguimiento a la población y/o grupos beneficiados.

La política nacional de salud sexual y reproductiva ha generado empoderamiento frente al trabajo distrital y reconocimiento para poder enfocar acciones hacia el cumplimiento de las metas distritales que generan estrategias desde el programa en espacios de participación social local y distrital.

Los principales logros se concentran en la conformación de comités de trabajo institucionales considerados espacios que posibilitan el encuentro de docentes de diferentes áreas y que permiten la reflexión constante sobre las prácticas pedagógicas. De otro lado, se desarrolla la mesa local de sexualidad y géneros donde participan instituciones locales (profesionales de PES, seguimiento a gestantes, red social materno infantil, salud sexual y reproductiva, área de Promoción y Prevención, mujer y género, Casa de Igualdad y Oportunidades, CADEL, Subdirección Local de Integración Social); espacio en el cual se articulan esfuerzos en torno a políticas en educación para la sexualidad, salud sexual y reproductiva y de juventud, haciendo énfasis en la prevención del embarazo en

adolescentes, disminución de barreras de acceso a los servicios de salud y promoción de la atención en salud sexual y reproductiva.

La implementación del proyecto brindó la oportunidad de relacionar creencias, saberes y posibles soluciones de los actores de la oferta (tenderos) y de la demanda (cuidadores y comunidad) evidenciar la problemática del acceso a alimentos saludables.

De allí se reafirma la propuesta de la construcción de espacios para la comunidad que generen soluciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio San Luis Sur y Miravalle de la UPZ Gran Yomasa en la localidad quinta de Usme en primera instancia, por ser el territorio donde se realiza la lectura de necesidades y posterior socialización.

La apuesta en la creación de la REDCOSAN como una respuesta integral a las necesidades detectadas en el territorio, se ve apoyada por diversas expresiones de educación y formación de SAN a nivel mundial y nacional, afirmadas desde instancias como la FAO y el PMA, se pretende que este espacio sea comunitario con representatividad de diversos actores de la cadena de abastecimiento y con acompañamiento de los profesionales de la ESE.

Población o unidades de focalización atendidas

Durante el 2009 el programa ampliado de inmunizaciones aplicó 157.768 dosis con todos los biológicos incluidos en el PAI y para la población objeto del programa la población atendida fue: población menor de un año: 5695 niños; y población de un año: 6255 niños.

La población femenina atendida fue de 12.378 citologías tomadas en población general, el 20.9% es población menor de 25 años que no está en la cobertura de citología que en total se tomó 2.596 citologías de las cuales 286 con resultado de citología anormal; esto quiere decir que el 11.2 % tiene resultado anormal superior al local en población general que se encuentra en 8.5%, que fueron en total 996 citologías. La población juvenil aporta el 29.8% de positividad a los resultados de citologías anormales en el año 2009.

Capacitación al 85% del talento humano que realiza intervenciones individuales en las IPS, atendiendo a la población menor de 5 años que asiste a los diferentes servicios de salud. Se logró avanzar de manera importante en la sensibilización a los profesionales ubicados en los servicios de urgencias con el fin de implementar las estrategias en estos. Se aclaró que dentro de los cursos AIEPI y Conversando se lleva a desarrollar el tema de la ERA como las enfermedades prevalentes más letal

en la población infantil y con ello los requisitos específicos para el ingreso a las salas ERA.

Teniendo en cuenta la meta propuesta de atender 3810, se atendieron 1728

Durante el 2009 en la localidad de Usme se captaron 1637 sintomáticos respiratorios.

Desde la Transversalidad de discapacidad se atendió a 7.678 personas a través de la aplicación del registro y caracterización, 484 personas con discapacidad a través de la asesoría domiciliar del ámbito familiar, 50 casos de seguimiento para la restitución de la autonomía desde el ámbito escolar, la realización de 50 asesorías a unidades de trabajo informal (UTIS) desde el ámbito laboral y la entrega de 153 ayudas técnicas a partir del proyecto de banco de ayudas técnicas para un total de 8.415 personas atendidas en esta vigencia año 2009, adicionalmente se brindó el servicio de consulta en el programa de Rehabilitación Funcional a 10.237 usuarios que hacen parte de las personas con discapacidad integradas a la estrategia de RBC.

Desde la intervención de Gestión local para la SAN se planeaba trabajar con representantes de 7 actores sociales identificados, de los cuales se logró trabajar tan solo con 6, pues la Alcaldía Local de Usme no participó a lo largo del año en los espacios de discusión generados desde el comité SAN, lo que equivale al 86% de población atendida

Desde la intervención de Gestión social con actores para mejorar la accesibilidad de alimentos saludables en el territorio se planeó trabajar con una muestra representativa de tenderos de un territorio, que hubiesen hecho parte de los grupos trabajados con la intervención Tu Vales, se visitaron 13 tenderos y con estos se llevó a cabo las acciones programadas y se construyó la propuesta, para un total del 100%.

Población o unidades de focalización sin atender

El segmento de población programado sin atender durante la vigencia para la Población menor de un año: 144 niños.

El total de la población femenina en la localidad de Usme entre 12 y 24 años, es 43.888 jóvenes mujeres con posibles factores de riesgo, de las cuales 20.178 corresponden a las edades de 12 a 17 años y 23.710 pertenecen al grupo de edad entre 18 a 2 años¹, de las cuales en la localidad se atendió a 2.596 de EPS

capitadas a la localidad y vinculadas no aseguradas capitadas al Hospital de Usme, lo que corresponde al 6% de la población femenina joven de la localidad

Aún se encuentra población infantil sin ser captada por ninguna de las categorías de intervención, es el caso de menores no escolarizados ni vinculados al SSSS, niños y niñas menores de 5 años que se encuentran desarrollando estudios en colegios o en otros jardines infantiles no intervenidos, madres y padres de familia cuyo tiempo es restringido y para quienes las metodologías comunicacionales y pedagógicas no surten efecto. Cuidadores y menores trabajadores informales, miembros de grupos étnicos sin atención pertinente por parte de la ESE.

Teniendo en cuenta la meta propuesta de atender 3810, se dejaron de atender 2082

Población Atendida x100/ población programada = % población sin atender.
1637 sintomáticos captados x100/ 4200 sintomáticos programados = 39% población atendida. Según estos resultados, el 61% población programada quedo sin atender.

La población de focalización programadas fueron de 8.415 y la población o unidades de focalización atendidas fueron de 8.415 lo cual señala el 100% de la atención realizada en la vigencia, es decir que 0 es el número de personas que no se lograron atender en la vigencia. Sin embargo si este valor es multiplicado por 100 y dividido por el total de la población con discapacidad identificada hasta la fecha (15.914 personas) me arroja un 52.8% de la población que no se ha logrado atender.

Componente Gestión Local: Siete representantes de instituciones que hacen parte del comité – Seis representantes de instituciones que participaron en las discusiones = Una institución que no participo

Ámbito Comunitario: 13 tenderos programados para trabajar – 13 tenderos con los que se construyo la propuesta = 0 tenderos sin atender

Diagnóstico final del problema

El hospital considera que Este proyecto exige la ejecución de procesos administrativos enmarcados dentro de los componentes de estructura, proceso, resultado e impacto tendientes a conocer el desarrollo del programa, las estrategias a implementar y los ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos buscando los principios de complementariedad y concurrencia para

lograr el acceso de toda la población a los servicios de vacunación. Esta base administrativa permite un continuo seguimiento para definir los puntos críticos y proponer e implementar alternativas de solución con la participación de todos los actores del sistema que tienen responsabilidades en PAI.

En la escala de anormalidad citológica se presentaron 8 casos, 5 de lesión intraepitelial de alto grado en mujeres de 17 años a 24 años posible NIC II - NIC III o carcinoma in situ aquí se evidencia la problemática de la localidad donde el aumento de infección por el virus del papiloma humano se mantiene, ya que los factores de riesgo en la población joven, es evidente y clara con respecto a la situación socioeconómica y cultural.

Para finalizar, se observa claramente la problemática que representa a nivel social y epidemiológico la enfermedad respiratoria aguda, es posible considerar la necesidad de las acciones entabladas desde la ESE para mejorar condiciones en salud y mitigar el aumento en los indicadores de morbi mortalidad. De presentan a manera de conclusión dos tablas que permiten definir la problemática de la ERA, que aunque presente leves disminuciones sigue siendo el principal motivo de mortalidad y enfermedad infantil, razones suficientes para continuar fortaleciendo medidas preventivas, factores protectores y en los casos de sintomatologías el manejo y consulta oportunos que permita controlar dichas enfermedades.

Para el caso de Usme, el comportamiento de tal la problemática para los últimos cinco años, continúa en aumento, a pesar de las acciones de promoción y prevención implementadas desde el sector salud, frente a lo cual es preocupante el panorama, si se tiene en cuenta la influencia y relación con factores sociales, económicos y culturales de la localidad que inciden directamente sobre la situación y el aumento de la incidencia en la misma.

Hoy día en el sector salud se considera que la discapacidad es una condición que genera discriminación, atención negligente, pocas alternativas de rehabilitación y prestación de servicios de baja calidad lo cual genera barreras de accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se evidencia la ausencia de procesos adecuados de movilización social que permitan que las comunidades se organicen en torno a sus necesidades y busquen de manera común soluciones efectivas a través de la asociación y el trabajo en red, para garantizar la sostenibilidad alimentaria y nutricional

Por otro lado, los distribuidores de mercancías o productos de bajo nivel nutricional (gaseosas, paquetes) cuentan con mayor facilidad de llevar a los

supermercados y dar más facilidades de pago en relación con los encargados de distribuir alimentos tales como frutas o verduras y los campesinos de la localidad, y esta distribución además esta mediada por una serie de intermediarios que suben el costo y maltratan los productos llegando al consumidor final muchas veces en mal estado.

INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES.

En este componente se observó la inclusión de las políticas, proyectos y estrategias para atender las problemáticas identificadas; a nivel de la Entidad, señala las estrategias, los proyectos de inversión y las metas, así como los objetivos específicos y los generales, presupuestos y las unidades de focalización objeto de atención.

RESULTADOS EN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Respecto de los niveles de cumplimiento frente a metas y actividades, el Hospital Usme incluyó los indicadores, el presupuesto ejecutado y la población o unidades de focalización atendidas; limitaciones y problemas del proyecto, así como los efectos de las intervenciones y las acciones complementarias para dar solución a las diferentes problemáticas, para lo cual revisaron el diagnóstico y el nivel de transformación como producto de las intervenciones realizadas.

Conclusión

Con base en lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la entidad cumplió con lo programado ante las problemáticas planteadas por la para contribuir al mejoramiento de las de salud y mejorar la calidad de vida de la población, este ente de control considera que la gestión social realizada por la entidad a la atención de las problemáticas expuestas por la entidad en cada uno de los casos citados cumplió con los requerimientos de la normatividad.

3.7.3 EVALUACION SALUD A SU HOGAR

La Ley 100 de 1993 y el Decreto 3039 de 2007 que reglamentan la implementación del Plan Nacional de Salud y el Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2010, donde la misión de dicho Plan “es dar respuestas integrales a las necesidades de la población de Bogotá D.C. para mejorar sus condiciones de salud, a través del direccionamiento de las acciones de los actores del sistema dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad” son los derroteros para que el Hospital de Usme a través del macro proceso del área promocional y

prevencional, conformada por tres procesos, el Plan de Intervenciones Colectivas, Promoción y Prevención P y P y los proyectos UEL, dirigidos a la colectividad de la localidad de Usme.

De estos tres procesos, el Plan de Intervenciones Colectivas, para la vigencia 2009, fue desarrollado por el Hospital Usme, mediante la compraventa de servicios con la Secretaría Distrital de Salud a través del contrato 616/ 09, que se desarrolla en marco del componente Bogotá Sana del eje estructurante salud pública- Plan de intervenciones colectivas. El cual se desarrolla teniendo en cuenta el siguiente marco conceptual:

- **Ciclo vital:** El concepto de ciclo vital explica el tránsito de la vida como un continuo desarrollo y propone que es producto de la satisfacción de necesidades y el despliegue de capacidades y potencialidades en los dominios social, histórico, biológico y psicológico. Las etapas del ciclo vital propuestos para este abordaje son: ***ciclo vital infancia, ciclo vital juventud, ciclo vital adultez y ciclo vital persona mayor.***
- **Los ámbitos como espacios de vida cotidiana:** los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos donde las personas viven y se desarrollan, se trata de los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, donde las personas tejen interacciones a través de: vida familiar, familia, productivos, laboral, vida de los escolares, escuela, públicos, comunitarios institucional protección y rehabilitación e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) entre otros. Es así como se establece para la operación del plan de intervenciones colectivas en el territorio los siguientes ámbitos de vida cotidiana: ***Ámbito comunitario, ámbito escolar, ámbito familiar, ámbito institucional, ámbito de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), ámbito laboral.***
- **Los proyectos de desarrollo de Autonomía – PDA:** son el conjunto de acciones organizadas, coherentes y secuenciales, cuyo objetivo es lograr la autodeterminación y toma de decisiones sobre la vida y la salud de los individuos y las colectividades, acorde a su etapa de ciclo vital. Los PDA integran y articulan actores, componentes, actividades y recursos, con el propósito de preservar y desarrollar la autonomía de individuos y colectividades mejorando su calidad de vida a través de respuesta integral y suficiente a las necesidades sociales bajo criterios de universalidad y equidad. Los PDA establecidos para el plan de intervenciones colectivas son: salud mental, salud oral, enfermedades transmisibles y zoonosis, condiciones crónicas y salud sexual y reproductiva.

- **Las transversalidades:** se refieren a las condiciones y requerimientos de los individuos en las diferentes etapas de su ciclo vital y de las colectividades que afectan positiva o negativamente la autonomía. A partir de esta definición se establece trabajar las transversalidades desde la **equidad** donde este se entiende como las condiciones de discriminación, inequidad e injusticia social “ se identifican la étnica, la etapa del ciclo vida, el genero, las migraciones y desplazamientos, las condiciones socioeconómicas, las capacidades, habilidades o discapacidades, es así como transversalidades desde la equidad se encuentran: Genero, etnias, discapacidad y desplazamiento. Desde la **acción** se entiende aquellos requerimientos nutricionales, las posibilidades de la actividad física, el trabajo y sus condiciones, los aspectos ambientales y su relación con las personas, es así como se establece la transversalidad de ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, actividad física y salud y trabajo.

Para el siguiente análisis se profundizara un poco mas frente al operar en el territorio del ambito escolar y familiar:

Ambito familiar “ Salud a su Casa ”: El Ámbito Familiar se encuentra enmarcado conceptualmente dentro de los planteamientos de la Atención Primaria en Salud y de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, ubicando a la familia como actor principal para el desarrollo de las acciones que lo componen.

El concepto de Atención Primaria en Salud (APS) propuesto inicialmente en la declaración de Alma Ata en 1.978 (que se resume como primer nivel amplio e integrado con elementos de participación comunitaria, de coordinación intersectorial, en el que participan una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales), ha evolucionado a través de los años en razón a las cambiantes condiciones demográficas y socioeconómicas que afectan las prioridades de los gobiernos y las tendencias del estado de salud de la población.

La APS adquiere desde entonces un enfoque renovado, visto como una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano y se centra en las causas fundamentales de la misma; el enfoque con carácter más social y político que el de Alma Ata, ha sido considerado estratégico, para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos, fortalecer las capacidades de la sociedad en la reducción de las inequidades en salud y para el abordaje de los determinantes sociales que afectan negativamente la salud y la desigualdad social.

Esta orientación estratégica de la Atención Primaria en Salud, constituye una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales, en la medida en que se sustenta en el desarrollo de elementos esenciales tales como:

- ✓ El acceso y la cobertura universal
- ✓ Atención integral e integrada
- ✓ Mecanismos activos de participación
- ✓ Organización y gestión óptimas
- ✓ Inclusión de políticas y programas que estimulen la equidad
- ✓ Atención primaria vista como puerta de entrada
- ✓ Énfasis en la promoción y prevención
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Recursos adecuados y sostenibles
- ✓ Atención apropiada
- ✓ Orientación familiar y comunitaria,
- ✓ Ubicación en el conjunto del sistema de salud y parte integral del desarrollo del mismo.

Desde esta perspectiva, cada país busca desarrollar sus propias iniciativas para la implementación de la APS, haciendo las adecuaciones pertinentes a sus condiciones específicas, en términos de recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas, y a los desarrollos históricos alcanzados por el sector de la salud¹².

Lo anterior se reafirma en la Declaración de Buenos Aires en agosto de 2007, mediante la cual 60 países, incluyendo Colombia, reconocen y ratifican la vigencia de los principios y valores de la APS, señalando adicionalmente la necesidad del reconocimiento del papel protagónico y rector del Estado, principalmente para el logro de políticas públicas de otros sectores que atienden necesidades sanitarias que favorecen la afectación de los diversos y dinámicos determinantes de la salud, pero también un papel que asegure “el adecuado financiamiento de las acciones y prestaciones que cada país considera necesarias”¹³.

En el Distrito Capital a partir del año 2004 se estructura una Política Distrital de Salud (PDS) en la cual la APS juega un importante papel y se concreta a través del programa Salud a su Hogar¹⁴. Dicha PDS se formula desde una perspectiva de derechos con la finalidad de promover el ejercicio pleno de la ciudadanía.

¹² Recoge los planteamientos del documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, Washington D.C., 2007.

¹³ Organización Panamericana de la Salud: Declaración “Buenos Aires 30-15”

¹⁴ Secretaría Distrital de Salud D.C. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.

El dispositivo que permite la implementación de la PDS con enfoque de derechos en la perspectiva de potenciar la autonomía de las personas es la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud¹⁵, descritas en el documento marco del PIC.

En los territorios sociales convergen en forma simultánea diferentes espacios de la vida cotidiana de las personas (familia, escuela, trabajo, comunidad, instituciones, etc.) que expresan características y relaciones particulares a cada uno, que lo determinan y que son comunes a todos los sujetos de lo habitan; estos espacios son los ámbitos de vida cotidiana, en donde se concretan las acciones de todos los actores y componentes del sistema de salud, constituyéndose así en los medios de abordaje a dicho territorio.

En este contexto, el Ámbito Familiar se constituye en uno de los principales ámbitos de vida cotidiana, dado el papel protagónico que desempeña la familia en todos los momentos del proceso salud enfermedad y en la valoración y la toma de decisiones favorables a la salud por parte de cada uno de sus miembros, ya que en ella se construyen y desarrollan una serie de relaciones en permanente dinámica, capaces de proteger o generar procesos de cuyo equilibrio, depende la salud del colectivo familiar.

Para la operación del ámbito es fundamental el apoyo de directrices distritales como la Política Pública por la Garantía de los Derechos, el Reconocimiento a la Diversidad y la Democracia en las Familias, emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá para el período 2004 – 2008. En la misma dirección en que apunta el ámbito, ésta política está pensada en función del bienestar de la familia, la reconoce no solamente como sujeto de derechos y una expresión de organización social con funciones primordiales, sino como escenario fundamental de humanización y socialización del ser humano, con capacidad para transformarse, transformar su entorno y la sociedad de la que hace parte.

2.1. Alcance: El ámbito familiar se define como el espacio social de vida cotidiana en donde a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto del colectivo familiar, como de los integrantes de la misma.

Dicho espacio, se constituye en el escenario de operación de la estrategia *Salud a su Casa*, que se orienta como puerta de entrada a la Atención Primaria en Salud,

¹⁵ *Derecho a la salud:* Posibilidad efectiva de las personas al desarrollo pleno de sus vidas en condiciones de vida adecuadas en los contextos específicos en que se desenvuelven. La Estrategia Promocional De Equidad En Calidad De Vida Y Salud Una Vía Hacia La Concreción De Los Derechos. Grupo Guillermo Fergusson. Versión 28 de marzo.

buscando identificar las necesidades con participación de las familias, organizar integralmente la respuesta sectorial, abogar para la movilización de los otros actores sociales en torno a elaboración, ejecución y seguimiento de agendas sociales, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias.

2.2. *Objetivo General:* 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.

2.2.1 *Objetivos Específicos:* Identificar y comprender las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar.

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.

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

Análisis de programa Salud a su Casa en el marco del acuerdo 308 del 9 de junio del 2008 “ ciudad de derechos – Bogota Sana “

Ciudad de derechos

Bogotá sana

Sectores relacionados: Salud, Educación, Integración Social, Desarrollo Económico

Meta 01 Nombre: Cubrir 425 micro territorios con la estrategia Salud a su Casa

Descripción: Consiste en desarrollar la estrategia en la totalidad de los micro territorios propuestos, para identificar las necesidades de las familias y sus integrantes y organizar respuestas acordes, con el fin de favorecer su calidad de vida y salud.

Unidad de medida: Micro territorios

Meta localidad Quinta de Usme:

Meta 01 Nombre: Cubrir 24 micro territorios con la estrategia Salud a su Casa

Descripción: Consiste en desarrollar la estrategia en la totalidad de los micro territorios propuestos, para identificar las necesidades de las familias y sus integrantes y organizar respuestas acordes, con el fin de favorecer su calidad de vida y salud en la localidad quinta de usme

Unidad de medida: Micro territorios

Meta 02 Nombre: Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al colegio

Descripción: Consiste en desarrollar la estrategia en la totalidad de las sedes educativas propuestas, para identificar las necesidades de las comunidades educativas y organizar respuestas acordes, con el fin de favorecer su calidad de vida y salud.

Unidad de medida: Sedes

Meta localidad Quinta de Usme:

Meta 02 Nombre: Cubrir 36 sedes educativas con el programa Salud al colegio

Descripción: Consiste en desarrollar la estrategia en la totalidad de las sedes educativas propuestas en la localidad Quinta de Usme para identificar las necesidades de las comunidades educativas y organizar respuestas acordes, con el fin de favorecer su calidad de vida y salud.

Unidad de medida: Sedes

Fuente: Hospital Usme 2010

Recursos asignados y ejecutados para el desarrollo del contrato 616 del 2009

Cuyo objeto es la compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC) del sistema de seguridad social en salud en el distrito capital dirigido a la colectividad de Bogotá, constituido por un conjunto de intervenciones y procedimientos colectivos de promoción en salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en la salud pública y gestión integral en salud, conforme a las necesidades de la población y atendiendo a las prioridades de Salud Pública y gestión integral en salud conforme a las necesidades de la población y atendiendo a las prioridades de Salud Pública Distritales del Plan de desarrollo 2008 – 2012 “Bogotá Positiva para vivir mejor” y el plan nacional de salud pública.

Cuadro 49

SEGUIMIENTO FINANCIERO CONTRATO 616/2009
VIGENCIA ABRIL DE 2009 - ENERO DE 2010

PROYECTO	VALOR CONTRATO	FACTURACION	GLOSA PARCIAL	GIROS A 31-12-09	SALDO PENDIENTE	GIROS PENDIENTES	GLOSA LEVANTADA	GLOSA DEF.	% GLOSA
TOTAL 623-1 PROYECTO SALUD A SU CASA sds-ffds	2.145.771.078	2.055.002.906	5.792.569	2.033.826.634	-	117.589.279		5.792.569	0,27%
TOTAL 624-1 PROYECTO SALUD AL COLEGIO	1.266.919.347	1.289.443.218	22.266.628	1.259.092.388	-	88.798.693		22.266.628	1,76%
SUBTOTAL 625-1 Gestión de la Vigilancia en Salud Pública	875.438.316	875.438.316	53.816.536	817.129.668	611.374	19.456.899		53.816.536	6,15%
SUBTOTAL 625-2 Vigilancia Sanitaria	414.041.833	418.334.585	45.567.748	369.542.352	60.097	53.857.059	20.924.996	24.642.752	5,95%
SUBTOTAL 626-1 Desarrollo de intervenciones en las Instituciones de Protección (Modalidad Institucionalizados)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUBTOTAL 626-2 Gestión pública a través de las instituciones prestadoras de servicio en salud	211.489.005	277.392.762	1.128.030	276.264.732	-	7.186.218		1.128.030	0,53%
TOTAL 627-1 PROYECTO COMUNIDADES SALUDABLES	890.058.621	735.916.239	6.485.000	725.528.545	-	33.931.372		6.485.000	0,73%
TOTAL 628-1 PROYECTO NIÑEZ BIENVENIDA Y PROTEGIDA	511.388.434	511.388.431	9.544.546	499.700.833	139.786	4.844.062	7.430.940	2.113.606	0,41%
TOTAL 629-1 PROYECTO GESTIÓN LOCAL Y EJECUCIÓN DE POLÍTICAS	523.800.000	514.251.720	9.226.609	499.311.203	-	9.405.456		9.226.609	1,76%
TOTAL 630-1 PROYECTO SALUD AL TRABAJO	372.189.007	365.108.790	2.594.000	360.347.599	-	10.133.526		2.594.000	0,70%
TOTAL PIC CONTRATO 616/2009 CON CORTE A DICIEMBRE DE 2009	7.211.095.641	7.042.276.967	156.421.666	6.840.743.954	811.257	345.202.564	28.355.936	128.065.730	1,78%

Fuente: Hospital Usme 2010. conciliación y cruce de cuentas realizada entre la ESE Usme y la Dirección de Salud Pública de la SDS y la Firma Interventora Haggen Audit Ltda a noviembre 2009, sin auditar diciembre y enero del 2010, y sin descontar las glosas que fueron objeto de reformulación por parte de la ESE y aceptadas por la SDS.

En el cuadro anterior se observan ejecuciones financieras superiores al 90% en el caso del programa salud a su casa y en un 102% en el programa salud colegio, resaltando una óptima ejecución de los programas mencionados, es de aclarar que esta ejecución es a corte al mes diciembre del 2009 y se encuentra facturación del mes de enero y adición de recursos para cubrir la sobre ejecución del programa salud a su colegio, cuyos responsables con la Secretaria Distrital de Salud. De la misma forma los porcentajes de glosas inferiores al 2% lo que refleja un esfuerzo importante por parte de la ESE y sus equipos de trabajo en dar cumplimiento satisfactorio en la ejecución de las metas contempladas en la matriz de beneficios establecida por el contrato PIC; es de resaltar que este resultado es una preliquidación del contrato con corte al mes de noviembre ya que desde esta fecha la SDS no cuenta con firma interventora que realicé la revisión de metas y el levantamiento de las glosas que se encuentren objetadas por parte de la ESE.

Informe de Gestión de Salud a su Casa 2009

Lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar Programa Salud A Su Casa

El Ámbito Familiar se encuentra enmarcado conceptualmente dentro de los planteamientos de la Atención Primaria en Salud y de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, ubicando a la familia como actor principal para el desarrollo de las acciones que lo componen.

El concepto de Atención Primaria en Salud (APS) propuesto inicialmente en la declaración de Alma Ata en 1.978 (que se resume como primer nivel amplio e integrado con elementos de participación comunitaria, de coordinación intersectorial, en el que participan una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales), ha evolucionado a través de los años en razón a las cambiantes condiciones demográficas y socioeconómicas que afectan las prioridades de los gobiernos y las tendencias del estado de salud de la población.

La APS adquiere desde entonces un enfoque renovado, visto como una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano y se centra en las causas fundamentales de la misma; el enfoque con carácter más social y político que el de Alma Ata, ha sido considerado estratégico, para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos, fortalecer las capacidades de la sociedad en la reducción de las inequidades en salud y para el abordaje de los determinantes sociales que afectan negativamente la salud y la desigualdad social.

Esta orientación estratégica de la Atención Primaria en Salud, constituye una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales, en la medida en que se sustenta en el desarrollo de elementos esenciales tales como:

- ✓ El acceso y la cobertura universal

- ✓ Atención integral e integrada
- ✓ Mecanismos activos de participación
- ✓ Organización y gestión óptimas
- ✓ Inclusión de políticas y programas que estimulen la equidad
- ✓ Atención primaria vista como puerta de entrada
- ✓ Énfasis en la promoción y prevención
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Recursos adecuados y sostenibles
- ✓ Atención apropiada
- ✓ Orientación familiar y comunitaria,
- ✓ Ubicación en el conjunto del sistema de salud y parte integral del desarrollo del mismo.

En el Distrito Capital a partir del año 2004 se estructura una Política Distrital de Salud (PDS) en la cual la APS juega un importante papel y se concreta a través del programa Salud a su Hogar¹⁶. Dicha PDS se formula desde una perspectiva de derechos con la finalidad de promover el ejercicio pleno de la ciudadanía.

El dispositivo que permite la implementación de la PDS con enfoque de derechos en la perspectiva de potenciar la autonomía de las personas es la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud¹⁷, descritas en el documento marco del PIC.

En los territorios sociales convergen en forma simultánea diferentes espacios de la vida cotidiana de las personas (familia, escuela, trabajo, comunidad, instituciones, etc.) que expresan características y relaciones particulares a cada uno, que lo determinan y que son comunes a todos los sujetos de lo habitan; estos espacios son los ámbitos de vida cotidiana, en donde se concretan las acciones de todos los actores y componentes del sistema de salud, constituyéndose así en los medios de abordaje a dicho territorio.

En este contexto, el Ámbito Familiar se constituye en uno de los principales ámbitos de vida cotidiana, dado el papel protagónico que desempeña la familia en todos los momentos del proceso salud enfermedad y en la valoración y la toma de decisiones favorables a la salud por parte de cada uno de sus miembros, ya que en ella se construyen y desarrollan una serie de relaciones en permanente dinámica, capaces de proteger o generar procesos de cuyo equilibrio, depende la salud del colectivo familiar.

En concordancia con lo anterior, el Plan de Salud del Distrito Capital se propone como uno de sus objetivos estratégicos: "Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital" y para el logro del mismo, ubica en el eje Salud Pública Plan de Intervenciones Colectivas estrategias para el

¹⁶ Secretaría Distrital de Salud D.C. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.

¹⁷ *Derecho a la salud*: Posibilidad efectiva de las personas al desarrollo pleno de sus vidas en condiciones de vida adecuadas en los contextos específicos en que se desenvuelven. La Estrategia Promocional De Equidad En Calidad De Vida Y Salud Una Vía Hacia La Concreción De Los Derechos. Grupo Guillermo Fergusson. Versión 28 de marzo.

desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que den respuestas integrales, acordes a las necesidades de la población en su territorio.

Es así como se formula la meta de Cubrir 425 micro territorios con el programa Salud a su Casa, que se opera a través del Plan de Intervenciones Colectivas, cuya construcción avanza en el desarrollo del enfoque familiar en su operación y en la organización de la gestión dentro de un enfoque basado en procesos, con el fin de optimizar y mejorar el desempeño.

3.7.4 EVALUACION SALUD AL COLEGIO

Ambito escolar " Programa Salud al Colegio": El ambito escolar se contextualiza conceptualmente y se inscribe en el contexto de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida, en los principios que define la OPS para el desarrollo de Escuelas Promotoras de salud, así como en los postulados de la Atención Primaria en Salud, *La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud* tiene como finalidad garantizar, promover o restituir los derechos de los individuos y las colectividades de manera integral, partiendo de la base de que el proceso salud enfermedad no depende exclusivamente de fenómenos biológicos, sino además de procesos sociales, históricos y culturales, no sólo se ocupa de la atención de la enfermedad sino que trata de transformar los determinantes sociales que afectan la calidad de vida y, en consecuencia, la salud de las personas.

Las instituciones educativas del Distrito presentan problemáticas relacionadas con la salud que afectan los procesos pedagógicos y la posibilidad de que los estudiantes terminen con éxito esta etapa de su proceso de crecimiento como individuos y como ciudadanos y ciudadanas. Estas problemáticas han sido históricamente abordadas desde una perspectiva casi exclusivamente asistencial. El modelo de escuelas promotoras de calidad de vida, que sirve como fundamento al programa salud al colegio, propone la identificación de problemáticas en varios niveles:

Los problemas sociales que afectan la salud pública dentro de las instituciones educativas, por ejemplo, la violencia en sus múltiples expresiones, el consumo abusivo de sustancias tóxicas, el deterioro del medio ambiente, la falta de respuestas efectivas para la población discapacitada o que esta en situación de exclusión social como los desplazados, las minorías étnicas y culturales, la existencia de inequidades de género, las expresiones culturales juveniles, entre otras.

Los problemas sobre los cuales el sector salud interviene de manera más directa y que generalmente resultan de las malas condiciones de vida de los miembros de la comunidad educativa, o de problemas relacionados con desarreglos en la salud mental, la salud oral, la salud sexual y reproductiva, o la desnutrición, para mencionar algunos problemas.

1.1 Alcance: Los procesos desarrollados en el marco de la iniciativa Salud al Colegio y Jardines Infantiles están orientados conforme a las características particulares de cada una de las poblaciones abordadas en las unidades de trabajo: Niños, niñas y

jóvenes que a pesar de estar escolarizados permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales que es necesario caracterizar teniendo en cuenta las particularidades del barrio, la UPZ o la institución educativa sujeto de la intervención. La tendencia a la deserción y al mal rendimiento escolar llevan a identificar al menos algunas situaciones que afectan su calidad de vida, entre las cuales se encuentran: el embarazo en adolescentes, el consumo abusivo de SPA, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la discapacidad, el trabajo infantil y la desnutrición.

1.2 Objetivo General: 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, con el fin de contribuir a minimizar los riesgos que estos puedan generar en la salud de las personas

1.2.1 Objetivos específicos: Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa Salud al Colegio desarrollar acciones promocionales, preventivas y repositivas 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.

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 / colegios e Instituciones de Educación Superior, Promotores de Salud.

3.7.5 EVALUACIÓN DEL POT (Plan Maestro de Equipamientos en Salud)

Mediante oficio N° 100100-418-09 se requirió a la Administración, solicitando información sobre las obras de infraestructura física, adecuación, remodelación y dotación con el fin de verificar si los recursos se han ejecutado, en concordancia con el Plan Maestro de Equipamientos en Salud y el Plan de Desarrollo incluyendo la vigencia 2009 hasta el 30 de abril del 2010, a lo cual el Hospital contestó mediante el oficio N° GER-E-466-2010, que en la vigencia señalada no se ejecutó ninguna intervención de las antes mencionadas y que estuvieran señaladas en el plan de desarrollo.

Señala igualmente la administración, que las obras que se adelantaron y que se relacionaron en el oficio GER-E-454-2010, corresponden a obras de mantenimiento normal de la entidad y que son requisitos fundamentales para el mantenimiento de los servicios habilitados.

3.8. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Usme I nivel ESE, comprendió la verificación y evaluación de la información reportada en los documentos electrónicos CBN-1111 Información Gestión Ambiental Interna y CBN 1113 Informe de Gestión Ambiental vigencia 2009; se verificó el grado de avance en la implementación del PIGA Plan Institucional de Gestión Ambiental,

El desempeño Ambiental Interno del Hospital Usme I nivel de atención presenta una asignación de 78 puntos en un rango de 1 a 100 para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología desarrollada por la Dirección de Recursos Naturales de la Contraloría de Bogotá.

El Hospital no pertenece a las entidades del Sistema Ambiental del Distrito Capital- SIAC por lo tanto no desarrolla la información correspondiente con objetivo estructurante, programa y proyecto, las actividades de implementación del PIGA se relacionan con los objetivos de Ecoeficiencia del Plan de Gestión Ambiental PGA.

Dentro de los Sistemas Integrados de Gestión se contempla el SGA: PIGA ISO 14001 – 2004, el cual esta implementado en un 50%

El hospital por medio de la Resolución No. 0498 del 18 de agosto de 2009 establece la figura del Gestor Ambiental en el Hospital de Usme I nivel ESE designando al Jefe de la Oficina Jurídica del hospital.

Para dar cumplimiento a la ejecución de los programas ambientales el Hospital invirtió 170.6 millones, que representan el 0.4% del presupuesto de la entidad que es \$42.436.8 millones discriminados así:

CUADRO No: 50
INVERSIONES AMBIENTALES VIGENCIA 2009

En millones de pesos		
COMPONENTE	ACTIVIDAD	VALOR DE LA INVERSIÓN
Hídrico	Compra de sistemas ahorradores de agua para los centros de Betania, San Juan Bautista, santa marta, Destino y Reforma Contrato No. 214/2009	6.5
	Realización de estudio de vertimientos industriales de los centros Cami Usme, Cami santa Librada, Upa Marichuela. Contrato No. 134/2009	4.3
	Pago a la tesorería Distrital Permiso de vertimiento de los centros Cami Usme, Cami santa Librada y Upa Marichuela. Resolución No. 505/2009	4.2
Atmosférico	Mantenimiento de plantas eléctricas. Contrato No. 154/2008	9.2
Residuos Sólidos	Compra de 16 dinamómetros para el pesaje de residuos Factura de venta 5681	0.4



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

COMPONENTE	ACTIVIDAD	VALOR DE LA INVERSIÓN
	Facturación por recolección, tratamiento y/o disposición final de residuos infecciosos	14.6
	Facturación por disposición final de residuos ordinarios	5.2
	Compra de canecas para depósito de residuos Hospitalarios Contrato No. 183/2009	8.3
	Compra de bolsas plásticas de acuerdo con el código de colores para el manejo de residuos hospitalarios Contrato No. 176/2008	49.5
	recolección, tratamiento y/o disposición final de 32 kilos de residuos químicos Contrato No. 192/2009 Factura No. 6229	0.09
	Adecuación de infraestructura de los almacenamientos centrales de residuos de la Uba El Destino y la Upa Fiscala San Camilo. Oficio PPYP-I-012/2010 del 02/02/2010	2.2
	Elaboración de carteleras institucionales con información de calidad y ambiental Contrato 197/2009	1.6
	Elaboración e impresión de 1250 ejemplares de periódico Alas para la Gestión con información de calidad y gestión ambiental Factura de venta 1001-33017 del 10/09/2009	0.9
Energía	Mantenimiento de equipos Biomédicos Contrato 185/2009	10.3
	Mantenimiento de equipos de Rayos X Contrato 060/2009	7.6
	Mantenimiento de equipos odontológicos Contrato 072/2009	21.7
Otro	Pago por honorarios de profesional en ingeniería ambiental y sanitaria	24.1
TOTAL INVERSIÓN		170.6

Fuente: documento electrónico CBN - 1111 reportado en SIVICOF

Del la revisión efectuada a la información reportada en el cuadro anterior, se evidencio que los gastos como son la elaboración de carteleras institucionales y el periódico ALAS PARA LA GESTIÓN, no son exclusivamente de carácter ambiental sino que hacen parte de un sistema integrado de gestión (Responsabilidad social, SSI: sistema de seguridad de la información, SISO: sistema integrado de seguridad industrial y salud ocupacional, SIGA: subsistema interno de gestión documental y archivos, SISTEDA: sistema de desarrollo administrativo, SGAPIGA: sistema de gestión ambiental, SGC: sistema de gestión de calidad, SCI – MECI: sistema de control interno) por lo tanto en cada uno de ellos hay variedad de temas incluyendo el ambiental.

El Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA fue concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente mediante acta de concertación de fecha 25 de Junio de 2007y el Hospital mediante Resolución No.1646 de 04/08/2008 adoptó el Plan y se ordena su divulgación e implementación al interior del Hospital.

El hospital capacitó a 769 funcionarios de 986 que laboraron en el Hospital en la vigencia 2009 para un 77.9% de funcionarios capacitados en temas ambientales relacionados con, Ruta sanitaria, Almacenamiento de Residuos, diligenciamiento de RH1, Dilución de HP de Sodio, programa de Reciclaje Taller de Gestión

Integral de residuos Hospitalarios, Socialización PIGA-PGIRH, Bioseguridad, Taller Plan Separe, Manejo de residuos de mercurio, manejo de residuos químicos de laboratorio, manejo de derrames de fluidos, técnicas de limpieza y desinfección, Reinducción, Diligenciamiento de RH1, Socialización, Publicación especial Alas para la Gestión 2009- Gestión ambiental

De acuerdo al perfil profesional y laboral se hizo énfasis en temas concernientes para cada uno.

3.8.1. Recurso Hídrico

El consumo presentado por el hospital para la vigencia 2009 fue el reportado en SIVICOF

CUADRO No. 51
CONSUMO ÚLTIMAS TRES VIGENCIAS HOSPITAL DE USME
(MILLONES DE PESOS)

AÑO	CONSUMO PROMEDIO ANUAL M3	DIFERENCIA ANUAL M3	VR/AÑO MILES DE \$	DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$
2007	No reporta		No reporta	
2008	25.447	-	55.1	
2009	17.333	8.144	41.1	14.0

Fuente: información reportada en SIVICOF Documento CBN – 1111 por el Hospital Usme vigencia 2009.

3.8.1.1 Analizada la información se observa en el cuadro anterior que la cifra consignada como consumo promedio anual es el consumo total anual, adicional en la vigencia 2009 el valor de consumo es de 17.733 m3 y no de 17.333 m3 como se consigno en la casilla correspondiente, originándose una diferencia de 400 m3, al parecer no se reviso la información del cuadro después de digitada, originando falta de confiabilidad en la información contraviniendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993 configurándose un presunto hallazgo administrativo

Por lo tanto el consumo promedio correspondiente a la vigencia 2009 es de 2.956 m3. y la diferencia anual en metro3 es de 7.714.

Se verificaron los valores tanto en pesos como en metros cúbicos correspondientes a la vigencia 2009 contra la información suministrada por la entidad en el reporte consolidado comparativo de servicios públicos, sin observaciones que formular.

De acuerdo a la base de datos suministrada tanto de consumo como de costos se cruzó con las fotocopias de los recibos de acueducto de cada una de las sedes, en donde se observa que la sede de Estadística CAMI Santa Librada se entregó la bodega en el mes de octubre por lo tanto no se generó consumo en los meses siguientes del año 2009, no se suministró el soporte correspondiente a la sede Bolonia del mes de julio agosto de 2009

Analizada la vigencia 2008 con la vigencia 2009 se observa que la tendencia del consumo es a disminuir, se presenta un ahorro del 30.4% y no del 31.9 % reflejado en numeral 2.6.1. Especificación de los Resultados de las Acciones

Este ahorro en el consumo de agua es significativo se programó un 10% y se logró triplicar este porcentaje es de resaltar la labor desarrollada por el hospital tanto en capacitaciones como en la inversión realizada en la compra e instalación de ahorradores la cual se realizó en el mes de enero de 2009 instalando los sistemas ahorradores de aguas comprados mediante el contrato 190 del 2008, por valor de \$3.9 millones en los centros CAMIs Usme y Santa Librada y UPAs Marichuela y Yomasa, igualmente se realizó una segunda contratación de Ahorradores de agua para los centros de Betania, San Juan Bautista, Santa Marta, Destino y Reforma. Contrato No. 214 del 2009 por valor de \$.6.5 millones estos sistemas no se instalaron en la vigencia 2009.

El hospital diseñó el Instructivo GLO-PPE-INS-001 para la detección y reparación de fugas, lo que permitió realizar en el mes de Noviembre una jornada de detección de fugas en algunos centros.

3.8.1.2 En el subprograma de Uso y Ahorro Eficiente de Agua identificado con el numeral 6.2.3.1 del PIGA, se tiene establecida como población objetivo el 100% de los funcionarios de los centros a los cuales se les harán capacitación trimestralmente por grupos del I al IV, no obstante en la reformulación del Plan de Acción se programa el 80% de los funcionarios capacitados pero al cruzar esta información con los documentos soportes en la fuente se observa que se capacitó 343 funcionarios en el tema, de un total de 986 funcionarios que laboran en el Hospital llegando a un 34.8% de lo establecido, lo cual genera que no se capacite oportunamente a la población seleccionada, debido a que las metas formuladas posiblemente no son ejecutables dentro de una vigencia fiscal. Por lo tanto se incumple la meta establecida en el PIGA en el numeral anteriormente citado, constituyéndose en un posible hallazgo administrativo.

3.8.1.3 Otra acción del subprograma es la publicación de carteleras educativas-informativas, cuyo objetivo es llegar al 100% de los funcionarios de las sedes administrativas y asistenciales así como a los visitantes, esta actividades se

plantea mensualmente por medio de 15 carteleras, al efectuar la respectiva auditoria se observa que solo se realiza una vez al año por medio del contrato No. 197 de 2009 por valor de \$1.584.00, con el cual se contrata la elaboración de 72 afiches en opalina tamaño 87x57 cms. En razón a que no es coherente la cantidad de afiches programados y suministrados, debido a la falta de coordinación entre la oficina que desarrolla la acción y el área jurídica que es la que realiza el proceso de contratación, genera menor impacto en la concientización paulatina de las personas objetivo, incumpliendo lo referente a esta acción en concreto del numeral 6.2.3.1 subprograma de Uso y Ahorro Eficiente de Agua del PIGA Hospital de Usme, incumpliendo el literal h) del artículo 2º de la ley 87 de 1993.

3.8.2. Recurso Energético

En el programa subprograma de Uso Eficiente y Ahorro de Energía se establecieron acciones de formación, mantenimiento, iluminación natural y ahorro de energía eléctrica y en cada una de ellas se estableció las siguientes metas:

Formación: publicación de 15 carteleras la cual se cumplió por medio del contrato No.197 de 2009 por valor de \$1.6 millones concientizar el 80% de funcionarios en el uso eficiente y ahorro de energía pero de acuerdo a los soportes y al cuadro de capacitaciones reportado por la entidad solo se llego al 34.7% incumpliendo la meta establecida.

En mantenimiento: Seguimiento a los programas de mantenimiento preventivo de los equipos de alto consumo de energía, se realizó a las plantas eléctricas de los centros, a las autoclaves, a los equipos de odontología y de rayos X, estas actividades se desarrollaron por medio de los contratos 154, de 2008, 060, 072 y 185 de 2009.

Respecto de la iluminación natural, se planteo la identificación de las necesidades de implementar sistemas translucido para el aprovechamiento de la iluminación natural el cual no se cumplió.

En el ahorro de energía se estableció como meta el cambio por bombillas o lámparas ahorradoras paulatinamente de acuerdo a las necesidades de cambio por deterioro, esta acción se cumplió pero no se tiene una cifra exacta del número de bombillos cambiados en la vigencia de 2009.

3.8.2.1. Se capacitó solo el 34.7% de los funcionarios en el uso eficiente y ahorro de energía, se tenia previsto capacitar el 80% , igualmente la implementación del sistema de iluminación natural y el cambio de bombillos ahorradores no se cumplió o no se pudo determinar con exactitud su grado de cumplimiento, debido a que no

se dejó evidencia que soportara las actividades o no suministro la misma, lo que incide en no cumplimientos de las metas planteadas por lo tanto transgrede lo consignado en el numeral 6.2.3.1 del PIGA.

CUADRO No. 52
CONSUMO ÚLTIMAS TRES VIGENCIAS CONSUMO DE ENERGIA HOSPITAL DE USME
(Millones de pesos)

AÑO	CONSUMO PROMEDIO ANUAL KW	DIFERENCIA ANUAL KW	VR/AÑO	DIFERENCIA ANUAL
2067	No reporta	No reporta	No reporta	No reporta
2608	378.293	-	99.7	-
2009	350.623	27.670	104.8	- 5.1

Fuente: información reportada en SIVICOF vigencia 2009

En lo referente al consumo se presentó un ahorro de energía de 27.670KW de la vigencia 2009 comparado con la vigencia anterior presentando un ahorro del 7.3%, en el consumo el mayor valor pagado de la vigencia 2008 a 2009 fue de \$5.1 millones, este ahorro en el consumo supera la meta establecida o el hospital la cual fue del 5%

3.8.3 Componente de Residuos

En este componente está establecido el subprograma Gestión Integral de Residuos sólidos en el cual se encuentra la gestión integral de residuos hospitalarios y el plan de aprovechamiento eficiente de residuos sólidos

3.8.3.1 En las metas propuesta para formación, consistía en la capacitación del 80% del personal de todas las sedes asistenciales, meta que solo llegó al 48.2% del total de funcionarios, debido a que no se establece una adecuada planeación en la programación de las capacitaciones, lo cual genera, que no toda la población seleccionada se capacite en forma oportuna y eficiente. Lo anterior incumple lo establecido en el subprograma Gestión Integral de Residuos sólidos con lo cual no permite que se efectúe más eficientemente la separación en la fuente y las disposiciones de residuos.

En cuanto a la segregación las metas establecidas son: la dotación de los recipientes para la segregación y la rotulación, actividades que se cumplieron por medio del contrato 183-2009 en el mes de Octubre con el cual se compraron 221 canecas de diferentes colores y tamaños distribuidas en todos los centros, con lo cual se facilitó la separación de los residuos e igualmente, se realizó la rotulación de la totalidad de recipiente de acuerdo el tipo de residuos, incluyéndose recipientes de fármacos. En el almacenamiento se adecuaron los

almacenamientos centrales de residuos Hospitalarios de la UBA Destino y UPAs Fiscala y San Camilo

En el proceso de evaluación y seguimiento se dotaron los centros de básculas por medio de la factura de venta No. 5681 con la cual se adquirieron 16 dinamómetros para el pesaje de los residuos

En la actividad de auditorias e interventorías se realizaron las visitas a las empresas de gestión externa Ecocapital SA ESP: 26 de Marzo de 2009, Ecoentorno SA ESP: 4 de Diciembre del 2009 y Omniun Multisociedades: 25 de Noviembre del 2009

Se Firmó el convenio con la Asociación de Recicladotes Amigos de Usme ARAUS Acuerdo de Corresponsabilidad firmado el 5 de junio de 2009, a los cuales se les hizo entrega de la totalidad de materiales reciclables. Se realizó la actualización en los meses de Agosto a Octubre de los 15 Planes de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios-PGIRH.

3.8.3.2 Respecto del servicio de aseo corriente, se observa que en los meses de mayo a agosto de 2009, no se presentaron recibos de casi ninguna sede, adicional a lo anterior se presenta cobros por conceptos de Deuda Anterior y Aportes los cuales reflejan un mayor valor en el cobro; Cruzada la información reportada como pago por el servicio de recolección transporte y disposición final de los residuos ordinarios generados por el Hospital se observa el pago de los siguientes conceptos: Deuda anterior \$ 3.661.526, Aporte \$566.788, Interés deuda acumulada \$ 99.077 e Interés mora mes \$ 113.563 para un total de \$4.440.954 lo anterior debido al no pago oportuno de las facturas dentro de los plazos fijados para tal fin, lo que origina una disminución del presupuesto, valores que pudieron haber sido ejecutados en otros gastos de inversión. Se hace necesario que la administración efectúe la correspondiente conciliación entre los mayores valores facturados, lo efectivamente pagado por la entidad, las reclamaciones y lo compensado por FIDUCOLOMBIA, a fin de determinar el pago real por el servicio de aseo con LIME. Lo anterior incumple lo establecido en los literales a) y e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

CUADRO No. 53
ACTAS DE FARMACIA

(MILLONES DE PESOS)

FARMACIA	ACTA No.	FECHA	VALOR FALTANTE
Usme	02	9 de marzo de 2010	4.278.640
Marichuela	03	06 de marzo de 2010	5.464.660
La Flora	04	05 de marzo de 2010	328.338
Destino	05	05 de marzo de 2010	319.430



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FARMACIA	ACTA No.	FECHA	VALOR FALTANTE
Danubio	06	05 de marzo de 2010	215.400
Santa librada	07	07 de marzo de 2010	8.253.320
Principal			23.995.428
TOTAL			42.855.216

Fuente: Actas de bodegas de farmacia emitidas por la Administración.

3.8.3.3. Del cuadro anterior se concluye que se presentaron diferencias por \$42.855.216 en la entrega de medicamentos por parte de la farmacia, de las diferentes CAMIS UBAS y UPAS del Hospital Usme al almacén central, con motivo de la entrada en vigencia del out sourcing Empresa S y D de Colombia para la entrega de medicamentos tanto a pacientes hospitalizados como de consulta externa.

Efectuado el seguimiento a la respuesta presentada por la entidad, se evidenció que las diferencias descritas se originaron por falta de conocimiento técnico para el registro del ingreso de los medicamentos en el sistema Hipócrates por lo tanto luego de depurada la información quedan pendiente por depurar 40 items, que la administración subsanará al momento de la liquidación del contrato.

Lo anterior incumple lo establecido en los literales a) y e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

Se radico en la Secretaria de Ambiente el 27 de febrero la solicitud de inscripción en el Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos, esto para los centros 14 centros CAMIs Usme y Santa Librada, UPAs San Juan Bautista, Yomasa, Betania, Santa Marta, La Marichuela UBAs La Reforma, Destino, Fiscala San camilo, la Flora, Arrayanes, Danubio, Lorezo de Alcantuz

3.8.4 Componente Atmosférico

En hospital de Usme posee 4 plantas eléctricas las cuales no se catalogan propiamente como equipos que generan emisiones, de acuerdo a la autoridad ambiental, sin embargo se les realizó el respectivo mantenimiento en la vigencia 2009 por medio del contrato No. 154 de 2008, por valor de 9.2 millones.

El Hospital dentro de su parque automotor posee 11 vehículos de los cuales 9 tienen certificado de revisión tecnomecánica y de gases vigente uno de ellos esta en evaluación para sacarlo de circulación y el otro se encuentra en el proceso de la revisión, siete de estos vehículos funcionan con combustible diesel y cuatro con gasolina.

El Hospital por intermedio de la ARP Liberty realizó evaluación de la exposición ocupacional a gentes físicos en cuanto a iluminación y ruido de acuerdo al resultado del estudio la sede UBA Arrayanes y Lorenzo de Alcantuz supera el índice de exposición potencial 1.78 (debiendo ser 1 o menor) por el compresor En cuanto a la presión sonora y Noise Rating (estimado para los niveles de confort) se observa que presentan no conformidad la sala de espera y odontología de la UPA Betania, Sala de espera principal del CAMI Santa Librada y la sala de espera de la UBA Lorenzo de Alcantuz.

En cuanto a la iluminación en las sedes La Reforma, Santa Librad, Betania, Arrayanes, La flora, Bolonia y Lorenzo de Alcantuz presenta en varias de sus oficinas puestos de trabajo que resultaron ser inferiores al valor mínimo recomendado. El estudio realiza varias recomendaciones y acciones a seguir las cuales a la fecha de la auditoria solo se ha iniciado la reestructuración de los centros Betania y Arrayanes, de las demás situaciones no se informa.

El área de comunicación removió propaganda antiguo y unifico la información de carteleras institucionales.

3.9. EVALUACIÓN ACIONES CIUDADANAS

Durante la vigencia de 2009 se recibieron 437 manifestaciones ciudadanas, las cuales se recepcionaron en los buzones ubicados en los diferentes centros de atención (Camis, Ubas y Upas) y luego fueron consolidados en la Oficina de Atención al Cliente.

Se tomo una muestra para análisis y seguimiento de 90 manifestaciones ciudadanas (Peticiónes, Queja y Reclamos), es decir el 20,5%. En visita a los diferentes centros asistenciales (Camis, Ubas y Upas) donde se presentaron inconformidades seleccionadas en la muestra y una vez entrevistados los responsables de los centros al igual que los responsables de ejecutar las acciones correctivas, preventivas y de mejora y revisar documentación, se logró evidenciar que las acciones ejecutadas para subsanar las inconformidades formuladas por los usuarios fueron oportunas, eficientes y efectivas, algunas de estas soluciones se muestran a continuación.

Respecto a las respuestas de los PQR´s se encontró la siguiente observación:

3.9.1. Una vez evaluadas las respuestas proveídas a los interesados de las peticiones, quejas y reclamos, se evidencio que no se cumplió con los términos establecidos, presentando desfase en tiempo que va de uno (1) a 30 días hábiles, debido a la multiplicidad de procedimientos y la ubicación geográfica de los

Centros de Atención donde están ubicadas las urnas, lo cual conduce a que se corran riesgos de orden legal instaurando acciones de tutela, de cumplimiento u otros por parte de los querellantes lo cual puede afectar administrativa o financieramente al hospital y que el peticionario no obtenga respuesta en forma oportuna con el fin de que se le resuelvan sus inquietudes e inconformidades. Por lo anterior se incumple con lo establecido en los artículos 6° y 22 del Decreto 01 de 1984 (Código Contencioso Administrativo).

Igualmente se encontró la siguiente debilidad: Al comparar las fechas registradas en el consolidado de PQR's con los documentos originales (Manifestación ciudadana formulada y respuesta) presentan diferencias en las fechas, lo que origina que no se tenga certeza en los términos para su contestación (Quejas radicadas N°s 75, 189, 192, 333, 337, 353, 369, 403, 405, 410, 432).

Respuestas a los Derechos de Petición:

En el transcurso de la auditoria del Hospital Usme fueron contestados cinco (5) derechos de petición, uno (1) correspondiente al retraso en el pago de los salarios de los funcionarios de la ESE, tres (3) relacionados con la situación financiera y la liquidez del Hospital y uno (1) referente a la gestión realizada por el Hospital en la consecución del predio Virrey para la construcción del Hospital II Nivel en la Localidad de Usme.

3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE CUENTAS (SIVICOF)

Una vez verificado cada uno de los componentes de la cuenta en su forma, método, término y análisis de la información reportada a través de Sivicof por el Hospital de Usme I Nivel ESE vigencia 2009, aplicando la lista de chequeo y programa, no se encontraron observaciones a la misma.

CUADRO 54

CENTRO DE ATENCION	PROBLEMA PLANTEADO	SOLUCIÓN
Arrayanes Santa Librada Cami Usme Marichuela Santa Martha	<ul style="list-style-type: none"> - Los funcionarios no atienden a los pacientes que requieren de los servicios del hospital con buen ánimo, disposición y profesionalismo. - Personal que atiende a los usuarios (Médico, paramédico, orientadores, cajeros) son groseros. 	A los funcionarios se les canceló el contrato o en algunos casos no se les volvió a contratar al no acatar en algunos casos, las actas de compromiso suscritas.
	- Demoras en asignación de citas.	-Se mejoró los tiempos de atención,



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CENTRO DE ATENCION	PROBLEMA PLANTEADO	SOLUCIÓN
Arrayanes Call Center Cami Santa Librada	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de atención médica. - Demora en los servicios de urgencias. 	organizando las agendas diarias. -Asignación de médicos que atiende todos los días con agenda de 10 a 15 pacientes. - Se colocó un PBX para asignación de citas. - Adecuación de áreas, mejorando las instalaciones de los consultorios de Ginecología y de reanimación (Cami Santa Librada)
Arrayanes Betania Cami Usme San Juan Bautista	Demoras en la facturación	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes deben llevar el verificado con la debida antelación. - Los pacientes deben llegar con 20 minutos de antelación a la cita para presentar documentos y facturar. - Los cajeros se distribuyen los médicos para lograr agilidad en la facturación. - Se rota con frecuencia el personal de cajas. - Se ubicó un funcionario de Estadística cerca de la caja para que el proceso se realice en línea (Cami Usme). - Socialización de las guías maternas y e valuación de adherencia (Cami Usme)
Cami Santa Librada Destino Flora Yomasa	<ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento a las citas por parte de los médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud. - Mal trato a los usuarios por parte del personal médico, paramédico, orientadores o cajeros 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo entre los profesionales y el Director del Centro. - Talleres de socialización en principios y valores (humanización, Protección integral, respeto, responsabilidad y solidaridad). -Suscripción de Actas de compromiso y Planes de Mejoramiento. - Por fuerza mayor el medico no asiste, se avisa al Director de Centro para su remplazo.
Cami Usme	Los usuarios deben soportar inclemencias del tiempo (Frío, lluvia, viento, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Se hizo cubrimiento en vidrio y ampliación del domo para evitar la lluvia. - Se logró que los pacientes especiales (discapacitados, maternas, niños de brazos, etc.)accedieran a la sala de espera sin acompañantes.
Cami Santa Librada Cami Usme San Juan Bautista	Deficiencias en el suministro de oxígeno	- Se cambio de empresa proveedora, mejorando el servicio.
Santa Librada	No atienden citas prioritarias	- Enfermedades o situaciones que no se consideran prioritarias y se les da un manejo ambulatorio.
Cami Usme	<ul style="list-style-type: none"> - Las Ambulancias no prestan un servicio oportuno. - Paciente falleció en la casa por que no se prestó asistencia médica o servicio de ambulancia. 	<ul style="list-style-type: none"> - El problema no es del hospital, este servicio depende de la CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias) adscrito a la Secretaria Distrital de Salud (SDS) - Por legislación vigente, el personal médico no debe desplazarse fuera del hospital, por razones de seguridad y otros factores.
Cami Usme	La alimentación suministrada a los pacientes hospitalizados es pésima	El hospital terminó el contrato con la empresa proveedora de alimentos (Fonhusme), con la nueva empresa no se han presentado inconvenientes.
	Pacientes con fiebre no son	- Se fija en carteleras los tiempos de espera



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CENTRO DE ATENCION	PROBLEMA PLANTEADO	SOLUCIÓN
Cami Usme San Juan Bautista	atendidos y deben regresar a casa.	según calificación del TRIAGE. - Se atiende solo consulta externa (San Juan Bautista)
Cami Usme	La Ginecóloga no atiende a las gestantes con problemas serios de salud	Se suscribió convenio con el Hospital del Tunal para valoración de riesgos de las maternas, el Ginecólogo atiende en la Upa Marichuela.
Danubio	Las señoras embarazadas y con niños deben hacer fila normalmente	Las filas para esta clase de pacientes y otros especiales son autorizadas por las autoridades competentes (Ministerio de la Protección social, secretaria Distrital de salud, etc.)
Danubio Fiscalá Lorenzo Alcantuz Reforma Santa Martha	- Se demoran los Odontólogos, en atender a los pacientes. - Cancelación reiteradamente de citas. - Después de suministrar los documentos, en una hora, ordenan reclamar la historia clínica y finalmente no atienden al paciente.	-Estos profesionales deben atender urgencias y procedimientos complicados. - Se abrieron espacios para atender estos casos en particular. - Se contrato otro Odontólogo. - Hay dos odontólogos de 7 AM a 4 PM (Lorenzo Alcantuz).
Danubio	Abusos a una paciente menor de edad por parte del médico.	- El caso se traslado a la Oficina de Asuntos Disciplinarios. - Al Dr. no se le contrato más.
Destino Marichuela Reforma	El suministro de medicamentos es deficiente	Se cambio de empresa proveedora, actualmente se realiza a través del sistema OUTSOURCING con la firma S y D (Suministro y Dotaciones) y no se han presentado inconvenientes.
Lorenzo Alcantuz	Hay mala relación entre los funcionarios de este centro	Se han adelantado talleres de capacitación en temas relacionados con principios y valores y la atención al usuario, actualmente no se presentan conflictos.
Lorenzo Alcantuz	La higienista no cumple a cabalidad sus funciones	- La higienista ya no esta vinculada al hospital. - El odontólogo realiza el procedimiento completo (integral).
Lorenzo Alcantuz Marichuela	No se suministran oportunamente los medicamentos a personas hipertensas.	La Dra. Que maneja crónicos, en el taller se entregan los medicamentos y se les asigna cita.
Marichuela	Demoras en la asignación de citas, facturación por caídas frecuentes del sistema.	-Se implemento un programa denominado PUTI. -Se ha implementado la asignación de citas por teléfono
Marichuela	Deficiencias en la entrega de medicamentos a usuarios que viven lejos, la farmacia no esta disponible a ciertas horas.	- La Farmacia no se cierra, siempre permanece un funcionario dispuesto a atender. - Las reuniones administrativas se programan con la debida antelación (Cronograma anual).
Maricuela	No atienden fila prioritaria	Por espacios reducidos no se maneja fila prioritaria, se atiende la fila preferencial (personas discapacitadas, adultos mayores, gestantes, lactantes, etc), atendiendo el Acuerdo 51 del Concejo de Bogotá.
Marichuela	Demora en citas y resultados de Citología.	La asignación de citas se traslado al Call Center.
	El Ginecólogo nunca llamo a la paciente y posteriormente se enteró	- El Dr. ya no esta vinculado al hospital, debido a este tipo de inconvenientes en forma reiterada.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

CENTRO DE ATENCION	PROBLEMA PLANTEADO	SOLUCIÓN
Reforma	que el Dr. Se había marchado.	- Actualmente los Ginecólogos atienden en la Upa Marichuela y no hay reporte de inconformidad.
Reforma	Falta de información a los usuarios respecto a la asignación de códigos para facturar los servicios de Odontología.	Se dispuso de un auxiliar que asigna códigos y recibe facturas.
Reforma	Es demorada la toma de muestras de laboratorio.	La Glicemia Pre y Pos ya no se toman en este centro, se hace en la Upa Marichuela.
San Juan Bautista	Las personas que dependen del suministro de oxígeno, deben hacer fila.	Existe una fila preferencial para este tipo de pacientes.
San Juan Bautista	Es pésima la atención por parte de la vigilante y la señora de facturación.	- A través de las ULG (Unidades Locales Gerenciales) se les capacita sobre el buen trato a los usuarios. - Se fija en cartelera los deberes y derechos, tanto de los usuarios como de los funcionarios del hospital.
Santa Martha	Desinformación entre el hospital y las diferentes EPS.	Se han actualizado las bases de datos en forma periódica y ha mejorado el servicio
Santa Martha	Al facturar unos laboratorios el cajero dice no tener sistema y se porto grosero.	- Se suscribió acta de compromiso. - El hospital adquirió un servidor y la comunicación ha mejorado, el problema son las antenas que por la situación geográfica de los centros, se cae permanentemente el sistema.
Yomasa	En la parte de atrás del Centro, se encuentra un espacio en total abandono convertido en criadero de ratas, botadero de basura y guarida de atracadores.	Se hizo gestión ante la Alcaldía Local de Usme y se solucionó el problema. El espacio fue cerrado con muros, la construcción corrió por cuenta del hospital con el aval de la Alcaldía por tratarse de un espacio público.

Fuente: Información tomada de la muestra de PQR's y seguimiento a través de las visitas realizadas a los diferentes centros de atención.



4.- ANEXOS

ANEXO 4. 1
CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO HALLAZGO	DE	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION
ADMINISTRATIVOS		25		3.4.1.; 3.4.2; 3.4.3; 3.4.4; 3.4.5; 3.4.6; 3.4.7; 3.5.1.1; 3.5.1.2; 3.5.1.3; 3.5.2.1; 3.5.2.2; 3.5.2.3; 3.5.2.4; 3.5.2.5; 3.6.1; 3.7.1.1; 3.8.1.1; 3.8.1.2; 3.8.1.3; 3.8.2.1;; 3.8.3.1; 3.8.3.2; 3.8.3.3; 3.9.1;
CON INCIDENCIA FISCAL		0		
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA		2		3.6.1; 3.9.1;
CON INCIDENCIA PENAL		0		



4.2. PLAN DE MEJORAMIENTO

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
ENTIDAD															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCION E.S.E															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL MALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (ABIERTA, CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2002	BALANCE SOCIAL 4.7.1	4.7.1. Balance social. No se cumplió con el 100% de la meta de atención a gestantes.	La Entidad se compromete a que una vez realizada la aprobación por el comité de historias clínicas se cumplan la implementación total de la historia clínica materna perinatal integrada estandarizando el formato en todas las IPS del Hospital.	# de IPS de la E.S.E con la historia clínica implementada / # total de IPS de la E.S.E con la historia clínica estandarizada	100% de IPS de la E.S.E con la historia clínica estandarizada	Salud Pública	Coordinador de PyP, Jefe Fabian Enciso y referente de SSR, Jefe Andrea Villamizar	Recursos físicos (Formas de historias)	07/02/2009	31/12/2009	100%	100%	Se verificó que por medio del comité materno perinatal del mes de febrero de 2009 se presentó el proyecto de la historia clínica para ser aprobada, en esta reunión se propone la realización de pruebas en los diferentes centros de julio a diciembre de 2008. En el 2009 se realizan las correcciones respectivas sugeridas, y a partir de noviembre de 2009, se implementa con las gestantes nuevas que inician control prenatal, presentándose un cumplimiento del 100% del requerimiento.	2	C
AGE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.1	3.3.1 La cuenta Servicios de salud, se presenta en su totalidad en el activo no corriente con un saldo de \$7.591 millones. Sin embargo, al examinar la cartera clasificada por edades, se observa que la entidad posee la cartera con vencimiento inferior a un año por valor de \$6.228 millones, es decir la cartera se presentó mal clasificada dentro del Balance	La entidad se compromete a presentar la cartera en los Estados Financieros de acuerdo a la clasificación que ordena la Contaduría General de la nación en el Plan Contable de la Nación.	Responsables directos de las glosas / No. total de glosas x 100	Presentar las cuentas de la Cartera del Hospital de acuerdo a su edad (Activo corriente y no)	Contabilidad, Auditoría de Cuentas Médicas, Subgerencia administrativa y financiera	Coordinador de Contabilidad, Dr. Edilberto Herrera Gutiérrez	Humanos y tecnológicos	02/02/2009	31/12/2009	100%	100%	Se efectuó el correspondiente seguimiento a la acción planteada por la administración y se estableció que no se le dio cumplimiento	0	A
		3.3.1 El informe de glosas definitivas a 31 de diciembre de 2007, presenta un total de \$2.562.0 millones, sobre las cuales no se han determinado responsables.	El hospital continuara con los procesos para establecer los responsables directos e identificar cuales glosas generan responsabilidad fiscal	Glosas causales de responsabilidad fiscal / No. total de glosas x 100	Presentar las cuentas de la Cartera del Hospital de acuerdo a su edad (Activo corriente y no)	Contabilidad, Auditoría de Cuentas Médicas, Subgerencia administrativa y financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera, Dr. Leonardo Gomez, Coordinador de Auditoria de Cuentas Médicas Dra Victoria Chavez.	Recursos Humanos	24/04/2009	31/12/2009	100%	100%	En el seguimiento se estableció que se definieron responsables de glosas quedando pendiente para investigación por parte de la administración, se determina a la fecha un total de glosas por \$131.0 Millones	2	C
AGE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.2	3.3.2 En nota a los estados financieros N4 inventarios se informa. Se realizaron inventarios físicos en las farmacias de la Flora, Destino Azul, Destino, Marichuela, Santa Librada y Cami de Usme. Sin embargo, la entidad no presentó las respectivas actas finales de la toma física, incumpliendo lo establecido en Resolución 001 de 2001, de la Secretaría de Hacienda Distrital, numeral 4.10.1.2., literal A. Toma física de inventarios, procedimiento 7 y literal B. Acta de informe final de la toma física en la bodega, que establece: Terminado el proceso se valoran los sobrantes y faltantes detectados, se elaboran los comprobantes de ajuste y se presentarán junto con el informe definitivo del proceso al comité de inventarios, quien estudiará la viabilidad de su realización y en el desarrollo del procedimiento se levantará un acta en el cual deben quedar consignados todos los pormenores de la toma física y conciliación.	La entidad se compromete a concluir el proceso de la toma física de los inventarios a Diciembre de 2008, realizando la valoración de los faltantes y sobrantes incluidos en las actas finales de las tomas físicas de inventarios a cada una de las farmacias y realizar los comprobantes de ajuste para ser presentados al comité de inventarios, y determinar las correspondientes acciones a seguir.	Valoración de faltantes y sobrantes de 100 % de faltantes y sobrantes valorados.	100 % de faltantes y sobrantes valorados.	Contabilidad Almacén Farmacia	Coordinadora de Almacén, Dra. Mariela Molina Ocaña, Regente de farmacia, Cuentas Médicas, Coordinador de Contabilidad, Dr. Edilberto Herrera Gutiérrez	Humanos y tecnológicos	08/02/2009	30/06/2009	100%	100%	Se establece que la entidad efectuó el proceso de la toma física de los inventarios a Diciembre de 2008, realizando la valoración de los faltantes y sobrantes incluidos en las actas finales de las tomas físicas de inventarios a cada una de las farmacias y realizar los comprobantes de ajuste para ser presentados al comité de inventarios, y determinar las correspondientes acciones a seguir.	2	C
AGE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.3	3.3.3 El grupo Propiedades planta y equipo, presentó a 31 de diciembre de 2007 un saldo de \$7.283.3 millones. Forman parte de este rubro, entre otras las cuentas: Terrenos con un valor de \$4.738.4 millones y Equipo médico y científico por valor de \$4.524.0 millones. Los saldos presentados en la cuenta de Terrenos, no fueron objeto de valoración técnica que permita acopiar la información y documentación suficiente y pertinente sobre el valor actual de los bienes inmuebles, incumpliendo lo establecido en Resolución 001 de 2001, de la Secretaría de Hacienda Distrital, numeral 4.11.6 Valuación de los	La entidad se compromete a que el área de Contabilidad Solicitará el acta de liquidación de cada uno de los contratos que presentan saldo mayor a 300 días a la fecha de Contratación del Hospital, quien de acuerdo a la información reportada, procederá a realizar los registros contables correspondientes.	Numero de predios valorados / Numero total de predios x100	100 % de los bienes inmuebles valorados.	Subgerencia Administrativa y Financiera, Activos fijos, Contabilidad	Coordinadora de Activos Fijos, Dra. Rosa Maria Rivera Herrera, Coordinador de Contabilidad, Dr. Edilberto Herrera Gutiérrez.	Humanos, tecnológicos y Financieros	01/02/2009	30/06/2009	100%	100%	Efectuada la evaluación se se observa que a través de CORALONJAS, se efectuó la respectiva valoración de los bienes del Hospital.	2	C
AGE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.4	3.3.4 Se observa que en la cuenta Adquisición de Bienes y Servicios se presentan cuentas por pagar con vencimiento superior a 360 días, que ascienden a \$16.5 millones, discriminados así: agasajo \$12.263.104, tratamiento médico \$1.759.704, laboratorios. Exordema \$897.087 laboratorios Ltda. bogota \$897.482, bonilla gonzalez carolina \$536.852, villa real rodriguez Nancy \$134.213	La entidad se compromete a que el área de Contabilidad Solicitará el acta de liquidación de cada uno de los contratos que presentan saldo mayor a 300 días a la fecha de Contratación del Hospital, quien de acuerdo a la información reportada, procederá a realizar los registros contables correspondientes.	Valor de depósitos de glosas / Valor del balance	100 % de depósitos de glosas.	Subgerencia Administrativa Contratación Contabilidad	Coordinador de Contratación, Dr. Juan Armando Fonseca, Profesional Responsable Cuentas por Pagar, Dr. Abimael Macaretti Gordillo.	Humanos y tecnológicos	02/02/2009	31/12/2009	100%	100%	Existe un proceso jurídico pendiente para la liquidación del resto de contratos.	2	C
AGE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.4	3.3.4 Así mismo, la cuenta Depósitos recibidos en garantía presenta a 31 de diciembre de 2007 un saldo que asciende a \$165.5 millones, cifra que corresponde a descuentos del 3%, realizado a determinados contratistas como médicos, enfermeros y cajeros, durante el período 2002 al 2006, con el objeto de cubrir posibles glosas que se presentaran.	El hospital ha creado un Comité de glosas con el fin de mejorar la gestión del proceso, en aras de adelantar acciones de materia de análisis, depuración y establecimiento de responsables en lo que tiene que ver con glosas con responsabilidad fiscal.	N. de comites de glosas realizado / N. de comites de glosas programado	100 % de comites de glosa realizado	Auditoria de Cuentas Médicas, Cartera, Incentivación, Subgerencia administrativa y financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera, Dr. Leonardo Gomez, Coordinador de Auditoria de cuentas médicas Dra Victoria Chavez, Coordinador	Recursos Humanos	24/04/2009	31/12/2009	100%	100%	Producto del seguimiento se constató que el Hospital efectuó la devolución de los dineros retenidos a cada uno de los servidores de la salud.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ENTIDAD															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL Hallazgo u OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORIA
ABE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.5	3.3.5 Se observa, que la cartera a cargo del FFDS se encuentra afectada por reservas para glosas, y que la firma auditora de este Fondo solo ha emitido actas definitivas hasta enero de 2007.	El Hospital continuará con las acciones correspondientes a fin de solicitar a la dirección de aseguramiento del Fondo Financiero Distrital la auditoría correspondiente al segundo semestre del 2008 con el fin de determinar el valor real de las glosas realizando el respectivo ajuste de cuentas entre las partes, las cuales permitirán el ajuste de cifras en el área de contabilidad.	N. de respuestas recibidas por el FFDS / N. de acciones adelantadas por la entidad	Disminuir la reserva de glosa con el fondo financiero distrital	Cartera, facturación y Auditoría de Cuentas Médicas	Auditoría de cuentas Médicas, Dra Victoria Chavez.	No adicionales	24/04/2009	31/12/2009	90%	90%	Producto del seguimiento se corroboró que la Auditoría del FFDS, no ha hecho entrega de las actas correspondientes por lo tanto no se puede establecer la acción	0	A
ABE-REGULAR 2007	ESTADOS CONTABLES 3.3.6	3.3.6 Las Notas a los estados contables, no revelan la información adicional necesaria sobre las transacciones, hechos y operaciones financieras, económicas, sociales y ambientales que sean materiales, así como aspectos que presenten dificultad para su medición monetaria que pueden evidenciarse en términos cualitativos o cuantitativos físicos, los cuales han afectado el caso el de los bienes inmuebles sin legalizar y el no registro de construcciones, incumpliendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 2.9.3.15.	La entidad se compromete a elaborar las notas a los estados financieros del Hospital de Usme, de acuerdo a los parámetros señalados por la Contaduría General de la Nación.	Número de hechos a revelar del año / Total de las Notas a los Estados Financieros.	100 % de hechos relevantes a incluir en las Notas a los Estados Financieros.	Contabilidad	Coordinador de Contabilidad, Dr. Ediberto Herrera Gutierrez	Humanos y tecnológicos	02/01/2009	31/12/2009			Efectuado el seguimiento se comprueba que se elaboran las notas a los estados financieros del Hospital de Usme, de acuerdo a los parámetros señalados por la Contaduría General de la Nación.	2	C
ABE-REGULAR 2007	PRESUPUESTO 3.4.5.1	3.4.5.1 De otra parte, dentro del total de \$308 millones de cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2006, que corresponde compromisos pendientes por ejecutar - Contrato No. 1261 de fecha 13 de octubre de 2006 por valor de \$51.3 millones es el levantamiento del catastro físico para todas las sedes del Hospital de Usme I Nivel ESE, con plazo de ejecución de 8 meses.	El Hospital se compromete a que la oficina de presupuesto continuará la acción de socializar de manera mensual los saldos de los registros presupuestales para que se proceda a realizar la proyección de las actas de liquidación, respecto al contrato 1274 suscrito con Consultores y Constructores S.A.; la entidad quedará a la espera de que se defina la controversia jurídica por parte del Comité de conciliación para realizar el pago o fenezca la obligación.	Saldo de cuentas por pagar de las vigencias anteriores a 2007 menor a 5% del total de cuentas por pagar	Ejecutar el 95% de la Cuenta por pagar	Contratación, presupuesto, Subgerencia administrativa y financiera	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca y Coordinador de presupuesto Dr. Edson Rojas	No adicionales	04/05/2009	31/12/2009	Actualmente las cuentas por pagar de vigencias anteriores al 2007 se encuentran en un 2% del total de cuentas por pagar.	100%	Efectuado el seguimiento, se constató que el Hospital socializa mensualmente los registros presupuestales para la proyección de las actas de liquidación.	2	C
ABE-REGULAR 2007	PRESUPUESTO 3.4.5.2	3.4.5.2 Se observa falta de gestión y deficiencia de control interno en la oficina jurídica, para liquidar los saldos de los contratos de las vigencias anteriores, equivalentes al 39.75% valor absoluto (\$156. millón), teniendo en cuenta, que mensualmente la oficina de presupuesto reporta los saldos actualizados de los compromisos por pagar, situación que no es asumida y no se toman las medidas pertinentes para la liquidación de los contratos, como se observa en los siguientes:	Las Actas de liquidación existen y hacen los siguientes salvedades: El contrato 1096 de 2006, se revisará la liquidación conforme se dijo en la observación 3.4.5.1, el contrato 1274 de 2006 no se puede liquidar por cuanto existe controversia jurídica entre el hospital y el contratista y se encuentra pendiente una Resolución jurídica del conflicto, el cual esta sometido a trámite de proceso de conciliación, y finalmente el contrato 1261 de 2006 con la firma Avales Ingenieros ya fue cancelado en su totalidad, la explicación que se da para haberse pagado tan tardamente consiste en que el contrato contenía una cláusula que dispuso que el hospital solo podrá pagar el precio del contrato cuando el contratista obtuviere aprobación del producto tanto de SDS como del Ministerio de la Protección Social y en dicho trámite el contratista demora muchos meses, por tal razón las Cuentas por pagar a corte 2009, no presentan la totalidad de los compromisos citados únicamente presenta saldo el contrato 1274 de 2006 porque su apropiación debe garantizarse hasta tanto se resuelve el conflicto. Dado cumplimiento a la Circular 042 de diciembre de 2008, en la constitución de Cuentas por pagar.	Saldo de cuentas por pagar de las vigencias anteriores a 2007 menor a 5% del total de cuentas por pagar	Ejecutar el 95% de la Cuenta por pagar	Contratación y presupuesto	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca y Coordinador de presupuesto Dr. Edson Rojas.	No adicionales	04/05/2009	31/12/2009	Actualmente las cuentas por pagar de vigencias anteriores al 2007 se encuentran en un 2% del total de cuentas por pagar.	100%	All efectuar el seguimiento, se constató que se llevaron a cabo todas las liquidaciones quedando pendientes aquellos de acuerdo a los términos establecidos en le ley y los que se encuentran en ejecución.	2	C
ABE-REGULAR 2007	CONTRATACIÓN 3.5.3.1.1	3.5.3.1.1 Incumplimiento de la Resolución No 01 del 20/02/2007 - Anexo A, formó CB-020 (Archivo Contratación) la columna que corresponde al valor de la Orden, no es contable, dado que el valor relacionado allí es \$40.500.000 y el valor real de esta es \$4.950.000 M.C.T.E., igualmente no diligenciar las siguientes columnas: Número proyecto, Nombre proyecto	La entidad se compromete a cumplir con el diligenciamiento del Anexo A del formato CB-021 (Archivo de Contratación) en los mismos términos que establece la Resolución No 01 de 2007, procurando presentar la información de manera adecuada, de forma tal que la información sea contable, igualmente, se procederá en lo sucesivo a diligenciar las columnas del Número del Proyecto y del Nombre del Proyecto. Se procederá a corregir la información suministrada cuando sea equivocada.	Reporte del 100% de la información en cuanto a número y nombre de proyectos	Reportar el 100% de la información en cuanto a número y nombre de proyectos	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca.	No adicionales	23/04/2009	31/12/2009	El área de contratación viene diligenciando Anexo A del Formulario CB-021 (Archivo de Contratación) de acuerdo a lo establecido en la resolución N. 001	100%	El Hospital cumplió con el diligenciamiento del Anexo A del Formulario CB-021 (Archivo de Contratación) en los mismos términos que establece la Resolución No 01 de 2007, insertando la información de manera adecuada.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CIB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
ENTIDAD: HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACIÓN	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	ÁREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCIÓN	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FÍSICO DE EJECUCIÓN DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANÁLISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORÍA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORÍA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORÍA
ABE-REGULAR 2007	PLAN DE DESARROLLO 3.6.3.1	3.6.3.1 La Contraloría de Bogotá mediante Resolución Reglamentaria No. 001 del 26 de enero de 2007, estableció los lineamientos metodológicos que los entes de control deben cumplir, para la presentación del Balance Social. Analizado el informe, se observa que este se limita a plantear una serie de problemáticas que tiene la localidad y que involucra no solo al sector salud, sino a muchas otras entidades, pero no desarrolla los lineamientos metodológicos esbozados en la precitada Resolución, cuya finalidad es la evaluación y presentación de los resultados sociales de la gestión social de acuerdo con la participación y nivel de cumplimiento en la ejecución de las políticas públicas formuladas por el hospital, para la solución de las problemáticas identificadas que afectan la calidad de vida de los habitantes de la localidad.		Balance Social 2009 cumpliendo con los requisitos definidos en la Resolución 001 de 2007	A 31 de diciembre de 2009 se tendrá la metodología de balance social implementada y balance social 2009 preliminar que cumpla con requisitos exigidos	Salud Pública y planeación	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio pardo. Asesor de planeación Dr. Evelio Casullí	No adicionales	28/04/2009	30/09/2009	Se adopta y se implementa la metodología del balance social				
ABE-REGULAR 2007	PLAN DE DESARROLLO 3.6.3.1	3.6.3.1 El contenido, aunque está articulado a las problemáticas planteadas por el hospital, adolece de los resultados sociales y de los porcentajes de ejecución frente a las metas propuestas que no mencionan, como tampoco se señalan los proyectos implementados, recursos asignados, nivel de cumplimiento, cobertura y las actividades realizadas para la solución de los problemas identificados. En la cuenta anual de la vigencia 2007 radicada por el hospital, se presentaron entre otros, los formatos Nos: CB001, CB002, CB003, CB004, CB005, CB006 y CB007, en los que relacionan avances sobre los diferentes proyectos ejecutados pero de la vigencia 2006 y no del 2007. Lo anterior por cuanto se realizó el cruce de la información de las dos vigencias (2006 2007) y se comprobó que en todos los formatos la información es la misma para dos periodos.	Acorde al rango de cumplimiento y seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital adelantará y estandarizará la metodología de balance social apartir de la documentación e implementación de un procedimiento institucional para la presentación del balance social	Balance Social 2009 cumpliendo con los requisitos definidos en la Resolución 001 de 2007	A 31 de diciembre de 2009 se tendrá la metodología de balance social implementada y balance social 2009 preliminar que cumpla con requisitos exigidos	Salud Pública y planeación	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio pardo. Asesor de planeación Dr. Evelio Casullí	No adicionales	28/04/2009	30/09/2009	Metodología de Balance social implementada	100%	En el informe presentado se observó el cumplimiento de la metodología establecida en la Resolución 029 de 2006.	2	C
ABE-REGULAR 2007	PLAN DE DESARROLLO 3.6.3.1	3.6.3.1 De otra parte, la Contraloría solicitó el Proyecto Integral de la Salud PIS de la vigencia 2007 y el hospital remitió en medio magnético lo referido pero de la vigencia 2006 y algunos formatos que no aportan nuevos elementos; así mismo, se evaluó el informe de Gestión y Resultados que presenta un listado de indicadores que no amplían lo esbozado en el informe del Balance Social del hospital. Por lo anteriormente enunciado este ente de control establece que se incumplió la Resolución Reglamentaria No. 001 del 26 de enero de 2007.		Instrumentos de seguimiento independientes para PIS y Balance social utilizados por el Hospital.	Contar con el 100% de los instrumentos de seguimiento para PIS y Balance social	Salud Pública y planeación	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio pardo. Asesor de planeación Dr. Evelio Casullí	No adicionales	28/04/2009	31/12/2009	Instrumentos independientes para el pisy el balance social				
ABE-REGULAR 2007	PLAN DE DESARROLLO 3.6.3.2	3.6.3.2 Desde el Balance Social, la ejecución de este proyecto, no cumplió con los requisitos ni con la meta fijada, en aras de resolver la problemática que padece la comunidad de la localidad en todos los niveles de atención en salud debido al alto crecimiento en la demanda de los servicios en los centros de atención existentes en la mayoría de las UPZ, como también a la poca accesibilidad a los hospitales de II Nivel de la Zona Sur y por las limitaciones de movilidad que presenta la localidad especialmente en la zona rural.	Acorde al rango de cumplimiento y seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital adelantará las gestiones a fin de que las estancias involucradas emitan un concepto definitivo que permita al Hospital continuar con la ejecución del proyecto del Hospital de II Nivel.	Numero de conceptos solicitados a las entidades involucradas / Numero total de entidades X 100	Contar con el 100% de los conceptos requeridos	Planeación	Asesor de planeación Dr. Evelio Casullí	No adicionales	28/04/2009	30/07/2009	Se realizó todo el proceso de gestión para la consecución del pisy el balance social	100%	Acorde al rango de cumplimiento y seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital adelantará las gestiones a fin de que las estancias involucradas emitan un concepto definitivo que permita al Hospital continuar con la ejecución del proyecto del Hospital de II Nivel.	2	C
ABE-REGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.3	3.7.3 Se observó inconsistencia y falta de confiabilidad en la información reportada por la entidad para el consumo anual de agua, energía y residuos sólidos en la vigencia 2007 frente a los resultados que presenta en un listado de indicadores que no amplían lo esbozado en el informe del Balance Social del hospital. Por lo anteriormente enunciado este ente de control establece que se incumplió la Resolución Reglamentaria No. 001 del 26 de enero de 2007.	Con base al seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital continuará consolidando la información relacionada con los consumos de agua, energía y residuos sólidos con base en los recibos de facturación en la totalidad de sedes asistenciales incluidas las de tipo administrativo, utilizando una matriz de generación y costos.	Numero de reportes generados/Numero de centros de Hospital x 100	Consolidar el 100% de la información generada para cada una de los centros	Gestión Ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Reni Rivera	No adicionales	10/04/2009	31/12/2009	100%	100%	Con base al seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital continuará consolidando la información relacionada con los consumos de agua, energía y residuos sólidos con base en los recibos de facturación en la totalidad de sedes asistenciales incluidas las de tipo administrativo, utilizando una matriz de generación y costos.	2	C
ABE-REGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.6	3.7.6. Esta auditoria verificó que no se cumplió con las directrices establecidas por la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. relacionadas con la entrega de material reciclado a las asociaciones de recicladores de la localidad; así mismo, no se cumplió en el reporte del seguimiento de acción ambiental en el mes de diciembre de 2006 por la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. Incumpliendo lo normado en el Decreto 400 de 2004. Directo de 2004. Circular 001 de enero de 2007 y el Acuerdo 287 de 2007.	Con base al seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital firmará en acuerdo con la Cooperativa ARAUS en donde esta, se comprometa a la recolección de los materiales reciclables generados en la totalidad de los centros, donde se recolecten los materiales a una sede pactada mediante el acuerdo para su respectiva recolección.	No. de centros que generan material reciclable / No. de centros en los centros que generan material reciclable X 100	Recolección del 100% de los materiales que se generan	Gestión Ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Reni Rivera	No adicionales	01/02/2009	31/12/2009	100%	100%	Con base al seguimiento realizado por la Contraloría de Bogotá, el Hospital firmó el acuerdo de responsabilidad de fecha 7 de junio de 2009 con la Asociación de recicladores ARAUS en el que se expresa el compromiso de la recolección de la recolección de los residuos en la totalidad de los centros. Para el caso de los centros tales como La flora, arroyos y destino, se pasó recoger una vez al mes, en caso que la cantidad generada en el centro no permitiera el cumplimiento de los requisitos.	2	C
ABE-REGULAR 2006	CONTROL INTERNO 3.2.1.1	3.2.1.1. El archivo y guarda documental presenta cambios y mejoras, pero aun tiene deficiencias en la filiación documental por alteración del orden consecutivo y cronológico del archivo documental por anexar fotocopias repetidas de un mismo documento y por la existencia de documentos que no corresponden, caso puntual en la liquidación de los mismos.	La entidad se compromete a foliar todos los contratos y controlar sus documentos mediante una lista de chequeo.	Numero de contratos foliados correctamente /Numero total de contratos celebrados X 100	100% de los contratos que cumplan requisitos	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca.	No adicionales	22/04/2009	31/12/2009	100%	100%	Se realizaron los chequeos de los contratos de prestación de servicios y se constató que en cada carpeta efectivamente se encuentra un listado de documentos que debe contener cada contrato. De otro lado se observó una filiación consecutiva a los documentos contratados en cada carpeta. Es de anotar que se hicieron observaciones de forma verbalmente, para que se tengan en cuenta como son: 1. Se debe foliar el documento, solo por una cara.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCION E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (ABIERTA, CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.1.2b)	3.2.1.2, b) Lo mismo sucede con las medidas adoptadas para la salvaguarda y consolidación del inventario de letras y pagares, que se encuentran dispersos en los diferentes centros de atención.	La entidad se compromete a que la oficina de tesorería realizará el levantamiento de físico de letras y pagares que se encuentran bajo la custodia de esta dependencia, además se les suministró a los cajeros un formato para la entrega de estos títulos que se encuentran dispersos en los diferentes centros de atención, adicionalmente cuando se realiza la actividad de recaudo se recibe efectivo y letras.	Total de títulos salvaguardados del inventario de letras y pagares x100	Salvaguardar el 100 % de los títulos adreos generados en cada centro de atención.	Tesorería	Coordinador de Tesorería Dr. Carlos Paramo	Recursos Fisicos	04/05/2009	31/02/2009	100%	100%	La entidad se compromete a que la oficina de tesorería realizará el levantamiento de físico de letras y pagares que se encuentran bajo la custodia de esta dependencia, además se les suministró a los cajeros un formato para la entrega de estos títulos que se encuentran dispersos en los diferentes centros de atención, adicionalmente cuando se realiza la actividad de recaudo se recibe efectivo y letras. La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha realizado auditorías a las áreas de Cuentas Médicas, Facturación y Cartera y ha suscrito Planes de Mejoramiento a los cuales les hace control y seguimiento. Se realizó cobranza directa en residencia y por teléfono a los deudores encontrando que en 90% de los casos no residen en las direcciones registradas.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.1.3	3.2.1.3. Políticas de operación: En el esquema diseñado para elaborar los manuales de procesos y procedimientos se definen los "puntos de integración" y "los riesgos identificados", sin embargo se observó que la información requerida para la elaboración de los informes contables no es suministrada oportunamente, incidiendo en los procesos de análisis, depuración y consolidación. Lo anterior se presenta por que las áreas proveedoras no le dan la importancia requerida al suministro de la información de forma oportuna, veraz y soportada adecuadamente. Contraviniendo lo normado en el artículo 2 literal e) de la ley 87 de 1993 "Asegurar la oportunidad y contabilidad de la información de sus registros".	Realizar cronograma para entrega de informes y comprometer a los que deben reportar los informes al área de contabilidad con el fin de dar cumplimiento a las fechas establecidas.	Interfases Presentadas/ Total de interfases Solicitadas X100	100 % de interfases presentadas a tiempo.	Facturación, Cartera, Almacén, Activos Fijos, Talento Humano, Tesorería, Presupuesto y Cuentas por Pagar	Facturación, Cartera, Almacén, Activos Fijos, Talento Humano, Tesorería, Presupuesto y Cuentas por Pagar	No adicionales	23/04/2009	31/02/2009	100%	100%	Entrevistados funcionarios del área contable, afirmaron que ha mejorado sustancialmente el reporte de la información por parte de los proveedores (Tesorería, Activos fijos, cajeros, Almacén, inventarios, entre otros) Como prueba de la oportunidad del reporte, se mostraron pantallazos de algunos proveedores o clientes internos de la información que debe reportarse a Contabilidad.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.1.4	3.2.1.4. De otra parte se observan debilidades en los controles establecidos para el manejo de medicamentos, por cuanto en la presente vigencia se realizó la destrucción de 500 kilos de medicamentos vencidos, por valor de \$50.2 millones, realizada en el mes de diciembre de 2008 por la firma ECOLOGIA Y ENTORNO, de acuerdo a la Resolución de Gerencia No.2398 del 18 de noviembre de 2008, lo que generó un posible detrimento al patrimonio público en la cuantía enunciada contraviniendo lo normado en el artículo 3º y 6º de la ley 610 de 2000.	Lo atinente a lo administrativo, la administración continuará dentro de sus procesos de mejoramiento continuo realizando los controles correspondientes al manejo de medicamentos. En cuanto a la responsabilidad fiscal se responderá en la instancia jurídica correspondiente en el tiempo y lugar indicado en la ley.	Cantidad de lote medicamentos con fecha de vencimiento menor a dos años / cantidad total de lote medicamentos recibidos en el almacén x 100	100 % de lotes de medicamentos con control de vencimiento	Farmacia	Coordinadora de Farmacia Dra. Rocío Chiquillo	No adicionales	23/04/2009	31/02/2009	100%	100%	Se realizan los controles correspondientes continuando con el procedimiento de semaforización ya establecido, lo cual ha garantizado el cambio y rotación oportuna de medicamentos e insumos próximos a vencer con los proveedores u hospitales de la red. A la fecha la entidad no tiene medicamentos vencidos en sus diferentes servicios.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.1 a)	3.2.2.1. En las visitas adelantadas por el equipo auditor a todos los centros asistenciales se verificó el diligenciamiento de los formatos reporte diario de residuos hospitalarios, sin embargo, en el centro de la consolidación de residuos que no fue reportada para el segundo semestre de 2008 la generación de residuos de la UBA Arayanes por la pérdida de formatos RH1.	El hospital mediante comunicación escrita dará directriz con relación al envío de los formatos RH1 diligenciados por los centros, en relación al envío durante los cinco primeros días de cada mes del original y el centro deberá guardar copia organizada en cada una de las sedes.	Nº. De formatos RH1 generados por sede / Nº. Total de formatos del Hospital x 100	Recopilar el 100% de los formatos RH1 generados en los centros del Hospital.	Gestión Ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Renny Rivera	No adicionales	01/05/2009	31/02/2009	100%	100%	El hospital mediante comunicación escrita dará directriz con relación al envío de los formatos RH1 diligenciados por los centros, en relación al envío durante los cinco primeros días de cada mes del original y el centro deberá guardar copia organizada en cada una de las sedes.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.1 b)	3.2.2.1. Se observó en la visita al CAMI Santa Librada que la información diligenciada por el personal de servicios generales toma directamente el pesaje que hace ECOCAPITAL cuando recoge los residuos y no el pesaje real diario a pesar de que cuentan con su pesa, lo que permite el diligenciamiento de formato RH1 y se para el reporte oportuno y real del pesaje que genera la entidad en la vigencia 2008, información que es de obligatorio cumplimiento según lo normado en la Resolución 1164 de 2002, por lo anterior no se está dando cumplimiento al literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1	El hospital realizará capacitación al personal de servicios generales con el diligenciamiento de formato RH1 y se realizará control a través de visitas de verificación en terreno.	Nº. De operativas de servicios generales capacitadas / Nº. Total de operativas de la sede. X100	Capacitar y realizar el 100% de las operativas de las secciones, propuestas, realizadas / Total de visitas programadas x 100	Gestión Ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Renny Rivera	No adicionales	01/05/2009	31/02/2009	100%	100%	El hospital realizará capacitación al personal de servicios generales en diligenciamiento de formato RH1 y se realizará control a través de visitas de verificación en terreno.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.1 c)	3.2.2.1. El área de saneamiento ambiental carece de Software de computador actualizado, lo que dificulta llevar sistematizada y actualizada la información como las quejas y reclamos en saneamiento ambiental, no se tienen puntos de red para algunas áreas como salud ocupacional y falta puntos de red en el área de saneamiento ambiental.	El hospital se compromete a actualizar el software y habilitar los puntos de red requeridos por el área de saneamiento ambiental	Nº de equipos actualizados y conectados en red area saneamiento ambiental / Total de equipos en el area de saneamiento ambiental x100	100 % de equipos actualizados y conectados en el area de saneamiento ambiental.	Gestión tecnológica y estadística, Gestión ambiental	Coordinador de sistemas Ing. Alvaro Ortiz	No adicionales	24/04/2009	24/06/2009	50%	100%	El hospital se compromete a actualizar el software y habilitar los puntos de red requeridos por el área de saneamiento ambiental	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ENTIDAD															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (ABIERTA - CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.1 (4)	3.2.2.1. Se observó que si bien existen espacios para retroalimentar y socializar los informes generados por otras áreas como por ejemplo el área de salud ocupacional, los responsables del desarrollo de la gestión ambiental no tuvieron en cuenta comunicar a la funcionarios de esta área las observaciones y compromisos que recomendó la Secretaría Distrital de Salud al hospital en su visita al CAMI USME en diciembre de 2008 con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.	El Hospital comunicará cada uno de los compromisos suscritos con los distintos entes externos a cada uno de los responsables de la gestión ambiental incluida el área de salud ocupacional	No. De planes de mejoramiento socializados / No. De planes de mejoramiento suscritos x 100	Socializar el 100% de los planes de mejoramiento suscritos	Gestión Ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Reiny Rivera	No adicionales	09/03/2009	31/03/2009	100%	100%	El Hospital comunicará cada uno de los compromisos suscritos con los distintos entes externos a cada uno de los responsables de la gestión ambiental incluida el área de salud ocupacional	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.2 (8)	3.2.2.2. Información secundaria. Evaluada la información contenida en el SIVICOF, relacionada con los diferentes reportes financieros de la cuenta anual rendida por el Hospital; en el caso de los estados de Cartera por edades, se observó que se encuentra mal diligenciado, tanto el reporte presentado en el mes de junio como en el de diciembre.	La entidad se compromete a que en la rendición de la próxima cuenta, se subsane esta inconsistencia con el diligenciamiento del formato en forma correcta.	diligenciamiento o del formato.	diligenciamiento del formato cumplido con el 100% de los requerimientos	Cartera	Coordinadora de Cartera. Dra Patricia Pachon	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	Formato diligenciado correctamente	100%	Verificado el formato CB - 0117 "Información de Cartera por Deudor y Edades" con fecha 30 de Junio de 2009, se evidencia que se diligenció en forma correcta, de acuerdo al reporte realizado en SIVICOF.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.2 (9)	3.2.2.2. Lo mismo sucede con el inventario físico el cual no contiene el valor de la depreciación de los bienes.	La entidad se compromete a incluir dentro de la información reportada por SIVICOF una columna la cual describirá el valor de la depreciación de los bienes de la entidad con el fin de dar cumplimiento a las observaciones del ente de control	Reporte de informe con el valor de la depreciación	Informe que cumpla con el 100% de los requerimientos	Activos Fijos	Coordinador de Activos Fijos, Dra. Rosa María Rivera Herrera.	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	Se presenta el reporte con la depreciación en el informe respectivo	100%	Consultado SIVICOF en la cuenta rendida vigencia 2009 y el formato utilizado en contabilidad para registrar el inventario físico, se evidencia que existe la columna destinada a registrar la depreciación acumulada de los bienes fidejados	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.2 (9)	3.2.2.2. De otra parte los documentos electrónicos no pudieron ser consultados debido a fallas en el cargue de la información, evidenciando debilidades en las políticas para la generación y presentación de informes, la causa de esta inconsistencia es la falta de oportunidad en el suministro de la información, para que pueda ser analizada, consolidada y rendida adecuadamente, observando lo normado en el literal e del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	El Hospital se compromete a que cada uno de los funcionarios responsables del diligenciamiento de los documentos realice su labor oportunamente para que pueda ser analizada y consolidada.	total informes radicados / total de informes requeridos	100 % de envío de infamción cumpliendo la norma.	Gestión tecnológica y estadística	Coordinador de sistemas Ing. Alvaro Ortiz	No adicionales	04/05/2009	31/03/2009	100% de informes requeridos	100%	Se aplicaron las mismas acciones correctivas del hallazgo N° 3.2.1.3., es decir que los proveedores de la información han acatado las instrucciones impartidas y han mejorado en un alto nivel la oportunidad y eficacia en la transmisión de la misma a contabilidad encargada de la consolidación y análisis y su reporte a estamentos que la requieren.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.3	3.2.2.3. Sistemas de Información: El sistema de información y sus aplicativos son una herramienta esencial para el procesamiento y generación de los diferentes reportes y documentos, se evidencia para el caso del área financiera, que el módulo de presupuesto no ha sido integrado. De otra parte no siempre se pueden producir informes de acuerdo a los requerimientos del usuario, por lo que se recurre en algunos casos a herramientas manuales para su elaboración, lo que genera riesgo en cuanto a su integridad y exactitud, incumpliendo lo establecido en el literal b) y e del artículo 2 de la ley 87 de 1993.	La entidad se compromete a involucrar a las áreas responsables con el fin de parametrizar las cuentas contables con los rubros presupuestales	Avance de la implementación progresiva de la interfase	Homologación del 100% de las cuentas	Gestión tecnológica y estadística, Contabilidad y presupuesto	Coordinador de Presupuesto, Dr Edson Rojas, Dr Edilberto Herrera, Coordinador de sistemas Ing Alvaro Ortiz	No adicionales	04/05/2009	31/03/2009	50% de avance	50%	La entidad se compromete a involucrar a las áreas responsables con el fin de parametrizar las cuentas contables con los rubros presupuestales	1	A
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.4	3.2.2.4. Pese al esfuerzo adelantado por la administración, actualmente presenta deficiencias en el archivo documental que maneja el hospital en las diferentes áreas. Situación puntual observada en la oficina jurídica en relación con los contratos, en los cuales se pierde la secuencia en la foliación de los documentos, existen inconsistencias en la información contenida, por ejemplo en la resolución de liquidación de los mismos, el valor final es inferior o sobrealavado, sin reflejarse en los registros presupuestales ni contables, la liberación de saldos y no guarda un resumen histórico del contrato. (Fecha iniciación, terminación, tiempo total de ejecución como mínimo). Las situaciones anteriormente descritas, contravienen lo establecido en el artículo 2 literal a) de la ley 87 de 1993 "Proteger los recursos de la organización buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten?"	El hospital procederá a impartir las instrucciones necesarias e implementar las acciones correctivas, previniendo que los carpetas que contienen la documentación sean debidamente foliadas y en orden cronológico respetando los requisitos señalados en el hallazgo / No total de contratos manejados en el área X 100	Cantidad de contratos que cumplen con los requisitos señalados en el hallazgo / No total de contratos manejados en el área X 100	Cumplir con el 100% de los planes de mejoramiento	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	100%	100%	El hospital realizó las acciones correctivas, como la foliación de la documentación y se mantuvo el orden cronológico. Se verifican la información en los contratos mediante lista de chequeo de documentos, con el fin de evitar anexar información deficiente	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.2.2.5	3.2.2.5. En cuanto a la evaluación de la muestra de contratos seleccionada se observó deficiencias en el requerimiento donde se establezca la necesidad de la compra y justificación técnica del jefe del área responsable sobre la conveniencia y/o necesidad de los contratos y sustento legal de los conceptos jurídicos para la modificación o cesión de los contratos. La situación anteriormente descrita, contravienen lo establecido en el artículo 2 literal a) de la ley 87 de 1993 "Proteger los recursos de la organización buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten?"	El hospital procederá a ser mas riguroso en el cumplimiento de la Resolución de Gerencia No 515 de 2007, sobre el proceso precontractual y contractual, disponiendo que las Áreas requerientes presenten mas especifica al presentar los requerimientos, los cuales deberán ser elaborados con suficiente justificación técnica. Así mismo, en las modificaciones y adiciones de los contratos se va implementar mayores exigencias en el manejo de la justificación.	Cantidad de contratos que cumplen con los requisitos señalados en el hallazgo / No total de contratos manejados en el área X 100	Cumplir con el 100% de los planes de mejoramiento de acuerdo a la resolución 515 de 2007	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	100%	100%	El Área de contratación del hospital revisa los requerimientos en los contratos de tal forma que cumplan con el llenado de los requisitos exigidos en la Resolución de Gerencia No 515 de 2007 los cuales se elaboran con mayor justificación técnica lo mismo que con las modificaciones y adiciones de los contratos.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CG-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCION E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCIÓN	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A-ABIERTA, C-CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.6	3.2.2.6. El hospital realizó el inventario físico de las propiedades, planta y equipo así como de medicamentos e insumos hospitalarios, quedando pendiente la justificación y depuración de las diferencias para que puedan ser ajustadas, meta que debe cumplirse en el 2008, lo anterior teniendo en cuenta lo normado en el literal e) del artículo 2º de la ley 87 de 1993.	El Hospital se compromete a continuar con el proceso de justificación y depuración de las diferencias de los inventarios realizados en el 2008 a fin de que sean registrados en los estados contables de la vigencia 2009.	No de inventarios justificados y N. total de inventarios realizados.	100 % de la depuración y justificación de inventarios.	Activos Fijos Almacén, Contabilidad, farmacia.	Coordinador de Activos Fijos, Dra. Rosa María Rivera Herrera, Coordinadora de farmacia Dra. Rocío Chiquillo, Coordinadora de almacén Dra. Maribel Molina, Coordinador de contabilidad Dr. Edilberto Herrera.	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	90%	90%	El hospital mediante resolución 0534 de nov 27 de 2009 da de baja algunos activos obsoletos y así viene realizando el proceso de depuración de diferencias entre inventarios realizados en el 2008, efectuando la modificación respectiva desde el módulo contable ajustando la información a la realidad.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.7	3.2.2.7. La entidad debe adelantar las conciliaciones de saldos entre el área de Talento humano y los diferentes fondos de pensiones cesantías con el fin de reflejar información contable, aplicando lo normado en el literal e) del artículo 3º de la ley 87 de 1993.	La entidad adelantara los procesos con el fin de realizar las conciliaciones a fin de establecer las diferencias a que haya lugar entre las transferencias efectuadas por el ministerio de protección social y lo liquidado por el Hospital.	N. total de conciliaciones realizadas / N. total de fondos a conciliar	Teniendo en cuenta las solicitudes del Hospital, cumplir con las conciliaciones de acuerdo a la información suministrada por los fondos de pensiones y cesantías en las fechas determinadas por los Fondos para esta vigencia fiscal.	Talento Humano, Contabilidad, Presupuesto	Tecnico operativo de talento Humano Sr. Elberto Guzman y Profesional de apoyo Dr. Nubia Cel.	Recursos tecnológicos	22/04/2009	31/03/2009	80%	80%	La entidad adelantara los procesos con el fin de realizar las conciliaciones a fin de establecer las diferencias a que haya lugar entre las transferencias efectuadas por el ministerio de protección social y lo liquidado por el Hospital.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.8	3.2.2.8. De acuerdo a lo observado por el equipo auditor, la organización del archivo documental tanto de historias clínicas como administrativo no culminó durante la vigencia 2008, lo que incide en la estructura documental de la entidad, dado que no se dispone de la información tanto histórica como de gestión para ser consultada y rendida oportunamente, de acuerdo a lo establecido en el literal e) del artículo 2º de la ley 87 de 1993.	El hospital continuará con el proceso de implementación del Sistema Integral de Gestión Archivística (SIGA). Teniendo en cuenta las directrices establecidas por el Archivo Distrital de Bogotá.	porcentaje de implementación del SIGA.	Avance en el 30%	Planeación, Usme (Calidad), Gestión Tecnológica y Estadística y juzgencia administrativa y financiera	Planeación, Usme (Calidad), Gestión Tecnológica y Estadística y juzgencia administrativa y financiera	Recursos humanos, recursos tecnológicos, recursos físicos y de infraestructura	22/04/2009	31/03/2009	20% de implementación del SIGA	20%	El hospital continuará con el proceso de implementación del Sistema Integral de Gestión Archivística (SIGA). Teniendo en cuenta las directrices establecidas por el Archivo Distrital de Bogotá.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.9 a)	3.2.2.9. Es importante tener en cuenta que las modificaciones que se realicen a los contratos deben ser claras, que subsanen lo que se pretende cambiar o complementar, dado que en el contrato No.145/2008, lo inicialmente pactado en la forma de pago establecía: "En pagos mensuales anticipados de acuerdo al promedio del consumo mensual que certifique el último día de cada mes el Coordinador/Supervisor del contrato. Autorícese un anticipo de \$8.000.000, el cual será amortizado en los pagos del segundo mes y así sucesivamente hasta agotar la totalidad del presupuesto." Y la modificación No.1 establece: "el anticipo debe ser de \$20.000.000 y pagos mensuales de \$20.000.000 hasta agotar la totalidad del	El hospital realizará las modificaciones que se hagan a partir de la fecha, además se tendrá en cuenta que dichas modificaciones deberán ser lo suficientemente claras, que permita realizar una interpretación clara de las obligaciones contenidas en el contrato, especialmente en cuando tenga relación con los pagos.	Cantidad de contratos que cumplan con los requisitos señalados en el hallazgo / No total de contratos manejados en el área X 100	Cumplir con el 100% de los contratos de acuerdo a la resolución 515 de 2007 y acuerdo 04 de 2007	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	100%	100%	El hospital realiza la modificación respectiva, en el nuevo contrato que se suscribió de Combustibles, dando una interpretación clara de las obligaciones contenidas en el contrato.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.9 b)	3.2.2.9. Revisadas las órdenes de pago No. 17074 y 17318 se observó que no se amortiza el valor del anticipo por cuanto no quedó estipulado el porcentaje de amortización ni en el contrato inicial ni en la modificación No.1. Así mismo no quedó establecido en dicha modificación, la forma de certificación por parte del supervisor, de la ejecución del contrato, lo cual es un soporte fundamental para proceder a realizar el pago.	El hospital se compromete que a partir de la fecha en los contratos que se estipule el pago de anticipos, se incorporen cláusulas claras en la forma de efectuar los pagos y los porcentajes de amortización de los anticipos, igualmente se estipulará en los contratos que el Supervisor tendrá las obligaciones y facultades que impone la Resolución de Gerencia No 041 de 2003.	numero de contratos con anticipo	100% de amortización en los contratos con anticipo	Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	100%	100%	El hospital en aquellos contratos que estipulan el pago de anticipos, incorpore cláusulas claras en la forma de efectuar los pagos y los porcentajes de amortización de los mismos.	2	C
AGE-REGULAR 2008	CONTROL INTERNO 322.10	3.2.2.10. En las órdenes de pago No. 16194, 16185, 16196, 16197, 16223, 16224, 16225, 16226, 16242, 16389, 16410, 16412 del contrato No. 847/07 celebrado con DISFARMED LTDA, se observó que no se tuvo en cuenta lo establecido en el otro modificatorio y adición en ítem No.2, la cual cambia la forma de pago del contrato en cuanto al porcentaje de amortización del anticipo por lo tanto se descontó el 50%, cuando lo correcto era el 20%. Así mismo, la orden de pago No. 16441 del 30 de mayo de 2008 por concepto de anticipo se elaboró mes y medio después de haberse suscrito la Adición No.1 el 31 de marzo del 2008.	El hospital se compromete a realizar las modificaciones pertinentes, además de mejorar los canales de comunicación entre las diversas áreas de contratación, contabilidad y presupuesto con el fin de manejar una socialización y conciliación permanente y se utilicen criterios de modificación.	Total de modificaciones parientes, además de modificaciones en los contratos / Total de contratos conciliados	100 % de contratos conciliados	Contratación, contabilidad, presupuesto	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca, Profesional de contabilidad Dr. Abimael Mazaret	No adicionales	22/04/2009	31/03/2009	100%	100%	El hospital realizo las modificaciones respectivas a los contratos de los hallazgos y se estableció la conciliación con las áreas respectivas.	2	C

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCION E.S.E															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORIA
AGEBREGULAR 2008	CONTROL INTERNO 3.11.1	3.11.1. EL HOSPITAL reporta en SIVICOF a la Contraloría de Bogotá con relación a la rendición de la cuenta según Resolución No 01 del 26/02/2007 y RESOLUCION 20 de 2007 Anexo A, en el formato CB-0201 (Archivo Contratación), información incompleta en las columnas número del contrato, nombre y número del proyecto, generando incertidumbre en la información que debe ser nuevamente solicitada a la administración, contraviniendo lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	El hospital mediante la oficina de contratación rendirá los informes de SIVICOF de manera completa incluyendo número de contrato, nombre y número del proyecto.	informes de SIVICOF rendidos adecuadamente / Número total de informes	100% de cumplimiento en la rendición de informes	Gestión Pública y Autocontrol Contratación	Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	22/04/2008	31/02/2008	100%	100%	El área de contratación del hospital tiene diligenciado el Anexo A del formato CB-021 (Archivo de Contratación) de acuerdo a lo establecido en la resolución No 01 del 26/02/2007 y RESOLUCION 20 de 2007.	2	C
AGEBREGULAR 2008	ESTADOS CONTABLES 3.3.1	3.3.1. El saldo total de la cuenta Deudores Servicios de Salud, se refleja en el activo corriente, sin tener en cuenta que el valor de la cartera mayor a 360 días al cierre de la vigencia debe reflejarse en el activo no corriente, incidiendo significativamente en el análisis y comparación de las cifras y en los indicadores financieros. Lo anterior contraviene lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 2.9.3.1.1, literal 368, Normas técnicas relativas a los estados, informes y reportes contables y el numeral 2.7 Características cualitativas de la información contable pública, párrafo 104.	El hospital se compromete a reflejar la cartera en los Estados Financieros del hospital, de acuerdo a lo normado por la Contaduría General de la Nación, en el Plan General de Contabilidad Pública.	Cartera no corriente / Total de Cartera	100 % de la cartera mayor a 360 días en el activo no corriente.	Contabilidad	Coordinador de Contabilidad Dr. Edilberto Herrera	Humanos y tecnológicos	22/04/2008	31/02/2008	Para el mes de Marzo y Junio de 2008 la Cartera del hospital que se encuentra provisionada, se presentó clasificada en los Estados Financieros de acuerdo a su naturaleza.	100%	Efectuado el seguimiento se comprueba que no se elaboran las notas a los estados financieros del Hospital de Usme, de acuerdo a los parámetros señalados por la Contaduría General de la Nación.	0	A
AGEBREGULAR 2008	ESTADOS CONTABLES 3.3.2	3.3.2. De otra parte, analizado el reporte de glosas definitivas rendido en el SIVICOF a diciembre 31 de 2008 ascienden a un valor de \$90.8 millones de los cuales la entidad debe proceder a establecer el monto de la glosa cuyas causales genera responsabilidad fiscal y dar inicio a los correspondientes procesos disciplinarios y fiscales a que haya lugar. Lo anterior teniendo en cuenta lo normado en el numeral 5.1 Procedimiento contable y administrativo de las glosas, de la Circular externa No. 035 de 2003 y demás conceptos emitidos por el Contador del Distrito.	El hospital ha creado un Comité de glosas con el fin de mejorar la gestión del proceso, y establecer el monto de las glosas causal de responsabilidad fiscal para hacer el seguimiento respectivo.	N. de glosas con responsabilidad fiscal / N. de glosas generadas	Definir el monto de la glosa con responsabilidad fiscal.	Auditoría de Cuentas medicas, cartera, facturación, contabilidad, Subgerencia administrativa y financiera	Subgerencia administrativa y financiera, Dr. Leonardo Gomez, Coordinador de auditoria de cuentas medicas Dra Victoria Chavez, Coordinador de cartera Dra Patricia Pachon, Coordinador de facturación Dr Martin Castañeda, Coordinador de contabilidad Dr Edilberto Herrera.	Recursos Humanos	24/04/2008	31/02/2008	50%	50%	En el seguimiento se estableció que se definieron responsables de glosas quedando pendiente para investigación por parte de la administración, se determina a la fecha un total de glosas por \$131.0 Millones	2	C
AGEBREGULAR 2008	ESTADOS CONTABLES 3.3.3	3.3.3 En cuanto a la depreciación acumulada presenta una diferencia de \$171.3 millones entre lo reportado en estados contables de \$3.698.2 millones y el inventario por valor de \$3.526.9 millones, generando incertidumbre en el valor calculado e incidiendo en la cuenta del gasto por depreciación, incumpliendo lo normado en el numeral 2.7 características de la información contable, párrafo 106 Verificabilidad.	El hospital se compromete a continuar con el proceso de conciliación para llegar a reflejar saldos homogéneos entre las áreas de Activos Fijos y Contabilidad, en la cuenta de depreciación acumulada.	Valor depurado / Valor del hallazgo	100 % de la diferencia depurada.	Contabilidad y Activos fijos	Coordinador de Contabilidad Dr. Edilberto Herrera Gutiérrez, Coordinador de Activos Fijos, Dra. Rosa María Rivera Herrera.	No adicionales	22/04/2008	31/02/2008	se realizó ajuste por valor de \$13,749,954.76	80%	Se verifica que el proceso de conciliación si se llevó a cabo, presentando saldos homogéneos entre las áreas de Activos Fijos y Contabilidad, en la cuenta de depreciación acumulada.	2	C
AGEBREGULAR 2008	ESTADOS CONTABLES 3.3.4	3.3.4 Se presenta incertidumbre en el saldo reflejado en la cuenta Otras responsabilidades contingentes por valor de \$1.445 millones que corresponden a cuentas por pagar presupuestales de las vigencias 2006, 2007 y 2008, debido a las deficiencias en la liquidación y liberación de saldos de contratos, incumpliendo lo normado en el PFCO numeral 2.9.1.5 párrafo 307 ? Las cuentas de orden deudoras y	El hospital se compromete a realizar oportunamente las liquidaciones. Previo a esto bueno de la referencia financiera de pagar los mismos por Control Cuentas presupuestales, almacén y tesorería, datos que deberán ser reflejados tanto en la ejecución presupuestal como en las cuentas de orden deudoras.	Cuentas por pagar presupuestales / Cuentas por pagar de Control cuentas es igual a \$0.	Que la diferencia entre los compromisos por pagar y los saldos de Control cuentas es igual a \$0.	Contabilidad Presupuesto	Coordinador de contabilidad Dr. Edilberto Herrera - Jefe Contratación Dr. Juan Armando Fonseca, Coordinador de Presupuesto, Dr. Edson Rojas	No adicionales	22/04/2008	31/02/2008	Existente diferencia dado que desde presupuesto se castigan-reintegran las cuentas mientras el modulo control cuentas debe guardar el histórico		Se verifica que el proceso de conciliación si se llevó a cabo, presentando saldos homogéneos entre las áreas de Activos Fijos y Contabilidad, en la cuenta de depreciación acumulada.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO																
Entidad																
HOSPITAL USM1 NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.																
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORIA	
AGEREGULAR 2008	ESTADOS CONTABLES 3.3.5	3.3.5. Si embargo se detectaron debilidades en los procesos de conciliación y ajuste de las cifras, con las entidades distintas, dado que revisado el formato CB-0902 Operaciones Recíprocas se evidenció que la información contenida está parcialmente conciliada, incluyendo lo nombrado en el PGCP, numeral 2.7 características de la información contable, párrafo 106 Verificabilidad. Asimismo se efectuó la separación de las edificaciones, las cuales se encontraban registradas conjuntamente con el valor de los terrenos, su contabilización se realizó de acuerdo con la información presentada en el módulo Proyectado Planta y Equipo. Se realiza periódicamente conciliación de saldos con contabilidad, pero a la fecha no se ha adelantado la valorización de los bienes, con fines de actualización.	El hospital se compromete a realizar conciliaciones con cada una de las entidades del Distrito con las que realizamos operaciones susceptibles de ser conciliadas y presentadas en los formatos de la Contaduría General de la Nación. Realizar valorización técnica a los predios del Hospital de Usme, con el fin de reflejar en los Estados Financieros de la entidad el valor que se determine producto de la valorización.	Número de conciliaciones realizadas / Total de operaciones realizadas. Predios a valorar / Total predios valorados	100 % de conciliaciones de operaciones recíprocas. 100 % de predios valorados.	Contabilidad Activos Fijos	Coordinador de Contabilidad, Dr. Edilberto Herrera Gutiérrez. Coordinador de Activos Fijos, Dra. Rosa María Rivera Herrera.	Humanos y tecnológicos	30/09/2009	31/09/2009	Se ha realizado conciliación con el Fondo Financiero Detrital de Salud. (18/18)*100 = 100	100%	Se verifica que el proceso de conciliación si se llevó a cabo, presentando saldos homogéneos entre las áreas de Activos Fijos y Contabilidad, en la cuenta de depreciación acumulada.	2	C	
AGEREGULAR 2008	PRESUPUESTO 3.4.2.1	3.4.2.1. Para el caso de los gastos de inversión y el proceso de armonización presupuestal, el Hospital generó el Acuerdos el 07 de julio de 2008 y La Resolución No. 1634 de julio de 2008 actos que difieren en el Crédito al rubro de Aportes patronales del nuevo Plan de desarrollo Bogotá Positiva, en el Acuerdo no existe la cuenta inscrita como tal, además se creó en la Resolución el subrubro Caja de Compensación con una apropiación por \$ 87.464.605. Esto no altera la suma o resultado total de la inversión, pero sí genera información poco cordial, contrariándose lo estipulado en la Ley 87 de 1993 en su Artículo 3°.	El hospital se compromete a proyectar los Acuerdos de Junta Directiva y Resolución de liquidación de modificaciones, con el Voto de Subgerencia administrativa financiera, corroborando los totales y subtotales, antes de la firma por parte de la Gerencia buscando la igualdad de Resoluciones de modificación y las Resoluciones de Liquidación.	Subtotales y Totales de Acuerdos de modificación y Resoluciones iguales.	Acuerdos= Resoluciones	Presupuesto	Coordinador de presupuesto, Dr. Edison Rojas.	No adicionales	04/05/2009	30/09/2009	Se han cotejado los valores aprobados en los Acuerdos junto con los liquidados en las Resoluciones y no se observa diferencia alguna	100%	Para la aprobación de las modificaciones se remite copia del proyecto de Resolución y esta es revisada y aprobada simultáneamente	2	C	
AGEREGULAR 2008	PRESUPUESTO 3.4.3.1	3.4.3.1. El hospital a cierre de vigencia presentó una ejecución de ingresos del 98,22%, equivalente a \$40.669.7 millones de recaudo, dejándose de recaudar \$1.599.1 millones, frente a una ejecución del presupuesto de gastos en compromisos 73,1%, equivalente a \$ 31.094.6 millones. De acuerdo al estimado de facturación para la vigencia de \$42.268.9 millones se llevó a cabo una facturación causada (es la generada por la prestación del servicio la cual difiere con la radicada) del 63,15% equivalente a \$26.690.8, para una variación de la meta de facturación de \$15.578 millones. Se radicó facturación por \$26.582.5 millones, equivalente al 99,59% (en relación a la causada), generando un saldo por radicar igual a \$10.3 millones.	El Hospital se compromete a realizar un informe mensualizado de Gestión Financiera Integral (Facturación, cartera y presupuesto) para determinar desviaciones de lo programado vs lo ejecutado y informar oportunamente a la administración	95% de ejecución de fuentes de ingresos a Diciembre 31 de 2009	Ejecutar el 95% del presupuesto de ingresos.	Presupuesto, cartera, facturación.	Coordinador de presupuesto, Dr. Edison Rojas.	No adicionales	04/05/2009	31/09/2009	95% de Ejecución de Fuentes de ingresos a Diciembre 31 de 2009		El Hospital realiza un informe mensualizado de Gestión Financiera Integral (Facturación, cartera y presupuesto) para determinar desviaciones de lo programado vs lo ejecutado e informar oportunamente a la administración el cual es soportado con la ejecución presupuestal.	1	A	
		3.4.3.1. Es importante anotar que existe diferencia entre lo recaudado y la facturación causada, por fuentes de ingresos que no son facturables y aparecen en la ejecución pasiva del presupuesto como tales: cuentas por cobrar, FFDS-Convencios de desempeño, otros ingresos no tributarios, recursos de capital, en total suman \$17.110.9 millones, quedando como fuentes de ingresos facturables por venta de servicios estimados \$25.158.1 millones. Sin embargo el comportamiento de la facturación vs. el presupuesto definitivo es muy pobre llegándose tan solo al 63% de facturación.	El hospital se compromete a realizar un informe que detalle la facturación del presupuesto de ventas de servicios de salud respecto a los techos presupuestales de venta de servicios de salud adicional a la ejecución presupuestal del comportamiento exclusivo de la facturación de venta de servicios de salud.	95% de informes presentados / Total de meses evaluados x100	presentar el 100% de informes a la Subgerencia financiera	Presupuesto y facturación.	Coordinador de presupuesto, Dr. Edison Rojas.	No adicionales	04/05/2009	31/09/2009	100%			El hospital realiza un informe de facturación mensual el cual es insumo para la ejecución presupuestal, el cual muestra el comportamiento exclusivo de la facturación de venta de servicios de salud.	1	A
		3.4.3.1. En los ingresos generados en la cuenta de Régimen Subsidado-EPS-Capitado se dio una subestimación significativa de la fuente al llevarse a cabo la meta presupuestal en tan solo un 59,7% de ejecución al recaudarse \$7.981.1 millones de \$13.368.8 millones, dejándose de recaudar dentro de la vigencia \$5.387.7 millones. Para cierre de vigencia se alcanzó una facturación causada acumulada por \$8.520.3 millones correspondiente al 63,7% del estimado (respecto al presupuesto definitivo); de esta se radicó facturación por \$8327.7 millones equivalente a 97,7%, dejándose de radicar \$192.5 millones. Lo anterior debido a que el hospital no logró el aseguramiento proyectado, además la población certificada por las EPS-Subsidiadas estuvo muy por debajo de la proyectada, lo que indica fallas en el procedimiento y técnica para el cálculo del presupuesto, poca consideración del comportamiento histórico del pago y de los techos manejados por las Empresas promotoras de salud.	El hospital se compromete a realizar una proyección más ajustada en los ingresos sobre todo las fuentes sobrestimadas e informar a la administración sobre el comportamiento de este tipo de pagadores para la toma oportuna de decisiones.	Ejecución de ventas de servicios de salud	Ejecutar el 95% del presupuesto de ventas de servicios de salud	Presupuesto	Coordinador de presupuesto, Dr. Edison Rojas.	No adicionales	04/05/2009	31/09/2009	Ejecución de ventas de servicios de salud			la proyección fue ajustada a la realidad de la entidad se han aplicado los correctivos necesarios para tener una ejecución ajustada a lo programado haciendo seguimiento a los valores reportados por medio de soportes físicos	1	A



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
ENTIDAD: HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCIÓN	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR DE SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORIA
AGEB-REGULAR 2008	PRESUPUESTO 3.4.3.2	3.4.3.2. El 40.66% de las fuentes de ingresos corrientes presentaron una deficiente ejecución presupuestal y no respondieron a las metas fijadas, dejándose de recaudar \$6.175.6 millones, lo que nos refleja un grave problema en el cálculo de las metas presupuestales de ingresos y afectando la generación de recursos financieros disponibles. El comportamiento de la facturación causada respecto al ingreso proyectado fue de tan solo un 63%, dándose una variación de la meta proyectada de \$15.578 millones, lo que refuerza la conclusión del análisis de las metas proyecciones en las fuentes de ingresos.	El hospital se compromete a realizar una proyección más ajustada en los ingresos sobre todo las fuentes sobreestimadas e informar a la administración sobre el comportamiento de este tipo de pagadores para la toma oportuna de decisiones.	Ejecución de ventas de servicios de salud	Ejecutar el 90% del presupuesto de ventas de servicios de salud	Presupuesto	Coordinador de presupuesto, Dr Edson Rojas, Coordinadora de cartera Dr Patricia Pachón, Coordinador de facturación Dr Martin Castañeda	No adicionales	04/05/2008	31/02/2009	Ejecución de ventas de servicios de salud		la proyección fue ajustada a la realidad de la entidad se han aplicado los correctivos necesarios para tener una ejecución ajustada a lo programado haciendo seguimiento a los valores reportados por medio de soportes físicos	2	C
		3.4.3.2.Otras Fuentes de Menor Importancia que Muestran Bajo Recauda son: Cuotas de Recuperación y Copagos: se recaudo en 61% respecto al ingreso estimado al pasar de \$326 millones estimados a \$199 de recaudo, esta fuente se vio afectada por la reglamentación del no cobro de cuotas de recuperación a los encuestados SISBEN 1 y 2 y la Ley de Gratuidad. Esta fuente representa el 0.8% de los ingresos corrientes. Venta de servicio a particulares: Se alcanzo a recaudar tan solo un 5,82% representado en \$9.2 millones del ingreso calculado en \$158.3 millones. Esta fuente representa el 0.4% de los ingresos corrientes. Otros pagadores por venta de servicios: El ingreso estimado por esta fuente fue de \$22.6 millones, de los cuales se recaudaron \$2.7 millones, para un logro del 12.2%, porcentaje demasiado bajo para la meta calculada. La fuente representa el 0.06% de los ingresos corrientes.	El hospital se compromete a realizara una proyección más ajustada en los ingresos, sobre todo las fuentes sobreestimadas e informar a la administración sobre el comportamiento de este tipo de pagadores para la toma oportuna de decisiones.	Ejecución de ventas de servicios de salud	Ejecutar el 90% del presupuesto de ventas de servicios de salud	Presupuesto, cartera y facturación	Coordinador de presupuesto, Dr Edson Rojas, Coordinadora de cartera Dr Patricia Pachón, Coordinador de facturación Dr Martin Castañeda	No adicionales	04/05/2008	31/02/2009	Ejecución de ventas de servicios de salud		la proyección fue ajustada a la realidad de la entidad se han aplicado los correctivos necesarios para tener una ejecución ajustada a lo programado	2	C
AGEB-REGULAR 2008	PRESUPUESTO 3.4.4.1	3.4.4.1. Se dejaron compromisos registrados como cuentas por pagar por \$1.476.2 millones que representan el 4.6%, realizando el cruce con las cuentas por pagar reportadas por el área de presupuesto y contabilidad que ascienden a \$1.445.3 millones y la ejecución de gastos reportada en SIVICOF, se da una diferencia de \$30.9 millones, donde se evidencia que la información es poco confiable, lo que indica que no existe un sistema de información eficiente a través del cual puedan tomarse decisiones en el entendido que el presupuesto es una herramienta gerencial, y más teniendo presente que el mismo es el apoyo de las actividades del Hospital. De esta manera se contraviene lo estipulado en la Ley 87 de 1995 en su Artículo 3º y 5º de igual manera el Decreto 1112 de 1997 modificado por el Decreto Distrital 317 de 2000, en su Artículo 21. ¿De los objetivos del sistema presupuestal?	El hospital se compromete a Validar la ejecución presupuestal presentada a Secretaría Distrital de Salud, lo reportado en SIVICOF junto a la ejecución generada por el sistema de información y soporte los informes presentados con el reporte mencionado.	Inexistencia de diferencias entre el informe de SIVICOF y el sistema de información.	No tener diferencias entre lo reportado y la ejecución física del sistema.	Presupuesto y Contabilidad	Coordinador de presupuesto Dr Edson Rojas, Coordinador de Contabilidad Dr Edilberto Herrera	No adicionales	04/05/2008	31/02/2009	No existen diferencias entre el informe de SIVICOF y el sistema de información.		El hospital valida la ejecución presupuestal presentada a Secretaría Distrital de Salud, lo reportado en SIVICOF junto a la ejecución generada por el sistema de información y realiza el soporte correspondiente.	2	C
		3.4.4.1. En el caso de cuentas por pagar de funcionamiento constituidas a cierre de vigencia 2007 para pagar en el 2008, se ejecuto el presupuesto en \$1.264.7 millones quedando como saldo para la siguiente vigencia \$20.0 millones del contrato No.1274 con Cuatro Consultores S.A, con Disponibilidad No. 92 y Registro presupuestal No. 131/06 y cuyo objeto ya se ejecuto, el cual esta pendiente de liquidación por conflicto de intereses del contratista.	Solicitar a la oficina Jurídica copia de los documentos soportes, del proceso de conciliación que se adelanta con el contratista y la actuación administrativa de compromiso a que se llegue, mientras tanto el recurso se garantizo hasta que se defina jurídicamente el proceso.	Documentación de las acciones adelantadas	Soporte de la constitución de la cuenta por pagar y Fecimiento de la misma	presupuesto y contratación	Coordinador de presupuesto Dr Edson Rojas, Coordinador de contratación Dr. Juan Armando Fonseca	No adicionales	04/05/2008	31/02/2009	documento pendiente por conciliación jurídica		La exp esta constituida y se garantiza hasta tanto no se defina la situación del compromiso por pagar.	2	C
AGEB-REGULAR 2008	PRESUPUESTO 3.4.4.1	3.4.4.1. El Plan de Desarrollo Bogotá Positiva maneja el proyecto Operación de las ESE cuyos recursos cumplen con la misma función del mejoramiento del servicio en Salud y del pago de la nómina asistencial del proyecto Universalización del anterior Plan Bogotá sin Indiferencia. A este fin se le apropiaron \$6.898.1 millones, es decir el 39.6% del total de la inversión que fue de \$17.451.5 millones, se ejecuto \$6.012.6 millones para un 67% y se gino \$6.469.2 millones, para un 91%. Lo anterior como consecuencia de la baja ejecución de proyectos UEL encaminados a desarrollar actividades de promoción y prevención entre otros: Proyecto 090 Convenio Interadministrativo 05-01-00-2007, el cual desarrolla actividades de Salud a su Hogar y Proyecto 239 ? Convenio Interadministrativo 05-01-00-2008 el cual se encamina suministrar Dotación de Ayudas Técnicas a Limitados Físicos de la Localidad, cuya ejecución estuvo en tan solo el 1.96%.	El Hospital se compromete a realizar un plan de contingencia con el fin de evitar por vicencias la ejecución de los proyectos UEL que permitan mejorar la ejecución presupuestal de este rubro. - Establecer un informe de gestión presupuestal con los proyectos UEL para diferenciar los recursos destinados para ejecución de otros. - Realizar ajustes presupuestales oportunos.	Proyectos UEL nivelados según planeación programática / Proyecciones programáticas presupuestadas X 100	Cumplir con el 100% de proyectos UEL acordes a la proyección	Presupuesto, Salud Pública,	Coordinador de Salud Pública, Carlos José Pinto, Coordinador Presupuesto, Dr Edson Rojas	No adicionales	24/04/2008	31/02/2009	8000%		1) El Hospital en forma conjunta con el supervisor del fondo de desarrollo local y la interentorista designada para cada uno de los proyectos, realiza las actividades en los plazos estimados y dar cumplimiento a las metas establecidas lo que se refleja en la ejecución tanto programática como financiera de los mismos, actividad que tiene un constante seguimiento y monitoreo por las partes involucradas donde según la necesidad se hacen los ajustes necesarios. 2) Por otra parte según solicitud de la Oficina de la Subgerencia Administrativa y Financiera se reporta la ejecución financiera y programática de cada uno de	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CIS-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ENTIDAD															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCIÓN (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	ÁREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCIÓN	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	GRADO DE AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN FORMULADA (A-BERTA, C-CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	PRESUPUESTO 346.4	3.4.6.4. Para el Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva se constituyeron cuentas por pagar por \$710.0 millones, dentro de los rubros de mayor peso esta el de Insumos Hospitalarios con cuentas por \$ 321.3 millones, en donde el contrato más representativo es el No. 175 de 2008 suscrito con Suministro y Dotaciones de la Costa por \$324.2 millones, al cual se le pago durante la vigencia 2008 la suma de \$134.0 millones de los cuales Disponibilidad 128 y Registro presupuestal 551 quedando el saldo consignado como cuenta por pagar por \$168.7 millones. Una vez realizado el pago con la información de la relación de contratos sin liquidar, suscritos durante la vigencia 2008, este contrato no aparece relacionado, lo que evidencia falta de veracidad, exactitud y oportunidad en la información que alimenta los procesos y procedimientos entre las diferentes áreas, efecto que se ve reflejado en la gestión y en los reportes que suministran a la Contraloría.	3.4.6.4. En las cuentas por pagar a cierre de 2008 de compromisos por \$7 807.2 millones se pagaron los compromisos para que ellos tomen como referencia y ajusten su información, establecer conciliación mensual con el Saldo de cuentas por pagar de suscritos y Registros Presupuestales (Actos Suscritos y Registros Presupuestales expedidos). Conjuntamente con las agencias anteriores a 2007 mensa a 0% del total de cuentas por pagar.	100% de contratos conciliados	Presupuesto y Contratación	Coordinador de presupuesto Dr. Edison Rojas, Técnica de apoyo en Contratación Sra. Dora Marquez	No adicionales	04/05/2008	31/03/09	Se socializan de manera mensual los saldos de los registros expedidos para que la conciliación corrobore la información, se esta en proceso de implementación de la conciliación.	2	C			
AGE-REGULAR 2008	PRESUPUESTO 347.1	3.4.7.1. De acuerdo al análisis de las fluctuaciones de la caja en los diferentes meses del año, se puede determinar que se realizaron sobreejecuciones en promedio del 131.6% por encima de lo programado correspondiente a los meses de febrero, mayo, junio, julio y agosto. Se está realizando, de esta manera, el plan de caja.	El Área de Tesorería implementará mediante Acto Administrativo el Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC), con el fin de obtener una adecuada programación de pagos, adicionalmente, se establecerán los mecanismos de control que mitiguen el riesgo de realizar sobreejecuciones en conjunto con las Áreas de Cartera y Presupuesto.	Mantener una adecuada programación de pagos / PAC 100%	Tesorería	Coordinador de tesorería, Dr. Carlos Paramo	No adicionales	04/04/2008	31/03/2009	10000%	2	C			
AGE-REGULAR 2008	CONTRATACIÓN 35.1	3.5.1. De las premisas anteriores nos permitieron estimar un presunto deterioro patrimonial estimado en \$1.156.8 millones debido a que el valor de este elemento de administración tiene una destinación diferente al cumplimiento de los objetivos Misionales, acciones y metas del Hospital de Urmé.	La administración se compromete a dar cumplimiento a lo descrito en el manual interno de contratación según lo dispuesto en el acuerdo 04 de 2007, al numeral 6 de artículo 195 de la ley 100 de 1993, a los códigos civiles, comerciales y demás normas concordantes y complementarias sobre el sistema de contratación de las empresas Sociales del Estado. En cuanto a la responsabilidad fiscal se responderá en la instancia judicial correspondiente en el tiempo y lugar indicado en la ley.	Cumplir con el 100% de las normas de contratación	Contratación	Técnico administrativo de contratación Sra. Dora Marquez	No adicionales	04/02/2008	31/03/2009	10000%	100%	2	C		
AGE-REGULAR 2008	CONTRATACIÓN 35.2	3.5.2. Deficiencias en la Etapa de Precontractual: se observa debilidad en a) los criterios para la realización de la oportunidad y conveniencia al adelantar el proceso de selección y contratación y su adecuación al presupuesto; b) en los estudios necesarios para la determinación exacta de los bienes, servicios u obras requeridas; c) al identificar técnica y económicamente el objeto de las prestaciones del contrato a celebrar. Es decir, deficiencias en la justificación del futuro contrato que debe realizarse el área que al interior de la entidad requiere del mismo, donde se analiza y determine la conveniencia y oportunidad del contrato a celebrar, su adecuación a los planes, programas y proyectos de la institución y a su presupuesto.	El hospital dará cumplimiento a lo ordenado en el Acuerdo de Junta Directiva No. 04 de 2007, en todos los procedimientos precontractuales, contractual y poscontractual.	Cantidad de contratos que cumplen las normas legales / Número total de contratos celebrados en la entidad x 100	Contratación.	Coordinador de Contratación, Dr. Juan Armando Fonseca.	No adicionales	24/04/2008	31/03/2009	10000%	100%	2	C		
AGE-REGULAR 2008	CONTRATACIÓN 35.3	3.5.3. Deficiencias en la Liquidación de los contratos que afectan los registros presupuestales y cuentas de orden a nivel contable. Debido a las graves inconsistencias que presenta la Resolución 1765 de 2008 de 14 de noviembre de 2008, "POR LA CUAL SE LIQUIDA UNILATERALMENTE CONTRATO DE SUMINISTRO No. 1096 de 2006 y con posterioridad la Resolución 040 de 2009 "POR LA CUAL SE RECTIFICA LA RESOLUCIÓN No. 1765-0877, sin que obre documentalmente la respectiva inscripción de saldos presupuestales y los debidos registros financieros. A la fecha se desconoce en la vigencia 2008, el total de contratos liquidados en forma indebida, los pendientes por liquidar de vigencias anteriores, el monto total, los saldos a favor del hospital, manteniendo vigente el vínculo contractual y la afectación a terceros con lo cual contravienen la Ley 734 de 2002 (Codigo Disciplinario).	Se procederá a la revisión de la liquidación realizada al contrato y se corrigió previamente estableciendo el resumen histórico del contrato.	Liquidación del contrato corregida	Contratación, Presupuesto	Coordinador de Contratación, Dr. Juan Armando Fonseca.	No adicionales	24/04/2008	31/03/2009	contrato corregido	100%	2	C		



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CB-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO

HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A-ABIERTA, C-CERRADA) CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.1	3.6.1.1 Revisado el informe "Plan de Gestión Clientes y Resultados 4 semestros de 2008" (17), no fue posible determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos fijados en el Plan Estratégico a diciembre 31 de 2008, toda vez que los resultados allí consignados se refieren por área de gestión y no por Objetivo Estratégico y no se indica su equivalencia. Adicionalmente, el mencionado informe carece de interpretación y análisis sobre los resultados allí presentados, lo que no permite establecer su comportamiento, situación que plantea debilidades en los mecanismos de evaluación, vulnerando lo establecido en los literales b) y d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1.993.	El Hospital se compromete a presentar el informe alineando los objetivos estratégicos a las áreas de gestión, resaltando la interpretación y el análisis correspondiente a cada uno de los resultados allí consignados.	Informe del plan de gestión ajustado a los requerimientos.	Presentación del informe ajustado	Planeación, Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia de Gestión en Salud, Gestión Pública y Justicia	Jefe de Planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	24/04/2009	31/07/2009	Se da cumplimiento a la acción mediante la armonización de los objetivos estratégicos del plan estratégico, con el plan de gestión gerencial.	100%	Se involucró a las diferentes áreas con el fin de articular y cuantificar los objetivos del plan estratégico institucional, con el plan de gestión gerencial.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.2	3.6.1.2 Revisadas las carpetas de los convenios suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud números 976 de 2005, y 794 de 2007 mencionados anteriormente, se observó que no reposan todos los informes mensuales de seguimiento, faltando los informes de enero a julio de 2008. Lo anterior evidencia debilidades en los mecanismos de seguimiento y en las herramientas de evaluación a los proyectos de inversión, puesto que la carencia de estos informes dificulta conocer el proceso de ejecución de los mismos y evaluar la gestión adelantada por el Hospital.	El Hospital se compromete a consolidar los informes faltantes con base en la información con la que se cuenta y a partir de la fecha presentará mensualmente los informes de los convenios que se encuentran en ejecución.	Numero de informes presentados / Numero de informes requeridos por tipo de convenio	Presentar 100% de informes según periodicidad requerida por tipo de convenio	Planeación	Jefe de Planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	24/04/2009	31/07/2009	100000%	100%	El hospital consolidó los informes faltantes correspondientes a los convenios 976 de 2005 y 794 de 2007 de los meses enero a julio de 2008, y a partir de la fecha el hospital ha cumplido con la presentación de los informes mensuales de los convenios de acuerdo a lo exigido por Secretaría Distrital de Salud.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.3	3.6.1.3 Analizados los informes de seguimiento trimestral al Plan de Intervenciones Colectivas PIC, correspondientes al periodo julio a septiembre de 2009 y de octubre a diciembre de 2009, se concluyó que este mecanismo no cumple con el propósito de seguimiento y control a las metas previstas para el proyecto, toda vez que el cumplimiento allí consignado presenta inconsistencias y deficiencias que impiden establecer con exactitud el nivel de cumplimiento de las metas, el avance del proyecto y por ende evaluar su ejecución.	La entidad se compromete a revisar y ajustar las metas formuladas y radicadas en la Secretaría Distrital de Salud y los indicadores que se vienen monitoreando para que la entidad pueda dar cumplimiento a dichas metas, teniendo en cuenta los nuevos lineamientos definidos por la Secretaría Distrital de Salud.	Numero de metas e indicadores revisados y ajustados/ Numero total de metas definidas en el PIC X 100	Cumplir con el 100% de ajustes de las metas e indicadores	Salud Publica y planeación	Coordinador de salud publica Dr. Carlos Julio Pinto, Asesor de planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	24/04/2009	31/07/2009	Indicadores del plan de intervenciones colectivas ajustados de acuerdo a las políticas y calidad de la institución.	100%	El plan de intervenciones colectivas pic durante este periodo construye indicadores por ambito componente, según los nuevos los lineamientos entregados por la sds, esto se puede evidenciar verificando los poses del pic de todo el año anexo soportes en magnético y soporte en físico del consolidado del año, de la misma forma las hojas de vida de los indicadores que se encuentran en el tablero de control balance score card de la institución.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.4	3.6.1.4 Se observó inadecuada formulación de las metas, por cuanto fueron redactadas en términos generales, que sugieren objetivos y/o actividades, así mismo no fueron definidas en términos cuantificables y medibles que concreten los compromisos del Hospital, dificultando el seguimiento e impidiendo medir el logro de las mismas. Situación que contraviene lo establecido en el Capítulo V, transitorio para el otorgamiento de la Ficha de Estadísticas Básicas de Inversión Distrital (EBID), del Manual de procedimientos para la operación y administración del Banco Distrital de Programas y Proyectos de la Administración Central y Establecimientos Públicos de mayo de 2004, emitido por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital.	La entidad se compromete a revisar y ajustar las metas formuladas y radicadas en la Secretaría Distrital de Salud y los indicadores que se vienen monitoreando para que la entidad pueda dar cumplimiento a dichas metas, teniendo en cuenta los nuevos lineamientos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud para cierre de vigencia 2008 y programación 2009	Numero de metas e indicadores revisados y ajustados/ Numero total de metas definidas en el PIC X 100	Cumplir con el 100% de ajustes de las metas e indicadores	Salud Publica y planeación	Coordinador de salud publica Dr. Carlos Julio Pinto, Asesor de planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	24/04/2009	31/07/2009	Indicadores del plan de intervenciones colectivas ajustados de acuerdo a las políticas y calidad de la institución.	100%	El plan de intervenciones colectivas pic durante este periodo construye indicadores por ambito componente, según los nuevos los lineamientos entregados por la sds, esto se puede evidenciar verificando los poses del pic de todo el año anexo soportes en magnético y soporte en físico del consolidado del año, de la misma forma las hojas de vida de los indicadores que se encuentran en el tablero de control balance score card de la institución.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.5	3.6.1.5 Se observó que la información relativa a los indicadores formulados para medir cada una de las metas, es incompleta, puesto que no se desamplian, ni se registró su resultado aplicando el análisis y la verificación de logros alcanzados en cada meta. La anterior situación vulnera lo establecido en los literales b) y d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1.993.	La entidad se compromete a revisar y ajustar las metas formuladas y radicadas en la Secretaría Distrital de Salud y los indicadores que se vienen monitoreando para que la entidad pueda dar cumplimiento a dichas metas, teniendo en cuenta los nuevos lineamientos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud para cierre de vigencia 2008 y programación 2009	Numero de metas e indicadores revisados y ajustados/ Numero total de metas definidas en el PIC X 100	Cumplir con el 100% de ajustes de las metas e indicadores	Salud Publica y planeación	Coordinador de salud publica Dr. Carlos Julio Pinto, Asesor de planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	24/04/2009	31/07/2009	Indicadores del plan de intervenciones colectivas ajustados de acuerdo a las políticas y calidad de la institución.	100%	El plan de intervenciones colectivas pic durante este periodo construye indicadores por ambito componente, según los nuevos los lineamientos entregados por la sds, esto se puede evidenciar verificando los poses del pic de todo el año anexo soportes en magnético y soporte en físico del consolidado del año, de la misma forma las hojas de vida de los indicadores que se encuentran en el tablero de control balance score card de la institución.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.6	3.6.1.6. Por otra parte se observó que el análisis cualitativo que se realiza sobre los resultados alcanzados en las metas, en varios casos, no es el adecuado, puesto que no cumple con el propósito de presentar los aspectos que facilitan el retraso del cumplimiento de la meta, ni de proponer la solución en caso de incumplimiento. En varias metas, se observaron simples comentarios y en algunos casos incoherentes, que no explican las causas que incidieron en los resultados alcanzados.	Definir e implementar procedimiento y soporte documental para presentación de informe de Proyecto Integral de Salud Institucional, que incluya puntos de control y retroalimentación frente a calidad de los informes	Procedimiento y soporte documental implementado	Procedimiento para seguimiento a metas del Proyecto Integral de salud institucional	Planeación	Jefe de Planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	20/04/2009	31/07/2009	Metodología establecida para seguimiento de metas.	100%	A partir del mes de julio del 2009 se establece que la institución evalúe sus metas e indicadores realizando evaluaciones trimestrales de los planes operacionales por área y el diligenciamiento de indicadores del tablero balance score card, siguiendo con los direccionamientos de la política de calidad de la institución.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.6	3.6.1.6. Por otra parte se observó que el análisis cualitativo que se realiza sobre los resultados alcanzados en las metas, en varios casos, no es el adecuado, puesto que no cumple con el propósito de presentar los aspectos que facilitan el retraso del cumplimiento de la meta, ni de proponer la solución en caso de incumplimiento. En varias metas, se observaron simples comentarios y en algunos casos incoherentes, que no explican las causas que incidieron en los resultados alcanzados.	Realizar proceso de capacitación a responsables realización de reporte de indicadores, sobre metodologías e seguimiento de resultados	Porcentaje de responsables de realizar informes del plan integral de salud institucional capacitados en el adecuado al reporte	A 31 de diciembre de 2009 se habrán ejecutado el 100% de responsables de áreas y proyectos responsables de realizar reporte y seguimiento al reporte	Salud Publica y planeación	Coordinador de salud publica Dr. Carlos Julio Pinto.	No adicionales	20/04/2009	31/07/2009	se realizan las capacitaciones.	100%	En cumplimiento de los direccionamientos dados por la oficina de planeación se realiza socialización de los nuevos directrices para la elaboración de indicadores. Sin embargo esta acción de mejora no se encuentra soportada por tanto la Oficina de Gestión pública y autocontrol no puede hacer la verificación correspondiente.	2	C



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

CG-0402 PLAN DE MEJORAMIENTO															
ENTIDAD															
HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCION E.S.E.															
ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (S)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) 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 CONTRALORIA	RANGO DE CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA (A=ABIERTA, C=CERRADA) - CONTRALORIA
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.7	3.6.1.7 Revisada la ejecución de las actividades programadas para la meta de Salud Mental del Plan de Intervenciones Colectivas "PIC" del mes de octubre de 2008, se evidenció que el soporte a partir del cual se actualizan los resultados en la matriz de seguimiento del PIC, no especifica el día de las actividades se cumplieron, denotando debilidades en los mecanismos de verificación y control de las metas previstas en el Plan de Intervenciones Colectivas. La anterior situación contraviene lo establecido en los literales d) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Realizar revisión y ajustes a la estructura y formatos de seguimiento a metas en cada uno de los proyectos institucionales, garantizando el adecuado seguimiento para que se evidencien, los resultados obtenidos	Porcentaje de seguimiento a metas ajustadas	A 31 de diciembre de 2009 se habrá ajustado el 100% de los formatos de seguimiento a metas del PIC	Salud Pública	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio Pinto.	No adicionales	26/04/2009	30/06/2009	mecanismos y formatos de seguimiento de las metas asignadas al plan de intervenciones colectivas PIC.	100%	Se continúa implementando el formato de acta de compromiso y certificación de actividades mensuales como mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas en el portafolio de servicios según matriz de beneficiarios entregada por la Secretaría Distrital de Salud al iniciar el contrato 616-09 y sus respectivas adiciones, esta actividad es liderada por cada coordinador de ámbito componente y a su vez se realiza seguimiento aleatorio del proceso de certificación por parte de la coordinación de salud pública y/o plan de intervenciones colectivas, es de realizar.	2	C
AGE-REGULAR 2008	PLAN DE DESARROLLO 3.6.1.8	3.6.1.8 Se estableció que en cumplimiento a las obligaciones contraídas por la ESE en el Contrato Interadministrativo No. 736 de 2008 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud, se elaboraron informes de seguimiento trimestral, que muestran resultados parciales pero a partir de los cuales no se obtienen los acumulados, en los que se presentan los resultados totales. La anterior situación dificulta concluir sobre la evaluación de los resultados finales alcanzados en la ejecución de las metas, denotando debilidades en los mecanismos de seguimiento y control a las metas previstas en el mencionado proyecto, por consiguiente vulnera lo establecido en los literales b) y d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.	Realizar consolidado de informes trimestrales presentados en el convenio interadministrativo suscrito con el Fondo Financiero Distrital para el Plan de Intervenciones Colectivas, que resuman los resultados por cada adición y al final del contrato	Numero de informes consolidados por adición y convenio interadministrativo del Plan de Intervenciones Colectivas	A 31 de diciembre de 2009 se habrá ajustado el 100% de informes por adición y convenio interadministrativo del Plan de Intervenciones Colectivas	Salud Pública	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio Pinto. Asesor de	No adicionales	26/04/2009	31/12/2009	Para dar cumplimiento al indicador se cuenta con seguimiento informe de gestión, desglose, informe cuatrimestral y retroalimentación de firma interventora.	100%	Se continúa con el ejercicio de seguimiento financiero mes a mes como lo establece el contrato de la Secretaría Distrital mediante los formatos de informe de gestión y desglose que se radican como soporte anexo a la factura. A su vez se envían informes cuatrimestrales a la Secretaría Distrital de Salud, y se cuenta con retroalimentación por parte de la firma interventora, se puede realizar verificación en la AZ de facturación del contrato 616-09, N° 1 y 2	2	C
AGE-REGULAR 2008	BALANCE SOCIAL 3.6.2.1	3.6.2.1 En conclusión, confrontado y verificado el informe de Balance Social con la metodología prevista por la Contraloría de Bogotá para su elaboración, se concluye que desde el punto de vista metodológico, el informe presentado no cumplió los lineamientos diseñados por la Contraloría de Bogotá, por cuanto no desarrolló la totalidad de los elementos previstos en los tres grandes componentes: Reconstrucción del Problema Social, Instrumentos Operativos para la Solución de los Problemas Sociales y Resultados en la Transformación de los Problemas Sociales. La anterior situación, vulnera lo establecido en la Resolución 001 de enero 26 de 2007 artículo 9º por cuanto la información incompleta, dificulta conocer en detalle la gestión social adelantada por el Hospital durante la vigencia 2008.	Adoptar y estandarizar la metodología de balance social apartir de la documentación de implementación de un procedimiento institucional para presentación del balance social	Balance Social de 2009 cumpliendo con los requisitos definidos en la Resolución 001 de 2007	A 31 de diciembre de 2009 se tendrá la metodología de balance social implementada y balance social 2009 preliminar que cumpla con requisitos exigidos	Salud Pública y planeación	Coordinador de salud pública Dr. Carlos Julio Pinto. Asesor de planeación Dr. Evelio Causil	No adicionales	26/04/2009	30/06/2009	Metodología del balance social establecido para cumplir con los lineamientos establecidos por la contraloría.	100%	En el informe presentado se observó el cumplimiento de la metodología establecida en la Resolución 029 de 2009.	2	C
AGE-REGULAR 2008	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.1	3.7.1. Se verificó en las visitas a los 16 centros asistenciales la adecuación de áreas de almacenamiento de residuos hospitalarios finales con la correspondiente señalización de los sitios y rutas sanitarias, según registro fotográfico; sin embargo, se encuentra pendiente la adecuación de los siguientes centros: UBA Destino, La Unión, UPA Fiscalía San Camilo, y la UBA Danubio, esta última como el predio es arrendado, no se ha definido la realcación en otro sitio de propiedad del hospital. Por lo tanto, no se está dando cumplimiento al numeral 7.2.6. Almacenamiento de residuos hospitalarios y similares de la Resolución 1164 del 2002. Por el cual se adopta el MGRHYS7, expedido por los Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Protección Social.	El hospital realizará la adecuación de los almacenamientos de residuos hospitalarios de los centros de UBA Destino, La Unión, UPA Fiscalía San Camilo y la UBA Danubio en cumplimiento con el numeral 7.2.6 de la resolución 1164 del 2002.	No. de almacenamientos de residuos adecuados en cumplimiento con normatividad/ No. de almacenamientos requeridos para adecuación X100	100% de almacenamiento de residuos requeridos para adecuación de acuerdo con la normatividad ambiental vigente.	Subgerencia Administrativa y Financiera, gestión ambiental	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Reiny Rivera	Recurso Humano, logístico y financiero	01/07/2009	31/12/2009	3.33E+47	33%	Se realizó adecuación de almacenamiento de residuos de la Uba el Destino. Continúa pendiente terminar obra de la Fiscalía y se encuentra por intervenir el almacenamiento de la Unión y Danubio. La oficina de gestión ambiental solicitó las respectivas obras de adecuación a la subgerencia administrativa y financiera mediante oficio 136-09 del 9 de julio de 2009. Se realizó seguimiento al requerimiento mediante oficio USME-I-164-09 del 17 de Septiembre del 2009. Sin embargo se adelantó que aunque no se dio cumplimiento al 100% de las adecuaciones se iniciaron las intervenciones de infraestructura de la Uba fiscalía y por lo tanto se dio cumplimiento.	2	C
AGE-REGULAR 2008	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.2	3.7.2. La auditoría verificó que de acuerdo al concepto técnico 2914 de fecha 26 de marzo de 2007 para la UPA MARCHUELA, la Secretaría Distrital de Ambiente solicitó oficio No. 2008EE-44168 radicado en el hospital con el número 4125 de fecha 04/10/08, en un término perentorio de 30 días calendario radicar varios documentos entre los que se encuentra la caracterización de los vertimientos actualizada, estudio que hasta la fecha de la auditoría no se ha realizado. Con lo cual la auditoría no está dando cumplimiento a la Resolución 1074 de 1997, desconociendo si el recurso sigue estando afectado por el tipo de vertimiento descargado a la alcantarilla.	El hospital realizará la caracterización de los vertimientos y demás requerimientos de oficio No. 2008EE-44168 para la UPA Marchuea.	No. De caracterización de vertimientos realizados y radicados a secretaria Distrital de ambiente de Bogotá	Realizar una caracterización de vertimientos y radicados a secretaria Distrital de ambiente.	Gestión ambiental Subgerencia Administrativa y Financiera	Coordinador de Gestión ambiental Ing. Reiny Rivera	Recurso Humano, logístico y financiero	01/06/2009	31/12/2009	0%	50%	El Hospital realizó la caracterización de los vertimientos de la Upa Marchuea por parte de la empresa IASCOL Ltda en Junio del 2009. El Hospital aseguró los recursos mediante certificado de disponibilidad presupuestal N 579 por valor de \$4.182.800 y Resolución N 0505 de 4 de septiembre de 2009 por medio del cual se autoriza el gasto para el pago de permiso de vertimiento. Se cancela el concepto de tramite de permiso de vertimiento y se solicita el permiso de vertimiento a la secretaria Distrital del ambiente con oficio Usme Ger 064-10 de 7 de abril de 2010 y radicado 18247	2	C
Fecha de conformidad:			12 mayo de 2009												
Fecha de Seguimiento Entidad:			30 de junio de 2009												
Fecha de Seguimiento Contraloría:			30 de agosto de 2010												



Anexo 4.3.

METODOLOGÍA EVALUACIÓN TRANSPARENCIA

METODOLOGÍA EVALUACIÓN TRANSPARENCIA

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL 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. Auditoria: La pagina contiene un información general; se encuentra la Misión, visión, objetivos corporativos, Mapas de localización y acceso al Hospital; imágenes de los distintos sitios y áreas del hospital; Servicios ofrecidos; Organigrama; portal de noticias relacionadas con el Hospital; se muestran los números telefónicos de atención al usuario, aparecen los Nos telefónicos y extensiones de las dependencias del Hospital por cada centro (Camis, Upas y Ubas), hay normograma por Macroprocesos; servicios al usuario (citas, horarios de visitas, requisitos para ingreso y salida de pacientes, entre otros); servicios extramurales vacunaciones). No contiene: Información de los miembros de la Junta Directiva y de los funcionarios principales con cargo, teléfonos y correo electrónico; reseña histórica del hospital; contador de visitas a la página WEB, temas de calidad actualizados.	40
			Aspectos relacionados con la usabilidad de la página: i) características de la información, ii) presentación, iii) funcionalidad. Auditoria: Se observó que es fácil el acceso a las otras páginas, se navega de acuerdo a los diferentes temas o menús ubicados a la izquierda de la página principal.	45
	SUBTOTAL (1)			85
	Linea 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. Auditoria: Se diseño una página para que el usuario del hospital formule su Petición, Queja o Reclamo; existe una página de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., direccionada a la Oficina de Atención al Usuario, cuando la manifestación ciudadana corresponde al hospital de Usme. Igualmente existe una página de Gobierno en línea del Orden Nacional.	25
			Quejas y reclamos en la página web. Auditoria: Según visita realizada a la Oficina de Atención al Usuario con motivo de la evaluación del componente "Acciones ciudadanas" se observo la aplicación y funcionalidad de las Peticiones, Quejas y Reclamos a través de la Pagina Web, tanto del Hospital como la diseñada por la Alcaldía Mayor.	15
Existencia y funcionamiento del sistema de peticiones, quejas y reclamos. Auditoria: La Oficina de Atención al Usuario administra en forma eficiente las manifestaciones ciudadanas (Clientes externo, interno y ciudadanía en general).			60	



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE
	SUBTOTAL (2)			100
	Contratación		<p>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.</p> <p>Auditoria: Existe un Link en la página principal desde el cual se direcciona a la página de contratación, la cual es alimentada cada vez que se presenta una novedad.</p> <p>No se publica el Plan de Compras</p>	10
		Página Web de la Entidad	<p>Se publicaron: i) pre-pliegos o pre-términos de referencia, ii) pliegos definitivos, iii) fechas claras de apertura y cierre, iv) objeto, v) acta audiencia de aclaración, vi) informe de evaluación de las propuestas, vii) acta de adjudicación del contrato o acto administrativo de adjudicación, viii) licitaciones declaradas desiertas.</p> <p>Auditoria: Se publican las convocatorias públicas; los pre pliegos; pliegos de condiciones o términos de referencia; actas de aclaración, estudios técnicos, económicos y jurídicos de las propuestas; informe comparativo de las propuestas; acto administrativo de adjudicación (Resolución); informe de adjudicación.</p> <p>No se publica Acta de Liquidación de los contratos.</p>	25
		Información suministrada por la Entidad	<p>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).</p> <p>Auditoria: El Hospital de Usme (HU) para efectos de contratación no aplica la Ley 80/93, ni la Ley 1150 de 2007 ni sus Decretos reglamentarios. Aplica el Código Civil, el Código de Comercio y disposiciones generales y específicas para cada contrato, reglamentación interna (Manual de Contratación). Solo aplica la Ley 80/93 para cláusulas exorbitantes (Caducidad, interpretación unilateral, modificación y terminación unilateral) y los principios generales (Transparencia, objetividad, publicidad, economía, responsabilidad, etc).</p> <p>Las normas que rigen la contratación privada (Código Civil y de Comercio), se encuentran mencionadas en el Normograma, pero no se puede determinar con exactitud los artículos que aplican para cada caso en particular según el tipo de contrato (Prestación de servicios, obra, interventoría, suministro, compraventa, entre otros).</p>	10
			<p>Se dio cumplimiento a la Ley 816/03.</p> <p>Auditoria: Esta Ley trata del apoyo y protección a la industria nacional a través de la contratación pública, se constató que si cumple.</p>	10



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE
			Existencia y aplicación del Manual y/o proceso de contratación. Auditoría: El Manual de Contratación se aprobó mediante Acuerdo 004 de Mayo 25 de 2007, emanado de la Junta Directiva. No se publica el Manual de Contratación	10
		Portal Único de Contratación	Presencia Portal Único de Contratación. Auditoría: Si existe información de la contratación del Hospital, hace falta la publicación del manual de Contratación.	5
SUBTOTAL (3)				70
	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. Auditoría: Mediante Acta de Comité de Adquisiciones N° 01 - 2010 se adopta el Plan de Compras del Hospital Usme para la vigencia 2010. El Plan de Compras no se publica en la Página Web.	30
			Registro de contratos superiores a 50 SMLV y/o sujetos de ésta obligación. Auditoría: En el artículo 8° y Parágrafo 1° del Manual de Contratación (Acuerdo 004 / 2007) establece el tope máximo que el Gerente puede contratar (250 SMMLV), cuando excede ese tope existen los siguientes registros: 1. Invitación 2. Actas del Comité de Compras 3. Acta de la Junta Directiva aprobando los contratos de valores superiores. La tabla de valores máximos autorizados no se encuentra en la Página Web.	40
SUBTOTAL (4)				70
	Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control	Página Web de la Entidad	Se publican los planes y programas ejecutados o que se llevarán a cabo durante la vigencia. Auditoría: Auditoría: No se publica	0
			Presupuesto en ejecución. Auditoría: No se publica el presupuesto actualizado de la vigencia, detallando su nivel de ejecución con corte mensual.	0
			Información histórica de presupuesto. Auditoría: No se publica el presupuesto ejecutado a diciembre 31 de 2009.	0



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE	
			Mecanismos de Control al interior de la entidad (informes de gestión, metas e indicadores de evaluación de las metas). Auditoria: No se publican los informes de gestión o cualquier otro de importancia para conocimiento e interés público, lo mismo que metas e indicadores, que el hospital rinda tanto a los órganos de control (Contraloría, Personería, Supersalud, Secretaría de Salud, Fondo Financiero Distrital, entre otros), al igual que a otros organismos de orden público o privado (EPS, ARP's, entre otras), con el fin, que tanto el cliente interno (funcionarios del hospital) como externo (usuarios) y ciudadanía en general se enteren de la gestión del hospital.	0	
		Información suministrada por la Entidad	Realización de ejercicios de rendición de cuenta a la ciudadanía por medios diferentes a la página web. Auditoria: Se hace a través de audiencias ciudadanas, carteleras, periódico institucional, entre otros.	20	
			Rendición de cuentas a órganos de control. Auditoria: Se hace a través de SIVICOF, para el caso de la Contraloría y a otras entidades a través de la Internet.	25	
	SUBTOTAL (5)				45
	Trámites	Página Web de la Entidad		Información sobre trámites en la página web. Auditoria: Se le informa al ciudadano sobre los trámites que debe realizar según sea su caso: citas médicas, exámenes de laboratorio, ingreso (Hospitalización), salidas, horarios de visitas, entre otros.	70
			Información suministrada por la Entidad	Trámites en línea de la entidad. Auditoria: Mediante un Lik en la página principal se transporta a los diferentes centros de atención del hospital (Camis, Upas y Ubas) y allí aparece información dirigida al usuario sobre los trámites a realizar en otras áreas (Facturación, farmacia, laboratorio clínico, urgencias, entre otras).	15
			Trámites racionalizados, simplificados o eliminados. Auditoria: No se informa directamente, se aprecia cuando se actualizan los datos.	15	
		SUBTOTAL (6)			
	TOTAL FACTOR VISIBILIDAD				470
	MEJORAMIENTO DE LA GESTION	Fenecimiento	Contraloría de Bogotá	Concepto sobre el fenecimiento en la última vigencia auditada por la Contraloría de Bogotá. Auditoria: Según la ultima evaluación realizada a través de la Auditoría Regular practicada en vigencia 2009, se Feneció la cuenta de la vigencia 2009 y los estados contables fueron razonables con salvedades. La gestión fue calificada favorable con observaciones.	70



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE
	Plan de Mejoramiento	Contraloría de Bogotá	Cumplimiento de planes de mejoramiento de la última vigencia auditada. Auditoria: Los Planes de Mejoramiento fueron parcialmente cumplidos.	20
	MECI	Información suministrada por la Entidad	Seguimiento al MECI. Auditoria: El MecI fue adoptado mediante Resolución 174 de 2005, es decir, once (11) meses antes del ultimo plazo otorgado por el Gobierno Nacional (8 de Diciembre de 2008), según Decreto 2913 de Julio 31 de 2007. Según evaluación efectuada al Sistema de Control Interno (SCI), durante la presente auditoría regular (2010), al aplicar los cuestionarios se observó que se ha socializado, sensibilizado e interiorizado los conceptos de esta metodología.	30
	Riesgo Antijuridico	Información suministrada por la Entidad	Política de manejo de riesgo antijurídico. Auditoria: Se asignaron dos (2) abogados, uno de planta y otro por contrato para llevar los procesos jurídicos en contra del Hospital. Se evidencio que existen 18 procesos por un valor de \$4.038.133.262,00. A la fecha (Julio de 2010) ningún proceso ha sido fallado, el estado actual es el siguiente: Enviados al tribunal, dos (2); para notificación, uno (1); entraron al despacho uno (1); en apelación, seis (6); para sentencia, tres (3); etapa de pruebas, cinco (5). Estos procesos se encuentran clasificados asi: 1. Por Acción de Reparación Directa, ocho (8) por un valor de \$3.701.802.104 que corresponde al 92% 2. Por Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, Diez (10) por \$336.331.258.00 que corresponde al 8%.	30
	Tendencia modalidad de contratación	Información suministrada por la Entidad		30
TOTAL FACTOR MEJORAMIENTO DE LA GESTION				180



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ. D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE
PARTICIPACION CIUDADANA	Empoderamiento Ciudadano en el Control Social y Fiscal	Información suministrada por la Entidad y/o Comunidad Organizada	<p>La Entidad ha firmado pactos por la transparencia.</p> <p>Auditoria: En la Oficina de Planeación del Hospital, aparece un documento denominado "Compromiso Ético", firmado por la Gerente, el Contralor de Bogotá D.C. y el Secretario de Salud Distrital, el cual constituye un acto pedagógico que simboliza un acuerdo real de cara a la ciudadanía para actuar dentro del marco de la ética y la moral administrativa que garantiza transparencia y objetividad.</p> <p>Fue aportado un documento que contiene una Matriz denominado "Seguimiento a Compromiso Ético", donde se describen todos y cada uno de los seis (6) compromisos suscritos, se relacionan las áreas alineadas con los compromisos, las acciones y el POA (Plan Operativo Anual), los seguimientos y cumplimiento de las acciones.</p> <p>Según se detalla en el seguimiento, los compromisos han cumplido en alto grado toda vez que las acciones están inmersas en el POA y los Planes de Acción.</p> <p>No hay informes individuales de las ejecutorias al Pacto de Transparencia.</p>	30
			<p>Existe un comité de seguimiento a los pactos firmados, la ciudadanía participa en ellos.</p> <p>Auditoria: No existe un Comité conformado como tal, pero se le da a conocer la gestión del Plan de Acción y el POA a la Asociación de usuarios, a través de la rendición de cuentas.</p> <p>Se encontró Acta N° 1 de fecha 13 de Junio de 2010 de Constitución de un Comité de Veeduría Ciudadana.</p> <p>Se encontró Acta de reunión de Mayo 13 de 2009 mediante la cual se socializaron los proyectos PIC y UEL.</p> <p>Se encontró Acta de reunión de Abril 10 de 2010, donde se da a conocer el informe de gestión de 2009 a ASOJUNTAS, COPACO y Alcaldía Local.</p>	40
			<p>Las veedurías ciudadanas han efectuado recomendaciones a la Entidad y las acciones adoptadas al respecto han sido efectivas.</p> <p>Auditoria: Según Acta de Reunión de Mayo 13 de 2009, se eligieron veedores para proyectos PIC y locales. Igualmente en acta de Mayo 13 de 2010 se eligen veedores al proyecto UEL.</p> <p>En Asamblea Ordinaria de Asociación de Usuarios del hospital de usme de Abril 17 de 2010, algunos participantes formularon inquietudes y recomendaciones sobre la gestión del hospital.</p>	30



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

FACTOR	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCION DEL INDICADOR	PUNTAJE
			<p>La ciudadanía participa en la elaboración y/o aprobación del presupuesto mediante audiencias públicas, consejos comunales, participativo, etc.</p> <p>Auditoría: La ciudadanía no participa en la elaboración del presupuesto, pero si en la ejecución de los proyectos haciendo veeduría a los mismos (Proyectos PIC y UEL).</p>	30
			<p>Se identifican mecanismos que promuevan la participación ciudadana en la Entidad.</p> <p>Auditoria: Según Evaluación practicada al componente de auditoría "Acciones Ciudadanas" se evidenció que los usuarios participan como veedores de la gestión del hospital y tienen asiento en la Junta Directiva, a través de la Asociación de Usuarios del Hospital, denominada ASUSALUD HU.</p> <p>A nivel de la localidad 5a., esta conformado el COPACO (Comité de Participación Comunitaria) que participa en los asuntos relacionados con la gestión del hospital. También existe la Asociación de Juntas de Acción Comunal (ASOJUNTAS), a quienes el hospital rinde informes de gestión (Acta de Abril 10 de 2010).</p> <p>A través de la Oficina de Gestión social, perteneciente al Macroproceso Estratégico, fortalece los procesos comunitarios desarrollando la política pública de participación social, orientada por la Secretaría Distrital de Salud.</p> <p>Además, algunos miembros de la Asociación de Usuarios agrupados en Asusalud Hu participaron de una convocatoria promovida por la Dirección de Salud e Integración Social, en Junio de 2010, con el animo de darles a conocer los objetivos de la auditoria regular que se adelanta en el Hospital (Junio - Septiembre de 2010) y escucharlos sobre los problemas que han observado como veedores.</p>	40
TOTAL FACTOR PARTICIPACION CIUDADANA				170

TOTAL MATRIZ DE EVALUACIÓN DE TRANSPARENCIA

820

NIVEL DE RIESGO EN LA TRANSPARENCIA

Superior a 666	RIESGO BAJO
Entre 334 y 666	-
Menor o Igual a 333	-



ANEXO 4.4
VERIFICACION DE INFORMACION DEL PLAN MAESTRO

VERIFICACION DE INFORMACION DEL PLAN MAESTRO

COMPROMISO	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
OBRA NUEVA (CREADA)	X	El Hospital de Usme primer nivel, en relación con las ejecuciones programadas en el corto Plazo 2006 – 2008, durante la vigencia 2008 se tenía programada la ejecución del Proyecto Hospital de Usme II nivel contemplado en el Decreto 318 como Obra nueva creada, el cual no se ha logrado ejecutar debido a la imposibilidad de consecución de predios para el desarrollo del proyecto.
OBRA NUEVA REUBICACION	X	De la misma forma se tenía programada la ejecución del proyecto UPA Danubio contemplada en el Decreto 318 como obra Nueva Reubicación, el cual no se pudo ejecutar en la vigencia 2008 y 2009 debido a la imposibilidad de consecución de predios para el desarrollo del proyecto
REORDENAMIENTO- REFORZAMIENTO - AMPLIACION	X	La intervención programada para el CAMI Usme en el corto Plazo, no se ejecutó en las vigencias 2008 y 2009, debido a la falta de recursos para el desarrollo del proyecto, y de otra parte debido a que se esperaba la autorización de las modificaciones que se adelantan al Decreto 318/2006
SUSTITUCION- AMPLIACION- OBRA NUEVA	X	En la vigencia 2009, en cumplimiento de las intervenciones contempladas en el Decreto 318/2006, se presentaron los proyectos CAMI Danubio, UBA comuneros y Ciudadela del Desarrollo y la Autonomía Usme Positiva y Sana; estos proyectos contemplados en las modificaciones que se adelantan al Decreto 318/2006 y que se encuentran para aprobación de la Dirección de Planes Maestros de la Secretaría Distrital de Planeación.

Fuente: Oficina Planeación Hospital Usme I Nivel



ANEXO 4.5

MATRIZ DE VERIFICACIÓN DE LOS COMPROMISOS DEL 'INFORME SOBRE EL ESTADO DE AVANCE DEL PLAN MAESTRO DE EQUIPAMIENTOS DEL HOSPITAL USME I NIVEL DE ATENCIÓN ESE PARA BOGOTÁ D.C'.

ANEXO 4.5

Matriz de verificación de los compromisos del 'Informe sobre el estado de avance del Plan Maestro de Equipamientos del Hospital Usme I nivel de atención ESE para Bogotá D.C'.

Entidad Distrital coordinadora: Secretaría Distrital de Salud

Dirección de la Contraloría : Salud e Integración Social

Vigencia de : 2009

	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%			

Fuente: Oficina Planeación Hospital Usme

El cuadro anterior no se diligencia teniendo en cuenta que las intervenciones programadas en el Decreto 318/2006 Plan Maestro de Equipamientos de Salud, con sus respectivas fechas y plazos de ejecución se encuentran para aprobación de Planeación Distrital - Dirección de Planes Maestros

De otra parte el Hospital de Usme primer nivel, en relación con las ejecuciones programadas en el corto Plazo 2006 – 2008, durante la vigencia 2008 se tenía programada la ejecución del Proyecto Hospital de Usme I nivel contemplado en el Decreto 318 como Obra nueva creada, el cual no se ha logrado ejecutar debido a la imposibilidad de consecución de predios para el desarrollo del proyecto.

De la misma forma se tenía programada la ejecución del proyecto UPA Danubio contemplada en el Decreto 318 como obra Nueva Reubicación, el cual no se pudo ejecutar en la vigencia 2008 y 2009 debido a la imposibilidad de consecución de predios para el desarrollo del proyecto.

La intervención programada para el CAMI Usme en el corto Plazo, no se ejecutó en las vigencias 2008 y 2009, debido a la falta de recursos para el desarrollo del proyecto, y de otra parte debido a que se esperaba la autorización de las modificaciones que se adelantan al Decreto 318/2006.

En la vigencia 2009, en cumplimiento de las intervenciones contempladas en el Decreto 318/2006, se presentaron los proyectos CAMI Danubio, UBA comuneros y Ciudadela del Desarrollo y la Autonomía Usme Positiva y Sana; estos proyectos contemplados en las modificaciones que se adelantan al Decreto 318/2006 y que se encuentran para aprobación de la Dirección de Planes Maestros de la Secretaría Distrital de Planeación.