

INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE
INTEGRAL – MODALIDAD ESPECIAL
PROGRAMA SALUD A SU CASA, SALUD AL COLEGIO Y
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE I NIVEL DE ATENCIÓN ESE
PERÍODO AUDITADO 2009 Y PRIMER SEMESTRE DE 2010

PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL 2010
CICLO: III

DIRECCIÓN TÉCNICA DE SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

DICIEMBRE DE 2010

**AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD
ESPECIAL AL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE I NIVEL ESE**

Contralor de Bogotá

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Contralor Auxiliar

Víctor Manuel Armella Velázquez

Director Sectorial (ADHOC)

José Vicente Guzmán Gómez

Subdirectora de Fiscalización Salud

Ruth Marina Montoya Ovalle

Asesor

Luís Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoría

Didier Páez Andrade –Líder
Jazmín Milena Monroy Martínez
Gloria Elizabeth Sánchez Rubiano
Pilar Serrano Vargas

DICIEMBRE 2010

TABLA DE CONTENIDO

1	CONCEPTO DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL ESPECIAL CON ENFOQUE INTEGRAL SOBRE LOS PROGRAMAS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO	4
2	RESULTADOS DE AUDITORIA	9
2.1	EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO	9
3.2	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	10
3.2.1	Evaluación al Programa Salud a su Casa	10
3.2.2	Evaluación al Programa Salud al Colegio	19
3.3	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	28
4	ACCIONES CIUDADANAS	30
5	ANEXOS	32
5.1	CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS	32
	ADMINISTRATIVOS	32
5.2	PLAN DE MEJORAMIENTO	33

1 CONCEPTO DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL ESPECIAL CON ENFOQUE INTEGRAL SOBRE LOS PROGRAMAS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Doctoras

MARTHA LUCIA PARRA GARCIA

Presidenta Junta Directiva

Representante Alcalde Mayor

WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ

Gerente Hospital Rafael Uribe Uribe I nivel ESE

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Especial a los programas Salud a su Casa, Salud al Colegio y seguimiento al plan de mejoramiento vigente a junio 30 de 2010 al Hospital Rafael Uribe Uribe 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, por los períodos 2008, 2009 y primer semestre de 2010; 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 programas objeto de la auditoría, así como la evaluación al Sistema de Control Interno de los mismos.

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 Control Interno de los programas evaluados.

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 expresados 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 y el cumplimiento de las

disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

El Plan de Mejoramiento sobre un total de 47 Hallazgos del actual plan de mejoramiento, se dio cumplimiento a 36 que se cierran, 11 quedan en estado abierto, para una calificación de 1.85 puntos, con grado de avance físico de ejecución del 92.5% de cumplimiento.

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

En cuanto se refiere al Plan de desarrollo se observó que existe coherencia entre los objetivos estratégicos establecidos en el POA y los programas Ámbito Escolar y Familiar, así como la ejecución de los gastos efectuados.

Consultada la base de datos suministrada por el Hospital, se evidencia que durante el periodo enero-junio de 2010 se presentaron 500 peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes y felicitaciones y 1.119 durante el 2009.

La gestión de los dos Ámbitos se puede resumir desde tres puntos de vista relevantes, de la eficiencia financiera, la población beneficiada y los recursos invertidos.

Desde el punto de vista financiero:

- El Ámbito Familiar financieramente, en la vigencia 2008 fue negativo al generar pérdida de \$150 millones, y un margen de eficiencia del 95%, lo que significa que la facturación generada no fue suficiente para alcanzar el punto de equilibrio.
- El resultado presentado por el Ámbito en la vigencia 2009 fue positivo al generar utilidad en el ejercicio operacional por \$557 millones y de \$302,5 millones a junio de 2010. Con márgenes de recuperación de los costos por encima del 118% en el 2009 y el 127,8% en el primer semestre de 2010.
- El Ámbito Escolar financieramente es positivo al generar utilidad en el ejercicio operacional en las vigencias 2008 y 2009.

Respecto a la población beneficiada:

Familias Abordadas:

- Por su parte la gestión realizada por el Ámbito durante la vigencia 2009, no fue la eficaz, al abordar 3.023 núcleos familiares, 3.999 familias menos que el 2008, con un costo promedio por familia de \$0.973 millones , \$0.514 millones mas de lo requerido en la vigencia 2008, aunado a ello contó con 1.741 contratistas, 136 mas de lo contratado en el 2008 que ascendió a 1.605 personas, y contar con mayores recursos en la vigencia al facturar \$3.520 millones frente a \$3.068 millones del 2008.
- Por su parte los niños(as) beneficiados(as) con los recursos del Ámbito Escolar en las vigencias 2008 y 2009 fue del orden de los 22.799 en el 2008 y de 21.210 en el 2009, presentando una leve disminución de 1.589 niños en este último año, por múltiples factores como (violencia, población flotante, desempleo, cultura, desplazamiento, etc.).

Los hallazgos presentados en los párrafos anteriores no inciden de manera significativa en los resultados de la administración, lo que nos permite conceptuar que la gestión adelantada para los programas Salud a su casa y Salud al Colegio, acata, salvo lo relacionado con las falencias en la corrección de las fichas de caracterización devueltas, falta de calidad en la información reportada por el ámbito familiar en la población beneficiada, la disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, cuenta con un Control Interno para los programas objeto de la auditoria Bueno y en la adquisición y uso de los recursos conserva acertados criterios de economía, eficiencia y equidad. Así mismo cumplió en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 5.1 se establecieron 3 hallazgos administrativos.

A fin de lograr que la labor de la auditoria conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión publica, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, a través de los medios electrónicos vigentes dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.



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

Bogotá, D. C, Diciembre de 2010

JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ
Director Técnico Sector Salud e Integración Social (Adhoc)

2 RESULTADOS DE AUDITORIA

2.1 EVALUACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los programas salud a su casa y salud al colegio son regidos por lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Salud donde se establecen abarcar las problemáticas de las comunidades vulnerables en los dos ámbitos para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El Hospital Rafael Uribe Uribe muestra un nivel de eficiencia en la ejecución financiera del ámbito escolar, durante las últimas tres vigencias 2008, 2009 y primer semestre 2010 toda vez que los ingresos facturados son superiores a los costos totales de las actividades en que incurre la entidad, es decir que presenta un margen de eficiencia y de utilidad positivo.

2.1.1 El diligenciamiento de las fichas de caracterización para la alimentación del software APS es adecuado, en actas de reunión se evidencia capacitación al personal gestor, sin embargo se evidenciaron falencias en el proceso de elaboración de las fichas de caracterización en el diligenciamiento de los parámetros, para su corrección y luego incluirlas en la base de datos, se tardan en promedio más de 6 meses para ser corregidas según muestra aleatoria seleccionada por este Órgano de Control, evidenciándose falta de control en el seguimiento a esta actividad (fichas devueltas), trasgrediendo lo normado en el Artículo 2 numeral c y d) de la ley 87 de 1993.

Por otra parte, se estableció por medio de Actas de Reunión que la entidad conformó los grupos de veedores y convocó a la participación de la ciudadanía para vincularlos con su gestión en problemáticas de las comunidades de la zona 18 realizando el abordaje de temas de interés para ellos facilitando el acercamiento con la población.

2.1.2 Este órgano de control evidencia la falta de calidad en la información reportada por el ámbito familiar, en lo correspondiente a la población beneficiada durante las vigencias 2008, 2009 y primer semestre de 2010, toda vez que fue reportado a este Ente de Control por parte del Hospital, dos valores totalmente diferentes, respecto a la población beneficiada, trasgrediendo lo normado en el Artículo 2 numeral e) de la ley 87 de 1993.

3.2 EVALUACIÓN A LA GESTIÓN

Estos programas (Ámbito Escolar y Familiar) se desarrollan como una política mundial señalada por la OMS y establecidos como una política nacional y Distrital, la cual se está ejecutando mediante la ejecución de los programas APS (Atención Primaria en Salud).

El Plan de Desarrollo Institucional del Hospital definen claramente los programas del objetivo, entre otros y relacionados directamente con Salud a su Casa y Salud al Colegio, están en Bogotá Sana, con el que se pretende garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, Garantía del aseguramiento y atención en salud, a través de éste se busca garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud a la población vulnerable del Distrito, así mismo está el fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, buscando con éste programa generar las condiciones que permitan desarrollar e implementar el modelo de salud para el Distrito organizando la mejor provisión de servicios de salud en respuesta a las necesidades de la población.

3.2.1 Evaluación al Programa Salud a su Casa

3.2.1.1 Análisis financiero del programa:

Para el abordaje del programa Salud a su Casa, se analizaron las vigencias 2008, 2009 y primer semestre del 2010, desde el punto de vista de los costos incurridos por el Hospital en el Ámbito Familiar, según información suministrada por el área financiera.

Los costos fueron distribuidos por el Hospital conforme al Modelo Conceptual de Costos Hospitalarios según resolución N° DDC-005 de 19 de octubre de 2009, de la contaduría de Bogotá, D.C.

CUADRO 1
Ejecución Financiera Ámbito Familiar 2008 Vs 2009 y Primer Semestre de 2010
(Millones de pesos)

Mano de obra			rubro Total Mano de obra/Total Costos %	Rubro Contratistas/Total Costos %	Materiales	Costos Generales	Costo Primario	Costos Administrativos	Rubro Costos Administrativos/Total	Costo Total
De planta	De contratista	Total Mano de Obra								

2008	172,6	1969,48	2142,08	66,56	61,19	231,46	142,57	2516,11	702,31	21,82	3218,42
2009	129,9	2011,77	2141,67	72,27	67,89	22,82	133,6	2298,09	665,14	22,45	2963,23
Variación 2008- 2009	-42,7	42,29	-0,41	5,71	6,7	-208,64	-8,97	-218,02	-37,17	0,63	-255,19
I Semestre 2010			1017,10				46,80	1063,90	23,57	2,17	1067,47

Fuente: Estados Financieros Hospital Rafael Uribe Uribe 2010.

Comparativamente en valores relativos la gestión financiera de la vigencia 2009 fue la más eficiente frente a la vigencia 2008, al reducir los costos tanto de mano de obra, como de materiales, gastos generales y costos administrativos.

CUADRO 2
Utilidad o Déficit Financiero del Ámbito Familiar 2008 Vs 2009 y Primer Semestre de 2010
(Millones de pesos)

Vigencia	COSTO TOTAL \$	INGRESOS FACTURADOS \$	UTILIDAD O DÉFICIT \$	% RECUPERACION COSTOS / FACT. BRUTA
2008	3.218,42	3.068,41	-150,01	95,34 %
2009	2.963,23	3.520,62	557,39	118,81 %
Variación 2008-2009	-255,19	452,21	707,40	23,47 %
I Semestre de 2010	1.087,47	1.389,98	302,51	127,82 %

Fuente: Estados Financieros Hospital Rafael Uribe Uribe 2010.

La recuperación de los costos incurridos por el Hospital en desarrollo de las actividades del Ámbito Familiar en la vigencia fiscal 2009 fue más eficiente y eficaz al obtener un 118,81% de eficiencia, toda vez que los costos fueron menores y los ingresos facturados mayores a los registrados en la vigencia 2008. Esto generó una utilidad de \$557,39 millones en el 2009, frente a la pérdida obtenida en el 2008 de \$150 millones de pesos.

Conclusiones:

- El Ámbito Familiar financieramente, en la vigencia 2008 fue negativo al generar pérdida de \$150 millones, y un margen de eficiencia del 95%, lo que significa que la facturación generada no fue suficiente para alcanzar el punto de equilibrio.
- El resultado presentado por el Ámbito en la vigencia 2009 fue positivo al generar utilidad en el ejercicio operacional por \$557 millones y de \$302,5

millones a junio de 2010. Con márgenes de recuperación de los costos por encima del 118% en el 2009 y el 127,8% en el primer semestre de 2010.

Otros indicadores por resaltar:

- Los costos de mano de obra directa de las vigencias 2008 y 2009 fueron superiores al 61% frente al total de costos incurridos por la ESE en la ejecución de las actividades del Ámbito.
- Los costos de mano de obra directa se incrementaron cerca del 7% en el 2009 frente al 2008, debido en parte por el aumento de los contratistas, toda vez que de 1.605 contratos firmados en el 2008, se suscribieron 1741 contratos en el 2009, un incremento de 136 contratos adicionales respecto al 2008, sin observarse un beneficio, solo existe incremento en los costos, mas no en la población beneficiada, puesto que disminuyeron los usuarios y familias beneficiadas en relación al 2008.
- Es positivo observar disminución de los costos administrativos, puesto que estos alcanzaron en el 2008 los \$702 millones, y para el 2009 su inversión fue de \$665 millones, una reducción de \$37 millones, sin embargo y a pesar de esta disminución, los costos administrativos representaron el 21.82% y el 22,45% en el 2008 y 2009 dentro del total de los costos respectivamente. Por lo tanto estos costos son superiores al 10% que tiene calculado el FFDS como gastos administrativos y que reconoce en el contrato interadministrativo firmado con el Hospital, afecta la su vez la liquidez del Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel.

3.2.1.2. Población Beneficiada y sus costos, vigencias 2008, 2009 y junio 2010.

La siguiente información fue reportada por el Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel, a través de la coordinación del Ámbito Familiar y de los sistemas de información que posee como el APS en línea y Base Acces.

CUADRO 3
USUARIOS Y FAMILIAS BENEFICIADAS
2008-2009 Y JUNIO DEL 2010

Vigencia	Familias	Usuarios	Actividades
2008	7.013	16.879	697.438
2009	3.023	7.169	712.029
jun-10	1.857	4.592	413.685

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel ESE. APS en línea.
Ámbito Familiar.2010

CUADRO 4
INVERSION POR FAMILIA Y USUARIO BENEFICIADO 2008, 2009 y I semestre 2010

(Millones de pesos)

	Total Mano de obra	Total Materiales	Total Gastos Generales	Costos Administrativos	Total Costo Directo con Costos Administrativos	Familias Beneficiadas	Inversión por Familia con Costos Administrativos	Usuarios Beneficiados	Inversión por Usuario con Costos Administrativos
2008	2142,08	231,46	142,57	702,31	3218,42	7013	458,9	16.879	190,7
2009	2141,67	22,82	133,6	665,14	2940,41	3023	972,6	7.169	410,1
I Semestre 2010	1017,1	0	46,8	23,57	1087,47	1857	585,6	4592	236,8

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel ESE. APS en línea. Ámbito Familiar.2010 y Estados Financieros

Conclusiones:

Frente a las familias beneficiadas y el costo promedio, por vigencia se concluye:

- La gestión más eficiente presentada por el Ámbito Familiar durante las tres últimas vigencias fue la registrada en el 2008, al abordar 7.013 familias, y 697.438 actividades realizadas, con un costo por núcleo de \$458,9 pesos.
- Por su parte la gestión realizada por el Ámbito durante la vigencia 2009, no fue la eficaz, al abordar 3.023 núcleos familiares, 3.999 familias menos que el 2008, con un costo promedio por familia de \$972,6 pesos, \$513.7 pesos mas de lo requerido en la vigencia 2008, aunado a ello contó con 1.741 contratistas, 136 mas de lo contratado en el 2008 que ascendió a 1.605 personas, y contar con mayores recursos en la vigencia al facturar \$3.520 millones frente a \$3.068 millones del 2008.
- Por su parte el primer semestre del 2010, el ámbito ha beneficiado a 1.857 familias, con un costo por núcleo intervenido de \$586,6 pesos, y 413.685 actividades desarrolladas, lo que indica que si continua con esa misma progresión podría alcanzar cerca de las 800.000 actividades, superando la gestión de las dos anteriores vigencias.

Frente a los Usuarios beneficiadas y el costo promedio, por vigencia se concluye:

- Sobresale en el índice de usuarios beneficiados, la vigencia 2008, al ser abordados 16.878 Usuarios, con 697.438 actividades realizadas, con un costo promedio de \$190,7 pesos.
- Durante la vigencia 2009, fueron abordadas 7.169 usuarios, 9.710 personas menos que el 2008, con un costo promedio por usuario de \$410,1 pesos, \$220,0 pesos mas de lo requerido en la vigencia 2008, sumado a ello el Ámbito Familiar contó con 136 contratistas mas de lo contratado en el 2008 que ascendió a 1.605 personas, y su vez contó con mayores recursos

financieros en la vigencia al facturar \$3.520 millones frente a \$3.068 millones del 2008.

- Por su parte el primer semestre del 2010, el ámbito ha beneficiado a 4.592 usuarios, con un costo promedio de \$236,0 pesos, y realizado 413.685 actividades.

3.2.1.3 Ejecución de las metas programadas Ámbito Familiar 2009 y junio 2010, relacionado con la problemáticas: discapacidad, mortalidad en menores de cinco años y violencia intrafamiliar.

Problemática de Discapacidad:

“La Intervención responde a la meta estructural dentro del Plan de Desarrollo 2008-2012, “Bogotá Positiva”: a 2011, lograr la integración a la Estrategia de Rehabilitación basada en Comunidad (RBC), del 30% de la población con discapacidad identificadas en el Registro para la localización y caracterización, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores.

Siendo su objetivo restituir y promover en la familia su autonomía funcional como punto de partida para el desarrollo de la autonomía social-económica y política y avanzar en su inclusión social y calidad de vida.”

La operatividad de los equipos del Ámbito:

El equipo de intervención de discapacidad (profesional fisioterapeuta o terapeuta ocupacional y un agente de cambio- equipo por cada localidad), son distribuidos por la coordinación del ámbito del hospital conforme a los casos señalados por la SDS en la negociación realizada con los coordinadores PIC.

El equipo realiza igualmente recorridos por un microterritorio buscando familias con discapacidad, para su canalización respectiva.

En el 2009 la SDS dio la posibilidad de facturar el subproducto del proceso de discapacidad con primera y segunda visita y posteriormente factura el subproceso tercera y cuarta visita, lo que produjo que el informe de gestión del 2009 al realizar la sumatoria se reflejara un mayor numero de casos es decir de 312 casos programados y ejecutados, se observara en la consolidación 350 casos, por las adiciones de dos meses (febrero – marzo) lo que permitía abordar las cuatro visitas conforme a los lineamientos dados por la SDS, permitiendo al Hospital facturar el sub- producto con dos visitas sin haberse cerrado (las 4 visitas).

META PROGRAMADA 2009

Localidad 15 - Antonio Nariño

Meta Contratada 99 Casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Meta Ejecutada 99 casos.

Localidad 18 - Rafael Uribe

Meta Contratada 312 Casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Meta Ejecutada 312 casos.

META PROGRAMADA A ABRIL DE 2010

Localidad 15 – Antonio Nariño

Meta Contratada Anual 103 Casos y Meta Contratada Abril 34 Casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Meta Ejecutada Anual 103 Casos y Meta Ejecutada Abril 34 casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Localidad 18 – Rafael Uribe

Meta Contratada Anual 224 Casos y Meta Contratada Abril 75 Casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Meta Ejecutada Anual 224 Casos y Meta Ejecutada Abril 75 casos (intervención a personas en situación de discapacidad)

Problemática, Mortalidad en menores de cinco años:

Esta problemática fue abordada por el Hospital en el programa salud a su casa, como parte de la problemática de las mujeres gestantes, para el mejoramiento de la gestación y de su familia.

Las mujeres gestantes, son clasificadas por el Hospital: *“...en mujeres en puerperio (que ya tiene el bebe –post-parto), recién nacidos y menores de 5 años. Se identifican en el momento de la visita realizada por el promotor quien programará las cuatro visitas de seguimiento, si no se presentan signos y síntomas de alarma, las visitas del promotor del equipo de Salud a su Casa (SASH) se programarán de tal forma que se cubran momentos claves durante la gestación y por lo menos una visita en el postparto”.*

Otras formas de actuar del Ámbito Familiar que contribuye a disminuir la mortalidad infantil, es *“...la intervención de Atención integral de Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia (AIEPI), que a través de los equipos de SASC (salud a su casa) realiza acciones necesarias en los Microterritorios, para promover y transformar la promoción de la salud, prevención y atención temprana de las enfermedades en la población materna e infantil, mediante actividades de información, formación,*

comunicación, entrenamiento, demostración, caracterización y seguimiento, concertadas con los actores claves de la localidad, para contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de lactantes y los niños y niñas menores de 5 años, disminuyendo posibilidad de enfermar y morir por causas evitables”.

Vigencia 2009

Localidad 15 – Antonio Nariño (2 equipos de Salud a su casa)

Número de Caracterizaciones de gestantes: 18 mujeres en edad de gestación

Número de visitas a niños menores de 5 años (AIEPI): 369 niños

Localidad 18– Rafael Uribe (34 equipos de Salud a su casa)

Número de Caracterizaciones de gestantes: 257 mujeres en edad de gestación

Número de visitas a niños menores de 5 años (AIEPI): 8908 niños.

Vigencia 2010:

El FFDS no contrato la intervención de salud sexual y reproductiva. Las madres gestantes son caracterizadas por los Equipos de Salud a su Casa como una actividad diaria más, presentando el siguiente resultado:

Primer semestre del 2010.

2010

Localidad 15 – Antonio Nariño

Número de Caracterizaciones de gestantes: 28 mujeres en edad de gestación

Número de visitas a niños menores de 5 años (AIEPI): 215 niños (cada niño puede tener de dos a cuatro visitas del equipo de salud a su casa)

Localidad 18– Rafael Uribe

Número de Caracterizaciones de gestantes: 372 mujeres en edad de gestación

Número de visitas a niños menores de 5 años (AIEPI): 4597 cada niño puede tener de dos a cuatro visitas del equipo de salud a su casa)

Problemática de Violencia Intrafamiliar:

El Ámbito familiar no tiene metas programadas para esta problemática. Solo cuando un equipo de Salud a su Casa identifica un caso, este es canalizado a (SIVIM) Componente de vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), para su intervención.

De los casos identificados como violencia intrafamiliar y que fueron canalizados, se describe a continuación:

Año 2009

Localidad 15- Antonio Nariño

Número de casos identificados y canalizados: 6 casos

Localidad 18 – Rafael Uribe

Número de casos identificados y canalizados: 112 casos

A JUNIO DE 2010

Localidad 15 – Antonio Nariño

Número de casos identificados y canalizados: 0 casos

Localidad 18 – Rafael Uribe

Número de casos identificados y canalizados: 30 casos a primer semestre del 2010

3.2.1.4 Análisis a los sistemas de información del Ámbito Familiar

Primera actividad para capturar la información:

1. Ficha técnica para la identificación y caracterización de núcleos de familias de la estrategia APS con enfoque familiar y comunitario: es una ficha donde se condensa:
 - Datos de vivienda (identificación, la zona que vive, tipo de vivienda, dirección, etc).
 - Datos de condición de la vivienda (tipo de conexiones higiénicas, de servicios de públicos, material de la vivienda, tiempo de residencia)
 - Uso de los espacios de vivienda (personas que viven en la vivienda, cuantos dormitorios, si conviven con animales, etc).
 - Datos de la familia en el entorno (espacios de participación, organizaciones sociales o comunitarias, etc)
 - Datos personales de cada uno de los miembros del núcleo familiar (identificación, género, condición de estado civil) etnias, población especial, relación con el jefe del hogar, tipo de aseguramiento (Sisben, contributivos), escolaridad y tipo de empleo.

Objetivo principal de esta ficha es tener una Base de Datos de las familias de los microterritorios señalados para abordar la estrategia de salud a su casa contratados por el FFDS. A su vez es utilizado para construir los diagnósticos locales con participación social. Igualmente es utilizada para realizar el análisis de la situación de salud en el microterritorio.

Los objetivos principales de esta ficha, es identificar cada una de las familias de los territorios de Salud a su Casa, con el fin de conocer la problemática de cada una de las familias.

2. Segunda captura (DIGITAR) la información de las fichas de caracterización al programa APS EN LINEA (donde están conectados todos los Hospitales de primer nivel, con la SDS).
3. Registro de Actividades de seguimiento realizadas por el promotor con las familias e individuos y novedades encontradas. Igualmente se digita la información en el programa APS en Línea.
4. Con toda la información recolectada y digitalizada, se crea una base de datos global, donde es utilizada de acuerdo a requerimientos o necesidades, según protocolos diseñados desde el ámbito familiar (información confidencial). El Ámbito Familiar utiliza la información para el análisis de diferentes documentos para la SDS (Cuantas gestantes se encuentran caracterizadas en los territorios salud a su casa, conocer cuantos niños menores de cinco años hay en los territorios, etc), como también conocer los determinantes sociales de las necesidades o problemas de la localidad, distinguiendo los núcleos problémicos, para actuar a su vez en los mismos (acciones de tipo educativas como por ejemplo derechos y deberes de los ciudadanos, salud sexual y reproductiva, etc. Igualmente se realizan las canalizaciones, siendo esta una acción de remisión de un problema o necesidad identificado en la caracterización y los seguimientos a las familias de los microterritorios, ejemplo de ello, es la identificación de un niño con desnutrición, donde actúa el auxiliar de enfermería del equipo salud a su casa, canalizándolo, para ser atendido en algún centro de salud (UBA – UPA) cercanos donde vive.
5. Elaboración de informe anual de análisis de salud en los microterritorios.
6. Se aporta con la base de datos APS en Línea, a la elaboración del diagnóstico local con participación social.
7. Se realizan informes mensuales que son enviados a la SDS, entre estos: número de gestantes caracterizadas de alto y bajo riesgo, numero de actividades realizadas por la estrategia salud a su casa como son las caracterizaciones y seguimientos, número de núcleos de gestión de la salud y con número de participantes.

3.2.1.5. Acciones Intersectoriales del Ámbito Familiar

- Se realizan una serie de reuniones con SDS Ámbito Familiar Salud a su Casa que depende de la Dirección General de Salud Pública, donde asisten todos los coordinadores del AF, y el profesional de apoyo a la gestión, para

verificar y programar acciones, actividades y metas, nuevos planes de acción cuando se requiere.

- Reuniones cada dos meses con las salas situacionales COVECOM (Comité de vigilancia Epidemiológica Comunitario (comunidad, Coordinadores de todos los ámbitos, vigilancia en salud y las asociaciones de usuarios), con el objeto de evaluar y socializar diferentes temas solicitados por la comunidad de la(s) localidad(es).
- El Comité de Vigilancia Epidemiológica-COVE, del Hospital, cumple la función de informar las problemáticas en salud a nivel distrital a los diferentes ámbitos de la ESE, que se realizan una vez por mes (función de retroalimentación y socialización de las problemáticas existentes en las localidades, como son las patologías que pueden propagar los vectores y la forma de notificar y canalizar la vigilancia comunitaria, etc).
- Mesas territoriales: espacio de participación social y política de la comunidad con los diferentes instituciones gubernamentales (integrados por: entes territoriales: Alcaldía, DILE, Personería, Representante de Gestión Social Integral, Representantes de los diferentes ámbitos del Hospital, líderes comunitarios, ONGs, Representantes de las diferentes redes sociales), cuyo objetivo es la socializan los diferentes problemas que afecta la localidad Ejemplo falta de cupos en los colegios, barreras de acceso a la salud, malla vial, seguridad, etc).

3.2.1.6 Análisis y verificación del perfil contratado en el Ámbito Familiar

Se pudo constatar que las personas contratadas en el 2009 a través de la Cooperativa y de la Temporal UNO A, en el 2010, para el desarrollo de las actividades del programa Ambiente Familiar, fueron seleccionadas conforme a lo establecido por los lineamientos del contrato PIC de las vigencias 2009 y 2010, según muestra aleatoriamente seleccionada.

3.2.2 Evaluación al Programa Salud al Colegio

3.2.2.1. Análisis financiero al programa Ámbito Escolar 2008, 2009 y 2010.

Para el abordaje del programa Salud al colegio, se analizaron las vigencias 2008, 2009 y junio del 2010, desde el punto de vista de los costos incurridos por el Hospital en el Ámbito, según información suministrada por el área financiera. Los costos fueron distribuidos por el Hospital conforme al Modelo Conceptual de Costos Hospitalarios según resolución N° DDC-005 de 19 de octubre de 2009, de la contaduría de Bogotá, D.C.

CUADRO 5
Ejecución Financiera Ámbito Escolar vigencia 2008 Vs 2009 y I Semestre de 2010
(Millones de pesos)

	Mano de obra			rubro Total Mano de obra/Total Costos %	Rubro Contratistas/Total Costos %	Material es	Costos General es	Costo Primario	Costos Administra tivos	Costo Total
	De planta	De contra tistas	Total Mano de Obra							
2008	58,65	470,35	529	63,54	56,5	91,25	42,8	663,05	169,47	832,52
2009	43,5	719,23	759,73	69,46	65,75	59,16	46,89	865,78	228,05	1093,83
Variación 2008-2009	15,15	248,88	230,73	5,92	9,25	-32,09	4,09	202,73	58,58	261,31
I semestre 2010			496,97			22,65	27,49	547,11	34,76	581,87

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe 2010. Estados Financieros

La gestión financiera del Ámbito Escolar en valores relativos de la vigencia 2008 fue más eficiente frente a la vigencia 2009, toda vez que los costos totales de esta última vigencia se incrementaron en \$261 millones, siendo la mano de obra de contratistas la variable que mayor incidencia tuvo en los costos totales.

CUADRO 6
Utilidad o Déficit Financiero del Ámbito Escolar vigencia 2008 Vs 2009 y I Semestre de 2010
(Millones de pesos)

	COSTO TOTAL	INGRESOS FACTURADOS	UTILIDAD O DÉFICIT	% RECUPERACION COSTOS / FACT. BRUTA
2008	832,52	1.113,80	281,2	133,79
2009	1.093,83	1.296,43	202,6	118,52
I Semestre de 2010	581,87	626,93	45,06	107,74
Variación 2008-2009	261,31	182,63	78,68	-15,27

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe 2010. Estados Financieros

Conclusiones:

- El Ámbito Escolar financieramente es positivo al generar utilidad en el ejercicio operacional en las vigencias 2008 y 2009.
- La vigencia 2008 generó mejores resultados financieros al obtener una utilidad de \$281,26 millones, superior a los \$202,6 millones de utilidad generados en el 2009.

- La “Margen de Eficiencia” o Margen de Contribución” significa como “contribuyen” los ingresos por los servicios prestados para cubrir los costos y a generar a su vez utilidad, que es la finalidad que persigue toda empresa, que para el caso del Hospital Rafael Uribe Uribe en la vigencia fiscal del 2008 fue del 134%, respecto al arrojado en el 2009 del 119% de Margen de Eficiencia.
- A junio del 2010 financieramente el Ámbito Escolar presenta un balance positivo al generar una utilidad de \$45,06 millones y su indicador de recuperación de costos sobre la facturación bruta fue del 107,74%. Aunque este indicador no es definitivo toda vez que es un análisis semestral, comparativamente es el más bajo de los resultados dentro de los últimos tres años.

Los mejores resultados financieros del 2008 frente al 2009, se pudo presentar por los siguientes aspectos:

- Los costos de mano de obra directa de la vigencia 2009 se incrementaron en un 53% frente al 2008, al pasar de \$470,3 millones en el 2008 a \$719,23 millones en el 2009, como consecuencia del aumento en la contratación de mano de obra de contratistas, toda vez que de 426 contratos firmados en el 2008, se suscribieron 547 contratos en el 2009, un incremento de 121 contratos adicionales respecto al 2008, sin observarse en esta última vigencia, un mayor número de colegios o estudiantes beneficiados con el programa, solo se puede apreciar mayores costos incurridos en la ejecución de este programa.
- Los costos administrativos de la vigencia 2009, fueron de \$228,05 millones, \$59 millones de pesos más que los presentados en la vigencia 2008.
- Los costos de mano de obra por contratistas en la vigencias 2008 y 2009 representaron el 56,65% y el 65,75% sobre los costos totales respectivamente, lo que indica que es el rubro que mayor incidencia tiene sobre el total de costos en que incurre la ESE para desarrollar las actividades del Ámbito Escolar.
- Los costos administrativos en que incurre el Hospital para ejecutar las actividades del Ámbito Escolar, en las dos vigencias en estudio, son superiores al 10% que reconoce el contrato interadministrativo con el FFDS.

3.2.2.2. Población Beneficiada y sus costos, vigencias 2008, 2009 y junio 2010.

La siguiente información fue reportada por el Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel, a través de la coordinación del Ámbito Escolar y los sistemas de información que posee.

Por lo tanto para abordar el objeto de la presente actividad, se analizará la población beneficiada desde los colegios y los alumnos abordados en las vigencias 2009 y primer semestre del 2010. Para un mayor análisis se confrontará la población intervenida o beneficiada en las vigencias 2008, 2009 y 2010.

Cuadro 7
COLEGIOS Y ESTUDIANTES BENEFICIADOS AMBITO ESCOLAR
2008-2009 y PRIMER SEMESTRE 2010

POBLACION BENEFICIADA	2008	2009	Variación	A JUNIO DE 2010
Colegios Abordados	15	15	0	15
Niños (as) Abordados	22.799	21.210	-1.589	24.600

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel ESE

Conclusiones:

- Desde el punto de vista de los colegios y estudiantes beneficiados o abordados, se concluye:

El número de colegios abordados por el Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel, no presentó variación durante los tres últimos años, siendo una constante de 15 colegios beneficiados por año, toda vez que esta meta fue programada en los lineamientos del contrato PIC para el Ámbito Escolar, como también en las Actas de acuerdo firmadas entre la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital.

Por su parte los niños(as) beneficiados(as) con los recursos del Ámbito Escolar en las vigencias 2008 y 2009 fue del orden de los 22.799 en el 2008 y de 21.210 en el 2009, presentando una leve disminución de 1.589 niños en este último año, posiblemente por múltiples factores como (violencia, población flotante, desempleo, cultura, desplazamiento, etc.) entre otros factores.

Ya en el primer semestre del 2010, el Hospital abordó 24.600 niños(as), debido al incremento en la cobertura en algunas intervenciones como salud visual, suplementación en micronutrientes (vitamina A, Sulfato Ferroso), entre otros.

- Desde el punto de vista de los costos anuales 2008 y 2009 por colegio y estudiante beneficiado o abordado, se concluye:

Frente a los costos incurridos por el Hospital en desarrollo del componente Ámbito Escolar, las cifras indican que para la vigencia 2008 el Hospital invirtió \$55,5

millones y \$72,9 millones para el 2009 por colegio abordado, presentando un incremento de \$17,4 millones por colegio en este último año, lo que representa un incremento porcentual del 31,3%.

Cuadro 8

COSTOS POR COLEGIO ABORDADO 2008 Y 2009							
2008				2009			
Costo por Colegio Abordado \$	Incluyendo costos Administ/s \$	% de incremento	Costo Total por Colegio Abordado \$	Costo por Colegio Abordado \$	Incluyendo costos Administ/s \$	% de incremento	Costo Total por Colegio Abordado \$
44,20	11,30	25,57	55,50	57,70	15,20	26,34	72,90

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel 2010

Cabe señalar que dentro del total de costos incurridos en el 2008 el Hospital invirtió el 20,4% en costos administrativos, y el 20,8% en el 2009. Igualmente los costos de mano de obra directa, en el 2008 correspondieron a \$470,3 millones y \$719,23 millones en el 2009, un incremento en los costos totales del componente Escolar del 53%, debido al aumento en la contratación de mano de obra de contratistas, al pasar de realizar el Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel, 426 contratos en el 2008 a 547 contratos en el 2009, que equivale a 121 contratos adicionales respecto al 2008.

El resultado anterior refleja, que mientras se incrementa la contratación más del 50% entre el 2008 y el 2009, para desarrollar actividades del Ámbito Escolar, el número de beneficiarios abordados, se reduce o permanece estable.

Cuadro 9
Costos por Estudiante Beneficiado 2008 Vs 2009

	COSTOS										INVERSION O COSTOS INCURRIDOS			
	A	Mano de Obra Contratista	Peso %	B	C	Mate+ G.G	Peso %	D	Peso %	E=A+B+C+D	INVERSION POR COLEGIO		INVERSION POR ESTUDIANTE	
	Total Mano de Obra			Total Materiales	Total Gastos Generales			Costos Administrativos		TOTAL COSTO DIRECTO Con costos Administrativos	Colegios Beneficiados	Inversión por Colegio Con Costos Administrativos	Estudiantes Beneficiados	INVERSION POR ESTUDIANTE Con costos administrativos
2008	529	470,3	56,5	91,3	42,8	134,1	16,1	169,5	20,4	832,5	15	55,5	22799	3,65
2009	759,73	719,23	65,75	59,16	46,89	106,05	9,7	228,05	20,8	1093,83	15	72,9	21210	5,16
Variación	-230,73	-248,93	-9,25	32,14	-4,09	28,05	6,4	-58,55	-0,4	-261,33	0	-17,4	1589	-1,51

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel 2010

3.2.2.3 Ejecución de las metas programadas Ámbito Escolar 2009 y junio 2010, relacionado con la problemáticas: embarazos en adolescentes, consumo SPA, y Violencia Intrafamiliar.

Problemática de Embarazos en Adolescentes:

La problemática del embarazo en adolescentes, es intervenida por el Hospital Rafael Uribe Uribe, de acuerdo a la Matriz de Negociación que fue elaborada conjuntamente por las SDS y SED, intervención que fue plasmada en los proyectos para el Desarrollo de la Autonomía (PDA) denominados:

1. Procesos de formación para la sexualidad,
2. Respuestas a eventos que afectan el desarrollo de la autonomía
3. y Salud Sexual y Reproductiva

1. Procesos de formación para la sexualidad

Meta 2009: cubrir 9 sedes con procesos de implementación durante los seis meses, para lograr la transformación de imaginarios sociales relacionados con la vivencia de la sexualidad a través de la implementación de módulos pedagógicos de educación para la sexualidad en niños, niñas, adolescentes y familias del ámbito.

Meta cubierta por la ESE en el 2009: nueve sedes, el 100%

Problemática de Consumo SPA (Sustancias Psicoactivas):

De acuerdo a las directrices de la SDS para el 2009, no hubo lineamientos específicos para intervenir la problemática de consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo la ESE Rafael Uribe Uribe abordó este desde el componente de actividad física, que posee lineamientos dados por la SDS en la Matriz de Negociación. Sin embargo no se definen acciones concretas en prevención de SPA; las acciones van dirigidas al uso adecuado del tiempo libre como factor protector ante el uso de sustancias psicoactivas.

- Componente de “Promoción de la actividad física y de ambientes favorables al no uso abusivo de SPA” 2009

Intervención “Promoción de ambientes favorables al no uso abusivo de SPA”

Producto: plan de acción implementado por sede

Meta: 5 sedes

Meta cubierta por la ESE en el 2009: cinco sedes, el 100%

- Componente de “transformación de prácticas sociales y culturales” 2010.

Intervención “salud mental, acciones promocionales para la prevención del uso abusivo de SPA”

Producto: Unidad territorial cubierta

Meta: 12 sedes

Meta cubierta por la ESE en el 2010: 12 sedes, el 49%

Problemática Violencia Escolar (Asociada al consumo de SPA):

Problemática de violencia escolar en la vigencia 2009, fue desarrollada por el Hospital, en la línea de intervención de convivencia. Para la vigencia 2010, se tienen lineamientos específicos para las líneas de intervenciones en convivencia (derechos humanos, resolución de conflictos, inclusión social, etc) y la prevención del uso de sustancias psicoactivas (SPA).

- Componente de convivencia 2009:

Componente de “promoción de la inclusión social y de la garantía de derechos”

Intervención “Desarrollo de estrategias pedagógicas para la promoción de la inclusión social y garantía de derechos, en desarrollo de la cátedra de derechos humanos y pedagogías de la reconciliación”.

Producto: sedes con estrategias pedagógicas diseñadas e implementadas

Meta: 9 sedes

Cumplimiento 100%

- Componente de convivencia y la prevención de el uso de sustancias psicoactivas (SPA) 2010.

Componente de “Transformación de practicas sociales y culturales”

Intervención “Acciones promocionales en convivencia”

Producto: Unidad territorial cubierta

Meta: una unidad

Cumplimiento: 49%

3.2.2.4 Sistemas de Información Utilizados por el Ámbito Salud al Colegio:

Los sistemas de información encontrados fueron distribuidos para su análisis por fases, a saber:

Fases:

- Fase I. Planeación Participativa, los actores de los colegios (docentes, orientadores, coordinadores, rector, Diles (Direcciones Locales de Educación S. Educación Distrital) (Enero - Febrero) Documentos que salen de esta planeación : mapa de acuerdos colegios y ESEs (priorizan: actividades que la ESE puede brindar en un portafolio de servicios de acuerdo a los problemas del colegio (las que el colegio detecte (discapacidad, salud visual, oral, salud mental, salud sexual y reproductiva, prevención de consumo de spa, etc), en que sedes y en que jornadas (brindan el espacio). De este mapa de acuerdos se genera los planes de acción para cada componente (la problemática).
- Fase II. Desarrollo planes de respuesta. (Marzo – Junio) Se ejecutan los planes de acción acordados con los colegios: se elaboran los siguientes documentos:
 - Fichas técnicas que incluye actividades y metodologías a desarrollar por cada Línea o componente.
 - Actas de actividades que desarrollan cada uno de los referentes de las diferentes líneas de intervención.
 - Se alimentan los siguientes sistemas de información: SISPIC (Sistema de Información del Plan de Intervenciones Colectivas) y la Plataforma de Planes de Acción Institucionales de la Secretaria de Educación Distrital.
 - Se generan productos administrativos de entrega mensual que son: seguimiento a profesional, cronogramas, informes de gestión y flujos de actividades.
 - Dentro de las líneas de intervención Salud oral, Salud visual, suplementación de micronutrientes, salud mental y discapacidad, los referentes (equipo que labora en las unidades de trabajo en los microterritorios) elaboran base de datos en EXCEL de población identificada y/o abordada por estas líneas (uno de los productos que por lineamiento se debe entregar a la SDS).
 - Informes trimestrales de actividades: son carpetas que contiene información cuantitativa (ejemplo, la población cubierta), cualitativa (Descripción de logros y dificultades) y de metodologías de trabajo

(fichas técnicas y temáticas o temas abordados en cada intervención realizada), exceptuando el componente de suplementación (que es un informe cuatrimestral).

- Fase III. Seguimiento y monitoreo. (Julio – Agosto) y (Noviembre - Diciembre)

Esta fase contiene los siguientes documentos de información:

- Balances participativos, que es la evaluación que hace cada institución (colegio) a las acciones desarrolladas por el Hospital. Se genera, el acta de reunión y documento balance.
- Informe trimestral final de cierre de año, que contiene información cuantitativa (ejemplo, la población cubierta), cualitativa (Descripción de logros y dificultades) y de metodologías de trabajo (fichas técnicas y temáticas o temas abordados en cada intervención realizada).
- Se entrega documentos según el lineamiento dado por el contrato PIC, ejemplo: relatorías, sistematización de experiencias y bases de datos (consolidadas).

3.2.2.5 Análisis a las acciones Intersectoriales:

Una acción intersectorial es una actividad articulada entre varios actores relacionados con las temáticas, necesidades y población afectada, con el fin de manera conjunta, se gestionen o realicen acciones que permita dar respuesta a las necesidades o problemáticas de las comunidades intervenidas.

Descripción de algunas Acciones Intersectoriales realizadas por el Hospital:

- Se generan acuerdos entre los colegios y la ESE Rafael Uribe Uribe donde se priorizan: actividades que brindan un portafolio de servicios de acuerdo a los problemas del colegio (las que el colegio detecte (discapacidad, salud visual, oral, salud mental, salud sexual y reproductiva, prevención de consumo de spa, etc), en que sedes y en que jornadas (brindan el espacio).
- Reuniones de equipos gestores de la ESE con los DILE de las localidades 15 (Antonio Nariño) y la 18 (Rafael Uribe Uribe), con el fin de hacer seguimiento a los planes de acción, generados en los acuerdos.
- Reuniones con las salas situaciones COVECOM (Comité de vigilancia Epidemiológica Comunitario (comunidad, Coordinadores de todos los ámbitos, vigilancia en salud y las asociaciones de usuarios), con el objeto de evaluar las acciones ejecutadas dentro de la(s) localidad(es).
- Cada semana, todos los coordinadores de los Ámbitos Escolares de las ESES de primer a nivel Distrital se reúnen con la SDS (coordinar de salud

al colegio), con el fin de hacer seguimiento a los lineamientos dados en el contrato PIC (socialización de la información, negociaciones de los contratos o acciones que falta por contratar). Se pueden generar las adiciones al contrato PIC, sustentada mediante un acta entre la SDS y la ESE, igualmente se pueden generar las glosas por incumplimiento de las metas dadas por la SDS.

- El Comité de Vigilancia Epidemiológica, COVE, de Hospital, cumple la función e informar las problemáticas en salud a nivel distrital a los diferentes ámbitos de la ESE, que se realizan una vez por mes (función de retroalimentación y socialización de las problemáticas existentes)

3.2.2.6 Análisis y verificación del perfil contratado en el Ámbito Escolar

Se pudo constatar que las personas contratadas a través de la Cooperativa en el 2009 y de la Temporal UNO A, en el 2010, para el desarrollo de las actividades del programa Ambiente Escolar, fueron seleccionadas conforme a lo establecido por los lineamientos del contrato PIC de las vigencias 2009 y 2010, según muestra aleatoriamente seleccionada.

3.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El hospital Rafael Uribe Uribe I nivel de Atención ESE, a Junio 30 de 2010, presentó un único Plan de mejoramiento que contiene 47 hallazgos así.

CUADRO 10
COMPOSICIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE	Auditoria Regular 2007	Auditoria Especial 2008	Auditoria Regular 2009	TOTAL
Control Interno			1	1
Estados Contables		3	5	8
Presupuesto			5	5
Contratación			7	7
Gestión Ambiental	4		19	23
Acciones Ciudadanas			3	3
TOTAL	4	3	40	47

Fuente: Plan de Mejoramiento a Junio 30 de 2010

Con el fin de establecer el cumplimiento de las acciones correctivas se efectuó seguimiento del Plan de mejoramiento rendido en la cuenta a junio 30 de 2010, con corte a Noviembre de la presente vigencia; es de mencionar que todas las acciones correctivas tienen cumplida la fecha de terminación.

CUADRO 11
RESUMEN SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE	Cerrada	Abierta	En Ejecución	TOTAL
Control Interno	0	1	0	1
Estados Contables	6	2	0	8
Presupuesto	5	0	0	5
Contratación	7	0	0	7
Gestión Ambiental	16	7	0	23
Acciones Ciudadanas	2	1	0	3
TOTAL	36	11	0	47

Fuente: Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel 2010

De los 47 Hallazgos del actual plan de mejoramiento, se dio cumplimiento a 36 que se cierran y se retiran, en tanto que 11 quedan en estado abierto cuya fecha de terminación se cumplió entre octubre de 2009 y agosto de 2010, las cuales deben permanecer en el mismo con plazo para su cumplimiento de sesenta (60) días, dentro de los componentes que cumplieron con todas las acciones correctivas se tiene presupuesto y contratación. (ver anexo 4.2)

De los 8 hallazgos de estados contables, que forman parte del Plan de Mejoramiento vigente a junio 30 de 2010, se cerraron 6 y permanecen abiertos 2; es de precisar que si bien algunos de ellos se cerraron la entidad debe continuar adelantando acciones que permitan culminar con los procesos, dentro de los cuales se encuentran:

Hallazgo 2.2.3 AGEI especial vigencia 2008 queda pendiente la liquidación de los contratos con la EPSs Unicajas los cuales se encuentran terminados.

Hallazgo 2.3.1 AGEI especial vigencia 2008, 3.3.02 AGEI modalidad regular a la vigencia 2008, no se cumplió con la disminución de la glosa administrativa por autorización, como se observó en agosto de 2010 frente al mismo periodo en el 2009 que pasó de 1.02 al 21%.

De los hallazgos de Estados Contables cuya acción correctiva no logro alcanzar la meta propuesta se encuentran:

Hallazgo 3.3.01 y 3.3.04, AGEI modalidad regular a la vigencia 2008 queda pendiente el traslado de las fichas elaboradas por glosas definitivas a la Oficina de Asuntos Disciplinarios, así como el archivo donde facturación da traslado a la subgerencia Administrativa y Financiera comunicando decisión sobre proceso de investigación, además no se cumplió con la respuesta de glosas anteriores a junio 30 de 2009.

En el componente ambiental de los 23 hallazgos incluidos en el Plan de Mejoramiento, la entidad dio cumplimiento a 16 que se cierran y permanecen abiertas los numerales 3.7.4, 3.7.6, 3.7.9, 3.7.10, 3.7.11, 3.7.12 y 3.7.19 con motivos como la instalación incompleta de los habladores en los baños de usuarios, el no dar la totalidad de capacitación comprometida en el manejo de residuos sólidos a los usuarios, no contar con información del control realizado a los contratos relacionados con el gasto ambiental, no contar con el permiso de la Secretaria Distrital de Ambiente para el vertimiento entre otros.

En cuanto a las acciones correctivas planteadas para los 3 hallazgos de acciones ciudadanas, se cierran dos (2) y 1 permanece abierto por que las acciones correctivas no fueron efectivas, toda vez que continúa presentando la misma inconsistencia como es dar respuesta a las peticiones por fuera de termino.

En conclusión el Hospital cumplió con su plan de mejoramiento consolidado, al obtener un promedio de 1.85 puntos, con grado de avance físico de ejecución de las metas del 92.5%.

4 ACCIONES CIUDADANAS

La Dirección Sector Salud e Integración Social, con el fin de cumplir con la estrategia 3.2 del objetivo 3 del Plan Estratégico, “Vincular asociaciones cívicas y comunitarias de beneficio o de utilidad común al ejercicio del control social paralelamente con el control fiscal”, invitó a representantes de la comunidad de los hospitales donde se desarrollaría auditorias en cumplimiento del ciclo III del PAD 2010 para socializar el Memorando de Encargo y de Planeación de Auditoria y escuchar las diferentes inquietudes, realizado el 29 de octubre del 2010.

El hospital, en su estructura organizacional, cuenta con la oficina Asesora de Atención al Usuario y participación Final, que depende de la Gerencia, y se constituye como un proceso de gestión dentro del mapa de procesos.

Por otra parte la entidad cuenta con manuales de procedimientos en el cual se incluye el procedimiento “RECEPCION, TRÁMITE, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PETICIONES”.

Consultada la base de datos suministrada por el Hospital, se evidencia que durante el periodo enero-junio de 2010 se presentaron 500 peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitudes y felicitaciones y 1.165 durante el 2009 así:

Cuadro 12
CLASIFICACION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, OTROS

Clase de solicitud	Vigencia 2009	Periodo enero-Junio de 2010
Derecho de Petición	34	3
Felicitación	257	209
Queja	218	90
Queja contra usuario	17	11
Reclamo	478	130
Solicitud	75	24
Solicitud medio ambiente	8	16
Solicitud PIC	0	7
Solicitud visita medio ambiente	0	1
Sugerencia	84	9
Otros	4	0
Celda Vacía	2	
TOTAL	1.177¹	500

Fuente: Oficina de Atención al Usuario Hospital Rafael Uribe Uribe

Es de anotar que durante el proceso auditor no se recibieron quejas o peticiones por parte de este equipo auditor, así mismo la entidad mediante oficio HRUU-P^SAU-1298-10 certifico que no recibió quejas o reclamos relacionados con los programas Salud a su casa y Salud al Colegio. Sin embargo al verificar lo contemplado en el detalle de la respuesta de la base de datos, se evidenció que las quejas 1, 6, 171, 242, 260, 331 y 479 tienen relación con los programas auditados. Razón por la cual se continuó con el desarrollo de la auditoria con el seguimiento del trámite dado a las mismas de acuerdo al manual de procesos y procedimientos.

4.1. La entidad, no cumple con lo preceptuado en el proceso “Gestión hacia el usuario y humanización del servicio”, dado que la respuesta no contempla la aprobación por parte de la Gerencia, la aprobación únicamente se está dando por la Jefe de participación Social y Atención al usuario. Por otra parte los soportes no evidencian certeza en la entrega de la respuesta al peticionario dado que la queja 479 no refleja la fecha de recibido, al igual que la queja 171 no cumple con los tiempos de entrega estipulados en el procedimiento. Colocando en riesgo la pertinencia del trámite dado a las mismas.

¹ La diferencia de quejas, peticiones, sugerencia, etc, entre 1165 de la base de datos y 1177 del cuadro 23 corresponden a que algunas de ellos contiene literales por diversidad de contenido.

5 ANEXOS

5.1 CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION
ADMINISTRATIVOS	3		2.1.1 2.1.2 4.1
CON INCIDENCIA FISCAL	0	0	
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	0	0	
CON INCIDENCIA PENAL	0	0	

5.2 PLAN DE MEJORAMIENTO

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	SEGUIMIENTO - ENTIDAD	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE/ESPECIAL 2008	ESTADOS CONTABLES FACTURACIÓN 2.2.3	De igual manera, el nivel de participación de la facturación pendiente por radicar de las EPS ? régimen subsidiado, representa el 21%, correspondiente a \$263.6 millones (incluida la facturación pendientes por radicar a junio de 2008). De este valor, se resalten en especial, las cuentas pendientes por radicar con la EPS - S Unicajas, con un saldo de \$16.3 millones de septiembre de 2006. De acuerdo a la información suministrada por el área de facturación, estos valores son: ?correspondientes a atenciones prestadas en este mes y pendientes por conciliación para la radicación y pago hasta que Unicajas y el Hospital concilien la radicación de la misma?, por lo que el hospital deberá estar atento para la gestión de cobro. Esta facturación, presenta una situación de riesgo, dada la antigüedad de la misma. Por lo que se infiere que no se dio estricto cumplimiento a la Ley 87 de 1993 literal a), artículo 2.	1.- Radicar las facturas generadas dentro de los términos. 2.- Realizar las conciliaciones y gestión de cobro de las cuentas. 3.- Realizar la liquidación del contrato con la EPS-S Unicajas	1.- No. De facturas radicadas a EPS-S/No de facturas generadas a EPS-S 2.- No. de Conciliaciones y gestión de Cobro realizadas /No. de Conciliaciones y gestión de cobro programadas 3. Contrato liquidado	1. Disminuir la situación de riesgo de la cartera por su antigüedad 2. Disminuir los saldos pendientes de recaudar o depurar de la cartera por concepto de liquidación de contratos.	Subgerencia Administrativa y Financiera LUIS ALBERTO CORREA	Coordinador de facturación y cartera. Javier Soacha	0	2009/08/26	2010/08/25	La liquidación de contratos depende de la liquidación que realice el ente territorial con las EPS-S	0,5	1. A diciembre 31 de 2009, se cumplió el cronograma de radicación de cuentas por venta de servicios de salud en un 95% 2. Se realizó la gestión de cobro y conciliación de acuerdo a las citas concertadas con los diferentes pagadores.	1,7	C	En el seguimiento realizado a las acciones correctivas propuestas el hospital cumplió con ellas, sin embargo se está a la espera de radicar algunas cuentas no significativas y liquidar el contrato con UNICAJAS para definir el pago de la cuenta de julio 2008 por \$17.0 millones (no se prestó el servicio). Se califica con 1.7 puntos y grado de cumplimiento del 85% quedando cerrada, sin embargo la entidad debe continuar adelantando el proceso de liquidación.
AGE/ESPECIAL 2008	ESTADOS CONTABLES CARTERA 2.3.1	El reporte de glosas definitivas presentado a través de SIVICOF a 30 de junio de 2008, por un valor total de \$719.4 millones, a pesar de correspondencia a vigencias anteriores, no presenta responsabilidades de las mismas, lo cual demuestra que estas no han sido evaluadas por la entidad para determinar si las causas que originaron la pérdida de los derechos facturados corresponden a potenciales fallas administrativas o fiscales en la gestión a cargo de los servidores públicos de la entidad. Lo anterior incumple lo establecido en la Circular 035 de 2000 de la Contaduría General de La Nación y el Concepto No CTCE 549-05 de 2005 de La Secretaría de Hacienda? Dirección Distrital de Contabilidad, e incide en que no se establezca en forma oportuna la situación jurídica y financiera relacionada con los procesos.	1.- Se definirá el procedimiento para la investigación y definición de responsabilidades según concepto emitido por el comité de admón. de glosas. 2.- Se actualizará en comité de Glosas el área responsable de remitir al SIVICOF la información en cuanto a valores de glosas y responsabilidades.	1. No. Glosas definitivas con responsable/ No. de glosas definitivas realizando conciliación y retroalimentación en los procesos de facturación definitivas.	Minimizar las glosas por fallas administrativas de servicios de salud y Oficina de facturación	Subgerencia Administrativa - Subgerencia de salud y Oficina de facturación LUIS ALBERTO CORREA, RAFREL TORRES JAVIER SOACHA	Técnico administrativo - oficina de Facturación Javier Soacha	0	2008/12/15	2009/08/31	A la fecha se inicia su implementación	0,7	1. Se definió como responsable del diligenciamiento en SIVICOF de las glosas definitivas al área de facturación. 2. Se hicieron 96 fichas técnicas de las cuales 14 están en proceso de investigación en el área de Control Interno Disciplinario, así como las relacionadas con el contrato PIC	1,8	C	Se cumplió con el 90% de la acción correctiva, al quedar pendiente la disminución de glosa administrativa por autorización no obstante debe mejorar su proceso de autorizaciones que aumento considerablemente en agosto de 2010, con grado de cumplimiento del 85%
AGE/ESPECIAL 2008	ESTADOS CONTABLES CARTERA 2.3.3	Con lo anterior se evidencia que a pesar de contar con una cartera conciliada administrativa y contablemente y realizarse una gestión de cobro aceptable, teniendo en cuenta limitaciones como liquidación de contratos, se presenta un alto porcentaje de valores adeudados con una antigüedad superior a 360 días, incrementando el valor de la cuenta de Deudas de Difícil Cobro, corriendose el riesgo que estos valores no sean cancelados por la ARS y los deudores de pagares por operar el fenómeno de la prescripción, igualmente el no tramitar oportunamente las respuestas de las glosas incidiendo en el posible no reconocimiento de los derechos del Hospital, incumpliendo con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literales a) y b) de 1993.	1.- Realizar la liquidación de contratos con las ARS	1. NUMER DE CONTRATOS LIQUIDADOS/ No. DE CONTRATOS A LIQUIDAR	1. LIQUIDACION DEL 100% CONTRATOS ARS	1. MERCADEO Y OF JURIDICA	1. Prof Especializado Mercadeo. Victoria Eugenia Martinez	0	2008/12/15	2009/12/30	0.400000 0000000 0002220 4460492 5031308 0847263 3361816 40625	0,4	Frente al proceso de liquidación de contratos, se viene adelantando una labor de conciliación de glosas pendientes. De otro lado teniendo en cuenta la comunicación emitida por la Secretaría Distrital de Salud, en la que manifiesta que se va a realizar el pago de los recursos retenidos por conceptos de liquidación de contratos administrativos del régimen subsidiado con la EPSS, se remitió una circular a todas estas en las que se solicita el giro de los recursos adeudados al Hospital. Sin embargo se debe tener en cuenta que los giros significativos del FFD solo serán realizados en el mes de marzo de 2010.	1,7	C	Con base en lo formulado en el plan de mejoramiento si bien la entidad no ha liquidado los contratos con diferentes EPS, el hospital presentó oficios y actas de concertación de flujo de recursos donde se solicita aclarar algunos valores para proceder a la liquidación de los contratos, situación que depende del ente territorial a su vez,

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONTINUIDAD - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.1	Revisados los soportes correspondientes a la información presentada en los formatos CB-0501, Evaluación de la Gestión Institucional a Nivel Interno, se evidenció que estos no generan confiabilidad, puesto que se encontraron inconsistencias en los diferentes reportes. En conclusión, todos los formatos no fueron diligenciados conforme a los requerimientos, igualmente, la información suministrada por la entidad no es confiable, puesto que durante la verificación de los datos reportados se encontraron inconsistencias. De acuerdo a la Guía para la Auditoría de la Gestión Ambiental Institucional Nivel Interno, las inconsistencias encontradas generan NO CONFORMIDADES, para los siguientes ítems: 5.1 respecto a los impactos ambientales, 6. relacionado con los objetivos y metas ambientales; 9.1, 9.2 y 9.4 referidos a la identificación de los impactos ambientales; 10 registros presentados en el consumo de agua, no son cifras iguales a las verificadas; 14.1, 14.2, 14.3, 14.4 relacionado con la reducción del consumo de agua; 15.2, 15.3, 15.4, 15.5 referido a la implementación del programa de uso y ahorro de agua; 17.2, 17.3, 17.4 y 17.5 relacionados con vertimientos; 33.5, 36, 38.1, 38.2, 38.3, 38.4, 39.2, 39.3, 39.4, 39.5, 40.1, 40.2 y 40.3 todos los ítems relacionados con el recurso energético.	1. Diligenciar completa y verazmente los formatos reportado en SIVICOF incluyendo todas las columnas del formato	# de espacios diligenciados con información completa y veraz en los formatos CB - 0501 /total de espacios a diligenciar en los formatos CB - 0501	Formatos CB - 0501 actualizados y completos con la información veraz en un 100%.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA/ RECURSOS FISICOS	Líder proceso Gestión Ambiental Mónica Franco	Los asignados	2008/01/01	2009/12/31	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico CB - 0501	2	C	Se revisaron los formatos CB-1113, CBN: 1111 donde se encontró que hubo cumplimiento en con la acción correctiva planteada por la entidad.
AGE-REGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.2	No se cuenta con un programa de uso y ahorro eficiente de agua implementado, al evidenciarse que los funcionarios no conocen el programa, y la sensibilización a los mismos y a los usuarios, no se visualizó en ningún sitio de los centros de atención visitados, incumpliendo la Ley 373 de 1997 por la cual se establece el programa para el uso eficiente y ahorro del agua.	1. Elaborar el programa de uso eficiente y ahorro de agua para lograr los objetivos propuestos en el PIGA. 2. Realizar 3 socializaciones del programa de Ahorro de agua. 3. Diligenciar completa y verazmente el formato B2 incluyendo todas las columnas del formato.	1. % de cumplimiento de elaboración del Programa de uso eficiente y ahorro de agua 2. # de socializaciones realizadas/ # de socializaciones programadas.	1. Elaboración del programa de uso eficiente y ahorro de agua en el 100%. 2. Realizar las tres (3) socializaciones del Programa de ahorro de agua.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA/ RECURSOS FISICOS	Líder proceso Gestión Ambiental Mónica Franco	0	2007/01/01	2009/12/31	1	1	Se elaboró el Programa del Uso eficiente y ahorro de Agua. Se realizaron las socializaciones del Programa del Uso eficiente y ahorro de Agua. Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico B2	2	C	Se verificó que se existe un programa de uso racional y ahorro en el consumo de agua, se verificó con acta de reunión con fecha 5 de septiembre 2009 la asistencia de un grupo de funcionarios a la socialización Plan de Gestión Ambiental y dar a conocer Practicas de uso Racional de Agua y Energía en el Hospital. Acta de Reunión Octubre 17-2009 Socialización el plan institucional de Gestión Ambiental manejo de residuos sólidos, uso eficiente del agua y energía dirigida a 4 funcionarios de la sede administrativa. Socialización Noviembre 21-2009 Socialización del PIGA, el manejo de residuos en el Hospital y el programa de ahorro de agua y energía.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 37.4	Respecto al programa de reciclaje, si bien esta dando cumplimiento a la norma, no se evidenció socialización del programa a los funcionarios que no están comprometidos con el manejo de residuos sólidos hospitalarios; igualmente no se tiene implementada una campaña de sensibilización institucional en los centros de atención visitados, incluyendo a los usuarios del hospital; además solo existe un contrato verbal con un reciclador de la zona para la ejecución de esta labor. Lo anterior implica el incumplimiento al Decreto 400 de 2004, por el cual se impulsa el aprovechamiento eficiente de los residuos sólidos producidos en las entidades Distritales.	1. Realizar tres socializaciones y piezas de divulgación dirigida a los funcionarios y a los usuarios sobre el manejo adecuado de los residuos sólidos Hospitalarios en la entidad. 2. Realizar tres capacitaciones del programa de reciclaje incluyendo a los usuarios y demás funcionarios de la institución.	1. # de socializaciones realizadas/ # de socialización programadas. 2. # de capacitaciones realizadas/ # de capacitaciones programadas.	1. Fomentar en los funcionarios y en los usuarios conductas del manejo adecuado de los residuos sólido y practica de reciclaje. 2. Realizar el 100% de las capacitaciones programadas sobre las conductas del manejo adecuado de los residuos sólido y practica de reciclaje.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA/ RECURSOS FISICOS	Líder proceso Gestión Ambiental Mónica Franco	Los asignados	2007/01/01	2008/12/31	1	1	Se realizaron las capacitaciones correspondientes, al manejo adecuado de los residuos sólidos y se elaboró el plan de Acción interno para el aprovechamiento eficiente de los residuos de conformidad con el decreto 400 de 2004. Se realizó convenio para la gestión de los residuos reciclables con una empresa recicladora llamada Asociación de Recicladores Rafael Uribe Uribe ?Formando Comunidad?.	1,49	A	De acuerdo a las acciones propuestas por la entidad, realizar tres socializaciones y piezas de divulgación dirigida a los funcionarios y a los usuarios sobre el manejo adecuado de los residuos sólidos Hospitalarios en la entidad: La entidad realizó Capacitación en el Manejo de Residuos Sólidos con Acta de Reunión con fecha de 21 de Septiembre-2009 realizada en el Cami Diana Turbay, 18 de febrero 2009 socialización en el PIGA de residuos sólidos, manejo de bolsas con solución salina, normas de bioseguridad, limpieza y desinfección. En el Cami Chircales se realizó una socialización Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (Acta de Reunión 19 febrero 2010).Cami Olaya con Acta de Reunión junio 2-2010 Capacitación en el manejo de Residuos Reciclables en la semana del Medio Ambiente. 2. Realizar tres capacitaciones del programa de reciclaje incluyendo a los funcionarios de la institución. No realizaron capacitación de residuos sólidos a los usuarios, soportan con el ámbito salud a su hogar pero no certifican las tres capacitaciones de manejo de residuos sólidos a estos grupos.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONFORMIDAD - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEHREGULAR 2007	GESTIÓN AMBIENTAL 3.7.5	No se han implementado medidas para el uso y ahorro del recurso energético al evidenciarse que los funcionarios tampoco conocen este programa y la sensibilización a los mismos y a los usuarios no se visualizo en ningún sitio de los centros de atención visitados, generándose incumplimiento en la Ley 697 del 2001, mediante la cual se fomenta el uso racional y eficiente de la energía, se promueve la utilización de energías alternativas y se dictan otras disposiciones. Configurando un hallazgo de tipo administrativo. Con fecha 8 de agosto de 2007 se firmó el Acta de Concertación del Programa Interno del Plan Institucional de Gestión Ambiental ?PIGA- Hospital Rafael Uribe Uribe ? Secretaría Distrital de Ambiente. El total de la inversión fue de \$110.4 millones, destinada al manejo de residuos sólidos, de los cuales el 83.67%, fue para la segregación de residuos, el 16% a la compra de bolsas y el restante 0.3% a capacitación. Efectuada la evaluación a la gestión ambiental interna realizada por el hospital, se concluye que: La identificación de los Accidentes Ambientales y los Procedimientos de Respuesta a subsanar dicho accidente, no se tienen visualizados, generando riesgos tanto a los funcionarios involucrados como a los pacientes que en un momento dado puedan estar en el lugar del accidente. No existen inversiones destinadas a la protección, conservación y preservación de los recursos hídrico, aire y energético en el marco de la normatividad aplicada al sector salud. El hecho que los datos reportados en los formatos CB-0501 no presentan confiabilidad, evidencia una falta de control por parte de la oficina encargada del mismo y por lo tanto generaron no conformidades que deberán ser subsanadas por la administración, para la próxima presentación de la cuenta. En el manejo del medio ambiente en el marco de un desarrollo sostenible, debe estar diseccionado a la implementación de compromisos y programas ambientales que tiendan al mejoramiento de la calidad ambiental, no solo en el entorno si no también en la calidad de vida de los ciudadanos. Igualmente se tiene que identificar los impactos ambientales generados en el cumplimiento misional, y las metas ambientales correspondientes a dichos impactos.	1. Elaborar el programa de uso eficiente y ahorro de energía para lograr los objetivos propuestos en el PIGA. 2. Realizar 3 socializaciones del programa del uso eficiente y de Ahorro de energía.	1. % de cumplimiento de elaboración del Programa de uso eficiente y ahorro de agua. 2. # de socializaciones realizadas/ # de socializaciones programadas.	1. Elaboración del programa de uso eficiente y ahorro de agua en el 100%. 2. Realizar las tres (3) socializaciones del Programa de ahorro de agua.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA/ RECURSOS FISICOS	Líder proceso Gestión Ambiental Mónica Franco	Los asignados	2007/01/01	2009/12/31	1	1	Se elaboró el Programa del Uso eficiente y ahorro de Energía Se realizaron las socializaciones del Programa del Uso eficiente y ahorro de Energía	2	C	La entidad presenta un Programa de ahorro en el consumo de energía que contiene (objetivos, metas e indicadores, actividades, medio de verificación, responsable: CIRCULAR NO. 10 DE 2010, PARA: TODOS LOS COLABORADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE; DE: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA; ASUNTO: "APAGÓN AMBIENTAL" Bogotá apaga las luces y enciende su conciencia ambiental. Sin fecha. Socialización Noviembre 21-2009 Socialización del PIGA, el manejo de residuos en el Hospital y el programa de ahorro de agua y energía. CIRCULAR NO.10 DE 2009 (26 de Octubre de 2009); PARA: TODOS LOS COLABORADORES DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE; DE: GERENCIA; ASUNTO: AHORRO Y USO RACIONAL DE ENERGIA PARA EVITAR UN RACIONAMIENTO.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEHREGULAR 2009 CICLO II	CONTROL INTERNO 3.2.2.2.1	La entidad tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Es así como el subgerente Administrativo y Financiero, envió el 17 de abril de 2009 a la Oficina Jurídica un oficio solicitando el procedimiento administrativo a seguir por las responsabilidades de glosas definitivas, concepto jurídico para el castigo de cartera por concepto de pagarés de la vigencia 2003-2004 para lo cual envió 116 pagarés con los soportes de gestión de cobro, sin que a la fecha se hubiera recibido información al respecto. Lo anterior infringiendo el artículo 20 de la Constitución Política de 1991, artículo 1 y 2 de la Ley 87 de 1993, Ley 850 de 2003 y la Ley 594 de 2000.	1. Verificar a través de listas de chequeo en las aéreas del hospital el manejo adecuado de los libros radicadores, donde se genere el seguimiento y respuesta oportuna de los mismos, con el conocimiento oportuno y confiable de la información con el fin de lograr una gestión oportuna y eficiente. 2. Verificar que se actualicen las tablas de retención documental de acuerdo a los lineamiento del Archivo Distrital y legales. 3.- Verificar que se realice la implementación de las Tablas de retención en las diferentes áreas.	1. Número de verificaciones realizadas/ Total verificaciones programadas. 2. Numero de tablas de Retención documental actualizadas/numero de tablas de retención que tiene el Hospital. 2. Implementación en cada una de las áreas / Total de las áreas	1. Verificación del proceso de libros radicadores 2.Verificación de la Actualización de Tablas de Retención Documental. 3.Verificación de la implementación de las tablas de Retención documental	RESPONSABLE DE CADA UNA DE LAS AREAS	JEFE OFICINA DE GESTION PUBLICA Y AUTOCONTROL RESPONSABLE DE CADA AREA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL Carlos Alberto López	0	20/09/08/25	20/10/08/25	0,5	0,5	Se ha socializado las guías y directrices que ha dado El Archivo de Bogotá. Se ha realizado capacitaciones con los líderes de los procesos referentes a la actualización de las tablas de valoración y retención documental. Se han realizado actualizaciones de las tablas de retención documental que han sido dadas por el Archivo de Bogotá. Se tiene convenio interadministrativo No. 2215100-003-2009 con el archivo de Bogotá del 21 de Enero de 2009 cuya duración es de tres (3) años con el objeto de "Lograr la estandarización de la función archivística en todas las entidades de la Administración Distrital para la correcta gestión documental, Organización de los fondos documentales y archivo, llegando a la gestión documental integral con mayores niveles de eficiencia y transparencia para la protección de los recursos documentales del Distrito Capital, de la memoria de la entidad a través del acopio, conservación, organización, servicio y difusión de los fondos documentales con valor patrimonial."	1,49	A	En cuanto a que la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas." El día 17 de Noviembre de 2010 se visita la oficina de Gestión Pública y Autocontrol donde el DR. Carlos Alberto López presentan respecto a las acciones: 1. Verificar a través de listas de chequeo en las áreas del hospital el manejo adecuado de los libros radicadores, donde se genere el seguimiento y respuesta oportuna de los mismos, con el conocimiento oportuno y confiable de la información con el fin de lograr una gestión oportuna y eficiente. 2. Verificar que se actualicen las tablas de retención documental de acuerdo a los lineamiento del Archivo Distrital y legales. La entidad aporta los formatos de las Tablas de Retención Documental código 300 y el libro radicaciones de la oficina de gestión pública y control interno. 3.- Verificar que se realice la implementación de las Tablas de retención en las diferentes áreas Se visitaron 3 áreas aleatoriamente la oficina de Recursos Físicos, Jurídica, Planeación donde se evidencia que el área de recursos físicos no lleva libro radicador, no existe ficha documental, no existe orden cronológico, no hay sitio adecuado de infraestructura, no llena el formato de las cajas de archivo correctamente, respecto a las Tablas de retención documental se encuentra el archivo en el computador sin embargo no las están aplicando la fecha. En el área de Jurídica no tienen libro radicador, no llevan items relacionados. Las Tablas de Retención documental no se están aplicando en su totalidad. En área de Planeación no tienen libro radicador. Falta que el Archivo de Bogotá emita su valoración de revisión de las Tablas de Retención Documental del Hospital Rafael Uribe Uribe, el oficio HRUU-GER-348 para el Dr. FRANCISCO JAVIER OSUNA CURREA Director Archivo de Bogotá; Asunto: Remisión TRD para revisión; con firma de Dr. Milton Puentes Vega Subgerente Administrativo y financiero.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO - CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	ESTADOS CONTABLES 3.3.01	Analizado el reporte de glosas definitivas que el Hospital reportó a través del SIVICOF a diciembre 31 de 2008, muestra un total de \$824.3 millones, aumento el 14.5% respecto a la vigencia anterior, en este formato se ve que la información que se reporta a la Contraloría no es actualizada o la Entidad no ha sido diligente en establecer la responsabilidad de los valores aceptados por el Hospital como glosa definitiva, es así como valores que se reportaron en el 2006 (primer formato rendido en SIVICOF) que en esa época figuraron como ?por definir? aún se sigue presentando así. Incumpliendo con la Resoluciones Reglamentarias 20 de 2006, 001 de 2007 y 009 de 2008 de la Contraloría de Bogotá, es de precisar que esta situación se comunicó en la auditoría Especial a la facturación numeral 2.3.1 y tiene fecha de cumplimiento hasta agosto 31 de 2009.	1. Elaboración y revisión de fichas técnicas de glosas definitivas registradas a junio 30 de 2009 2. Reunir el Comité de Glosas 3. Presentar fichas técnicas de glosa definitiva para iniciar posibles procesos de investigación de Responsabilidad. 4. Comunicar decisión sobre proceso de investigación de responsabilidad a la Subgerencia Admtva. y Financiera - Facturación .	1. Numero de fichas técnicas glosa definitiva realizadas/Numero de fichas técnicas glosa definitiva a realizar. 2. Numero de actas reunion comité de Glosa/ Numero reuniones comité a realizar 3. Numero de fichas técnicas glosa definitiva presentadas a comité para proceso de responsabilidad / Total de fichas técnicas realizadas. 4. Numero de comunicados definitivos por proceso de responsabilidad o cobro /Numero de fichas técnicas en proceso de responsabilidad o cobro.	Realizar proceso de responsabilidad por glosa definitiva o cobro a terceros al 100% de las fichas técnicas por glosa definitiva.	Subgerencia Admtva. Facturación, Jurídica, Control Interno Disciplinario	1. Coordinador Facturación - Referente Salud - Publica 2. Secretario Comité de administración de Glosas 3.Coordinador Facturación 4. Subgerente Administrativo y Financiero Asesor jurídico y Jefe Control Interno Disciplinario	1.4001204	2009/09/01	2009/12/31	1	1	4. La Oficina de Control Interno Disciplinario inicio 14 indagaciones preliminares por glosas definitivas por procedimiento, a fin de comprobar la ocurrencia de faltas disciplinarias y la viabilidad de las mismas, de lo cual se concluyo que 10 expedientes No. 1309, 1409, 1509, 1709, 1809, 1909, 2009, 2209, 2309 y 2409 por la naturaleza o calidad de las personas pasivas de la acción disciplinaria no son sujetos disciplinables por consiguiente y una vez adelantado el proceso se remitió a la Subgerencia de Servicios de Salud, para que se procediera la cobro mediante las empresas de tercerización y la Oficina de Control Interno Disciplinario continuo el proceso de los expedites No. 1109, 1209, 1609 y 2109 en contra de los servidores públicos determinados, estableciendo igualmente que la glosa son de carácter asistencial motivo por el cual se solicito concepto técnico al área idónea Subgerencia de Servicios de Salud, a fin de fijar la pertinencia o no de las mismas, para así calificar el merito de la indagación preliminar.	1,49	A	Según información de la oficina de facturación, se remitieron a disciplinarios en febrero de 2010, las fichas técnicas por glosas definitivas de 2008 y 2009. El comité de glosas durante el 2010 se ha reunido 4 veces (enero, febrero, septiembre y octubre) conforme lo establece la resolución. En cuanto al indicador se considera que se ha cumplido con el 72% de elaboración de las fichas elaboradas se han enviado 320 facturas. No obstante haber cumplido con la acción correctiva, el formato CB119 rendido en SIVICOF a pesar de no indicar el responsable, estos pasan al formato CB125 donde se informa el proceso que se apertura y el estado en que se encuentra.PENDIENTE ALLEGAR LOS OFICIOS REMITIDOS A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA INICIAR PROCESO DE RESPONSABILIDAD.
AGEI-REGULAR 2008 CICLO II	ESTADOS CONTABLES 3.3.02	Revisadas algunas actas de conciliación realizadas con algunas EPS-s (29), se establece que el porcentaje de glosa que se acepta por parte del hospital es alta del 43%, donde se encuentran conceptos como mayor valor facturado, capitado, no pertinente, denotando falencias por parte del personal de facturación, como en la actualización de las tarifas a cobrar, así mismo se encuentra que se aceptan glosas por falta de soportes, usuario retirado, sin autorización, que de no adelantarse las acciones administrativas pertinentes podría ocasionar pérdidas a la institucional. Incumpliendo con el Manual de procedimientos de facturación del Hospital y artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008.	1. Revisar y actualizar los procesos y procedimientos facturación. 2. Revisar y actualizar los parametros de tarifas de contratación en el modulo de facturación del Sistema de Información Hipocrates. 3. Capacitar a facturadores sobre contratos por venta de servicios de salud y manejo del sistema de información Hipocrates - modulo de facturación.	1. No. Procesos y procedimientos facturación actualizados/ Total de procesos facturación. 2. Actas suscritas por actualización de parametros modulo facturación - Sistema Inf Hipocrates. 3. Numero de capacitaciones realizadas / Numero de capacitaciones programadas.	Disminuir en un 80% la glosa inicial por causales administrativas	Facturación Mercadeo JAVIER SOACHA Y VICTORIA EUGENIA MARTINEZ	1. Coordinador Facturación 2. Profesional Univ Mercadeo	0	2009/09/01	2009/12/31	1	1	1. A la fecha se ha realizado la revisión del 100% de los procedimientos, queda pendiente la actualización y divulgación. 2. Actualización total de las tarifas en el sistema de información. 3. De manera regular se realizaron las capacitaciones al personal de facturación relacionada con procesos de contratación.	1,7	C	Según información de la oficina de facturación, los procesos y procedimientos del área se actualizaron, en cuanto a la actualización de las tarifas en el sistema se ha realizado, anexan fotocopia de acta de reunión realizada el 10 de agosto de 2010 donde dicen entregar archivo de tarifas para actualización del sistema Hipócrates; en cuanto a la capacitación se han realizado dejando registro en las reuniones de facturación. Consultado el cuadro resumen de glosas inicial entregado por el área de facturación a septiembre 30 de 2010, se establece que no se cumplió con la meta de disminuir la glosa inicial por causales administrativas, es así como se tomaron los porcentajes del mes de agosto 2010 frente a los del mes de febrero del mismo año para las objeciones por autorizaciones (15%.21%), soportes (13%. 6%) y tarifas (0%. 4%) estableciendo que aumentó el 17.9%, si bien no cumplió con la meta si adelanto otras actividades comprometidas.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	ESTADOS CONTABLES 3.3.03	Comparados los valores de la base de datos de glosas parciales del área de facturación frente a los valores que figuran conciliados entre cartera y facturación, se estableció que estos no guardan coherencia entre sí	1. Conciliar base de datos consolidada a julio 31 de 2009 de glosas por pagador entre facturación y cartera 2. Conciliar mensualmente saldos glosas parciales entre facturación y cartera. 3. Conciliar mensual saldos glosa definitivas entre facturación y contabilidad.	1. Acta de conciliación por depuración base de datos consolidada a julio 31 de 2009 2. Numero de actas de conciliación suscritas/12 actas de conciliación a suscribir en el año	Base de datos de glosas parciales y definitivas actualizada al 100% Suscribir 12 actas de conciliación al año	Facturación, Cartera, Contabilidad JAVIER SOACHA, ALFONSO ALVAREZ Y LUZ JANETH GOMEZ RUIZ	1. Tecnico de Glosas 2. Prof Univ-Cartera 3. Prof Univ - Contabilidad 4. Coordinador Facturación	0	2009/09/01	2010/08/25	1	1	Se realizaron las actas de conciliación de glosas parciales y definitivas entre las respectivas áreas.	2	C	En seguimiento realizado en la oficina de contabilidad en relación con la conciliación de glosas parciales y definitivas, entre facturación y dicha oficina se observó que mensualmente las ha venido realizando. Así mismo se aporta informe de respuesta de glosas radicadas y conciliadas por facturación a cartera del mes de septiembre de 2010. Allegaron acta de cruce y conciliación de saldos glosas parciales, entre contabilidad, cartera/facturación, así mismo base de datos del área de facturación donde se consignan las objeciones formuladas a la facturación, la cual se encuentra actualizada y otra a partir de junio de 2010 con la clasificación acorde a la norma
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	ESTADOS CONTABLES 3.3.04	Consultado el formato CBN 1016 Detrimentos, rendido a la Contraloría a diciembre 31 de 2008, se observa que en él se reportan expedientes por procesos disciplinarios de la vigencia 2008, relacionados con glosas definitivas los cuales fueron archivados, decisión que no se comunicó a Contabilidad a fin que ella actualice la información, por consiguiente la cuenta 8333- Facturación glosada en venta de servicios de salud y 891517 - Facturación glosada en venta de servicios de salud, están sobrestimadas en \$0.2 millones, Incumpliendo con la Resolución Reglamentaria 020 de 2006, 001 de 2007 y 009 de 2008 de la Contraloría de Bogotá y el Plan General de Contabilidad Pública en lo relacionado con la dinámica de la cuenta. Al consultar la base de datos a diciembre 31 de 2008, suministrada por el área de facturación quien es la responsable de aclarar las glosas, se observó que en la vigencia 2008 se glosaron \$188.8 millones y que de estos \$180.7 millones figuran como ?pendientes de respuesta? y \$1.4 millones como ?pendiente respuesta?, estado al que el hospital debe prestar atención teniendo en cuenta que figuran valores desde enero-08 con motivo de glosa como falta de soporte, historia clínica ilegible (incumple el artículo 5 de la Resolución 1995 de 1999), ausencia de autorización.	1. Elaborar y revisar fichas técnicas de glosas definitivas registradas a junio 30 de 2009 2. Reunir bimestralmente el Comité de Glosas 3. Presentar fichas técnicas de glosa definitiva para iniciar posibles procesos de investigación de Responsabilidad. 4. Comunicar decisión sobre proceso de investigación de responsabilidad a la Subgerencia Admtva. y Financiera 5. Realizar cronograma de respuesta de objeciones parciales pendientes con corte a junio 30 de 2009	1. Numero de fichas técnicas glosa definitiva realizadas/Numero de fichas técnicas glosa definitiva a realizar aceptadas con corte a junio 30 de 2009 2. Numero de actas reunion comité de Glosa/Numero reuniones comité a realizar 3. Numero de fichas técnicas glosa definitiva presentadas a comité para proceso de responsabilidad / Total de fichas técnicas realizadas. 4. Numero de comunicados definitivos por proceso de responsabilidad o cobro /Numero de fichas técnicas en proceso de responsabilidad o cobro. 5. Cronograma de respuesta de objeciones pendientes 6. Numero de oficinas de respuesta de objeciones pendientes/Numero total de objeciones pendientes	1. Actualizar el proceso de información n por glosa en un 90% a 31 de diciembre de 2009. 2. Depurar en un 80% la base de datos de glosas definitivas con el fin de actualizar los reportes del SIVICOF. 3. Definir la responsabilidad de las glosas definitivas tanto administrativo como asistencial. 4. Responder al 100% las objeciones pendientes con corte a junio 30 de 2009.	Facturación, Jurídica, Control Interno Disciplinario	1. Coordinador Faturación - Referente Salud Publica 2. Secretario Comité de administración de Glosas 3. Coordinador Facturación 4. Subgerente Administrativo y Financiero 5. Asesor jurídico y Jefe Control Interno Disciplinario 6. Tecnico de glosas	0	2009/09/01	2010/08/25	0	0	No se ha realizado ningún avance al respecto	1,49	A	Si bien se ha cumplido con algunas de las acciones correctivas, como elaborar y revisar fichas técnicas de glosas definitivas, reunirse el comité de glosas bimestralmente, presentarlas para iniciar posible proceso de investigación de responsabilidad, no se han cumplido en su totalidad es así como aun se están preparando informes por parte de facturación para la subgerencia Activa y Financiera y si es del caso dar traslado a disciplinarios para iniciar los respectivos procesos, no se pudo verificar si se realizaron los procesos de responsabilidad por glosas definitivas al 100% de las fichas técnicas ni los oficios de facturación a la Subgerencia Administrativa sobre los procesos de investigación por estar la oficina sellada. Por consiguiente al haber vencido el término para su cumplimiento y no haber terminado su acción correctiva, no se logró cumplir con la meta para responder la glosa anterior a junio 30 de 2009 se obtuvo el 97%. En promedio por las acciones correctivas adelantadas se considera que cumplió con el 85%.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPLETITUD - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	ESTADOS CONTABLES 3.3.05	Al finalizar la vigencia 2008, el hospital clasificó como Ingresos operacionales, los ingresos financieros \$8.1 millón, proveniente de los rendimientos e intereses generados en las cuentas bancarias que tiene el hospital, así mismo dentro de los otros ingresos ordinarios se incluye la cuenta Bienes y derechos recibidos que no constituyen formación bruta de capital- Bienes Recibidos por \$1.009.0 millones, que no corresponden al giro normal de la Entidad, por consiguiente los ingresos operacionales presentan un mayor valor y por ende el resultado operacional. Incumpliendo con lo prescrito en el numeral 271 del Plan General de contabilidad Pública, que dice que ?Los ingresos se revelan atendiendo el origen de los mismos...? y el numeral 262 de la Carta Circular 77 de 17 de septiembre de 2007 de la Contaduría General de la Nación	1. Clasificar y presentar con corte trimestral el estado de Actividad Económica, Social y Ambiental clasificados	1. Estado de Actividad económica Social y Ambiental clasificados	1. Estado de Actividad económica Social y Ambiental clasificados en cumplimiento de la norma	Financiera YOLIMA PASACHOA Y/O JANETH GOMEZ	1. Profesional Univ Gr 19 – Contador	0	2009/09/30	2009/12/31	1	1	Con corte a diciembre 31 de 2009, se presenta clasificado en el Estado de Actividad Económica y Social los ingresos financieros y los otros ingresos por Bienes y derechos recibidos que no constituyen formación bruta de capital, en ingresos no operacionales	2	C	En seguimiento realizado en la oficina de contabilidad, se observa que los ingresos financieros al finalizar la vigencia 2009 se clasificaron como otros ingresos, en junio de 2010 lo clasificaron como extraordinarios..
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION AL PRESUPUESTO 3.4.01	Analizados los saldos de los distintos pagadores generados por el área de cartera por valor de \$5.555.9 millones, frente a las cifras registradas en la ejecución presupuestal de ingresos por \$5.546.75 millones, se observa una diferencia de \$9.14 millones, que el área de presupuesto la registró en el rubro Régimen Subsidiado - no Capitado, pero que corresponde al rubro Régimen Subsidiado – EPS Capitado, esta inconsistencia afectó el registro de los resultados ejecutados, teniendo en cuenta el comportamiento de la gestión de dicho recaudo, contraviniendo lo establecido en el literal e), artículo 2º, de la Ley 87 de 1.993.	1. Conciliar mensualmente recaudos registrados entre presupuesto y cartera por tipo de pagador	1. Actas de conciliación suscritas / Actas de conciliación a suscribir	Conciliar mensualmente el 100% de los recaudos registrados por tipo de pagador.	Financiera	1. Técnico de presupuesto 2. Prof Univ Gr 19 Cartera 3. Prof Univ Gr 25 Financiera	0	2009/08/30	2009/12/31	1	1	Se realizaron las actas de conciliación entre los reportados por cartera y lo registrado por presupuesto de los recaudos por tipo de pagador.	2	C	fueron solicitados las conciliaciones entre el área de cartera y presupuesto, las cuales fueron al ser revisadas se observó que estas son realizadas mensualmente.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPRONEN TO - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION AL PRESUPUESTO 3.4.02	El valor de los \$807 millones, está distribuido en \$756 millones, ingresos recibidos por el hospital para ejecutar el Convenio Interadministrativo de Cooperación Técnica No. 15-01-00 del 16 de diciembre de 2005, suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud, el Fondo Financiero Distrital de Salud, Fondo de Desarrollo Local Antonio Nariño y el Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel de Atención, cuyo objeto es: ?La realización de actividades conjuntas entre LA SECRETARIA ? LOS FONDOS Y LA EMPRESA para el desarrollo del proyecto No. 2599 DE 2005, DENOMINADO ?IMPLEMENTAR UNA INFRAESTRUCTURA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA LOCALIDAD?, COMPONENTE: CONSTRUCCION Y DOTACION DE UNA UNIDAD PRIMARIA DE ATENCION PARA LA LOCALIDAD DE ANTONIO NARIÑO?, aprobado por el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE ANTONIO NARIÑO y avalado por la Unidad Ejecutiva de Localidades UEL SALUD? y en la cláusula cuarta.- DESTINACION DE LOS RECURSOS Y FORMA DE PAGO, se establece: ?Los recursos financieros aportados al convenio se destinarán exclusivamente al proyecto objeto del mismo??. Analizando el nivel de ejecución del proyecto durante las vigencias 2007 y 2008, se observa que representa el 8,27% (\$62.58 millones), del total apropiado \$756 millones, en el presupuesto de la entidad. Aunque se ha avanzado en varias actividades tendientes a ejecutar el proyecto, la gestión realizada por el hospital no ha sido la más oportuna hacia el cumplimiento del objeto contemplado en el convenio, máxime cuando en el plan maestro de equipamiento en salud está contemplada la ejecución de este proyecto. La administración de estos recursos por parte del hospital, permite evidenciar falencias en el proceso de la planeación y programación financiera, para la debida ejecución de los recursos con destinación específica, para financiar los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria, situación que pone en riesgo los recursos presupuestados exclusivamente para la ejecución del proyecto, que fueron aportados en un 71%, por el Fondo de Desarrollo Local Antonio Nariño y por el Fondo Financiero Distrital en un 29%.	1. Agilizar los trámites necesarios ante las entidades competentes, con el fin de cumplir los cronogramas establecidos para la ejecución de los recursos de los proyectos. 2. Revisar y actualizar la Programación Físico-financiera de los Proyectos de Inversión de la UPA Antonio Nariño y CAMI Diana Turbay, acorde a los lineamientos de los organismos competentes.	1. No. de actividades realizadas según cronograma de ejecución de los proyectos / Total actividades incluidas en el cronograma de ejecución de los proyectos. 2. No. de programaciones físico- financieras ajustadas / Total de programaciones físico- financieras	1. Cumplir el 100% de las actividades programadas dentro de los tiempos establecidos en cada uno de los cronogramas de los proyectos de inversión. A diciembre 31 de 2009 realizar ajustes a las programaciones físico-financieras de los proyectos de inversión UPA Antonio Nariño y CAMI Diana Turbay	Oficina de Planeación	Equipo Gestión Proyectos. Juan Carlos Alvarez	0	2009/06/25	2009/12/31	1) 100% 2) 100%	1	1.- En el cronograma de actividades del Proyecto de Inversión UPA Antonio Nariño, el Hospital programó 20 actividades para la vigencia 2009 de las cuales a la fecha 31 de Diciembre se ha logrado la realización de 16 actividades. Para la realización de las restantes 4 actividades el Hospital depende de la agilidad de los procesos de otras entidades (Secretaría Distrital de Salud, Ministerio de Protección Social y Curaduría Urbana). El Proyecto de Inversión UPA A. Nariño cuenta al 20-11-2009 con lote de terreno para la construcción de la UPA; con concepto de viabilidad por parte de la SDS el 20-10-2009 y radicado para su aval en el Ministerio de Protección Social el 28-10-2009. Los aportes y recursos asignados al proyecto son de \$3.282.095.000 por parte del FDL Antonio Nariño y FFDS. 2.- En los meses de enero a junio de 2009 el Hospital compró y legalizó los 2 predios faltantes para la ejecución completa de los diseños técnicos del Proyecto de Inversión Ampliación Obra Nueva CAMI Diana Turbay, por tal razón dichos diseños fueron suspendidos y posteriormente debían ser modificados para ajustarse a la nueva área de terreno total. Para la modificación era necesario hacer una adición en el contrato de consultoría No. 037 de 2007, negociación que no fue posible concretar, por lo tanto el hospital decide liquidar este contrato y publicar nuevos términos de referencia para la contratación de los diseños finales del CAMI Diana Turbay. A fecha 20 de Noviembre de 2009 el hospital suscribió contrato de consultoría para los nuevos diseños y estudios técnicos del CAMI D. Turbay por valor de \$254 millones.	2	C	Se cumplió con la acción correctiva

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACIONAL PRESUPUESTO 3.4.03	Revisados los soportes presupuestales, de algunos de los contratos seleccionados en la muestra de contratación, se encontró que el hospital viene expediendo certificados de disponibilidad presupuestal, después de haber realizado la invitación a contratar, cuando el certificado debe expedirse de manera previa, para amparar los trámites contractuales, como lo establece el hospital en el Reglamento de Contratación, Acuerdo No. 005 del 25 de junio de 2004, expedido por la Junta Directiva, en su artículo 22. SUJECION A LAS APROPIACIONES PRESUPUESTALES. ¿No se podrá adelantar ningún trámite contractual ni celebrar contrato alguno, sin que previamente existan las apropiaciones presupuestales correspondientes. Antes de adelantar proceso contractual, deberá haberse expedido el respectivo certificado de disponibilidad presupuestal Suscrito el contrato por las partes, se realizará el registro presupuestal?	1. Revisar y actualizar procesos y procedimientos etapa precontractual	Procesos y procedimientos revisados/ actualizados/ y procedimientos a revisar	Revisar y actualizar al 100% los procesos y procedimientos de la etapa precontractual	Jurídica - Recursos Fisicos - Financiera	Asesor Jurídico. Camilo Posada	0	2009/09/01	2009/12/31	1	1	Se elabora proyecto de modificación Manual de contratación, es de anotar que una vez aprobado este, se procederá a implementar el mismo y por ende se modificarán los procedimientos de la etapa precontractual.	2	C	se revisaron en el area de contratación algunos contratos aleatoriamente, evidenciándose que se implementaron controles para evitar que se realice contratación sin existir previamente la expedición del CDP respectivo.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO TO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE+REGULAR 2009 CICLO II	EVALLUACION AL PRESUPUESTO 3.4.04	El resultado de la ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2008, registró un déficit presupuestal de \$5.525.6 millones, si se tiene en cuenta que obtuvo ingresos recaudados por \$23.247.5 millones y asumió compromisos presupuestales por \$29.084.9 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad refleja desequilibrio financiero que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, en tal sentido, aunque se disminuyó el déficit comparado con la vigencia 2007, las medidas tomadas para reducirlo, no fueron eficaces para garantizar la sostenibilidad presupuestal de la entidad. El logro de la sostenibilidad financiera del hospital requiere que se realice de una parte el crecimiento de la facturación por venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los costos y gastos asociados a esta facturación. De lo anterior se deriva que el Hospital no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008.	1. Revisar la programación presupuestal de ingreso en relación con la programación de gastos financiados por la venta de servicios de salud. 2. Realizar seguimiento trimestral a la ejecución presupuestal de Ingreso y Gastos de la Entidad. 3. Revisar el cumplimiento de los planes de gestión del Grupo Directivo	1. Presupuesto de gastos/ Presupuesto de ingresos por venta de servicios de salud. 2. Presupuesto ejecutado/ Presupuesto aprobado 3. % de cumplimiento de planes de gestión.	1. El 60% de los gastos financiados por los ingresos generados por venta de servicios de salud para disminuir el déficit en mínimo un 1%. 2. Ejecutar mínimo el 80% del Presupuesto aprobado 3. Cumplir el 90% de los planes de gestión	Gerencia Comité Directivo	Comité Directivo	0	2009/09/01	2009/12/31	1. 100% 2. 100% 3. 100%	1. Se reviso en su totalidad el presupuesto, sin embargo a 31 de diciembre de 2009 se requirio recursos por convenio de desempeño con la SDS, dado que el deficit presupuestal continua y para el año 2010 se incrementa dado el proceso de transformacion del aseguramiento. 2. El seguimiento se hace mensualmente, dandole cumplimiento a la circular 007 a traves de la Agenda Estrategica y se le presenta a la Junta Directiva para su analisis y seguimiento. 3. El porcentaje de cumplimiento del plan estratégico a corte 31 de Diciembre de 2009 es de 95% dicha informacion esta en el BALANCE SCORE CARD en la PRESENTACION INTEGRAL DE LA GESTION INSTITUCIONAL, en el Indicador Número 422, Porcentaje de Cumplimiento del Plan Estratégico de la Entidad. Responsable: Oficina de Planeación. Este es el indicador del porcentaje de cumplimiento del plan estratégico del Hospital el cual alcanzo para el año 2009. ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO De acuerdo al avances en el cumplimiento del Plan estratégico para el año 2009, el Hospital Rafael Uribe Uribe desarrollo el seguimiento del cumplimiento de las líneas de acción a través de la herramienta de control y gestión el Balance Score Card, la cual realiza la consolidación de la información y los resultados derivados de aplicar los indicadores establecidos para cada proceso en el cumplimiento de las acciones planteadas para alcanzar los objetivos estratégicos, la misión y visión institucional. Desde el proceso de gestión gerencial, el cual lidera la asesor de planeación, sean realizado a cada uno de los integrantes del equipo directivo y a los facilitadores de los procesos del Hospital el despliegue de la matriz de diversificación, el cual nos permitió identificar las líneas de acción, los objetivos específicos y los objetivos estratégicos definidos en la Plataforma Estratégica del Hospital. En el desarrollo de las acciones implementadas, se han realizado evaluación de los acuerdos de gestión a los integrante del equipo directivo; lo cual permite	2	C		

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION	
AGEH-REGULAR	2009 CICLO II	EVALUACION AL PRESUPUESTO 3.4.1.1	<p>Conforme a lo establecido en la metodología de la Secretaría de Hacienda de Bogotá, D.C., en los formatos ?Dirección de Sistemas e Informática Especificaciones caso de uso, Módulo de Programación: Carga Archivos Planos POR RQ1264-2007, Fecha de Creación: Julio de 2007 Ciudad: BOGOTÁ D. C.?, el hospital por intermedio de la oficina de planeación, con los reportes del área financiera, genera el informe mensual del POR, enviado a la Contraloría en el documento electrónico CBN-1003, a través de SIVICOF. Para la elaboración del POR, la ESE, toma como base los informes de ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento e inversión y los valores reflejados, se distribuyen porcentualmente en los productos preestablecidos, así: CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y ATENCION PARTOS, APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, ACCIONES DE SALUD PÚBLICA Y PROGRAMA APS, dependiendo de la participación en los costos totales que proporciona el área asistencial. En el documento electrónico CBN-1003, siempre el hospital hace las mismas notas aclaratorias ?La proyección de distribución se ha realizado con base en el informe de costos remitido del Área Financiera, para determinar los porcentajes de participación. Los productos finales se relacionan con los procesos misionales, establecidos en el mapa de procesos de la institución, agregando solamente APS, como proyecto de especial visualización. La distribución de la participación de las cuentas por pagar tanto de funcionamiento como de inversión, al igual que de sistemas de información se tomo la distribución primaria total, obtenida del informe de costos. En lo que corresponde a los componentes de infraestructura, dotación y apoyo logístico, se tuvo en cuenta los proyectos que actualmente se incluyeron en el presupuesto del hospital?, no obstante, las aclaraciones formuladas, se evidenció que aunque se ha avanzado en la asignación de los recursos que refleja la ejecución presupuestal con cargo a cada producto, las actividades relacionadas con cada producto no están identificadas plenamente, ni los costos de cada una, lo que presenta el hospital es la asignación de recursos de manera global frente a los productos o servicios.</p>	<p>1. Revisar objetivos e indicadores definidos en el POR 2. Revisar actividades los productos definidos en el POR 3. Asignar costos estandar a los productos definidos</p>	<p>1. Acta de revision de objetivos e indicadores del POR 2. Acta de revision de actividades y productos definidos en el POR 3. Productos definidos en el POR costeados/ Total de productos definidos en el POR</p>	<p>Dar cumplimiento a las etapas de implementacion del POR definidas por la Secretaria de Hacienda.</p>	<p>Planeacion Financiera</p>	<p>Profesional Especializado</p>	<p>0</p>	<p>2009/08/25</p>	<p>2009/12/31</p>	<p>1. Se revisaron en su totalidad los objetivos e indicadores. 2. Se revisaron en su totalidad los productos, actividades e indicadores. 3. Se revisó el costeo de Productos en el POR.</p>	<p>1</p>	<p>1. Conjuntamente con la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda Distrital se realizó la revisión (Acta No. 001 de 18-11-2009) de los objetivos institucionales, determinando tres objetivos: a) Prestar servicios de salud eficientes y efectivos, reduciendo la morbilidad y la mortalidad a la población usuaria, b) Ejecutar Acciones de Promoción, Prevención y Atención Primaria en Salud y c) Garantizar la rentabilidad social y financiera de la ESE. Para el primer objetivo se establecieron 9 indicadores, para el segundo objetivo 17 y para el tercer objetivo 11 indicadores, los cuales permitirán monitorear el logro de los objetivos. 2. De igual forma, se realizó la revisión de los productos asociados al objetivo institucional y de los indicadores/ actividades asociados al producto, identificando 16 productos para el hospital, determinando para cada uno de ellos las actividades e indicadores que permitirán lograr su realización. Se establecieron las metas para Productos y Objetivos, correspondientes a la vigencia 2009. 3. En relación con el costeo de los productos definidos en el POR, el Hospital Rafael Uribe Uribe queda a la espera de las directrices de la Dirección de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda Distrital, para realizar la programación presupuestal en gastos de funcionamiento e inversión para los diferentes productos asociados al objetivo.</p>	<p>2</p>	<p>C</p>	<p>La entidad cumplió con la acción correctiva</p>

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONTINUIDAD - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION	
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.1	En varios de los contratos revisados se encontró que no se da estricto cumplimiento al plazo establecido en la cláusula de liquidación, que por lo general establece que el contrato se liquidará dentro de los cuatro (4) o seis (6) meses siguientes, contados a partir de la fecha de terminación, elaborando acta de terminación final firmada por las partes contratantes. Lo anterior se puede observar en los siguientes contratos, que a 30 de julio de 2009 carecían de ella: Contrato No. 006 del 2 de enero de 2008, celebrado con Nusil, observándose que el contrato se terminó el 3 de septiembre de 2008. Contrato No. 016 de 21 de enero de 2008, celebrado con Abuabara Gandur & Cia LTDA, Yiris (Manuel Abuabara Pérez), observándose que el contrato se terminó el 30 de septiembre de 2008, Contrato No. 035 del 2 de agosto de 2007, celebrado con PHARMA EXPRESS observándose que el contrato se terminó el 30 de septiembre de 2008. Se presenta así Inobservancia del artículo 19º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?.	1. Verificar mensualmente, con base en los contratos en los cuales se finalice la ejecución, la liquidación correspondiente. 2. Elaborar una lista de contratos en los cuales se finalice la ejecución cada mes.	Contratos liquidados sobre contratos terminados no liquidados X100	Dentro del periodo de Liquidación de los contratos, realizar la liquidación de los mismos dentro de los terminos legales al 100%	Supervisor del contrato con observancia y verificación del auxiliar administrativo o de la Oficina Jurídica	Supervisor del contrato y Auxiliar administrativo Oficina Jurídica	0	2009/09/01	2009/12/31	1) 100%	1	Se elaboro una base de contratacion la cual contiene diferentes espacios por medio de los cuales se puede evidenciar el estado actual de cada uno de los contratos y si se termino en que fecha se termino si se encuentra liquidado o no Es de anotar que dicha base se alimenta permanentemente.	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva	
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.2	Contrato No. 002 del 2 de enero de 2008, por valor total de \$105.0 millones, celebrado con Katerin Tour Ltda., cuyo objeto es el servicio de transporte para el personal que cumple con las actividades y metas de los proyectos y programas que se desarrollan con la Secretaría Distrital de Salud. Dentro de su ejecución se observa que tanto en el contrato materia de la presente revisión, como en la propuesta del contratista, no aparecen estipulados los criterios para determinar el valor del servicio prestado por concepto de transporte en las eventualidades o servicio adicional (por horas y/u otros criterios), solicitado por las distintas dependencias del Hospital, pues, solamente se establece dentro del contrato un valor total para cubrir estas eventualidades mensualmente, es así que dentro de la ejecución del presente contrato se pagaron las facturas No.1270 por valor de \$ 2.2 millones; No.1296 por valor de \$ 1.8 millones y la No. 1316 por valor de \$ 2.5 millones, las cuales corresponde a servicio adicional prestado por el contratista. Lo anterior conlleva a una Inobservancia del artículo artículo 9º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?.	Realizar un otrosi en cada uno de los contratos de transporte vigentes, donde se estipule el valor específico por hora o día de servicio adicional prestado según el contrato.	Numero de otrosi sobre ellos contratos de transporte vigente x100	1	Área Jurídica	Asesor Jurídico Camilo Posada	0	2009/09/01	2009/09/30	1) 100% 2) 100%	100%	1	Se elaboro una constancia a los contratos de transporte vigentes, con el fin de dejar evidencia en los mismos de la ejecución, el pago oportuno de los mismos y si se pagaron o no eventualidades. Nota: La acción correctiva que se implemento por parte de la oficina jurídica da ejecución a las dos acciones propuestas	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPLETITIVO - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.3	Contrato No. 006 del 2 de enero de 2008, por valor \$5.9 millones, celebrado con Nusil CTA, su objeto consistió en prestación de servicios de salud por el contratante a través de sus asociados en los procesos de hospitalización, consulta externa y acciones extramurales, con un número de personal médico y paramédico durante las 24 horas, domingos, festivos y fines de semana de acuerdo con el recurso tecnológico que tiene el hospital y a la demanda de pacientes para la ejecución de medicina, odontología Hospitalización, consulta externa, urgencias en los CAMIS, UPAS Y UBAS y demás procesos que se requieran. En oficio OFNHRUU-257-08 del 22 de agosto de 2008, de la Subgerencia Administrativa y Financiera se solicita a la Cooperativa allegar soportes de servicios cobrados, así como aclarar el por qué se cobró dentro del mes de julio de 2008, tiempo completo \$1.7 millones por una psicóloga que labora medio tiempo, además cobró \$0.1 millón por una auxiliar de enfermería que se encontraba en licencia de maternidad desde el 6 de junio de 2008, valores respecto de los cuales no se encontró soporte que permita establecer que se haya descontado del pago realizado, ni la respuesta por parte del contratista. El Hospital a través de la Oficina Asesora de Control Interno disciplinario, envió a la Cooperativa NUSIL CTA, el 10 de julio de 2008 los oficios 4516 y 4517 solicitando la restitución por concepto de glosa definitiva causadas por las facturas No. 225661 del 30 de marzo de 2006 por valor de \$ 61.905; No. 2256811 del 31 de marzo de 2006 por valor de \$ 26.700; No. 2816375 por valor de \$ 17.300; No. 3096531 por valor de \$ 59.000, No. 3093286 por valor de \$ 31.570, No. 662384 por valor de \$ 18.650, solicitud sobre la cual no se obtuvo documento que soportara el reintegro de dichos valores, que de no tenerse en cuenta al momento de la liquidación del respectivo contrato, podría constituirse en un daño al patrimonio de la Entidad. Lo anterior evidencia inobservancia del los artículos 14º y 15º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?, y el capítulo V de la Resolución 105 de mayo 18 de 2004, concordante con el numeral 16 de la cláusula 4 del contrato 006 de 2008.	Verificar por parte del interventor que las glosas, objeciones de pagos, ajustes de valores y reclamaciones sean incluidas y descontadas en los pagos al contratista o en el Acta de Finalización o en el acta de liquidación.	Numero definitivo de glosas, objeciones y reclamaciones de los contratos / ajustes realizados en los contratos	En el 100%	Supervisores de los contratos con observancia y verificación del auxiliar administrativo o de la Oficina Jurídica	Supervisor del contrato y Auxiliar Administrativo Oficina Jurídica. Camilo Posada	0	2009/09/01	2009/10/31	1	1	En las actas de terminación las cuales son elaboradas por los supervisores de los contratos y en las actas de liquidación elaboradas por la oficina jurídica, se están verificando las las glosas, objeciones de pagos, ajustes de valores y reclamaciones. Se elaboro matriz de supervisiones en la cual se verifican los informes presentados mes a mes por parte de los interventores o supervisores de los contratos.	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.4	Contrato No. 016 de 21 de enero de 2008, por valor de \$ 12.6 millones, celebrado con Abubara Gandur & Cia LTDA, Yiris (Manuel Abubara Pérez), su objeto consistió en Suministro de combustible para el parque automotor y plantas eléctricas del hospital. Se observó que en el reporte del grupo empresarial se registra el suministro de combustible a los vehículos de placas OBC 740 por valor de \$ 63.517, OBD 339 por valor de \$ 91.217, OBG 076 por valor de 56.725, OBG 356 por valor de 63.503 el día 22 de enero de 2008, y el vehículo de placas OBG 120 por valor de \$ 41.743 el día 15 de enero de 2008, lo anterior muestra que se están legalizando hechos cumplidos, por cuanto la orden de prestación de servicios No. 016 del 21 de enero de 2008, empieza a ejecutarse a partir del 24 de de enero de 2008. Existe Inobservancia del artículo 15º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?, y el capítulo V de la Resolución 105 de mayo 18 de 2004, y numeral primero del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	Capacitar a los supervisores de los contratos 2 veces al año sobre las obligaciones que deben cumplir en el desarrollo de los contratos cuando actuen en calidad de supervisores y la observancia y diligencia en los informes de interventoria.	Numero de capacitaciones realizadas/ Total de capacitaciones programadas X 100	En el 100%	Area Jurídica	Asesor Jurídico. Camilo Posada	0	2009/09/01	2010/08/05	1	1	Se realizan capacitaciones a cada uno de los supervisores de los contratos, con el fin de que tengan claras las obligaciones y las acciones que deben realizar en el seguimiento a los mismos, existen Actas de reunion donde se evidencia las capacitaciones. Se proyecta y emite la circular 001 de 2010 de la oficina jurídica en la cual se le dan indicaciones claras a los supervisores de los contratos. Se modificó el acuerdo 005 por medio del acuerdo 006 de 2010 (Manual de Contratacion del Hospital)	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONTINENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.5	Contrato No. 035 del 2 de agosto de 2007, por valor total de \$1.060.0 millones celebrado con PHARMA EXPRESS LTDA, su objeto consistió en el suministro de medicamentos para el hospital. Dentro del desarrollo contractual se encuentran inconsistencias en referencia al costo de medicamentos ambulatorios que el hospital Rafael Uribe Uribe, factura al FFD (Fondo Financiero Distrital) a un menor valor del que se adquiere con PHARMA EXPRES. Existe Inobservancia del artículo 15º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?, y el capítulo V de la Resolución 105 de mayo 18 de 2004	Solicitar a secretaria distrital de salud la actualización de los valores del manual tarifario del año 2007 a vigencia 2009.	Solicitud de actualización de manual tarifario para celebración de futuros contratos para la adquisición de medicamentos.	1	Area Administrativa y Financiera y Area Juridica Luis alberto correa	Subgerente Administrativo y Financiero y Asesor Juridico. Camilo Posada - Luis Alberto Correa	0	2009/09/01	2009/10/31	1	1	Se solicito la actualización manual tarifario para celebración de futuros contratos para la adquisición de medicamentos. El contrato se terminó y esta en proceso de liquidación. La Secretaria Distrital de Salud en auditoria realizada al Hospital se actualizo el manual tarifario para este tipo de contratos.	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.6	Contrato No. 175 del 4 de septiembre de 2008, por valor total de \$3.865.0 millones, celebrado con Coopintrasalud C T A. (Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Salud) cuyo objeto es la Contratación del desarrollo de procesos, subprocesos, actividades, proyectos, apoyo profesional, técnico, tecnológico y auxiliar calificados y semicalificados, con el personal asociado asumiendo la totalidad de las obligaciones legales como Cooperativa de Trabajo Asociado. Al revisar la propuesta económica se encontró que no se contempla ningún monto (que deba pagar el hospital al contratista) que corresponda a gastos de funcionamiento o administración (folio 104 y siguiente de la propuesta). De igual forma se observa que en la Cláusula Segunda del Contrato, relacionada con el valor se estableció puntualmente lo siguiente: ?el valor del presente contrato se fija en la suma de un mil doscientos millones de pesos \$1.200.000.000, incluido IVA y gastos de administración pagaderos de acuerdo con el monto mensual correspondiente a la suma de los servicios de personal efectivamente suministrado por el contratista??. Pese a lo anterior al revisar las facturas presentadas por el contratista (por ejemplo las facturas No. 5094 del 15 de octubre de 2008, y 5082 del 7 de octubre de 2008) se encontró que el hospital pagó el cinco por ciento (5%) adicional al contratista por concepto de ?Funcionamiento?, sin que fuese su obligación contractual. En segundo lugar, en las mismas facturas (No. 5094 del 15 de octubre de 2008, y 5082 del 7 de octubre de 2008) se pagó un mayor valor, que según el hospital corresponde a un doble calculo del valor del IVA de la factura, que posteriormente debió ser debitado. A la fecha el hospital no ha presentado los soportes que permitan establecer la recuperación de estos recursos por parte del hospital.	Solicitar a secretaria distrital de salud la actualización de los valores del manual tarifario del año 2007 a vigencia 2009.	Liquidación del contrato de Coopintrasalud CTA /el contrato x 100	1	Supervisor del contrato con observancia y verificación del auxiliar administrativo de la Oficina Juridica	Supervisor del contrato y Auxiliar administrativo Oficina Juridica. Camilo Posada	0	2009/09/01	2009/10/31	1	1	Se elaboro el acta de finalización del contrato y el acta de liquidación del mismo documentos que reposan en la carpeta contractual. Es de anotar que en el acta de terminación se tuvieron en cuenta lo ajustes a que hubo lugar glosas notas debito entre otras.	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA CONTRATACION 3.5.7	Contrato No. 228 del 3 de diciembre de 2007, por un valor total de \$14.3 millones, celebrado con Luz Enid Henao (Fumigaciones Técnicas Manfred), cuyo objeto consistió en el suministro de elementos para señalización que se requiere para cumplir con el programa de salud ocupacional, subprograma de seguridad industrial en los centros de atención del hospital. Se observa que los avisos que se contrataron para la señalización en algunos casos no cumplen con las medidas establecidas en el objeto contractual, por ejemplo los avisos del tamaño 35 x 15 centímetros tiene 34 x 14, los de 20 x 30 tiene 19 x 29, pese a que todos los elementos materia del objeto del contrato fueron recibidos a satisfacción, de acuerdo a la entrada al almacén que obra en la carpeta documental del contrato. Inobservando el artículo 15º del Acuerdo 005 de junio 25 de 2004 ?Reglamento interno de contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E?., el capítulo V de la Resolución 105 de mayo 18 de 2004 y el numeral primero del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.	Capacitar a los supervisores de los contratos 2 veces al año , sobre las obligaciones que deben cumplir en el desarrollo de los contratos cuando actuen en calidad de supervisores y la observancia y diligencia en los informes de interventoría.	Numero de capacitaciones hechas/ capacitaciones programadas X 100	En el 100%	Area Juridica	Asesor Jurídico Camilo Posada	0	2009/09/01	2010/08/25	1	1	Se realizan capacitaciones a cada uno de los supervisores de los contratos, con el fin de que tengan claras las obligaciones y las acciones que deben realizar en el seguimiento a los mismos, existen Actas de reunion donde se evidencia las capacitaciones. Se proyecta y emite la circular 001 de 2010 de la oficina jurídica en la cual se dan indicaciones claras a los supervisores de los contratos. Se modificó el acuerdo 005 por medio del acuerdo 006 de 2010 (Manual de Contratación del Hospital). Se realizo capacitación en Compensar a los supervisores, contratistas miembros de Junta Directiva y demás participantes en la contratación del Hospital.	2	C	La entidad cumplió con la acción correctiva comprometida
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.1	A pesar que dentro del PIGA en la variable ambiental ?compra y uso de insumos?, en el objetivo ?generar directrices ambientales en materia de contratación para proveedores de insumos y servicios? y con las estrategias de ?Sustituir insumos por unos menos contaminantes? y ?Dar prioridad en la contratación a aquellos proveedores que promuevan políticas ambientales en sus productos? la entidad no diligenció el formato A7 el cual hace referencia a los ?Requisitos ambientales establecidos en los procesos de compra y contratación?, por lo tanto no se da cumplimiento al PIGA.	1. Diligenciar completa y oportunamente el formato A 7 relacionado con los Requisitos ambientales establecidos en todos los procesos de compra y contratación en cumplimiento de los objetivos del PIGA. 2. Realizar una directriz gerencial ambiental donde se les exija a todos los proveedores la Certificación de insumos menos contaminantes y darle prioridad en la contratación a aquellos proveedores que promuevan políticas ambientales en sus productos, en todos los contratos.	1. # de espacios diligenciados con información completa en el formato /total de espacios a diligenciar en el formato. 2. Solicitud de certificación de insumos menos contaminantes en los contratos de suministros/ Total de contratos de suministros	1. Diligenciar en forma completa y remitir al SIVICOF oportunamente los formatos A7. 2. Dar prioridad en la contratación a aquellos proveedores que promuevan políticas ambientales en sus productos	Subgerencia Administrativa / Recursos Físicos	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2010/08/25	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico A7 Se realizo una directriz gerencial ambiental donde se les exija a todos los proveedores de insumos menos contaminantes y darle prioridad en la contratación a aquellos proveedores que promuevan políticas ambientales en sus productos, en todos los contratos.	2	C	1. Diligenciar completa y oportunamente el formato A 7 relacionado con los Requisitos ambientales establecidos en todos los procesos de compra y contratación en cumplimiento de los objetivos del PIGA. Se evidenció en el formato CBN-1111 en el numeral 1.1.10 donde se describe los requisitos ambientales exigidos en el proceso de compra. 2. Realizar una directriz gerencial ambiental donde se les exija a todos los proveedores la Certificación de insumos menos contaminantes y darle prioridad en la contratación a aquellos proveedores que promuevan políticas ambientales en sus productos, en todos los contratos. Existe un Acuerdo No 03 DE 2010 donde se modifica por el Acuerdo 005 de 2004 "Reglamento de Contratación del Hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado" con fecha 29 abril 2010, sin firmas. Circular No 002 DE 2010 DE: OFICINA JURIDICA HRUUU, PARA: INTERVENTORES DE CONTRATATOS- CONTRATISTAS DEL HOSPITAL; FECHA: JUNIO DE 2010; ASUNTO: DIRECTRICES ACUERDO 003 DE 2010- ACUERDO DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL; con firmas de la Gerente de la ESE HRUUU, Asesor Jurídico CAMILO ALEJANDRO POSADA LOPEZ. El numeral 4 contiene criterios ambientales para la contratación, 4.5 CONTRATACIÓN DE PERSONAL SE DEBE EXIGIR; "Cláusula Ambiental".

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONTINENTE - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 37.2	Durante la vigencia, solamente se realizó una capacitación en materia ambiental realizada el 4 de octubre de 2008, lo cual no permite que los funcionarios interioricen la política ambiental de la entidad e igualmente conozcan los planes y programas desarrollados por el área.	Realizar seis(6) capacitaciones en materia ambiental	# capacitaciones realizadas/ capacitaciones programadas x 100%	El 90% de los funcionarios tengan conocimiento en materia ambiental. Realización de 6 capacitaciones.	Subgerencia Administrativa / Talento humano	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	20/09/08/25	20/10/08/25	1	1	Se han realizado las 6 capacitaciones programadas a los funcionarios en el Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA	2	C	Se evidencian por medio de Actas de Reunión las siguientes socializaciones: 1. El día 5 de Septiembre 2009 se socializo el Plan institucional de Gestión Ambiental (programas gestión ambiental, acciones, metas) y se dio a conocer prácticas de uso racional de agua y energía en la E.S.E. 2. Día 17 de Octubre de 2009 se socializo el PIGA, manejo de residuos sólidos. 3. Noviembre 21 socializaron PIGA 4. Mayo 31 de 2010 Conferencia PIGA 5. junio 26 2010 Socialización PIGA 6. Junio 10 de 2010 socialización PIGA y programas de Control Ambiental Interno

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPROMISO - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEH-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.3	En la siguiente tabla se consignan las observaciones correspondientes a los formatos reportados en SIVICOF, los cuales generan inconsistencias en la información presentada incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. COMPONENTE HIDRICO Este componente obtuvo una calificación INSUFICIENTE con un 53% de cumplimiento, de acuerdo con la metodología establecida por la Dirección de Recursos Naturales de la Contraloría de Bogotá.	1. En el formato A2 relacionar la normalidad aplicable a la Gestión Ambiental en el Hospital 2. En el formato A3 establecer compromisos para los residuos sólidos y líquidos y los demás componentes ambientales. (hídrico, energía, atmosférico) 3. En el formato A4 incluir los programas de los planes de ahorro de agua y energía del Hospital; con los respectivos costos anuales de cada programa. 4. En el formato A5 establecer los impactos ambientales generados por el hospital en el cumplimiento de sus actividades. 5. Diligenciar el debidamente el formato A7 de tal forma que concuerde con el formato A1 en cuanto a los objetivos de gestión ambiental contenidos en el PIGA. 6. En el formato A9 se van a identificar los accidentes ambientales y sus procedimientos de respuesta.	1. # de espacios diligenciados en el formato A2 /total de espacios a diligenciar en el formato A2. 2. # de espacios diligenciados en el formato A3 /total de espacios a diligenciar en el formato A3. 3. # de espacios diligenciados en el formato A4 /total de espacios a diligenciar en el formato A4. 4. # de espacios diligenciados en el formato A5 /total de espacios a diligenciar en el formato A5. 5. # de espacios diligenciados en el formato A7 /total de espacios a diligenciar en el formato A7. 6. # de espacios diligenciados en el formato A9 /total de espacios a diligenciar en el formato A9.	Diligenciar completamente los formularios con la totalidad de la información solicitada.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2010/08/25	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico A2 Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico A3 Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital, en el formato CBN-1111 en el numeral 2 esta el componente hídrico, se encuentran programa e uso eficiente del agua, los costos anuales se evidencian en el numeral 1.13 del formato CBN-1111, el cual contiene la caracterización de inversiones ambientales internas, caracterización de vertimientos \$6.011.027, lavado de tanques \$ 2.500.000, atmosférico \$ 24.800.000, en el numeral 4.1 se describe programa y acciones para el uso eficiente y ahorro de energía. 4. El formato A5 en el numeral 1.9 del formato CBN-1111 se encuentran los impactos ambientales por componente; generación de residuos atmosférico e hídrico. 5. Diligenciar debidamente el formato A7 que concuerde con el formato A1, en el formato CBN-1111 se recopilo los objetivos y metas ambientales internas y sus indicadores	2	C	Se verificó con el formato CBN-1111 y CBN-1113 aportado por la entidad en los siguientes numerales; respecto al formato A2 que contiene la normalidad ambiental aplicable se incluyo en el formato CBN-1111, numeral 1.6 Relacione la normalidad ambiental aplicable a la entidad. 2. En el formato A3 establecer compromisos para los residuos sólidos y líquidos y los demás componentes ambientales. (Hídrico, energía, atmosférico). Este formato pertenece al formato CBN-1113 en el numeral 1.1 corresponde a la Gestión Ambiental Institucional, se establece por componente los objetivos y estrategias. Respecto a residuos sólidos se encuentran en el formato CBN-1111, numeral 1.7 Objetivos y metas ambientales internas y sus indicadores. En el formato A4 incluir los programas de los planes de ahorro de agua y energía del Hospital, en el formato CBN-1111 en el numeral 2 esta el componente hídrico, se encuentran programa e uso eficiente del agua, los costos anuales se evidencian en el numeral 1.13 del formato CBN-1111, el cual contiene la caracterización de inversiones ambientales internas, caracterización de vertimientos \$6.011.027, lavado de tanques \$ 2.500.000, atmosférico \$ 24.800.000, en el numeral 4.1 se describe programa y acciones para el uso eficiente y ahorro de energía. 4. El formato A5 en el numeral 1.9 del formato CBN-1111 se encuentran los impactos ambientales por componente; generación de residuos atmosférico e hídrico. 5. Diligenciar debidamente el formato A7 que concuerde con el formato A1, en el formato CBN-1111 se recopilo los objetivos y metas ambientales internas y sus indicadores
AGEH-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.4	En el Formato B1, se consigna que los vertimientos del Hospital son de tipo domestico mientras que en el resultado de la orden de servicios No. 079 de 2008 (caracterización de vertimientos) da como resultado que son de tipo Industrial e igualmente se aduce lo mismo en el oficio No. HRUU- SUBAF- 322- 09, por lo que se observa que la información no es real.	Suministrar información veraz en el formato B1	1. # de espacios diligenciados con información veraz en el formato /total de espacios a diligenciar en el formato.	Formato actualizado y con el reporte de la información veraz	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/08/31	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico B1	2	C	En el formato CBN-1111 se evidencio la corrección de la observación en el numeral 2. Componente hídrico en el numeral 2.4 la entidad genera vertimientos industriales (si), pero no posee permiso de vertimientos industriales (no), 2.4.2 Caracterización de los vertimientos industriales en el formato aparece (si).

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPLETITUD - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.5	En lo referente al formato B3 (Programas de Uso y Ahorro de Agua) se elimino la columna correspondiente a Costo de Implementación, el porcentaje de ejecución que se establece es de 0,9% aunque la acción a ejecutar se cumplió ya que se fijaron los habladores evidenciándose inconsistencias en la información. Para el desarrollo del numeral anterior se da como acción la orden de suministros No. 328, con Fumigaciones Técnicas MAFRED o Luz Enid Henao por valor de \$14.2 millones suscrita el 30 de noviembre, con fecha de iniciación 3 de diciembre de 2007 y fecha de terminación 17 de febrero de 2008, con lo cual se evidencia que esta una acción que se debió reportar en la cuenta correspondiente al año 2007, lo cual genera inconsistencias en la información	1. Diligenciar completamente el formato B3 incluyendo la columna de costo de implementación. 2. Realizar la verificación del porcentaje de ejecución en la implementación del programa de uso y ahorro de agua en cuanto a los fijación de los habladores.	1. # de espacios diligenciados con información completa en el formato /total de espacios diligenciados en el formato. 2. # de actividades realizadas en la implementación del programa de uso y ahorro de agua/total de actividades programadas en la implementación del programa de uso y ahorro de agua.	1. Formato actualizado y completo con la información solicitada en un 100%. 2. Verificación en un 100% el porcentaje de ejecución en la implementación del programa de ahorro y uso de agua.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/09/25	2009/12/31	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico B3 y se verifico el porcentaje de ejecución en la implementación del programa de uso y Ahorro de Agua.	2	C	El día 10 de Noviembre de 2010 se realizó visita a los Centros Lomas, Chircales, Diana de Turbay, San Jorge, Bravo Páez, Olaya. En los centros de atención se evidenciaron la existencia de los habladores así: Lomas de energía 7, agua 3, Chircales energía 5, agua 2, Diana Turbay energía 2, agua 2, San Jorge energía 4, agua 3. El día 12 de Noviembre de 2010 se realizó visita a los Centros, Bravo Páez, Olaya, Quiroga. En los centros de atención se evidenciaron la existencia de los habladores así: Bravo Páez, agua 3, energía 4, Olaya energía 2, agua 3, Quiroga energía 5, agua 5. Se verifico la información dada por la entidad en las visitas realizadas
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.6	Respecto de los habladores de ahorro de agua, se realizó visita a los siguientes centros en donde se evidencio lo siguiente: Con lo cual se evidencia que no en todos los baños de la institución se presentan habladores para que los usuarios internos y externos visualicen el mensaje en aras de interiorizar la política de ahorro de agua, igualmente se presentan varios baños cerrados; En el inventario realizado a las señales que reposan en la oficina del responsable de las acciones ambientales internas, se evidenciaron 20 de las 50 señales contratadas por medio de la orden de servicio 328 de 2007, las mismas deben ser fijadas en los sitios donde no hayan para que estas cumplan con el fin para lo cual fueron adquiridas	Fijar los habladores faltantes para que los usuarios visualicen el mensaje de ahorro del agua	# de habladores de ahorro de agua faltantes instalados / Total habladores contratados	Instalación de la totalidad de habladores contratados	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/10/31	1	1	Se Fijaron los habladores faltantes en los baños de los usuarios para que sean visualizados con el mensaje de ahorro del agua	1,49	A	El día 10 de Noviembre de 2010 se realizó visita a los Centros Lomas, Chircales, Diana de Turbay, San Jorge, Bravo Páez, Olaya. En los centros de atención se evidenciaron la existencia de los habladores en baños usuarios así: Lomas de energía 4, agua 3, Chircales energía 2, agua 2, Diana Turbay energía 2, agua 2, San Jorge energía 4, agua 3. El día 12 de Noviembre de 2010 se realizó visita a los Centros, Bravo Páez, Olaya, Quiroga. En los centros de atención se evidenciaron en los baños de usuarios la existencia de los habladores así: Bravo Páez, agua 1, energía 1, Olaya energía 1, agua 1, en piso 3 el baño de usuarios esta fuera de servicio y no existen habladores, Quiroga energía 2, agua 1. Se verifico la información dada por la entidad en las visitas realizadas, se deja abierta con calificación 1.49 ya que colocaron más habladores en los baños de funcionarios que en los de usuarios.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.7	El Consumo de agua en el Hospital entre la vigencia de 2007 a 2008 se incremento en un 40.1% en metros cúbicos y en pesos su incremento fue \$13.11 millones, contrario a lo establecido en los objetivos propuestos en el PIGA. Conforme a lo contenido en el siguiente cuadro se observa que de las 10 sedes del hospital solo en una de ellas se presento ahorro en el consumo de agua con relación al año 2007, siendo esta la UPA LOMAS, las sedes donde se presentó el mayor incremento fue en los CAMIS Chircales con el 58.57% seguido de OLAYA con el 45.09% y DIANA TURBAY con el 40.38%. En las sedes de Granjas de San pablo y Salud Pública son casos especiales ya que las mismas no funcionaron toda la vigencia de 2007 y por lo tanto no se puede realizar el comparativo de las mismas. Solo hay una columna diligenciada y son 12 - Se presentan diferencias entre lo reportado en el formato B2 referente al consumo de agua 2.096 m ³ y lo consignado en el oficio No. HRUU ? MER ? 078 ? 09, consumo de 17.166 m ³ , dicha diferencia es de 15.070 m ³ , generando inconsistencias en la información.	1. Elaborar el programa de uso eficiente y ahorro de agua para lograr los objetivos propuestos en el PIGA. 2. Realizar 3 socializaciones del programa de Ahorro de agua. 3. Diligenciar completa y verazmente el formato B2 incluyendo todas las columnas del formato.	1. % de cumplimiento de elaboración del Programa de uso eficiente y ahorro de agua 2. # de socializaciones realizadas/ # de socializaciones programadas. 3. # de espacios diligenciados con información completa y veraz en el formato B2 /total de espacios a diligenciar en el formato B2.	1. Elaboración del programa de uso eficiente y ahorro de agua en el 100%. 2. Realizar las tres (3) socializaciones del Programa de ahorro de agua. 3. Formato actualizado y completo con la información veraz en un 100%.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se elaboró el Programa del Uso eficiente y ahorro de Agua. Se realizaron tres (3) socializaciones a los funcionarios en el Programa del Uso eficiente y ahorro de Agua. Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electrónico B2	2	C	El formato B2 CBN-1111 aparece un cuadro 2.2 consumo promedio agua de los últimos tres años Se cierra la observación se evidencia la existencia de un programa de ahorro de agua y las socializaciones con fechas: 1. Octubre 19 de 2009 socialización PIGA, Manejo de Residuos Sólidos, uso eficiente del agua y energía. 2. Noviembre 21 2009 socialización PIGA, Manejo de Residuos en el Hospital y programa de ahorro de agua y energía. 3. 31 Mayo 2010 Conferencia "Plan Institucional de Gestión Ambiental "PIGA" programa de uso eficiente de agua y energía. 4. Junio 26 2010 socialización Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA y programa de uso eficiente de ahorro de agua, energía y Residuos sólidos. 5. Julio 10-2010 socialización Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA y programa de gestión ambiental interna.
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.8	El plan de Ahorro de Agua y Luz tiene dos objetivos el primero es fomentar en los funcionarios conductas de ahorro y uso eficiente y el segundo la minimización de los consumos, pero a estos dos objetivos no se le establecen las acciones puntuales para desarrollar los mismos y no se involucra a los usuarios del hospital para el cumplimiento de este plan, adicional no se ha tenido en cuenta lo consignado en el PIGA en la variable ambiental agua y no hay una socialización y capacitación efectiva del mismo.	1. Realizar tres socializaciones y piezas de divulgación dirigida a los funcionarios y a los usuarios sobre conductas de ahorro y uso eficiente de agua y luz 2. Realizar tres capacitaciones del programa de ahorro de agua y su uso eficiente, incluyendo a los usuarios y demás funcionarios de la institución.	1. # de socializaciones realizadas/ # de socialización programadas. 1. # de capacitaciones realizadas/ # de capacitaciones programadas.	1. Fomentar en los funcionarios y en los usuarios conductas de ahorro y uso eficiente de agua y luz con el fin de minimizar los consumos. 2. Realizar el 100% de las capacitaciones programadas sobre el ahorro y el uso eficiente de agua y luz.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se realizaron las piezas de divulgación sobre conductas de ahorro y uso eficiente de agua y de Energía, se realizaron las socializaciones mediante el correo interno institucional y pantallazos en los computadores, también se realizaron tres (3) capacitaciones por cada uno de los programas respectivos..	2	C	1. Octubre 19 de 2009 socialización PIGA, Manejo de Residuos Sólidos, uso eficiente del agua y energía. 2. Noviembre 21 2009 socialización PIGA, Manejo de Residuos en el Hospital y programa de ahorro de agua y energía. 3. 31 Mayo 2010 Conferencia "Plan Institucional de Gestión Ambiental "PIGA" programa de uso eficiente de agua y energía. 4. Junio 26 2010 socialización Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA y programa de uso eficiente de ahorro de agua, energía y Residuos sólidos. 5. Julio 10-2010 socialización Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA y programa de gestión ambiental interna. Se realizaron socializaciones por medio de los pantallazos, afiches, mensajes a través de correo electrónico, por medio de la emisora institucional. Por medio de afiches se da información a los usuarios.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	CONTINUIDAD - SEGUIMIENTO CALIFICACION	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.9	El contrato de adecuación para cajas de aforo y adecuación para el vertimiento en las redes sanitarias se inicia con la invitación a cotizar No. 008 de 2007 la cual tiene dos etapas, la primera son los estudios y diseños y la segunda es la ejecución de la obra la primera se desarrolla por medio del contrato No. 177 de 2007 por valor de \$13,7 y la segunda por medio del contrato No. 41 de 2007 por valor de \$53.0 con fecha de terminación 21 de diciembre de 2007, por lo tanto estas acciones debieron incluirse en la gestión ambiental correspondiente a la vigencia 2007 y no 2008, lo cual genera inconsistencias en la información.	Incluir durante la vigencia del año 2009 todos los contratos que tengan que ver con el proceso de gestión Ambiental.	Numero de contratos incluidos/total contratos realizados x 100%	Todos los contratos sean incluidos en la vigencia	Subgerencia Administrativa /	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Para la presentación del informe del año 2009 se realizará la relación de los contratos correspondientes a esta vigencia.	1,3	A	La ingeniera Mónica Franco allega dos contratos pertenecientes a la vigencia 2009 para Gestión Ambiental: 1. Con acta de "...VERIFICACIÓN DOCUMENTOS CONTRATATOS 2009" ANALQUIM LTDA, OS/111/09; estudio: SERVICIO DE ANÁLISIS CUANTITATIVO FÍSICA-QUÍMICA- DE VERTIMIENTOS INDUSTRIALES DE LAS CAJAS DE INSPECCIÓN EXTERNA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ANTE LAS EXIGENCIAS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE Y DAR CUNTINUIDAD A LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GESTION AMBIENTAL PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS ESTANDARES DE CALIDAD MECI Y RESPONSABILIDAD CIVIL. Ejecución: Fecha Inicio: 25-08-2009, Fecha de terminación: 24-11-2009 2. Con acta de "...VERIFICACIÓN DOCUMENTOS CONTRATATOS 2009" AZUL EQUIPOS LTDA, fecha: 16-07-09; estudio: SOLICITUD DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE LAVADO, DESINFECCION Y PRUEBAS DE LABORATORIO CERTIFICADAS PARA LOS TANQUES DE RESERVA DE AGUA POTABLE UBICADOS EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE. Ejecución: Un (01) MES. Fecha de inicio: 05-08-2009 y fecha terminación: 04-01-2009 Se requirió a la Oficina Jurídica el soporte de la acción correctiva planteada por la entidad "... Incluir durante la vigencia del año 2009 todos los contratos que tengan que ver con el proceso de gestión Ambiental" No presenta soportes del control de los contratos. La observación hace referencia a que no se incluyen o reportan todos los gastos ambientales por lo tanto esto solo se evidencia cuando se efectuó la auditoria regular que es en la cual se evalúan los gastos.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPRONEN TO - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGEI-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.10	Se realizó la orden de servicios No. 079 de 2008 por valor de \$15.7 para el muestreo y caracterización de aguas residuales, las visitas de campo se realizaron entre el 28 de marzo y el 2 de abril del año 2008, de todos los centros cumplieron con la normatividad Chircales y Lomas. Y presentaron Observaciones las Upas San Jorge, Quiroga edificio nuevo, Olaya, San José Obrero y Bravo Páez los cuales excede los límites permisibles para el parámetro de mercurio según lo estipulado en la Resolución DAMA 1074/97. La Upa San José Obrero excede lo parámetros de grasas y aceites y fenoles. Upa Quiroga edificio antiguo supero los niveles de grasas y aceites permitidos De acuerdo al resultado del Laboratorio Instituto de Higiene Ambiental (orden de servicios 079 de 2008) se recomiendan las siguientes acciones: ? Implementar un sistema primario de remoción de grasas y aceites. ? Visita técnica para detectar cuales son los procesos o actividades que tengan fenoles y mercurio e implementar las acciones correctivas ? Mantenimiento y limpieza periódica a las cajas de inspección de los sistemas de tratamiento de agua residual. A la fecha no se han iniciado acciones por parte del Hospital para subsanar las inconsistencias de acuerdo al resultado de la orden de servicios y el cumplimiento de los parámetros permisibles.	1. Elaborar un programa para la remoción de grasas y aceites 2. Realizar visitas técnicas para detectar que actividades generan fenoles y mercurio. 3. Realizar mantenimiento y limpieza semestral a las cajas de inspección de los sistemas de tratamiento de agua residual.	1. % de cumplimiento de elaboración del programa para la remoción de grasas y aceites. 2. No. visitas técnicas realizadas/ No. visitas técnicas programadas. 3. No. De cajas de inspección de los sistemas de tratamiento de agua residual limpiadas y con mantenimiento s en el Art. 3o. de la Resolución 1074 de 1997 del DAMA.	Mediante la elaboración de programas, visitas técnicas y mantenimientos minimizar y cumplir con los estándares establecidos en el Art. 3o. de la Resolución 1074 de 1997 del DAMA.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2010/08/25	1	1	Se realizo la caracterización de vertimientos de aguas residuales y de acuerdo con los resultados obtenidos se diseñó el programa y el tratamiento para disminuir las cargas contaminantes que se exceden de la norma.	1,49	A	<p>1. el día 2 de Noviembre de 2010 se obtuvo información por parte de la Ingeniera Mónica Franco que el programa para remoción de grasa es muy costoso, se debe implementar un tratamiento con trampa grasas con sus respectivas adecuaciones por lo tanto se definió detectar las sustancias que generan grasas y aceites para reducir en el consumo en la fuente de dichas sustancias se puede comprobar en la caracterización que se hizo en el mes de septiembre donde se esta dando cumplimiento con el parámetros de grasas y aceites de todos los centros, establecido en la norma ambiental vigente (Resolución 3957 de 2009). Si embargo no evidencia el soporte físico de que sustancias se detectaron para dichos fines, que técnicas utilizaron, como lo hicieron. (Cartillas, manuales, actas de visitas, separación y detección de sustancias)</p> <p>2.; Realizaron recorrido en los centros de atención por parte de ANALQUIM LTDA detectando la actividad que generan mercurio y fenoles es odontología (mercurio Bravo Páez), fenoles (laboratorio Quiroga), instalaron rejillas en centro odontológico, los fenoles en el laboratorio (los desechos recolectan en envases plásticos), si embargo no soportan sustancias eliminadas en los centros clínicos, tratamientos, como los recolectas, faltan manuales de procedimientos ambientales donde soporten la información de las acciones para eliminar sustancias toxicas ambientales, no allegaron soportes de estos estudios a los centros Antonio Nariño, Granjas de San Pablo.</p> <p>3.: Se evidenció el OS/103/09 en el mes de agosto de 2010 se realizo contrato con azul Equipos para lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable y cajas de aforo (aguas residuales) en algunos centros de atención.</p> <p>cumplió con la acción correctiva en algunos centros en el numeral 3, numero 2 en el estudio realizado por ANALQUIM LTDA en los Centros de Quiroga, Bravo Páez, se evidenciaron sustancias contaminantes, respecto al contrato con Azul Equipos no presentaron soporte de lavado de tanques de Centro Antonio Nariño.</p>

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMITENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.11	De acuerdo al resultado del contrato con SGAC LTDA Servicios Asociados en Ingeniería y construcción objeto de adecuación de redes sanitarias se dejó la nota: CAMI OLAYA "En el tercer piso del centro se identificó la descarga de (5) cinco lavamanos (2) dos de ellos arrojan sus residuos a la cubierta plástica del pasillo de urgencias ? lockers y de esta a la canal de aguas lluvias, y (3) tres en una conexión exterior descargando a la canal de aguas lluvias. Respecto a ellos, se informó al interventor del contrato, y al área de arquitectura del hospital llegando a la conclusión que la compañía responsable de adecuar es quien esta efectuando la remodelación del tercer piso. Se hizo hoja 012 informe contratista Por lo tanto este grupo auditor revisó lo establecido en el contrato de mantenimiento No. 027 de 2008 como trabajos ha realizar en el Cami Olaya y no se observa que esta obra se haya efectuado.	Adecuar apropiadamente las conexiones hidráulicas y sanitarias de los lavamanos del tercer piso en el CAMI OLAYA para que realicen el descargue en el lugar indicado.	% de adecuación de las conexiones hidráulicas y sanitarias/ total de las conexiones hidráulicas y sanitarias.	Adecuación total de las conexiones hidráulicas y sanitarias.	Subgerencia Administrativa / recursos Fisicos	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2010/08/25	1	1	1,49	A	Se reviso el contrato de mantenimiento No. 027 de 2008 como trabajos a realizar en el Cami Olaya se evidenció la construcción de un baño con ducha, lavamanos para funcionarios en el tercer piso del centro y no ninguna obra en que se inter venga adecuación de lavamanos a los que se refiere la observación. Se visito el centro Olaya donde se toman fotografías de la tubería de cuatro baños de los cinco existentes en el tercer piso, el de usuarios no se encuentra en servicio, no existe soportes de la adecuación de los dos lavamanos.
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.12	Se observa que a la fecha todavía no se ha obtenido el permiso de vertimientos expedido por la Secretaría Distrital de Ambiente. La última fecha de radicación suministrada por la entidad es 25 de abril de 2008, las observaciones 3.7.10 y 3.7.11 de este informe son óbice para que no se de el permiso de vertimientos. Se dio cumplimiento a los lavados de tanques de almacenamiento de agua potable, tanto aéreos como subterráneos y al proceso de desinfección realizando mantenimiento preventivo periódico, con personal de la entidad sin observaciones que formular.	Realizar los tratamientos requeridos para cumplir con la normatividad de vertimientos para gestionar la obtencion del permiso de vertimientos ante Secretaria de Ambiente.	% de tratamientos realizados para cumplir con la normatividad de vertimientos / total de tratamientos para dar cumplimiento a la normatividad de vertimientos	Cumplir con un 100% de la gestion para la obtencion del permiso de vertimientos	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2010/08/25	1	1	1,49	A	No han recibido el permiso por parte de la Secretaria Distrital de Ambiente. De acuerdo con los resultados obtenidos del laboratorio ANALQUIN se encontraron cargas contaminantes en dos centros Quiroga, Bravo Páez donde exceden la norma, NO ANEXAN EL PROGRAMA DE GRASA, EL SEGUIMIENTO QUE REALIZARON PARA DISMINUIR EL MERCURIO, PLATA EN LOS CENTROS QUIROGA, BRAVO PAEZ. No realizaron estudio de monitoreo y caracterización de agua residual hospitalaria al centro Granjas de San Pablo, ni al centro Antonio Nariño. El centro Antonio Nariño no presentó soporte de lavado de tanques.
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.13	Se realizó el cruce de información entre el Registro Control de Consumo Diario de Agua de la sede Bravo Páez correspondiente al mes de septiembre de 2008 arrojando un consumo de 94 metros cúbicos al verificar contra el reporte de consumos anuales esta misma sede presenta un consumo de 270 m3 arrojando una diferencia de 176 m3 lo cual genera inconsistencia en la información reportada. Las observaciones contenidas en los numerales 3.7.4, 3.7.5, 3.7.7, 3.7.9, 3.7.13 incumplen lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Realizar seguimiento y evaluación al proceso de verificación del consumo de agua de la factura vs. Registros diarios consumo de agua.	Verificación mensual/Verificación total anual	Entregar reporte sobre seguimiento	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	1,7	C	Realizar seguimiento y evaluación al proceso de verificación del consumo de agua de la factura vs. Registros diarios consumo de agua. En visita a los centros Bravo Páez y Quiroga se requirió el formato de mediciones de agua y no llevan el control de los medidores de agua, la entidad presenta mediciones a pesar de no tener acceso a estos medidores. presentan acta de instalación y cambio de medidor contrato 0000305115 fecha de inicio 24 de noviembre de 2010 fecha ejecución 25 de noviembre de 2010, donde demuestra la imposibilidad de la lectura por parte de la EAAB sede Olaya, en Bravo Páez se encontraba en construcción

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPLETITUD - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.14	En la siguiente tabla se consignan las observaciones correspondientes a los formatos reportados en SIVICOF, los cuales generan inconsistencias en la información presentada incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Validar los formatos después de entregar a la contraloría por el sistema Storm User 2. Diligenciar completa y verazmente los formatos reportados en SIVICOF/Total de espacios a diligenciar en los formatos reportados en SIVICOF 3. Solicitar capacitación a la contraloría en la área de sistemas en SIVICOF para la presentación de informes.	No. de espacios diligenciados con información completa y veraz en los formatos reportados en SIVICOF/Total de espacios a diligenciar en los formatos reportados en SIVICOF	Formato actualizado y completo con la información veraz en un 100%.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se solicitó a la Contraloría copia de la información que había sido enviada, se bajó el instructivo para diligenciar el formato y se realizaron las correcciones correspondientes con el lleno de todos los requisitos y por último se redactó el Oficio de solicitud de las capacitaciones a la contraloría.	2	C	Se evidenció la solicitud de Capacitación Rendimiento Informes de Gestión Ambiental por medio de oficio fecha 11 Noviembre de 2009, Radicación No RHUU-GER-547-09 Contraloría Bogotá. El día 8 de febrero de 2010 por parte de la Contraloría de Bogotá les brindaron dicha capacitación sobre diligenciamiento de formatos electrónicos. El día 15 Febrero 2010 se reporta la información anual por medio de documentos electrónicos CBN-1111, CBN-1113.
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.15	Verificada la ejecución del convenio de cooperación para la recolección de residuos sólidos reciclables y de certificación con RECYCLART suscrito el 1 de diciembre de 2008, en donde se establece como obligación No. 8 del contratista dar cumplimiento a la tabla de compensación aprobada por las partes, se observó que el hospital no ha dado cumplimiento al Decreto 400 de 2004, en cuanto a la suscripción con una asociación de recicladores autorizada por la UAESP y no con un particular, incumpliendo las directrices de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. donde establece que la entrega de material de reciclaje es sin beneficio económico para las entidades oficiales, ya que lo que se pretende es beneficiar a este grupo social (inclusión). (Concepto jurídico de la Dirección Jurídica del UAESP de fecha 12 de septiembre de 2008). Por lo que no se esta dando cumplimiento al artículo 2 del Acuerdo 287 de 2007. Directiva 9 de 2006 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá. Se realizó un cruce selectivo entre lo reportado en los formularios RH1 Fuente de Segregación y Clase de Residuo de las sedes Lomas, San José Obrero, San Jorge y Bravo Pérez, observando que algunos de estos formularios a pesar de estar establecida la media de reporte en kilogramos la realizan en libras, se observan enmendaduras, cada reporte lo llevan de manera diferente de acuerdo a quien lo diligencie, lo consignado no concuerda con las guías de recolección de los residuos peligroso emitida por Ecocapital e igualmente no concuerda con la base de datos suministrada por la Entidad, no están todas las guías de recolección archivadas debidamente mes por mes lo que origina que la información no sea confiable y verificable, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Oficiar a la UAESP para que informe al Hospital sobre las asociaciones de recicladores establecidas en la Localidad. 2. Diligenciar adecuadamente los formatos RH1, relacionando el peso en kilogramos.	1. Realizar la solicitud a la UAESP 2. No. Formatos diligenciados/correctamente/ Total formatos diligenciados	Dar cumplimiento al Decreto 400 de 2004 en lo referente a convenios con recicladores.	Subgerencia Administrativa /	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se solicitó por correo electrónico a la UAESP información sobre las entidades de recicladores que existían en la localidad, recibiendo un listado por parte de la UAESP de las asociaciones que se encuentran autorizadas en todas las localidades de la cual se contactó a las dos empresas de la localidad y finalmente se realizó convenio con la que se presentó ante el hospital. Para el mes de septiembre se realizó la capacitación al personal de servicios generales quienes son las encargadas en diligenciar los formularios RH1 que corresponde a manejo de residuos sólidos y se consolidó la información la cual debe ser presentada en una sola unidad de masa (Kg.).	2	C	La ESE presenta un envío de Listado de Recicladores UAESP, con fecha: Marzo, 20 de Octubre de 2009, 5:57 p.m. Se anexan listados de recicladores de la UAESP, convenio 010 de 2007 UAESP Y CENASEL – Unidad de Gestión 2, por medio magnético. En el mes de Mayo-22-2010 realizaron capacitación en el manejo de Residuos Hospitalarios, diligenciamiento formato RH1, asistiendo 11 funcionarios de servicios generales. Encontrándose inconsistencias de la fecha de socialización y no aparecen todos los funcionarios de servicios generales.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPONENTE - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.16	Se eliminan datos de los formatos C5, C6 y C6A, incumpliendo la Resolución No. 020 de 2006, de la Contraloría de Bogotá.	1. Validar los formatos después de entregar a la contraloría por el sistema Storm User 2. Diligenciar completa y verazmente los formatos reportados en SIVICOF incluyendo todas las columnas del formato. 3. Solicitar capacitación a la contraloría en la área de sistemas en SIVICOF para la presentación de informes.	No. de espacios diligenciados con información completa y veraz en los formatos reportados en SIVICOF/Total de espacios a diligenciar en los formatos reportados en SIVICOF	Formato actualizado y completo con la información veraz en un 100%.	Subgerencia Administrativa /	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se solicitó a la Contraloría copia de la información que había sido enviada, se bajó el instructivo para diligenciar el formato y se realizaron las correcciones correspondientes con el lleno de todos los requisitos y por último se redactó el Oficio de solicitud de las capacitaciones a la contraloría.	2	C	Se verificó el oficio RHUU-GER-547-09 se solicitó a la Dra. Bleidy Pérez Ballestas capacitación sobre la rendición de informes de gestión ambiental.
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.17	Con relación al reporte de vehículos que posee la entidad se relacionan seis y todos con certificado de gases, al realizar el inventario y evaluar los contratos de mantenimiento preventivo se observa que son nueve vehículos y solo dos de ellos poseen el certificado de revisión técnico mecánica, estos son los que corresponden a las placas OBG 120 y OBG 076, cabe aclarar que el vehículo OBD 339 modelo 1996 desde abril de 2009 no se encuentra en servicio por su alto costo de mantenimiento, evidenciándose inconsistencias en la información incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Realizar la revision tecno mecanica del parque automotor del hospital	No. De vehiculos con revision tecnomecanica/ Total de vehiculos del hospital	Realizar la revision tecnomecanica del parque automotor del hospital	Subgerencia Administrativa - Recursos Fisicos luis alberto correa patricia castillo	Coordinador Parque Automotor Hospital Patricia Castillo	0	2009/08/25	2009/12/31	0.80000000000000000444089209850062616169452667236328125	0,8	Se realizo la revision tecnico mecanica del parque automotor perteneciente al Hospital Rafael Uribe Uribe queda pendiente un vehiculo el cual se realizara la revision en el mes de enero de 2010.	2	C	Se cierra esta observación dado que presentan los soportes de los vehículos pertenecientes a la entidad y la revisión tecno-mecánica.
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.18	Los formatos E1, E2 y E3 fueron modificados en su presentación, incumpliendo la Resolución No. 020 de 2006, de la Contraloría de Bogotá.	Diligenciar completamente los formatos E1, E2 Y E3 sin realizar ninguna modificación para cumplir con la Res. 020 de 2006	No. de espacios diligenciados con informacion completa en el formato /total de espacios a diligenciar en el formato.	Cumplir con los requerimientos de la Resolución No. 020 de 2006 en el diligenciamiento de los formatos E1, E2 y E3.	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Teniendo en cuenta la información enviada por el Hospital la cual fue remitida por la Contraloría de Bogotá por no cumplir con los requisitos correspondientes, se realizaron las correcciones necesarias al formato electronico E1, E2, E3	2	C	Los formatos E1, E2, E3, se basan en el componente energético de acuerdo con la Resolución 034 de 2009 la información fue reportada en el formato CBN-1111 Numeral 4. Componente energético (Descripción de los programas, consumo de los últimos años, resultados de las acciones de reducción de energía).
AGE-REGULAR 2009 CICLO II	EVALUACION DE LA GESTION AMBIENTAL 3.7.19	Acorde con la observación No. 3.7.6 en las visitas realizadas a los centros se observa que algunos habladores de ahorro de energía se han caído y en otros no hay, en el inventario realizado a las señales se encontrado 55 habladores los cuales se deben fijar para que cumplan su función y en parte se interiore la cultura del ahorro de este recurso.	Fijar todos los habladores de ahorro de energia que se adquirieron y que faltan por instalar para que los funcionarios y los usuarios visualicen el mensaje de ahorro de energia	No. de habladores de ahorro de energia faltantes instalados / Total habladores contratados	Instalacion de la totalidad de habladores contratados	Subgerencia Administrativa	Lider proceso Gestion Ambiental Monica Franco	0	2009/08/25	2009/12/31	1	1	Se Fijaron los habladores faltantes en los baños de los usuarios para que sean visualizados con el mensaje de ahorro del energia	1,49	A	Se evidenciaron habladores de ahorro de energia en centros Lomas, Chircales, Diana de Turbay, San Jorge, Bravo Pérez, Olaya 1, el baño del tercer piso de usuarios estaba fuera de servicio.

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR O SEGUIMIENTO	AVANCE FISICO DE EJECUCION DE LAS METAS - SEGUIMIENTO	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	COMPRONEN TO - SEGUIMIENTO	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	OBSERVACION
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	RESULTADO EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS 3.8.1	De acuerdo a la información reportada por la entidad en el formato de SIVICOF se observa que en el año 2008 se presentaron 1744 peticiones, quejas y reclamos. Pero de acuerdo al oficio No. HRJU ? OPSAU ? 452 ? 09 se reportan 1561 quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, presentándose una diferencia de 183 quejas, generándose inconsistencias en la información, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	1. Realizar seguimiento a la información que va a ser reportada en el SIVICOF, teniendo en cuenta la base de datos diseñada para la consolidación de información relacionada con peticiones. 2. Continuar con el proceso de autocontrol de la consolidación de las peticiones presentadas por los usuarios, con el fin de hacer seguimiento a tiempo de respuesta y calidad de las mismas.	No. de peticiones presentadas por los usuarios reportadas al SIVICOF/ No. de peticiones reportadas en el sistema	Realizar los reportes sobre peticiones al SIVICOF en forma correcta	OFICINA DE PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO OPSAU Emilce Castillo	0	2009/08/25	2009/12/31	1	Desde el mes de enero de 2009, se encuentra sistematizado el sistema de peticiones, donde son registradas mes a mes cada una de las mismas, las cuales son recepcionadas a través de los diferentes mecanismos de escucha establecidos. A noviembre 30 se han recepcionado, tramitado y registrado 1086 peticiones presentadas por los usuarios y sus familias.	2	C	En la base de datos aportada por el hospital en la respuesta al informe preliminar se constata que estos datos corresponden con los del SIVICOF, por error entregaron la base de datos errada.
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	RESULTADO EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS 3.8.2	En el primer trimestre de la vigencia auditada, se observa que en el CAMI Chircales específicamente en el mes de enero, se presentó una queja relacionada con mejora en el personal de vigilancia y aseo, la cual presenta vencimiento de términos para su contestación, igual sucede con una queja del mes de febrero de la UPA Olaya, donde se pone en conocimiento el mal servicio por parte de todo el personal del centro.	Realizar la verificación del 100% de las peticiones presentadas por los usuarios, con el fin de monitorear que la respuesta se de en los tiempos legalmente establecidos. Ojo observación	No de peticiones tramitadas oportunamente/total de peticiones presentadas en el periodo	Tramitar mensualmente el 100% de las peticiones en los tiempos establecidos por la Ley.	OFICINA DE PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO OPSAU Emilce Castillo	0	2009/08/25	2009/12/31	1	Se realizó la verificación del 100% de las peticiones presentadas por los usuarios frente a los servicios prestados, fueron recibidas 1165 peticiones durante la vigencia, de las cuales 1133 fueron tramitadas oportunamente de conformidad con los tiempos legalmente estipulados.	1,49	A	En revisión efectuada al libro del cumplimiento en tiempo de respuesta se evidenció que a partir de agosto de 2010 se modificó la estructura de control donde se indica la fecha de recepción, fecha límite de respuesta, fecha de respuesta y otros datos, se evidenció que las quejas 701 y 725 radicadas en agosto 27 y septiembre 2 respectivamente, tenían como fecha límite para contestarlas el 17 y 21 de septiembre no obstante se respondieron el 24 de septiembre con lo cual se establece que no se cumplió con la meta fijada con el 85% de avance físico.
AGE-REGULAR	2009 CICLO II	RESULTADO EVALUACION ACCIONES CIUDADANAS 3.8.3	La base suministrada por la entidad en el proceso de auditoría en lo correspondiente al cuarto trimestre se relacionan las quejas del primer trimestre originándose inconsistencias en la información, incumpliendo lo establecido en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	Consolidar el total de las peticiones presentadas por los usuarios en una única base de datos, con el fin de reportar la información clara y válida.	N. de peticiones presentadas por los usuarios/ N. de peticiones reportadas en la base de datos	Incluir mensualmente en la base de datos el 100% de las peticiones presentadas en el periodo.	OFICINA DE PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO OPSAU Emilce Castillo	0	2009/08/25	2009/12/31	1	Se creó una base de datos que permitiera realizar el registro del 100% de las peticiones presentadas por los usuarios, lo cual nos permitió realizar el análisis de las mismas, teniendo en cuenta el motivo de petición, tipo de petición, barreras de acceso presentadas, tipo de atributo de calidad afectado durante el proceso de atención y tiempo de respuesta. Lo anterior nos permitió formular planes de mejoramiento para el proceso, con el fin de cumplir con las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias.	1,49	A	En el desarrollo de la presente auditoría, se solicitó la base de datos de las peticiones quejas y reclamos recibidos por el hospital, los cuales fueron suministrados en una única base de datos que consolida la información, con lo cual se considera cumplida la acción correctiva y la meta, no obstante al compararla con lo reportado en SIVICOF falta incluir algunas quejas. 85% el grado de avance físico de ejecución.
														86.8		
														1.85		