

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

**HOSPITAL USAQUEN I NIVEL DE ATENCION E.S.E
PERIODO AUDITADO 2009 Y PRIMER SEMESTRE 2010**

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL PAD 2010
CICLO III**

**DIRECCION SECTOR
SALUD E INTEGRACION SOCIAL**

DICIEMBRE DE 2010

AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL AL HOSPITAL USAQUEN I NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E

Contralor de Bogotá. Miguel Angel Moralesrussi Russi

Contralor Auxiliar Victor Manuel Armella Velásquez

Director Salud e integración Social Rafael Humberto Torres Espejo

Subdirectora Fiscalización Ruth Marina Montoya Ovalle

Asesor Jurídico Luis Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoria. Fabio Hernández Rojas- Líder
Pedro Pablo Piñeros Rodríguez
Xiomara Jaime Ortiz
Jorge Humberto García Porras

Diciembre 2010

TABLA DE CONTENIDO

1. CONCEPTO DE GESTIÓN SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO	4
2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA	9
2.1 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	9
2.2 EVALUACIÓN A LA GESTION	17
2.2.1 Evaluación al programa Salud a su Casa	17
2.2.2 Evaluación al programa Salud al Colegio.....	31
2.2.3 Ejecución financiera programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio...	46
2.2.4 Indicadores.....	48
2.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	49
3. ACCIONES CIUDADANAS	52
4. ANEXOS	59
4.1 ANEXO HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS	
4.2 ANEXO PLAN DE MEJORAMIENTO	



1. CONCEPTO SOBRE LA GESTIÓN SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO



Doctora

SILVIA URBINA RESTREPO

Presidenta Junta Directiva

Doctor

NELSON JOAQUIN MALAVER MONTAÑA

Gerente

Hospital Usaquén I Nivel de Atención E.S.E.

Ciudad.

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con enfoque integral modalidad especial al Hospital Usaquén I Nivel de Atención E.S.E. a los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio 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, la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación al Sistema de Control Interno en las áreas que participan en el desarrollo de los programas.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de este ente de control, consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración del Hospital Usaquén I Nivel de Atención que incluya pronunciamientos sobre la observancia a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno.

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

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

El Control incluyó el examen sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los estados contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de Control Interno.

Concepto sobre la Gestión y los Resultados

Los resultados del examen nos permite conceptuar que la gestión adelantada por la administración de la entidad, acata las disposiciones que regulan sus actividades, está soportada en un Sistema de Control interno y refleja un adecuado manejo de los recursos puestos a su disposición de los programas objeto de la auditoría, lo cual le permitió cumplir, con los planes y programas desarrollados, con las metas y objetivos propuestos.

De la verificación en cada línea de auditoría del Sistema de Control Interno, se concluye que se viene desarrollando y manteniendo los Subsistemas, Componentes y Elementos del Modelo Estándar de Control Interno, sin embargo se presentan debilidades en el componente de Administración del Riesgo en lo pertinente al monitoreo al Mapa de Riesgos y en el componente Evaluaciones Independiente en lo relacionado a evaluaciones de control interno al proceso de contratación, y a los ámbitos escolar y familiar.

En cuanto al Plan de Mejoramiento, el hospital maneja 58 hallazgos de auditoría, 41 de ellos se cerraron por el cumplimiento y efectividad de las acciones realizadas y 17 están en proceso de ejecución y su cumplimiento es parcial. Se obtuvo un total de 106 puntos, que corresponde a un grado de cumplimiento de 1.83 alcanzando un porcentaje de 91%. Lo anterior, nos permite conceptuar que las acciones correctivas implementadas para subsanar las observaciones por la entidad, se vean reflejadas en el grado de cumplimiento de las mismas.

Resultado de la evaluación a los dos (2) contratos suscritos por el Hospital del suministro de personal para el desarrollo de los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, se observa irregularidad por cuanto en el Hospital no reposa un archivo con información del personal seleccionado a través de la Cooperativa de Trabajo Asociado y Empresa de Servicios Temporales, lo que dificulta efectuar un adecuado control y seguimiento oportuno de auditoría a los requisitos del personal contratado y requerido por el Hospital.

De otra parte, si bien la Oficina de Control Interno realiza gestión en las diferentes áreas o sedes del Hospital, bien es cierto que se observa falencia de control y seguimiento a las actuaciones relacionadas en las etapas precontractual, contractual y poscontractual de la contratación suscrita por el Hospital.

Los programas del ámbito familiar y escolar, están relacionados con los objetivos determinados en la Plataforma Estratégica, para su cumplimiento se establecen metas, actividades e indicadores, el resultado se monitorea mensual y trimestral; de la muestra verificada para la vigencia 2009 y conforme a la documentación analizada estas se cumplieron. Sin embargo, se evidenció que se tiene definidos los perfiles de los funcionarios para ejecutar las actividades trazadas para el desarrollo de los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, en estos se han presentado desfases en el cumplimiento de algunas metas por cuanto no se cumplió con el lleno de las plazas de personal requerido, lo que constituyó que el Hospital Usaquén fuera glosado por la Secretaria Distrital de Salud en el año 2009.

Para el primer semestre del año 2010, las metas se establecieron de conformidad con los nuevos objetivos estratégicos de la plataforma 2010 – 2012; las actividades se han venido ejecutando conforme a lo programado, sin embargo se presentan incumplimientos como: Objetivo No.1, en este periodo no se contrato todo el talento humano requerido, por consiguiente no se realizó seguimiento total a las intervenciones programadas como es el caso de “seguimiento de visitas a familias en los micro territorios”; otra incumplimiento presentado esta conexas con el objetivo No. 3, y se relacionada con el desarrollo e implementación del sistema de información, para esta tarea no se cuenta con el personal que se dedique de tiempo completo, por consiguiente no se ha cumplido con la meta trazada.

Es necesario resaltar que las auditorias que la Secretaria Distrital de Salud practicaba al Hospital Usaquén a través de una firma auditora a los 9 ámbitos incluidos el familiar y escolar, no se ha realizado desde diciembre de 2009; por consiguiente no hay informes de auditoria ni verificación a las ejecutorias y resultados de las líneas desarrolladas en los ámbitos que se ejecutan en el PIC el Hospital Usaquén.

En cuanto a la apreciación de la comunidad beneficiada con los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, manifiestan su conformidad y satisfacción del desarrollo y logros alcanzados en pro del bienestar de la ciudadanía, sin embargo sugieren que dichas campañas se hagan de manera más frecuente y con mayor permanencia de los profesionales asignados a estas actividades.



Es de mencionar que los escritos correspondientes a los Derechos de Petición para el año 2009 como en el primer semestre del 2010, se respondieron, sin embargo algunos de ellos como los presentados en los cuadro 16 y 17 no se encontró evidencia de la respuesta, de otra parte es necesario que se dé cumplimiento a la circular 013 de 2008 de la Secretaria Distrital de Salud y a la Resolución 03 de 2008 del Hospital Usaquén.

Consolidación hallazgos

En desarrollo de la presente auditoria tal como se detalla en el anexo 4.1 cuadro de hallazgos, se establecieron 4 hallazgos administrativos.

A fin de lograr que la labor de la auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que conduzca a solucionar las deficiencias puntualizadas, en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los tres (3) días al recibo del presente informe, de conformidad con la Resolución Reglamentaria No.014 de 2010.

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

Bogotá, D. C, Diciembre 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud e Integración Social

2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

2.1 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se adelantó la revisión del cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos para la ejecución de los programas Salud a su Casa, Salud al Colegio, se aplicaron cuestionarios de Control Interno, se constató el desarrollo de los componentes y elementos del MECI con soportes documentales y entrevista a Funcionarios de las áreas de: Oficina de Control Interno, Programa de Salud a su Casa y de Salud al Colegio, a continuación se presenta el resultado:

Subsistema Control Estratégico

Componente Ambiente de Control

Protocolo Ético, en la Plataforma Estratégica determinada para el periodo 2010 a 2012, aprobada mediante acuerdo de Junta Directiva No. 011-2010 se adoptó el plan de desarrollo institucional del Hospital Usaquén I Nivel E.s.E., en el se consignan 3 (tres) principios y 4 (cuatro) valores institucionales como Código de Ética de la entidad, en este documento se presentan los principios y valores institucionales regentes, con lo cual se persigue que los Funcionarios los interioricen y apropien en el cumplimiento de su trabajo y en el comportamiento individual y grupal; el código se divulga por correo electrónico (Outlook) y se ha socializado a través de capacitación y reinducción a empleados, se evidenció que se han adelantado jornadas de capacitación e inducción en los meses de julio y agosto del presente año, donde se presentan y desarrollan en los temas tratados los principios y valores del Hospital.

Desarrollo del Talento Humano, se cuenta con un Plan de Capacitación, durante el año 2009 se cumplió conforme a la programación establecida; la educación programada obedece a las necesidades de capacitación y formación que requieren las áreas y están incluidos Funcionarios que desarrollan los Programas de Salud a Su Casa y Salud al Colegio.

Se cuenta con el Plan de Bienestar e Incentivos, para las vigencias auditadas este fue adoptado mediante Resoluciones 081 del 1 de octubre de 2009 y Resolución 059 del 22 de abril para el 2010; el plan de estímulos está encaminado para Empleados de Carrera Administrativa de acuerdo con la norma, en la vigencia 2009 se designó a los mejores Funcionarios de los diferentes niveles. De otra parte los servidores participan en las actividades programadas por Talento Humano relacionadas con bienestar.

Estilo de Dirección, la entidad tiene definida la estructura orgánica en su organigrama, en este se identifica claramente el nivel de autoridad, responsabilidad y asesor; con el desarrollo de las funciones que le competen a los diferentes niveles de la organización contribuyen al cumplimiento de la Misión y Visión determinadas. Se tienen establecido y operan los comités de Junta Directiva, Gerencia, Administrativos (control interno, glosas, PIGA, inventarios, compras, contratación), Atención al Usuario, Asistenciales (historia clínica, seguridad del paciente, historias clínicas, infecciones intrahospitalarias, farmacia, atención al usuario, IAMI-IAFI) y Coordinador de Control Interno entre otros, estos se realizan periódicamente; a través de estos comités la Gerencia y el nivel directivo se apoyan para la toma de decisiones que contribuyen al mejoramiento de la gestión institucional.

Componente Direccionamiento Estratégico

El Hospital cuenta con herramientas de planeación y control, como la Plataforma Estratégica 2010-2012, en la cual se señala la Misión, Visión, Políticas Institucionales, objetivos estratégicos; para el desarrollo de los objetivos cada dependencia formula y adopta un plan operativo anual (POA) en el que se establecen las actividades a desarrollar, el cumplimiento de estas se miden a través de indicadores; el resultado de las actividades del POA e informe de gestión se reporta trimestralmente, la gestión del Plan de intervenciones Colectivas PIC, incluye los programas Salud a su casa y Salud al Colegio. Con estos instrumentos se regula la función constitucional y legal que le corresponde cumplir al Hospital Usaquen.

La entidad definió y trabaja bajo un modelo operacional por procesos, en este se definieron 13 procesos como se presentan en el mapa de procesos, se determinaron 4 (cuatro) estratégicos, 3 (tres) misionales, 4 (cuatro) de apoyo y 2 (dos) de evaluación medición análisis y mejora; estos están relacionados con las funciones que adelantan y que les corresponden cumplir, con la interacción de los procesos se prestar los servicios establecidos en el portafolio de servicios de manera articulada.

Componente Administración de Riesgos

Contexto Estratégico, se definió la Política de Riesgos, la entidad mediante esta fija los lineamientos que orientan al ente frente al manejo de los riesgos; con el desarrollo de la política se pretende implementar herramientas que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar las situaciones potenciales que pueden afectar la operación del Hospital.

2.1.1. Se cuenta con un Mapa de Riesgos desde la vigencia fiscal de 2008, se evidenció que esta herramienta no se actualiza periódica y consecuentemente con los 13 (trece) procesos determinados por la entidad, igualmente no se evidencio el monitoreo a los riesgos identificados; si asumimos que el propósito del Componente Administración del Riesgo está enfocado en determinar y evaluar situaciones negativas de carácter interno como externo que pueden afectar el logro de la Misión institucional y por consiguiente el logro de los objetivos estratégicos para proveerles el tratamiento adecuado. En consecuencia no se está aplicando adecuadamente los elementos de identificación, análisis, valoración que se establecen en el numeral 1.3 Componente Administración del Riesgo del Modelo Estándar de Control Interno- MECI 1000-2005, Decreto 1599 de 2005.

El Sistema de Gestión de la Calidad

El Hospital se ha venido desarrollado el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, la Norma técnica de Calidad en la Gestión Pública-NTCGP 1000:2009; sin embargo los esfuerzos están encaminados al cumplimiento de los requisitos establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud, Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2181 de junio de 2008 del Ministerio de la Protección Social; de conformidad con estas normas, la entidad debe cumplir con lo determinado en el Artículo 2º de la Resolución 2181.

Con el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad se busca dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGCS-, en sus 4 (cuatro) componentes: Habilitación, Acreditación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema de Información para la Calidad. La Oficina de Calidad y Control Interno ha realizado seguimiento al Componente Único de habilitación en todos los estándares (recurso humano, infraestructura física, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios, Historias Clínicas, Interdependencia de servicios, referencia y contrareferencia y seguimiento a riegos), de los informes se generan planes de mejoramiento los cuales son desarrollados por cada uno de los líderes de procesos y se hace seguimiento en los comités de Gerencia.

En cuanto al Componente Único de Acreditación en la fase de preparación se cumple con las etapas de autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de apoyo y asistenciales, priorización de las oportunidades de mejora y formulación de los planes de mejoramiento por cada grupo de estándar, se observa que estos planes se encuentran en el formato de Planes de Mejoramiento entregado por el Ministerio de la Protección Social, entidad que viene realizando asesoría y acompañamiento técnico en el Proyecto de Preparación de IPS para la

acreditación y adopción del Componente de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

En el Sistema de Información para la Calidad se reporta los indicadores en forma periódica a la superintendencia nacional de Salud y a las EPS-S según lo establece la normatividad vigente.

Subsistema de Control de Gestión

Componente actividades de control

Políticas de Operación, se definieron y adoptaron en la Plataforma Estratégica 2010-2012, estas se encuentran asociadas con los procesos determinados en el Mapa de Procesos, las políticas de operación definidas son:

Política de Calidad, con la cual se comprometen con realizar acciones en salud soportadas en calidad tanto técnica, administrativa, tecnológica y científica, en la prestación en los servicios individuales y colectivos a usuarios y clientes institucionales, mediante la mejora continúa los procesos y servicios.

Política de Seguridad de Pacientes, a través de está se comprometen a trabajar en condiciones de seguridad, mediante practicas seguras en los procesos asistenciales y administrativos para minimizar la ocurrencia de de posibles eventos adversos y con el cumplimiento de la normatividad vigente.

Política de Riesgos, orientada a manejar las situaciones potenciales no deseadas que puedan incidir en el cumplimiento de los objetivos determinados para el logro de la gestión, para ello se adoptará mecanismos de identificación, análisis, valoración, priorización, monitoreo y administración de los riesgos determinados en día a día que ejecuta la entidad.

Política de Infecciones, esta defina para identificar los factores de riesgo relacionados con las infecciones asociadas al cuidado de la salud, su propósito es el de prevenirlas y controlarlas.

Procedimientos, el manual de procedimientos se vienen ajustando en concordancia con los 13 procesos determinados, estos incluyen el conjunto de actividades interrelacionadas que permite entregar a usuarios internos o externos bienes y/o servicios, a través de los procedimientos también se definen los perfiles de los cargos así como la responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades. Sin embargo se evidenció que los procedimientos del área Atención al Usuario siguen sin actualizar en lo relaciono con el alcance, actividades y puntos de control, se debe propender por agilizar el proceso de actualización.

Los indicadores, están constituidos como instrumentos de control de orden gerencial. Las actividades y metas señaladas en el Plan Operativo Anual (POA) para los programas de Salud a su Casa y Salud al Colegio, se miden con indicadores; el resultado se reporta trimestralmente y hacen parte del informe gestión que entrega la Oficina de Planeación, esta dependencia una vez consolida pone a consideración de la Gerencia los resultados, estos se constituyen en insumo para la toma de decisiones.

Componente información

Información primaria, es el conjunto de información proveniente de fuentes externo, la cual es utilizada en cumplimiento de las funciones que le corresponde adelantar a la entidad, está es de carácter constitucional, legal, reglamentario y de regulación. El Hospital cuenta con un normograma, en este se relacionan las normas, artículos que aplican a cada proceso. Sin embargo en razón al ajuste que se hizo al Mapa de Procesos, esta herramienta se debe actualizar y ajustar conforme con los procesos determinados.

Información secundaria, se cuenta con los actos administrativos proferidos, como acuerdos, resoluciones, actas, manuales de funciones, procedimientos, informes de gestión y de auditoria entre otros; estos registros y documentos son fuente para consulta e insumo en las tareas a realizar, los documentos son divulgados en las capacitaciones y se presentan en la pagina Web interna para consulta de funcionarios y ciudadanía. En razón a la rotación de servidores, es conveniente que se adopte un mecanismo de divulgación, que permita mejorar en el conocimiento de la información vigente.

Sistemas de información, se dispone de la pagina Web, E-mail, Outlook, línea 102 y un periódico “Usaquén al día”, de circulación mensual; estas herramientas se utilizan para la comunicación interna y externa.

En cuanto aplicativos se maneja SICYPRO-HISTORIA CLINICA (Almacenamiento de Historia Clínica de los pacientes atendidos - Medicina General). SICYPRO-ODONTOLOGIA (Almacenamiento de Historia Clínica de los pacientes atendidos – Odontología). SICYPRO-CATALOGO (Apertura e ingreso de pacientes para Historia Clínica). SICYPRO-AGENDA MEDICO (Agenda del médico). CITISER-CARTERA (Sistema de información financiera del Hospital que apoya los procesos de recaudo por cada pagador). CITISER-NOMINA (Soporta los procesos de liquidación y pago de nómina de los empleados públicos y oficiales). CITISER-TESORERIA(Sistema de información apoya procesos de manejo, recaudos, pagos efectuados por la entidad). CITISER-CONTABILIDAD (Manejo del Sistema de información financiera y contable del Hospital). CITISER-SUMINISTROS (Sistema que administra la información de Activos Fijos, Inventarios y Almacén).

FACTURACION (Facturación de todos los servicios prestados por el Hospital). KARDEX (Controlar saldos y stock de medicamentos). ADMISIONES (Ingresar los pacientes al sistema de Facturación). REMISIONES (Ingreso al sistema los pacientes remitidos a otros centros de atención. Referencia y contrareferencia). RIPS (Capturar información de la prestación de servicios prestados por los profesionales asistenciales). CORRESPONDENCIA (Control de correspondencia enviada y recibida en el Hospital).

De acuerdo con las necesidades del Hospital y en concordancia con los compromisos establecidos en las acciones propuesta en el Plan de Mejoramiento, se hizo la solicitud a la Secretaría de Salud Distrital sobre los recursos necesarios para adquirir un sistema de información en una sola plataforma y así superar las falencias que presentan los aplicativos que manejan actualmente, el resultado de la gestión institucional esta en proceso de firma por parte de la Secretaría Distrital de Salud para la respectiva asignación de recursos.

Memoria institucional, la entidad dispone de un archivo central donde reposa los registros y documentos que son objeto de conservación de conformidad con las normas; en la sede administrativa se cuenta con un espacio donde se manejan los archivos de gestión resientes, en el reposan las unidades documentales organizadas las cuales están relacionadas en una base de datos.

Con la Resolución 231 del 11 de noviembre de 2010, se actualiza y reglamenta la obligatoriedad de aplicación de las Tablas de Retención Documental del Hospital de Usaquen I Nivel E.S.E., con la Resolución No. 076 de 2010 se actualiza y reglamenta el funcionamiento del Comité de Archivo, para la administración y conservación de del Hospital Usaquen. Sin embargo se evidenció que aun no todas las áreas están cumpliendo con lo dispuesto en el instructivo de Tablas de Retención Documenta, algunas carpetas que contienen los soportes de las actividades realizadas en los programas de Salud a Su Casa y Salud al Colegio no se encuentran identificadas de conformidad a lo establecido en el instructivo de Tabla de Retención Documental, situación que incide en la organizar adecuada de los registros relacionados con la ejecución y gestión de estos programas.

Componente comunicación

La comunicación Informativa, está orientada a promover la participación de la comunidad de la localidad de Usaquen con relación a los servicios y gestión que adelanta la entidad. La comunicación se promueve a través de medios tales como: carteleras que están ubicadas en cada una sedes que integran el Hospital, boletines informativos sobre el portafolio de servicios que prestan, página Web (www.hospitalusaquen.gov.co), Fax 6191220, E-mail: (gerencia@hospitalusaquen.gov.co) y la línea 102 de atención al usuario.

Dentro de la organización se cuenta con la Oficina de Participación Social y Atención al Usuario, esta dependencia es la encargada de mantener permanente contacto con la ciudadanía y promover los mecanismos de participación, esta función la desarrolla con el concurso de asociaciones como el Comité de Participación Comunitaria (COPACO), Comité Ético Hospitalario, Control Social y la Asociación de Usuarios. Otra acción que se desarrolla es la atención y orientación a los usuarios que consultan personalmente en las sedes o vía telefónica, mediante estos medios también se da a conocer el portafolio de servicios que ofrece el Hospital Usaquen. Otro espacio donde se participa con la ciudadanía es en la rendición de cuentas, en este escenario interactúan directivos y la ciudadanía.

Subsistema Control de Evaluación

Componente autoevaluación de control.

En la entidad viene operando el Comité Coordinador de Control Interno, este sesiona cada dos meses y lo integra el nivel directivo; en estas reuniones se presentan los informes de las auditorías internas, los informes de auditorías que adelantan los entes externos de control (Contraloría de Bogotá, EPS, Secretaría Distrital de Salud), los avances de las acciones de los planes de mejoramiento suscritos por el Hospital Usaquen y el estado de la rendición de la cuenta que se que presentarse a la Contraloría de Bogotá. En las actas que se levantan, se dejan plasmados los compromisos acordados y el resultado de las acciones propuesta se presentado en el comité siguiente.

El Comité Coordinador de Control Interno, es la instancia en la cual se avala la operacionalización de las acciones necesarias para el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno MECI. Por consiguiente se deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas.

Componente evaluación independiente

La Oficina Asesora de Control Interno, ésta ubicada en el nivel asesor, es la encargada de adelantar las evaluaciones independientes internas y de la verificación al estado de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento suscritos, además propende por el desarrollo y mantenimiento de los elementos que integra el Sistema de Control Interno. En el mapa de procesos esta dependencia está en el proceso de Evaluación, Medición Análisis y Mejora - Proceso Seguimiento y Control, a través de este proceso interactúa con los demás dependencias que hacen parte de la estructura del Hospital.

El cumplimiento de sus actividades las desarrolla a través de un programa de auditorías, el cual se aprueba en el Comité de Gerencia, el programa se desarrolla durante la respectiva vigencia fiscal. Se evidenció que en las evaluaciones adelantadas por la Oficina de Control Interno durante el año 2009 y lo transcurrido del primer semestre del año 2010, no se incluyeron auditorías que comprendieran los programas de los ámbitos escolar y familiar.

En cuanto a evaluaciones al proceso de contratación que se adelantó durante la vigencia fiscal de 2009, no se presentó evidencia de que hubiese sido evaluado el proceso de contratación como tal, se adelantó actividades de seguimiento a la contratación en lo relacionado con novedades y ordenes de prestación de servicios en los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio. No se cuenta con informe de auditoría interna que cubran las diferentes etapas de la contratación en el periodo auditado.

Componente planes de mejoramiento

Plan de Mejoramiento Institucional, de las evaluaciones de auditoría externas y como resultado de los hallazgos determinados en los informes, se hace el Plan de Mejoramiento Institucional, en este se determinan las acciones adecuadas para subsanar los hallazgos, se establece el responsable de ejecutar la acción propuesta, la fecha de inicio, fecha de terminación de la acción y el seguimiento por parte del líder del proceso. Los Funcionarios de la Oficina de Control Interno hacen seguimientos al estado de la acción y se pronuncian sobre la efectividad y eficacia de las acciones desarrolladas, el plan se reporta periódicamente (semestral y anual) al ente de control a través del aplicativo SIVICOF, el plan reportado contiene 58 acciones de mejoramiento que se encuentran en ejecución y va hasta el 31 de diciembre de 2010.

Plan de Mejoramiento por Procesos, de las evaluaciones internas y de calidad, se establecen observaciones, las cuales una vez analizadas y concertadas con los responsables de los procesos, se trasladan al plan de mejoramiento por procesos para darles el tratamiento y hacer los seguimientos respectivos; los planes de mejoramiento por procesos se articulan con los requisitos del Sistema Único de Acreditación

Síntesis de la Evaluación

De la aplicación de los cuestionarios y la verificación en cada línea de auditoría del Sistema de Control Interno, se concluye que se viene desarrollando y manteniendo los Subsistemas, Componentes y Elementos del Modelo Estándar de Control Interno, sin embargo se presentan debilidades en el componente de Administración del Riesgo en lo pertinente al monitoreo al Mapa de Riesgos y en

el componente Evaluaciones Independiente en lo relacionado a evaluaciones de control interno al proceso de contratación, y a los ámbitos escolar y familiar.

2.2 EVALUACIÓN A LA GESTION

2.2.1 Evaluación al programa Salud a su Casa

La Plataforma Estratégica Institucional del Hospital Usaquen 2010, contiene cinco (5) objetivos estratégicos a desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria a través de los servicios y proyectos de salud que presta da respuesta a las necesidades de la comunidad y fomenta los servicios públicos, la gestión está basada en el talento humano, la seguridad del paciente, la humanización y el respeto de los derechos de los usuarios; con la articulación de las acciones se persigue lograr el cumplimiento de la misión y visión, a través de líneas de acción, metas y actividades.

En los postulados estratégicos definidos para el 2010 se establecen los objetivos de: Optimizar la gestión financiera y la contención de gastos del hospital para lograr un flujo de ingresos que garanticen su rentabilidad social, su operación y su proyección futura; desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria servicios y proyectos de salud novedosos que den respuestas a la comunidad; gestionar la consolidación del Sistema de información Integrado de la institución; conformar un Sistema de gestión basado en el usuario y su seguridad, que integre los enfoques MECI, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Sistema de gestión documental, Sistema de gestión ambiental y Sistema de salud ocupacional; Fomentar en los servicios públicos de la entidad una cultura basada en la gestión del Talento Humano, la seguridad del paciente, humanización y el respeto de los derechos de los usuarios en la prestación de servicios.

En concordancia con los objetivos se promueven y desarrollan los programas relacionados con el PIC que contiene los ámbitos Escolar y Familiar; con el desarrollo de estos se contribuye a garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de promoción de calidad de vida y la estrategia de atención primaria en salud, que tienda a satisfacer las necesidades individuales y colectivas de las personas, con el fortalecimiento y suministro de los servicios de salud, se persigue que con el desarrollo de estos programas se adquieran condiciones que permitan adelantar e implementar el modelo de salud para el Distrito en respuesta a las necesidades de la ciudadanía.

Contratación

El Hospital Usaquen I Nivel E.S.E., es una entidad pública descentralizada adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, y por consiguiente en materia contractual se rige por las normas del derecho privado, de conformidad con el numeral 6º del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública, el numeral 9 del artículo 12 del Acuerdo 17 de 1997 expedido por el Concejo de Bogotá.

La Secretaría Distrital de Salud, le corresponde garantizar la prestación de las acciones contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC a la población general. En concordancia con el Plan Económico, Social Ambiental y de Obras Públicas 2008- 2012 “Bogotá Positiva para vivir mejor” el cual contempla dentro de sus objetivos estructurales alimentación, nutrición, salud, educación, bienestar social, ambiente, vivienda, cultura, recreación y justicia, con énfasis en las personas, grupos poblacionales y sectores sociales en condiciones de riesgo y vulnerabilidad, propendiendo por una ciudad en la que todos y todas vivamos mejor.

La contratación de servicios de salud para la prestación de las acciones contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se basa en el Plan Nacional de Salud Pública, en el Plan Distrital de Salud, en el Plan de Desarrollo 2008 – 2012 y en los portafolios PIC ofertados y concertados con la ESE, los cuales se basan en la identificación de las necesidades según los diagnósticos locales de salud y otras consideraciones adicionales como son: accesibilidad geográfica, oportunidad, pertinencia y capacidad instalada disponible. Para el desarrollo de estas acciones y acorde con el marco de la política de salud del Distrito. Se contrata la Compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) del Sistema de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital, para la población general residente habitual en el Distrito Capital.

De otra parte y con el fin de establecer los procedimientos y principios que deben regir en el Hospital para lograr el cumplimiento de los fines de la empresa y garantizar la prestación del servicio en la salud, el Hospital Usaquen I Nivel, mediante Acuerdo 013 de agosto 26 de 2010 emanado de la Junta Directiva establece el “Manual Interno de Contratación de la Entidad”, y a través de la Resolución No.176 de 2010 adopta “El Manual de Supervisión del Hospital”.

Es oportuno precisar que el Estatuto Contractual aunque no se aplique sino frente a las cláusulas excepcionales, esto no significa que el Nominador del Gasto pueda hacer caso omiso de los preceptos consagrados en el artículo 209 de la

Constitución Política y de los principios ineludibles de transparencia, economía, responsabilidad y de selección objetiva, en la medida que no pueden contratar con cualquier persona natural o jurídica sino quien ofrezca mejores garantías a la entidad para los fines que ella busca.

En este orden de ideas, y con el fin de dar ejecución a los programas de Salud a su Casa y Salud al Colegio, el Fondo Financiero Distrital de Salud apropio de recursos al Hospital Usaquen I Nivel ESE, por valor de \$6.021.676.495, incluyendo los valores adicionados al contrato inicial, para lo cual suscribieron tres (3) contratos administrativos de compraventa de acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) así:

**CUADRO No. 1
CONSOLIDADO CONTRATOS 2008 - 2009 - 2010
FFDS - HOSPITAL USAQUÉN I NIVEL ESE
ÁMBITO SALUD A SU CASA - SALUD AL COLEGIO**

No.	CONTRATO	FECHA CONTRATO Y ADICIONES	VALOR PROGRAMA SALUD A SU CASA - 063 -	VALOR PROGRAMA SALUD AL COLEGIO - 064 -
729 - 2008		31-07-08	755.933.601,00	323.174.483,00
ADICIÓN No.1		30-12-08	46.578.066,00	37.445.970,00
ADICIÓN No.2		30-12-08	129.191.957,00	67.097.687,00
ADICIÓN No.3		06-03-09	80.945.003,00	163.056.211,00
SUBTOTAL			\$1.012.648.627,00	\$590.774.351,00
TOTAL PROGRAMAS			\$1.603.422.978,00	
No.	CONTRATO	FECHA CONTRATO Y ADICIONES	VALOR PROGRAMA SALUD A SU CASA - 063 -	VALOR PROGRAMA SALUD AL COLEGIO - 064 -
624 - 2009		11-04-09	405.752.763,00	191.912.413,00
ADICIÓN No.2		28-08-09	179.646.612,00	386.663.117,00
ADICIÓN No.3		28-09-09	0	218.385.230,00
ADICIÓN No.4			480.699.712,00	0
ADICIÓN No.5		21-12-09	0	23.082.848,00
ADICIÓN No.6		23-12-09	40.000.000,00	0
SUBTOTAL			\$1.106.099.087,00	\$820.043.608,00
TOTAL PROGRAMAS			\$1.926.142.695,00	
No.	CONTRATO	FECHA CONTRATO Y ADICIONES	VALOR PROGRAMA SALUD A SU CASA - 063 -	VALOR PROGRAMA SALUD AL COLEGIO - 064 -
021 - 2010		01-02-2010	469.653.093,00	341.273.568,00
ADICIÓN No.1		30-16-2010	939.438.910,00	741.745.251,00
SUBTOTAL			\$1.409.092.003,00	\$1.083.018.819,00
TOTAL PROGRAMAS			\$2.492.110.822,00	
TOTAL INVERSIÓN PARA LOS TRES (3) CONTRATOS			\$6.021.676.495	

Fuente: Convenios Interadministrativos del FFDS

El Hospital suscribió dos (2) contratos para apoyar la Prestación de Servicios de Salud en los componentes asistencial y administrativo para el Hospital, de los cuales se encuentra inmerso el personal que va a ejecutar los Ámbitos Familiar y Escolar de acuerdo con las actividades, perfiles, competencias, obligaciones y valores requeridos, a través de la COOPERATIVA INTEGRAL DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD – COINTRASALUD, firma con la cual el Hospital Usaquén venía contratando desde la vigencia 2006, siendo adicionado en las vigencias 2007, 2008 y hasta el mes de mayo de 2009. Así mismo contrato con la Empresa de Servicios Temporales S&A – SERVICIOS Y ASESORIAS S.A., contratos que se relacionan a continuación con las adiciones efectuadas:

1. Contrato No. 102-2006 celebrado entre Hospital Usaquén I Nivel E.S.E., y Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Salud - Coointrasalud. Para Apoyar a la prestación de servicios de salud en los componentes asistencial y administrativo de acuerdo al portafolio de servicios asistenciales, valor vigencia 2006, por \$1.390.000.000, plazo de ejecución tres (3) meses y/o hasta agotar presupuesto y firmado el 01 de agosto de 2006.

Por lo anterior el Hospital y la Cooperativa para la vigencia 2009, suscribieron adiciones y prorrogas al contrato inicial, adiciones donde van incluidos los valores del personal que desarrolla los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio como se detalla en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 2
ADICIONES Y PRORROGAS VIGENCIA 2009 – COINTRASALUD

No.	FECHA ADICION / PRORROGA	VALOR ADICIÓN	PLAZO PRORROGA ADICIÓN
1	20-01-09	1.100.000.000	28-02-09
2	27-02-09		15-03-09
3	12-03-09	600.000.000	30-04-09
4	31-03-09	1.010.000.000	
5	30-04-09	340.000.000	31-05-09
6	29-05-09	350.130.000	
VALOR ADICIONES		\$4.171.130.000	

Fuente: Contrato 102 de 2006-2007-2008 y 2009

Se observa irregularidad de gestión, control y seguimiento oportuno por parte de la supervisión del contrato, respecto a que en la carpeta del contrato 102 de 2006, se adjunta un acta de liquidación del contrato sin firmas de las partes, cuando este terminó en fecha 31 de mayo de 2009. Lo que implica que no se conozca si el contrato se terminó y/o recibió a satisfacción. Transgrediendo lo normado en el Acuerdo 013 de 2010 (Manual Interno de Contratación de la Entidad), Ley 87 de

1993 artículo 2º, literal d y e y lo contemplado en el contrato en su Cláusula vigésima tercera.

Contrato No. 025-2009 celebrado entre Hospital Usaquén I Nivel E.S.E., y Empresa de Servicios Temporales S&A – Servicios y Asesorías S.A. Para contratar los servicios de apoyo y refuerzo para el desarrollo, ejecución y cumplimiento de las actividades asistenciales y administrativas del hospital por parte del contratista, valor inicial: \$260.000.000, plazo de ejecución: Doce (12) días y/o hasta agotar presupuesto y firmado el 01 de junio de 2009.

Igualmente, se suscribieron al contrato inicial con la Empresa de Servicios Temporales S&A – SERVICIOS Y ASESORIAS S.A, las siguientes adiciones y prorrogas donde van incluidos los valores del personal que desarrolla los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio como se detalla en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 3
ADICIONES Y PRORROGAS VIGENCIA 2009 – PRIMER SEMESTRE DE 2010
SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

No.	FECHA ADICION / PRORROGA	VALOR ADICIÓN	PLAZO PRORROGA ADICIÓN
01	12-06-09		31-07-09
02	08-07-09	600.000.000	
03	31-07-09		30-09-09
04	05-08-09	590.500.000	
05	28-08-09	210.000.000	
06	31-08-09	529.000.000	
07	28-09-09		31-12-09
08	09-10-09	820.000.000	
09	26-11-09	820.000.000	
10	15-12-09	580.000.000	
11	24-12-09		28-02-10
12	28-12-09	725.976.000	
13	29-01-10	658.000.000	
14	26-02-10	641.100.000	31-05-10
15	31-03-10	430.000.000	
16	30-04-10	1.325.000.000	
17	28-05-10	870.000.000	30-06-10
18	30-06-10	413.000.000	31-07-10
19	30-07-10	22.000.000	
TOTAL ADICIONES		\$9.234.576.000	

Fuente: Contrato 025 de 2009

2.2.1.1. Se observa irregularidad de gestión, control y seguimiento oportuno por parte de la supervisión del contrato, respecto a que en la carpeta del contrato 025 de 2009 no se adjunta un acta de liquidación del contrato. Lo que implica que no se conozca si el contrato se terminó y/o recibió a satisfacción. Transgrediendo lo normado en el Acuerdo 013 de 2010 (Manual Interno de Contratación de la Entidad) Ley 87 de 1993 artículo 2º, literal d y e y lo contemplado en el contrato en su Cláusula octava en su Parágrafo.

- Se observa irregularidad de gestión, control y seguimiento oportuno por parte de la supervisión del contrato, respecto a que en la carpeta del contrato 102 de 2006, se adjunta un acta de liquidación del contrato sin firmas de las partes, cuando este terminó en fecha 31 de mayo de 2009. Lo que implica que no se conozca si el contrato se terminó y/o recibió a satisfacción. Transgrediendo lo normado en el Acuerdo 013 de 2010 (Manual Interno de Contratación de la Entidad), Ley 87 de 1993 artículo 2º, literal d y e y lo contemplado en el contrato en su Cláusula vigésima tercera.

Talento Humano

El Hospital Usaquén para desarrollar los ámbitos relacionadas con los programas de Salud a su Casa y Salud al Colegio contrato recurso humano bajo la coordinación del área de Salud Pública, como se relaciona en el siguiente cuadro:

**CUADRO No. 4
TALENTO HUMANO
PROGRAMAS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO Año 2009**

TALENTO HUMANO	AÑO 2009			
	ÁMBITO FAMILIAR		ÁMBITO ESCOLAR	
	CANTIDAD	PERFILES	CANTIDAD	PERFILES
Profesional especializado	2	Nutricionista Especialista en epidemiología Enfermera especialista en salud familiar	0	
Profesional	18	Psicólogos Trabajador social Enfermera Médicos Terapeuta ocupacional Ingeniero ambiental	27	Psicopedagógico Psicólogos Comunicadora social Terapeuta ocupacional Enfermeras Ingeniero ambiental Odontólogo
Técnico no.1	24	Auxiliares de enfermería Técnico de sistemas Higienista oral Técnico en saneamiento	11	Auxiliares de enfermería Técnico de sistemas Higienista oral
Técnico no.3	3	Gestor de salud agente de cambio	1	Agente de cambio
TOTAL	47		39	

Fuente: Informe área de salud pública Usaquén

El cuadro anterior muestra el total de funcionarios y los perfiles, mediante los cuales se desarrollo los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio vigencia 2009.

**CUADRO No. 5
TALENTO HUMANO
ÁMBITOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO**

TALENTO HUMANO	Primer semestre 2010			
	ÁMBITO FAMILIAR		ÁMBITO ESCOLAR	
	CANTIDAD	PERFILES	CANTIDAD	PERFILES
Profesional especializado	2	Odontóloga especialista en epidemiología	0	
Profesional	15	Psicólogo Trabajador social Enfermera Médicos Terapeuta ocupacional Ingeniero ambiental	24	Psicopedagógico Psicólogo Comunicadora social Terapeuta ocupacional Enfermeras Ingeniero ambiental Odontólogo
Técnico no.1	20	Auxiliar de enfermería Técnico de sistemas Higienista oral Técnico en saneamiento	17	Auxiliar de enfermería Técnico de sistemas Higienista oral
Técnico no.3	11	Gestor de salud agente de cambio	1	Agente de cambio
TOTAL	48		42	

Fuente: Informe área de salud pública Usaquén

El cuadro anterior muestra el total de funcionarios y los perfiles, mediante los cuales se desarrollo los programas Salud a su Casa y Salud al Colegio vigencia 2010.

**CUADRO No. 6
COMPARATIVO DIFERENCIA DE TALENTO HUMANO
ÁMBITOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO
VIGENCIAS 2009 Y PRIMER SEMESTRE DE 2010**

TALENTO HUMANO	ÁMBITO FAMILIAR 2009 - 2010		ÁMBITO ESCOLAR 2009 - 2010	
	CANTIDAD 2009	CANTIDAD 2010	CANTIDAD 2009	CANTIDAD 2010
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	2	2	0	0
PROFESIONAL	18	18	27	24
TECNICO No.1	24	17	11	17
TECNICO No.3	3	11	1	1
TOTAL	47	48	39	42

Fuente: Informe área de salud pública Usaquén

Como se presenta en el cuadro anterior el talento humano que adelanto las tareas del ámbito familiar durante la vigencia fiscal de 2009 no contó con un funcionario del nivel técnico; en cuanto al ámbito escolar para el año 2010 presenta una

diferencia de tres (3) funcionarios del nivel profesional y se incrementaron seis (6) funcionarios del nivel técnico. La situación expuesta permite concluir que al no contratar el recurso humano requerido los programas se ven afectados en su desarrollo y de otra parte la facturación presentada ante la Secretaria Distrital de Salud es objeto de glosas por no contratación del talento humano. Corriendo el riesgo que el presupuesto para la vigencia siguiente se vea disminuido por falta de capacidad de gestión en la contratación del personal.

Para el programa Salud a Su Casa cada equipo esta conformado por una enfermera, 2 auxiliares o promotores y un médico, el tiempo de los profesionales es de 44 horas para enfermería y de 36 horas para médicos por cada equipo y la dedicación de los auxiliares y promotores es exclusiva, cada equipo tiene a cargo 1200 familias lo cual se denomina micro territorio. Es de precisar que en este programa se cubren once (11) micro territorios.

Las actividades más relevantes realizadas por los equipos gestores, están orientadas a: identificar personas con necesidades de atención, canalización a servicios de salud, educación e información para la salud, gestión comunitaria, trabajo intersectorial, programas sociales y seguimiento a usuarios con patologías especiales.

En el programa Salud al Colegio se encuentra integrado por dos (2) equipos gestores, asignados a cada uno de las zonas 1 y 2 en que se dividió a la comunidad, lo conforma un coordinador, dos profesionales del nivel operativo (dos psicólogas), un ingeniero ambiental por cada territorio y dentro del equipo de acciones en salud se encuentran profesionales, técnicos auxiliares y agente de cambio.

Las actividades más relevantes que adelantan estos equipos es la planeación conjunta, el seguimiento y control a los planes de cada año que fueron concertados con los Rectores, orientadores y docentes de cada una de las sedes; a nivel de acciones de salud se hacen dos (2) tipos de intervención: las promocionales que tiene que ver con sensibilización y educación en forma grupal (jornadas) y las acciones reconstitutivas, preventivas y de protección específica enfatizando la detención precoz de problemas para el abordaje oportuno y educación para la transformación de estilos de vida, estas acciones comprenden detención y abordaje a violencias, prevención de consumo psicoactivos, prevención de la desnutrición, educación ambiental, detección y abordaje a la discapacidad, prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, entre otras.

**CUADRO No. 7
GASTOS RECURSO TALENTO HUMANO
ÁMBITOS FAMILIAR – ESCOLAR**

ÁMBITO	2009		PRIMER SEMESTRE 2010	
	1 MES	12 MESES	1 MES	6 MESES
ESCOLAR	63.192.326	758.307.912	75.649.891	453.899.348
FAMILIAR	83.708.489	1.004.501.868	80.767.662	484.605.972
TOTAL	146.900.815	1.762.802.780	156.417.553	938.505.350

Fuente: Informe área de salud pública Usaquén

La diferencia de los gastos por talento humano para los meses comparados obedece a que el personal contratado que abordaron estos programas en el 2009 se encontraba incompleta frente al 2010, para el ámbito familiar la diferencia de \$2.9 millones obedece a que el techo de los recursos para el ámbito no es suficiente y por consiguiente un funcionario fue financiado con recursos de la UEL.

La participación de los Ámbitos Salud a Su Casa y Salud al Colegio en relación con los recursos asignados para Salud Pública para las vigencias 2009 y primer semestre de 2010 presentan el siguiente comportamiento:

**CUADRO No. 8
PARTICIPACIÓN PORCENTUAL PROGRAMAS
SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO**

ÁMBITO	2009			PRIMER SEMESTRE 2010		
	RECURSOS SALUD PUBLICA	RECURSOS ASIGNADOS PROGRAMA	%	RECURSOS SALUD PUBLICA	RECURSOS ASIGNADOS PROGRAMA	%
ESCOLAR	9.046.606.000	758.307.912	8.38	4.359.100.000	453.899.348	10.4
FAMILIAR	9.046.606.000	1.004.501.868	11.1	4.359.100.000	484.605.972	11.1

Fuente: Contratos 102 de 2006 y 025 de 2009 e informe área de salud pública

Del total de los recursos apropiados por el FFDS para Salud Pública en el Hospital Usaquén, la asignación de estos para el ámbito Salud al Colegio comparados los contratos para la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, presentó un incremento del 2% para el primer semestre de 2010 al pasar del 8.38% al 10.4%, mientras que para el ámbito familiar se mantuvo en un 11.1% en los dos (2) periodos objeto de auditoría.

En este orden de ideas se puede conceptualizar que aunque se tiene definidos los perfiles para el desarrollo de las actividades trazadas para el desarrollo de los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, no obstante se presentaron irregularidades en el cumplimiento de las metas por cuanto no se cumplió con el lleno de las plazas de personal requerido en el año 2009 y primer semestre 2010, lo que constituyó que el Hospital fuera glosado por la Secretaria Distrital de Salud – FFDS 2009 por falta de talento humano y de algunos soportes.

Resultado de la evaluación a los dos (2) contratos suscritos por el Hospital del suministro de personal para el desarrollo de los programas salud a su casa y salud al colegio, se observa irregularidad por cuanto en el Hospital no reposa un archivo con información alguna del personal seleccionado a través de la Cooperativa de Trabajo Asociado y Empresa de Servicios Temporales, lo que dificulta efectuar un adecuado control y seguimiento oportuno de auditoría a los requisitos del personal contratado y requerido por el Hospital.

El hospital Usaquén en cumplimiento de sus actividades programadas en Salud a su Casa y Salud al Colegio las ha venido desarrollando en los tres (3) territorios definidos en la localidad así: zona 1 que corresponde a 17 barrios con aproximadamente 59 mil habitantes, la zona 2 con 195 mil habitantes y la zona 3 con 236 mil habitantes. La localidad cuenta con una población de 490 mil habitantes que corresponden al 47% hombres y 53% mujeres.

El programa Salud a Su Casa atiende aproximadamente una población de 53 mil habitantes caracterizados, haciendo gestión en cada uno de los núcleos en los barrios, lo cual implica recepción de necesidades, construcción conjunta de respuesta y gestión a otras entidades.

De acuerdo a los lineamientos impartidos por la SDS se fijan las metas de cada uno de los contratos discriminando mes a mes la forma como el Hospital ejecutará las acciones (Portafolio de Servicios). El control es realizado mensualmente por cada uno de los Coordinadores quienes elaboran un informe de cumplimiento mensual, monitoreando el acumulado de cumplimiento frente a la meta pactada, este informe es resultado del insumo para la facturación.

Discapacidad

A través de esta intervención, se persigue asegurar que el proceso educativo, de información y formación a las familias en condición de discapacidad, facilite el ejercicio de los derechos y motive la participación social, buscando incentivar a los usuarios a participar en las diferentes intervenciones que presta el Hospital Usaquén y otras instituciones locales como el Consejo Local de Gobierno. Esta problemática se ha trabajado con énfasis en las zonas donde opera el programa

de salud a su casa de la localidad Usaquén. La población identificada que se beneficia de estas acciones corresponde a población adulta y adulta mayor.

Según las fuentes: DANE 2008 y Secretaria Distrital de Salud 2009 las personas con discapacidad en la Localidad de Usaquén estaban representadas así:

Para el año 2007 el total de la población residente en la Localidad de Usaquén ascendía a 482.996 personas, representadas en 256.913 mujeres y 226.083 hombres. Para la distribución por ciclo vital en la etapa de infancia hay 82.753 niños/as, adolescencia y juventud un estimado de 149.637 personas, adultos 208.905 y adulto mayor 41.700 personas.

De la población total residente en Usaquén se presentan los siguientes porcentajes de personas con discapacidad caracterizadas en el periodo 2005-2007: correspondió al 2% (n=10.185) de los cuales el 61,2% (n=6235) son población femenina y el 38,7% (n=3950) población masculina, con la población total de la localidad. Mientras que por etapa del ciclo vital varía los resultados para la población con discapacidad, así, el 48,5% (n=4939) se encuentra en la vejez, el 35,1% (n= 3573) del ciclo adulto, el 10,5% (n=1068) del ciclo adolescencia y juventud y el 5,9% (n=605) del ciclo de infancia.¹

A continuación se muestra las acciones programadas y ejecutadas para la vigencia fiscal 2009 y el primer semestre de 2010.

CUADRO No. 9
Metas - Asesorías realizadas por el equipo de Atención a la Problemática de Discapacidad del Ámbito Familiar en el año 2009

METAS	Asesorías Programadas 2009	Asesorías ejecutadas 2009	% CUMPLIMIENTO
Numero total de asesorías domiciliarias de primera vez territorios de SASC	408	408	100%
Numero total asesorías domiciliarias de apertura en la localidad	1258	1258	100%
Numero de canalizaciones efectivas producto de asesorías de primera vez.	409	409	100%
Total Asesorías	2075	2075	100%

Fuente: Área de Salud Pública- noviembre de 2010

¹ Fuente: Informe Discapacidad caracterización población con discapacidad de la localidad Usaquén entre los años 2005-2007. Hospital Usaquén.

CUADRO No. 10
Metas Asesorías Realizadas por el Equipo de Atención a la Problemática de Discapacidad del Ámbito Familiar en el primer semestre de 2010

METAS	Asesorías Programadas primer semestre 2010	Asesorías ejecutadas primer semestre 2010	% CUMPLIMIENTO
Numero total de asesorías domiciliarias de primera vez territorios de SASC	336	336	100%
Numero total asesorías domiciliarias de apertura en la localidad	755	755	100%
Numero de canalizaciones efectivas producto de asesorías de primera vez	417	417	100%
Total Asesorías	1508	1508	100%

Fuente: Área de Salud Pública -noviembre de 2010

En los cuadros N° 9 y 10 se muestra que frente a las metas programadas se ejecutaron las acciones en un 100%, los logros alcanzados tienen el reconocimiento de la comunidad, los programas y proyectos locales relacionados con discapacidad son aceptados por la ciudadanía y por las instituciones educativas, estas actividades propician las remisiones y canalizaciones para el acceso a los servicios de salud y a otros programas que ofrece la E.S.E en la localidad.

Es de resaltar en el año 2009 la sensibilización y fortalecimiento relacionado con la pandemia del virus AH1N1, en relación con el adecuado manejo en caso de presentarse esta novedad, se apoyó a las familias en situación de discapacidad en la resolución de inconvenientes brindando la orientación oportuna y gestionar servicios complementarios en caso de requerirlo.

Violencia Intrafamiliar

Para la problemática de violencia Intrafamiliar el área de salud pública hace intervenciones psicosociales, siendo un proceso que se encuentra inmerso dentro del ámbito familiar, el fin primordial es la restitución de la autonomía de las familias que presentan uno o mas problemas que los afectan como consecuencia de factores negativos sobre el estado mental individual o colectivo, en resumen es una acción de prevención primaria y detección temprana de problemas relacionados con la salud mental.

La ejecución se adelanta mediante el diseño y desarrollo del Plan de Intervención Psicosocial Familiar (PIPF), las estrategias a desarrollar en el plan son: ayuda psicológica, evaluación de la dinámica familiar, gestión de la demanda para la prestación de servicios complementarios (canalización), fortalecimiento de los recursos individuales, familiares y colectivos mediante la asesoría a la familias y seguimiento PIPF y monitoreo de los casos identificados.

Los principales eventos que se realizaron en la intervención psicosocial fueron: problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, circunstancias familiares y seguimiento a problemas relacionados con el ambiente social. En este aspecto se abordan familias con problemas de sospechas en violencia intrafamiliar, alcoholismo, consumo de sustancias Psicoactivas, negligencia, duelos no resueltos, entre otros. Se presta especial atención y se involucra de manera principal los casos de intento e ideación suicida.

CUADRO No. 11
Metas Familias Beneficiarias Acciones de Atención Psicosocial
Ámbito familiar vigencia 2009

METAS	Intervenciones Programadas año 2009	Intervenciones ejecutadas año 2009	% CUMPLIMIENTO
Intervención atención psicosocial	524	524	100%
Intervención e ideación suicida	90	90	100%
Total Intervenciones	614	614	100%

Fuente: Área de Salud Pública - noviembre de 2010

CUADRO No. 12
Metas Familias Beneficiarias Acciones de Atención Psicosocial
Ámbito familiar primer semestre 2010

METAS	Intervenciones Programadas primer semestre 2010	Intervenciones ejecutadas primer semestre 2010	% CUMPLIMIENTO
Intervención atención psicosocial	441	441	100%
Intervención e ideación suicida	47	47	100%
Total Intervenciones	488	488	100%

Fuente: Área de Salud Pública - noviembre de 2010

Durante el año 2009 se programo para la atención 614 familias y se logro cumplir con esta meta, en el primer semestre del año 2010 se proyecto atender 488 familias la cual se cumplió. Del total de la población atendida en esta problemática aproximadamente el 13% de las familias asistidas estaban relacionadas con el evento de suicidio, esta situación presenta un incremento en especial en la población joven.

Los resultados más relevantes en atención de esta problemática, se resalta la activación de los recursos familiares y sociales, que han permitido emprender acciones en pro del bienestar, se ha logrado la interiorización de la información sobre los derechos y servicios a que tienen como ciudadanos, igualmente la forma de acceder para reclamarlos y el acceso a los servicios de salud.

Mortalidad Infantil

Se han adelantado actividades encaminadas a la prevención de la mortalidad infantil – Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.

En el programa de Salud a su Casa se llevan a cabo acciones de prevención y educación a padres y cuidadores sobre las principales causas y motivos de muerte en menores de 5 años, a través de estas actividades se ha logrado disminuir los casos en la población de la localidad Usaquén. Esta actividad se ha venido desarrollando exclusivamente en las zonas donde se realiza el programa de Salud a su Casa.

CUADRO No. 13
Visitas Programadas y Realizadas vigencia 2009 y I semestre de 2010.

Actuaciones	Vigencia 2009		I Semestre de 2010	
	Programadas	Realizadas	Programadas	Realizadas
Visitas/ Enfermedad niños.	5542	5542	2300	2300

Fuente: Área de Salud Pública- noviembre de 2010

En el cuadro anterior se presenta la programación y ejecución de las visitas sobre la detección de riesgos sobre enfermedades que inciden en la muerte de los niños, además se enfatiza sobre los cuidados que se deben tener y el control del mismo; en esta actuación se ejecutó a un 100% tanto en el año 2009 como en el I semestre del 2010.

Dentro de las situaciones más comunes identificadas por los equipos que intervienen en el programa Salud a su Casa, se encontró que los mas relevantes son los problemas ambientales; relacionados con el aseo en las viviendas, presencia de plagas, inadecuada convivencia con animales, riesgos de gripa y tos, manipulación inapropiada de basuras y alimentos y parasitismo. Además de lo anterior, se suman los cambios climáticas de calor a frío en horas de la tarde y noche; situación que hace que se puedan presentar problemas respiratorios, los cuales afectan con mayor frecuencia a los niños menores de 5 años, otra situación que incide significativamente son los problemas de desnutrición que se presenta en cerca del 14% de la población de niños del territorio objeto del programa.

Un aspecto significativa que se aborda desde la intervención de Mortalidad Infantil, son los accidentes en el hogar, los cuales están relacionados con las características propias de las viviendas donde los niños habitan, es necesario aclarar que no en todos los casos es por negligencia por parte de los padres de familia o de la persona a cargo del cuidado del niño; esta situación se da por la necesidad de esta población de salir por motivos laborales de los padres de familia, por consiguiente dejan a sus hijos a cargo de terceros. Entre las situaciones de accidentes que mas se presentan están las relacionadas con quemaduras y caídas.

Mortalidad en menores de 5 años

Frente al tema de mortalidad evitable, por Enfermedad Respiratoria Aguda E.R.A o por Enfermedad Diarreica aguda E.D.A, en población residente en la localidad, en el año 2009 se presentaron 2 casos de E.R.A. Durante el primer semestre de de 2010, se presentaron 2 casos de E.R.A. Para los dos años en mención, no se han reportado casos de E.D.A.

El Hospital Usaquén para el abordaje de este tipo de eventos sigue el protocolo sugerido por la Secretaría Distrital de Salud SDS, el cual ayuda con el análisis de los actores involucrados en la prestación de servicios de salud, también se incorpora información aportada por los familiares del niño fallecido (autopsia verbal), con esta información se determina las dificultades y problemas que pudieron haber desencadenado la muerte. Como resultado del análisis realizado se elabora los planes de mejoramiento el cual involucra a todas las instancias, según el nivel de atención, buscando identificar, evitar y controlar los posibles riesgos.

2.2.2 Evaluación al programa Salud al Colegio

El Hospital Usaquén en el programa Salud al Colegio, cubre once (11) colegios distritales de los trece (13) que se encuentra ubicados en la localidad y once (11) jardines hogares de bienestar infantil y jardines sociales; la población estudiantil objeto del programa asciende a 26 mil estudiantes, la gestión del programa se trabaja conjuntamente con los rectores y personal directivo de cada plantel educativo, definiendo cronogramas por cada una de las sedes, con acciones que involucran a toda la comunidad educativa: docentes, estudiantes y padres de familia, mensualmente se hace entrega del informe frente a lo planeado en cada una de las sedes haciendo seguimiento del cumplimiento acumulado con relación a la meta de cada intervención.

Embarazo en Adolescentes

Para el año 2009 se identificaron 104 adolescentes y para el primer semestre de 2010, 42 adolescentes, según estas cifras se vislumbra que el comportamiento esperado en el 2010 sea similar a la vigencia anterior.

Según lo observado, los cursos más afectados son 11º, 10º y 9º, notándose que la identificación y abordaje en su mayoría ocurre en el segundo trimestre de gestación de la adolescente, esto ocurre por el ocultamiento del embarazo que ellas hacen frente al colegio y a su familia, otro aspecto a tener en cuenta es que son embarazos no planeados y en la mayoría de los casos no deseados.

En esta problemática se percibe que el 61% de las adolescentes no conviven con la pareja, por consiguiente no reciben apoyo de ellos; tanto emocional como económico. Las características más comunes en el entorno familiar de estas adolescentes, es que tienen poca comunicación con sus padres, situación que se vuelve más caótica cuando se enteran de la situación, aspecto que complica el apoyo que deben recibir, por lo regular son hijas de madres cabeza de familia con poco espacio para compartir con sus hijos.

En el desarrollo de los programas en cada uno de los colegios, se trabaja con las orientadoras, los procesos de identificación oportuna de adolescentes en embarazo, lactantes y sus familias; pretendiendo que se active las redes de apoyo que favorezca el direccionamiento a los servicios de salud (controles prenatales, exámenes de laboratorio, detección del riesgo obstétrico, curso de preparación para la maternidad y paternidad, detección de alteración del crecimiento y desarrollo etc.), también se busca que se logre el acceso a programas institucionales para el restablecimiento de derechos, con el fin de fomentar prácticas de auto cuidado que contribuyan al bienestar de la familia gestante y lactante adolescente.

En los casos que se evidencia la necesidad de apoyo psicológico, se hace la remisión correspondiente al Sistema de Vigilancia de las Violencias SIVIM, para apoyo psicosocial y se realice el respectivo seguimiento.

Durante la vigencia 2009 y el primer semestre de 2010, con estos programas se atendieron 24 unidades de trabajo (12 en territorio 1 y 12 en territorio 2), con 10 colegios en total. Estas intervenciones están orientadas fundamentalmente en la sensibilización de los estudiantes sobre la construcción de sus proyectos de vida; las intervenciones están dirigidas a preadolescentes, adolescentes y jóvenes, con temas relacionados sobre la sexualidad responsable, prevención de embarazos, fortalecimiento de autoestima y proyecto de vida.

Uno de los logros más relevantes de estas intervenciones fue el cubrimiento que se realizó en la mayoría de los colegios sobre la prevención en el abuso sexual de los niños y niñas; se hizo sensibilización en cuanto al respeto y cuidado de su cuerpo como herramienta de fortalecimiento para disminuir el riesgo de abuso sexual en ellos. También se trabajó con padres de familia brindándoles instrumentos que les permitan desarrollar factores protectores para sus hijos, y el mejoramiento de las relaciones familiares incluyendo comunicación y cumplimiento de roles en la familia.

Consumo de Sustancias Psicoactivas

En los colegios, se han venido desarrollando acciones de acercamiento a los estudiantes para evidenciar el grado de conocimiento que tienen frente al consumo de sustancias psicoactivas. Una vez realizado se formuló la estrategia del “túnel” - espacios libres de humo, buscando la sensibilización y prevención al consumo de cigarrillo, esta actividad se apoyó con medios tales como: cartelera, frases y fotografías alusivas a la temática, con gran énfasis en las enfermedades y efectos colaterales por el consumo del cigarrillo.

Es importante resaltar que durante este periodo se lograron articulaciones estratégicas con la fundación Neumológica y los referentes de acciones promocionales de salud al colegio, para la realización de la actividad orientada hacia la prevención de las infecciones respiratorias y el consumo abusivo de sustancias Psicoactivas con la población estudiantil, se hizo énfasis en que los participantes se convirtieran posteriormente en multiplicadores en el aula de clase y su familia.

Otras acciones promocionales han estado encausadas a la prevención de sustancias psicoactivas desde el fortalecimiento de los factores protectores y el conocimiento de los factores de riesgo, con enfoque a toda la comunidad educativa con énfasis a los jóvenes preadolescentes y adolescentes.

En la intervención de sustancias Psicoactivas se enfatizo en la capacitación a docentes en prevención, factores de riesgo, factores protectores, conductas manifiestas, comunicación asertiva y proyecto de vida.

En los temas de prevención del consumo de sustancias Psicoactivas, en las intervenciones se trabajan temáticas de: Proyecto de vida y toma de decisiones, actividades tendientes al fortalecimiento de autoestima, valores, autorespeto, autocuidado e identidad de género.

Violencia Escolar

En la problemática de salud mental en el ámbito escolar, se asumen los temas en forma interdisciplinaria, persiguiendo el reconocimiento de los niños, niñas y jóvenes como sujetos sociales que merecen ser escuchados y protegidos frente a la no vulnerabilidad de sus derechos, se busca generar herramientas que faciliten la construcción y empoderamiento como sujetos autónomos basados en un reconocimiento de su identidad.

En su operacionalización se realizaron tres intervenciones: Línea 106 (atención al ciudadano), fortalecimiento de estrategias en salud mental, colegios protectores activos contra las violencias, se cubrieron 24 sedes y 10 instituciones educativas.

El abordaje a las problemáticas identificadas comprende: prevención de violencia intrafamiliar y abuso sexual, notificación de los casos reportados por la IED al Sistema de Vigilancia de la Violencia y maltrato SIVIM; según información se han reportado aproximadamente 315 por violencia intrafamiliar asociada a negligencia y abandono, 27 casos por presunto abuso sexual y 14 por conducta suicida asociada a ideación leve o grave, en el 2009 y primer semestre de 2010.

Los problemas mas frecuentes que se presenta en la población estudiantil están relacionados con baja autoestima asociados a factores económicos y descalificaciones verbales asociadas al maltrato físico.

Cumplimiento POA Ámbito Escolar 2009 ²

El ámbito escolar durante la vigencia 2009 contribuyó al cumplimiento de la Plataforma Estratégica a través de los siguientes objetivos:

² Información Oficina de Planeación: Consolidado POA 2009- Ámbito Escolar, Hospital de Usaquén E.S.E I Nivel

Objetivo específico 1.1. Construir respuestas sociales de manera conjunta con la comunidad, hospital e instituciones en el nivel local en búsqueda del mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud.

Líneas de acción:

Durante el trimestre se realizó la fase III y IV del ámbito escolar, ejecución de acciones y balance final del programa con las IEDs, en las 24 sedes de los 10 colegios seleccionados.

Para esta vigencia el ámbito escolar continuó con las jornadas de capacitación para el equipo de ámbito en temas relacionados a las políticas públicas, salud escolar entre otras.

Se elaboraron módulos de capacitación los cuáles son causales de una necesidad sentida y fortalecimiento en los perfiles de cada profesional, para el trabajo con las comunidades educativas, su aplicación se realiza en las reuniones técnicas mensuales.

Se priorizaron las campañas de prevención del Virus AH1N1, en las 24 sedes, con jornadas Distritales de lavado de manos con el colegio Toberin.

En esta vigencia se logró concretar la conformación de la Red de Edufísicos de la localidad el cual no existía en articulación con Cadef, el cual tiene como resultado los juegos intercolegiados y organización de la feria a la vida, festivales de actividad física y nutrición, en las sede de primaria.

Objetivo Específico 1.2.

Desarrollar acciones en salud individuales y colectivas orientadas por nuestros referentes conceptuales institucionales para contribuir en la afectación de determinantes sociales según territorios sociales.

Líneas de acción: Con el grupo de acciones promocionales se han venido realizando ferias de la salud, brigadas de salud mental con el equipo de salud mental, semana de la prevención, organización de la feria de sexo con sentido y fiesta a la vida, feria espacios libres de humo en articulación con la transversalidad de ambiente y entornos saludables.

La articulación con SIVIM en la entrega oportuna de casos canalizados y así mismo la retroalimentación entregada a los colegios ha hecho que este sistema de vigilancia sea creíble ante la mirada de las IEDS, articulación con la red de orientadores.

La dinámica del ámbito escolar es trabajar por territorios y las problemática identificadas por cada territorio de la siguiente manera:

El grupo de Acciones Promocionales ha venido desarrollando diversas acciones, actividades, o intervenciones en cada una de la IED'S en las cuales este interviene, el cual siempre realiza los siguientes pasos:

Acercamiento al Plantel Educativo, donde se conciertan las actividades a trabajar y con el grupo a intervenir (SSR, SPA, Trabajo Infantil, etc.), realizando el contacto a través de los grupos gestores y o referente par dentro de la institución para la concertación de las actividades y temas a trabajar.

En cuanto a la forma como se diseñan las actividades a trabajar con los grupos de estudiantes, docentes o padres, después de la negociación de ideas se construyen las fichas técnicas las cuales hacen relevancia a como se realizan la actividad, el grupo al a cual va dirigido la actividad y la forma como se realizará.

Las posibles mejores que se realicen en la actividad planteada se hacen después de hacer la primera actividad y analizar donde se encuentran las falencia para las nuevas intervenciones, esta se realiza desde la observación personal del grupo o de las evaluaciones que los docentes y/o estudiantes realicen de la actividad.

En lo relacionado con la evaluación el grupo de Acciones Promocionales se realiza verbalmente entre cada uno de los miembros en busca de mejorar la acción intervenida, ya sea de la estructura de la actividad o de la forma de participación de cada uno en pro de las acciones o intervenciones. De igual forma se tiene en cuanta el punto de vista del docente acompañante en el desarrollo de la estrategia utilizada en cada una de las actas como medio evaluativo y de seguimiento, mejoras de las intervenciones realizadas, resultado reflejo en los flujos en la evaluación y en la actas.

Como base fundamental del grupo de acciones promocionales del territorio 1 es que durante todo el proceso se mantuvo como base la comunicación para no solo la intervención de la actividad en el IIED, sino también en el grupo.

Otras de las metodologías utilizadas para la evaluación y progreso del grupo de acciones promocionales es, en un primer momento el balance realizado en el mes de julio con los docentes par, orientadores, coordinadores que se han involucrado dentro del proceso, cuadro anexo también a este informe donde mide las acciones de cada uno, las observaciones y apreciaciones de los docentes de las actividades y la evaluación realizada por el grupo de Salud Mental de las intervenciones realizadas con ellos durante el año.

POA Ámbito Familiar 2009³

En cumplimiento de la Planeación a continuación se presentan algunas de las acciones realizadas:

En el año 2009 los EBSFC del programa realizaron un total de 43.748 verificaciones de asistencia a programas de los individuos caracterizados, de las cuales el 75.4% de estas actividades pertenece a la verificación del esquema completo de vacunación, seguido de la verificación de la toma de citología vaginal.

Dentro de las actividades de información y Educación realizadas por los gestores del programa SASC en los microterritorios, se observa que para el año 2009 se realizó un total de 76283 actividades, de las cuales el 20.2% corresponde a la educación para pacientes crónicos, seguido de la importancia de adherencia a programas con el 19.2%; se destaca que dentro de estas actividades el 16.4% corresponde a la información y educación sobre deberes y derechos del SGSSS.

Otras de las actividades de los equipos básicos del programa, son las canalizaciones de los individuos y familias a los diferentes programas o intervenciones de la ESE o de otras instituciones de la localidad; para el año 2009 se realizaron 55221 canalizaciones, de las cuales el 18.9% de los individuos se canalizaron al programa de Salud Oral, seguido del 14.5% de las familias canalizadas a Secretaría de Hábitat.

Otra de las actividades que se realiza al interior del programa, es la notificación de alertas al PIC, que para el año 2009 alcanzó 509 notificaciones, de las cuales el 65.1% correspondió a Saneamiento Ambiental en lo concerniente a la intervención de Vivienda Saludable.

Intervención Psicosocial

Esta intervención realizó un total de 670 visitas, de las cuales el 55.4% tuvo lugar en los Microterritorios de Salud a su Casa. La concentración de las visitas Microterritorios evidenció que el 19.2% de los seguimientos se realizó en el MCT de Altos de Serrezuela, seguido de los Microterritorios de Canaima y Delicias del Carmen con el 12.1% de los seguimientos cada uno.

³ Información Oficina de Planeación: Consolidado POA 2009- Ámbito Familiar, Hospital de Usaquén E.S.E I Nivel

Al analizar el contexto en el cual se realizan los seguimientos de esta intervención, se observa que el 75% de las intervenciones se realizaron en individuos del género masculino, el 50% vive en unión libre y el 34.2% son solteros. Respecto al factor que influye en la salud familiar, se observó que el 39% son problemas en la relación de pareja, el 19.1% problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres y el 15.1% problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital.

El factor desencadenante para la crisis es problemas en la relación de pareja con el 15.6%, al interior del núcleo familiar se encontró que el 57% de las familias abordadas con nucleares, el 20% se encuentran en ciclo vital familiar de Ajuste y el 4% de los integrantes familiares consumen sustancias psicoactivas.

Intervención a Familia por Ideación o Intento Suicida

Esta intervención realizó 39 seguimientos en los Microterritorios del programa SASC, de los cuales el 23.1% de realizó en el territorio 7, seguidos del territorio de Canaima con el 12.8% de los seguimientos.

Del total de intervenciones realizadas en los MCT de Salud a su Casa, se obtuvo que el 77% de los eventos se presentaron en el género femenino, el 59% de los casos reportó Ideación y el 28.2% ideación e intento de suicidio.

El 60% de la población con ideación tiene un riesgo moderado de llevar a cabo la ideación y el 27% de los casos había tenido 1 o 2 intentos. El 38% de los intentos o ideaciones tuvieron como escenario el Hogar, el 35.1% tuvo intoxicación exógena como mecanismo de ideación o intento suicida, respecto a la ocurrencia de los eventos por ciclo vital, se obtuvo que el 2.6% se presentó en el ciclo vital de infancia, el 59% en el ciclo vital de juventud, el 59% se presentó en adultos y el 5.1% en los adultos mayores.

Las familias en las cuales se presentó el intento o la ideación tenían como característica principal que el 72% son familias nucleares y el 24.3% están en etapa de ciclo vital familiar de contracción.

Asesoría a Familias en Condición de Discapacidad

En el año 2009, la intervención en familias en Condición de Discapacidad, realizó en los territorios de SASC 178 asesorías, de las cuales el 15.7% y 15.2% de las asesorías se realizaron en los Territorios de Barrancas y Codito 2 respectivamente, se observa que el Microterritorio de Chaparral concentró la menor proporción de las asesorías con el 3.4%.

El 53% de las asesorías se desarrolló en el género femenino, la distribución por ciclo vital evidencia, que el 6.7% se desarrolló en el ciclo vital de infancia, el 7.3% en la etapa de juventud; el 32.6% en el ciclo vital de Adulto y el 53.4% en la etapa de adulto mayor.

POA ámbito Escolar Primer Semestre 2010 ⁴

OBJETIVO 1: Optimizar la gestión financiera del hospital para lograr un flujo de ingresos que garantice su rentabilidad social, su operación y su proyección futura.

En cuanto a la meta de disminución de glosa se ha cumplido al 100% con la generación de requisiciones, así como se han comenzado a generar medidas que permitan mantenerse al tanto de la oportunidad en la entrega de los recursos solicitados. También se han estado generando procesos de preauditoría como medidas de prevención y control que permitan evidenciar oportunamente aspectos de calidad por fortalecer o potenciar. Dicho proceso se realiza mensualmente con cada uno de los profesionales que componen el equipo, para cada uno de los procesos que ejecutan, mediante seguimiento contra cronogramas, planes de acción, lineamientos de SDS y seguimientos en campo.

Adicionalmente tanto por parte del área administrativa como por parte del equipo de gestión, se han estado realizando capacitaciones y reinducciones que posibiliten la actualización y apropiación de procesos propios del accionar del ámbito y en general de Salud Pública.

OBJETIVO 2: Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria nuevos servicios y proyectos de salud que den respuesta a las necesidades de la comunidad.

Para la meta de construcción de nuevos proyectos que aporten a la ESE y la Salud Pública, en el mes de Junio se contribuyó en la elaboración del proyecto de seguridad y convivencia originado por el ámbito comunitario para dar respuesta a algunas de las necesidades evidenciadas en el Territorio de Gestión Social Integral San Cristóbal Oriental.

Por otra parte, para la meta de reorganización del modelo de prestación de servicios para el programa de gestantes, en el mes de septiembre se generó con subgerencia la articulación al comité encargado del abordaje de la gestante desde

^{4 4} Información Oficina de Planeación: Consolidado POA 2010- Ámbito Escolar, a Junio 30 de 2010- Hospital de Usaquén E.S.E I Nivel

la ESE, teniendo como propósito el engranaje el accionar de la profesional de identificación y seguimiento de gestantes desde el ámbito escolar a las apuestas ya iniciadas en meses anteriores por los demás participantes del comité.

En la meta de reducción del 100% de los embarazos en adolescentes en niñas de 10 a 14 años, por parte del ámbito escolar han sido adelantadas todas las acciones concernientes al proceso de Movilización de la ruta de SSR para adolescentes y jóvenes gestantes, posparto y lactantes. Hasta el tercer trimestre del año en curso fueron identificadas 62 adolescentes gestantes en las IED`s. Algunos casos han podido ser orientados hacia los servicios de salud de la ESE.

OBJETIVO 3: Gestionar la consolidación del Sistema de Información Integrado de la institución.

Para la meta de realización de la propuesta del sistema de información del PIC, que integre la información de cada ámbito o componente se comenzó a partir de julio a establecer las variables a levantar con relación a cada proceso (líneas de base) en la medida que se pudiese nutrir la estructura del Sistema de Información del área de salud pública.

Adicionalmente se ha iniciado la verificación y evaluación de bases de datos existentes, según las necesidades de información de cada uno de los procesos y del programa SAC en general. Mediante este proceso se persigue el establecimiento del estado, funcionalidad y posibilidad de correlación de la información que se está recolectando por parte del ámbito escolar. También se inició la construcción de un instrumento de caracterización como iniciativa para la equiparación de información mínima a levantar en las instituciones educativas (escenario jardines y colegios) por parte de los profesionales y técnicos del equipo.

Cabe mencionar que hasta el tercer trimestre se han iniciado de acciones de depuración y análisis de la información levantada en trimestres anteriores, lo cual ha contribuido a identificar las falencias y potencialidades que han ido permitiendo fortalecer procesos como el de digitación.

Además es pertinente comentar que el ámbito escolar participó durante el segundo trimestre del año en la construcción del diagnóstico en salud de la localidad de Usaquén, por medio de la alimentación de las unidades de análisis, así como la participación en las reuniones de los equipos técnicos poblacionales, en los que se analizaron las necesidades y potencialidades de la comunidad, así como las respuestas que desde salud pública se han ido dando con las diferentes acciones.

OBJETIVO 4: Conformar un Sistema de Gestión que integre los enfoques de Modelo Estándar de Control Interno (MECI), Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), Sistema de Gestión Documental (SGD), Sistema de Gestión Ambiental (SGA), Sistema de Salud Ocupacional (SSO).

En la meta de poner en funcionamiento el tablero de indicadores de seguimiento y control mensual a la gestión, se ha avanzado en levantar el instrumento para el proceso de suplementación con micronutrientes y se ha comenzado la gestión pertinente con el proceso de salud oral, por considerarse con un despliegue operativo amplio que posibilita una cuantificación rápida de la información que va surgiendo, lo cual servirá de insumo para avanzar con las demás intervenciones.

También se han realizado gestiones enfocadas en el seguimiento a los planes de mejoramiento que se han formulado por la SDS para la cualificación de las intervenciones, para este caso la de Lactancia Materna.

Para el primer semestre se logró avanzar en la construcción de procedimientos como el de preauditoría y certificación de cumplimiento de metas y actividades mensuales que cada profesional realiza con su respectivo proceso, lo cual ha contribuido a optimizar los tiempos implementados, la calidad de los formatos presentados y el acercamiento con mayor profundidad a los elementos técnicos que van surgiendo durante el desarrollo de las intervenciones.

A esto se suma el análisis de las intervenciones a la luz de los productos realizados, como por ejemplo la revisión de los informes de gestión trimestral, las fichas técnicas de las actividades desarrolladas en las instituciones educativas y otros anexos que son requeridos eventualmente desde nivel central.

OBJETIVO 5: Fomentar en los servidores públicos de la entidad una cultura basada en la Seguridad del Paciente y la Humanización de la prestación de Servicios

En cuanto a la meta de definición de necesidades de capacitación, este proceso es continuamente actualizado a raíz de las evidencias arrojadas por los seguimientos técnicos tanto en campo como en los productos generados mensualmente para las diferentes intervenciones. En este sentido, como forma de concretar la meta, mes a mes se ha desarrollado una capacitación para todo el grupo del ámbito escolar las cuales contienen tanto aspectos administrativos, como técnicos (metodológicos y conceptuales).

De la meta de atención a las solicitudes que llegan al ámbito, están han sido respondidas oportunamente cada mes. De las más comunes son las solicitudes de inclusión en el proceso de desparasitación y suplementación en los jardines

infantiles cuyas respuestas se han hecho mediante correo electrónico u oficio (físico). El proceso no se encuentra (en cuanto a respuestas) al 100% por la cantidad de solicitudes que llegan y el poco tiempo administrativo disponible por parte de los profesionales para dicha tarea, pero si esta acorde a la meta formulada del 90%.

Por último para la meta de articulación entre el PIC y el POS, se ha generado mediante la estrategia de los Servicios Amigables en Salud para Adolescentes y Jóvenes la promoción de los servicios de salud del hospital específicamente para este grupo poblacional. Adicionalmente mediante el proceso de Discapacidad Necesidades Educativas Especiales se ha venido identificando y siguiendo 22 casos cada trimestre, lo cual ha posibilitado la canalización de los usuarios en condición de discapacidad hacia los servicios de salud (tanto de la ESE como de las EPS respectivas), el banco de ayudas técnicas...

Cabe finalmente añadir que desde el ámbito se manejan indicadores adicionales a los referenciados en el POA, que se ciñen a las particularidades de cada una de las intervenciones que han considerado pertinentes tanto los referentes distritales de la SDS, como los referentes locales que ejecutan los procesos en la ESE Usaquén.

POA Ámbito Familiar Primer Semestre 2010⁵

OBJETIVO ESTRATEGICO No. 1. Optimizar la gestión financiera del hospital para lograr un flujo de ingresos que garantice su rentabilidad social, su operación y su proyección futura

Metas: Disminuir la glosa general del PIC a 31 de Dic de 2010 a un 4%, disminuir las glosas por calidad durante el año 2010, en un 50%.

Actividades: Asegurar la elaboración de todas las requisiciones (Recurso Humano y Físico) de componentes y/o ámbitos, según los criterios de calidad establecidos, monitorear la oportunidad en la entrega de lo solicitado, establecer Auditorias preventivas cada mes en todos los ámbitos y componentes, monitorear mensualmente el cumplimiento de metas, por cada ámbito o componente, realizar una capacitación mensual por ámbito o componente, establecer Auditorias preventivas cada mes en todos los ámbitos y componentes, realizar 4 Comités Ampliados de salud pública al año.

- Contratación del 100% del personal del ámbito.

⁵ Información Oficina de Planeación: Consolidado POA a junio 30 de 2010- Ámbito Escolar, Hospital de Usaquén E.S.E I Nivel

- Entrega de insumos solicitados al personal del ámbito.
- Ajuste a metas y compromisos generados en las diferentes preauditorías.
- Apropiación de los conocimientos en los diferentes procesos.

Retrasos: En el primer semestre se tuvieron inconvenientes con completar el personal del ámbito, por falta de personal de apoyo en el primer semestre del 2010 no se pudieron realizar los seguimientos a las intervenciones de acuerdo a lo programado.

OBJETIVO ESTRATEGICO No. 2. Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria nuevos servicios y proyectos de salud que den respuesta a las necesidades de la comunidad.

Metas: A agosto de 2010 Formular 10 nuevos proyectos que favorezcan la consecución de nuevos ingresos para el hospital.

Actividades: Lectura del dx local y de núcleos problema, identificando necesidades de la comunidad que aún no tienen respuesta, capacitación a Coordinadores de ámbitos y Componentes y coordinación de Salud pública y Pic en la elaboración de proyectos y Ficha EBI Y formato 019, elaboración de la justificación de la propuesta por cada ámbito, construcción de Fichas EBI, gestión de Fichas EBI ante la entidad financiadora, solicitud de recursos necesarios

Logros: Desde los núcleos de gestión realizados desde los microterritorios del programa salud a su casa, se realiza lectura de necesidades de cada uno, y con este se formula un plan de acción para desarrollar el proceso durante todo el año, se realiza capacitación en el diligenciamiento de la ficha EBI, se elaboraron 2 propuestas de proyectos en la ficha EBI desde la intervención entornos saludables, con el tema Agricultura Urbana.

Logros: Se logro realizar desde el mes de mayo revisión al programa de atención a gestantes y desde allí se realiza plan de acción que se ha venido siguiendo y evaluando mensualmente, se construyen indicadores al programa que se diligencian y analizan mensual y trimestralmente, seguimientos a familias donde existen adolescentes para realizar educación y canalización a programas de regulación de la fecundidad, seguimientos a familias donde existen gestantes para realizar educación, verificación y canalización a programa de control prenatal, seguimientos a familias donde existen menores de 5 años, para realizar educación, verificación y canalización a programa de crecimiento y desarrollo.

Retrasos: No se ha tenido en la construcción y seguimiento al programa materno infantil, en realizar seguimientos a familias de los microterritorios por falta de contratación del talento humano en la primera mitad del año.

OBJETIVO ESTRATEGICO No. 3. Gestionar la consolidación del Sistema de Información Integrado de la institución.

Metas: Aumentar la integridad de los datos en toda la institución

Actividades: Selección del personal que va a liderar el proceso, establecimiento del dx inicial del levantamiento de la información en el contexto de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, por cada ámbito y componente, verificación y evaluación de bases de datos existentes, según las necesidades de información, en el marco del análisis de situación de salud bajo el enfoque de determinantes, definición de variables a levantar por cada ámbito y componente

Logros: Conformación del comité de sistemas de información con un representante de cada ámbito o componente quien liderará el proceso en su ámbito, definición de la metodología para iniciar el taller de sensibilización a desarrollar en cada ámbito, se cuenta con los documentos elaborados por el observatorio de equidad de calidad de vida y salud para la localidad de Usaquén en Gestión Local, en el cuál se adelantaron las actividades de diagnóstico y evaluación de las bases existentes y definición de variables a levantar (preliminar sujeto a discusión)

Retrasos: El desarrollo e implementación del sistema de información requiere de tiempos de dedicación permanente y en el personal actual sus tiempos son muy limitados por las múltiples tareas a cargo.

OBJETIVO ESTRATEGICO No. 4. Conformar un Sistema de Gestión que integre los enfoques de Modelo Estándar de Control Interno (MECI), Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), Sistema de Gestión Documental (SGD), Sistema de Gestión Ambiental (SGA), Sistema de Salud Ocupacional (SSO).

Metas: El 31 de diciembre de 2010 cada ámbito y componente tendrá en funcionamiento el tablero de indicadores de seguimiento y control mensual a la gestión

Actividades: Definición de indicadores técnicos y administrativos, necesarios por cada ámbito y componente para el control de la gestión y para favorecer el seguimiento al cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, establecimiento de frecuencias y responsabilidades de medición de los indicadores establecidos, entrega de los indicadores con su respectivo análisis y según la frecuencia establecida según ámbito y componente, elaboración de Planes de mejoramiento, según lo identificado en la medición

Logros: El Ámbito realiza de manera periódica 20 controles y 16 indicadores para evaluar estructura, proceso y resultado, se realiza verificación de soportes al momento de la certificación del personal, monitorización de los procesos del programa, realización de planes de mejora y seguimiento a los mismos.

OBJETIVO ESTRATEGICO No. 5. Fomentar en los servidores públicos de la entidad una cultura basada en la Seguridad del Paciente y la Humanización de la prestación de Servicios

Metas: Realizar gestión integral del talento humano

Actividades: Asignación de metas y responsabilidades mensuales, elaboración de cronograma mensual de trabajo y radicación oportuna, evaluación del cumplimiento de cronogramas de actividades y con los criterios de calidad exigida, elaboración de la certificación mensual, en caso del personal de planta se hará el envío al coordinador de salud pública para anexar en el portafolio de evidencias, construcción de planes de mejora desde cada uno de los servidores que lo requieran, seguimiento al cumplimiento de acuerdos.

Logros: Desde el inicio de la vigencia se realiza proyección mensual de metas a las diferentes intervenciones, se realizan cronogramas mensuales de las actividades, que son actualizados según cambios en la programación, al final del mes se realiza preauditoria a cada una de las intervenciones para certificación de actividades y se construyen planes de mejora a los que lo requieran, haciendo el seguimiento respectivo a los compromisos.

2. Realizar gestión integral del Talento Humano

Actividades: Definición de necesidades de capacitación por cada ámbito o componente, definición del alcance del plan (objetivos y logros esperados), definición de cronograma de capacitación con las temáticas a abordar, desarrollo del plan, seguimiento y evaluación del plan.

Conclusión

Los programas del ámbito familiar y escolar, están inmersos en los objetivos determinados en la Plataforma Estratégica, para su cumplimiento se fijan metas y actividades, el resultado se monitorea mensual y trimestral, analizado el avance de las metas.

Para el primer semestre del año 2010 las metas se establecieron de conformidad con los nuevos objetivos estratégicos de la plataforma 2010 – 2012; las metas y actividades se han venido ejecutando de acuerdo a la programación, sin embargo

se presentan inconvenientes en el cumplimiento de algunas actividades como en el caso del objetivo estratégico N° 1 en razón a que durante este periodo no se contó con el total del talento humano, lo que incidió que no se pudieron realizar seguimiento al total de las intervenciones de acuerdo a lo programado como es el caso de seguimiento de visitas a familias en los microterritorios; otra dificultad presentada en el objetivo N° 3 esta relacionada con el desarrollo e implementación del sistema de información en cuanto a que no se cuenta con el personal que se dedique de tiempo completo por la múltiples tareas que tienen.

Otra debilidad presentada, esta relacionado con las interventorias a los ámbitos Salud a su Casa y Salud al Colegio en razón que durante el primer semestre de 2010 no se han realizado auditorias por la firma designada por la Secretaria Distrital de Salud; situación parecida con la Oficina de Control Interno del Hospital que no incluyó estos ámbitos en el programa de auditoria interna a realizar en el primer semestre de 2010.

La comunidad beneficiada con las acciones adelantadas en los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio, manifestaron su conformidad y complacencia del desarrollo y logros alcanzados para el bienestar de la ciudadanía, sin embargo resaltan que la cobertura y acompañamiento del personal que adelanta dichas campañas sea de mayor permanencia y tiempo de dedicación por parte de los profesionales asignados.

2.2.3 Ejecución financiera de los programas Salud a Su Casa y Salud al Colegio

En el área de Salud Publica están inmersos los ámbitos Familiar y Escolar, para los años 2009 y primer semestre de 2010 se ejecutaron a través de contratos íter administrativos celebrados entre la Secretaria Distrital de Salud - SDS y el hospital Usaquèn I Nivel de Atención ESE, cuyo objeto consiste en el compromiso que adquiere el hospital para desarrollar el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, que contiene fundamentalmente acciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, vigilancia y gestión en salud publica.

Para la ejecución de los programas de SASC y SAC, el Hospital de Usaquèn prorrogó y adicionó el contrato con la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Salud – Coointrasalud, para el suministro del Talento Humano requerido en concordancia con los lineamientos de la SDS.

Los recursos ejecutados durante la vigencia 2009 para el ámbito escolar ascendieron a \$795.364.117 y para el ámbito familiar a \$1.040.907.763 como se presenta en el siguiente cuadro:

CUADRO NO. 14
EJECUCIÓN POR PROYECTO PIC 2009
ÁMBITOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Mes/Valor	623-01 Salud a Su Casa	624-01 Salud al Colegio	TOTAL
Valor Inicial	405.752.763	191.912.413	597.665.176
Adiciones	700.346.326	625.131.195	1.325.477.521
TOTAL	1.106.099.091	820.043.608	1.926.142.699
Abril de 2009	130.959.329	86.736.720	217.696.049
Mayo	125.428.234	86.736.720	212.164.954
Junio	124.603.741	0	124.603.741
Julio	21.170.396	0	21.170.396
Agosto	204.050.760	260.706.216	464.756.976
Septiembre	56.604.328	97.628.840	154.233.168
Octubre	10.971.493	125.166.720	136.138.213
Noviembre	268.214.600	66.192.732	334.407.332
Diciembre	125.397.726	102.575.070	227.972.796
FACTURACION BRUTA	1.067.400.607	846.287.006	1.913.687.613
GLOSA DEFINITIVA	26.492.844	50.922.889	77.415.733
TOTAL EJECUTADO	1.040.907.763	795.364.117	1.836.271.880
Valor por Ejecutar	65.191.328	24.679.491	89.870.819
% Ejecución	94.11%	96.99%	95,33%

Fuente: Informe auditoria Hagen Audit Ltda contrato 1188 de 2008

Glosas

En el cuadro anterior se observa para la vigencia 2009 se generaron glosas definitivas por \$26.492.844 para el ámbito Salud a su Casa y de \$50.922.889 para el ámbito Salud al Colegio, que junto con el presupuesto no ejecutado pueden incidir al momento de las nuevas asignaciones presupuestales para las vigencias futuras en un correctivo presupuestal al Hospital al asignar menos recursos.

De otra parte el Hospital facturó en el periodo de abril a diciembre de 2009, para el ámbito familiar \$1.067.400.607 y para ámbito escolar \$846.287.006, que de acuerdo a la asignación presupuestal se observa una sub-ejecución de

\$65.191.328 para el ámbito familiar código 623-01 y de \$24.679.491 para el ámbito escolar código 624-01.

Las auditorias adelantadas por la firma Haggen Audit Ltda. contrato No. 1188 de 2008, de la Secretaria Distrital de Salud al programa de Salud Pública que ejecuta el Hospital Usaquén, incluía los ámbitos Salud a Su Casa y Salud al Colegio, se adelanto hasta el mes de diciembre de 2009, es útil resaltar que en lo transcurrido de la vigencia 2010 hasta el mes de junio no se ha realizado auditoria a estos programas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, lo que puede generar que no se tenga una percepción real de ejecución de las líneas programas en cumplimiento de estos, e incurrir en riesgos de observaciones y/o glosas por no cumplimientos como se aprecia en algunos programas.

2.2.4 Indicadores

Ámbito Escolar

Las metas y actividades se miden a través de las variables determinadas en los indicadores, estos se reportan cada tres meses y sirven de insumo para la toma de decisiones. Durante el primer semestre de 2010 el Ámbito Escolar reportó un cumplimiento satisfactorio en los indicadores de seguimiento a la gestión, que conlleva al cumplimiento del contrato, los indicadores se agrupan en 6 y el resultado se relaciona a continuación:

1. Gestión del ámbito- En este componente se monitorea el cumplimiento a los planes de acción en cada uno de los colegios con las directivas de cada sede, el porcentaje de cumplimiento es del 83%.
2. Estrategias promocionales, este indicador integra las acciones de Salud mental, salud sexual reproductiva y medio ambiente, el porcentaje de cumplimiento es del 88%
3. Preservación de la autonomía, integra las acciones de actividad física, salud visual, el porcentaje de cumplimiento es del 83% y Salud oral 43%, seguridad alimentaría 50%, el bajo cumplimiento de los dos últimos se presentaron por falta de contratación de recurso humano.
4. Restitución de derechos, salud mental y salud sexual y reproductiva, las actividades de este indicador se relacionan con la presentación de casos que se identifican y notifican a la entidad competente para su abordaje, porcentaje de ejecución del 83%
5. Restitución de derechos: discapacidad (83%) y etnias (78% ejecución).
6. Estrategia AIEPI, en este indicador se integran acciones de prevención de la mortalidad infantil en niños de jardines, el porcentaje de cumplimiento es del 83% excepto el componente de suplementación con micronutrientes que presenta una ejecución del 50%.

Ámbito Familiar

En este ámbito se establecieron 7 indicadores, observándose cumplimiento satisfactorio, a continuación se relaciona la ejecución correspondiente al primer semestre 2010 así:

1. La gestión de ámbito familiar, este indicador muestra la gestión de la coordinación del ámbito, incluyendo el programa de salud a su casa, durante el primer semestre del año (Calamidad domestica), el cumplimiento reporta un 83%
2. Operación del programa salud a su casa, se observa un cumplimiento del 83% en los 11 equipos con los que cuenta actualmente el hospital
3. Discapacidad, en este indicador se integra el seguimiento a familias en condición de discapacidad frente a la cantidad de familias de la zona de influencia del proyecto, ejecución del 98%
4. Salud Oral, se realiza seguimiento a familias con menores de 14 años y gestantes, logrando el 100% frente a la meta.
5. Infancia, en este indicador se verifica el seguimiento con familias con menores de 5 años pertenecientes al programa salud a su hogar con un porcentaje de cumplimiento del 100%
6. Entornos Saludables, a través de este indicador se miden las acciones de atención a riesgos del ambiente (manejo de basuras, tenencia adecuada de animales, accidentes por agresión animal, etc), porcentaje de cumplimiento es 83%
7. Salud Mental, en este componente se siguen familias con algún tipo de violencia o problemas de disfunción familiar como duelos, personas en condiciones de discapacidad, adultos mayores abandonados etc., cumplimiento del 70%.

2.3 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital Usaquén I Nivel tiene suscrito un Plan de Mejoramiento con la Contraloría de Bogotá, el cual recopila 58 hallazgos resultado de Auditorias Gubernamentales con Enfoque Integral Modalidad Regular vigencia 2006 - PAD 2007 Fase II, Especial al proceso de facturación, cartera y contratación vigencia 2007 y primer semestre de 2008 – PAD 2008 Fase II y Regular vigencia 2008 – PAD 2009 Ciclo III, observaciones relacionadas con los siguientes componentes:

CUADRO No. 15
COMPOSICIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE	2006	Auditoría Especial 2007 1er. Semestre 2008	2008	TOTAL
Control Interno	7	5	5	17
Estados Contables	7		17	24
Presupuesto			3	3
Contratación			2	2
Plan de Desarrollo y Balance Social			4	4
Gestión Ambiental	1			1
Facturación		1		1
Cartera		4		4
Acciones Ciudadanas			2	2
TOTAL	15	10	33	58

Fuente: SIVICOF Plan de Mejoramiento a diciembre 31 de 2009 y 30 junio 2010

Con el fin de establecer el cumplimiento de las acciones correctivas se efectuó seguimiento del Plan de mejoramiento rendido en la cuenta a diciembre 31 de 2009, estableciendo que de los 58 hallazgos se dio cumplimiento total a 41, cumplimiento parcial a 17 porque se avanzó en la ejecución de las acciones correctivas, como se describe a continuación:

CUADRO No.17
RESUMEN SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

COMPONENTE	TOTAL	Cumplidas	Cumplidas Parcialmente	NO Cumplidas
Control Interno	17	13	4	
Estados Contables	24	16	8	
Presupuesto	3	2	1	
Contratación	2	2		
Plan de Desarrollo y Balance Social	4	2	2	
Gestión Ambiental	1	1		
Facturación	1	1		
Cartera	4	3	1	
Acciones Ciudadanas	2	1	1	
TOTAL	58	41	17	

Fuente: Seguimiento Plan de Mejoramiento.

En relación con los 24 hallazgos de Estados Contables, se dio cumplimiento a dieciséis (16) que se cierran y ocho (8) continúan abiertas teniendo en cuenta el grado de avance de la acción.

En cuanto a los tres (3) hallazgos del Componente de Presupuesto, se dio cumplimiento a dos (2) que se cierran obteniendo calificación de 2 y continúa abierta una (1) teniendo en cuenta el grado de avance de la acción. Calificación 1.

Respecto a los dos (2) hallazgos de Contratación, se dio cumplimiento por lo tanto se cierran. Calificación 2.

En relación a los cuatro (4) hallazgos del Plan de Desarrollo y Balance Social, se dio cumplimiento a dos (2) que se cierran y dos (2) continúan abiertas teniendo en cuenta el grado de avance de la acción. Los dos (2) hallazgos cerrados obtienen calificación 2 y los dos (2) que mantienen abiertos con calificación 1.

En lo concerniente a los dos (2) hallazgos de Acciones Ciudadanas, se dio cumplimiento a una (1) por lo tanto se cierra con calificación 2 y la otra (1) se mantiene abierta obtiene calificación 1.

En el informe de la vigencia 2006 componente Gestión Ambiental, se estableció un (1) hallazgo relacionado con la prevención y programas ambientales, se dio cumplimiento quedando cerrada. Calificación 2.

De los diez (10) hallazgos de la auditoria especial relacionados con el proceso de facturación, cartera y contratación se cierran nueve (9) y queda pendiente uno (1), teniendo en cuenta el grado de avance de la acción. Los nueve (9) hallazgos cerrados obtienen calificación 2 y el pendiente (1) con calificación 1.5

Es de mencionar que en dicho plan de mejoramiento, aún se encuentra en grado de avance parcial una (1) observación de la vigencia 2007.

En conclusión y con base en lo anterior, en cumplimiento de la metodología definida en la resolución 014 del 2010, el Plan de Mejoramiento del hospital con 58 hallazgos, obtuvo un total de 106 puntos, que corresponde a un grado de cumplimiento de 1.83 alcanzando un porcentaje de 91%, (Ver anexo 4.2). Lo anterior, nos permite conceptuar que las acciones correctivas propuestas por la entidad, se vean reflejadas en el grado de cumplimiento de las mismas.

3. ACCIONES CIUDADANAS

La Dirección de Salud y Bienestar Social de la Contraloría de Bogotá adelanto la socialización a la ciudadanía del memorando de planeación de la Auditoria Especial a ejecutar al Hospital Usaquén en cumplimiento del PAD 2010 Ciclo III, actividad que se realizó el 20 de Octubre, a la cual asistieron representantes de las asociaciones vinculadas al Hospital.

La entidad cuenta con la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social, en la cual se centraliza toda la información relacionada con la recepción y tramite de solicitudes, felicitaciones, peticiones, quejas y reclamos que se tramitan en el Hospital; así mismo esta oficina es la encargada de atender público y brindar capacitaciones en derechos, deberes por aseguramiento a la comunidad cuando lo solicita, y promover la participación ciudadana, con las asociaciones y el COPACO entre otros. De igual manera apoya las jornadas de inducción y reinducción para el Talento Humano de la entidad en el tema de aseguramiento.

El Hospital Usaquén tiene ocho centros de atención a los usuarios de los servicios, en ellos se dispone de once buzones de quejas y sugerencias para los usuarios, hay funcionarios asignados que brindan información a la comunidad; los buzones se aperturan cada 15 días y se elabora un acta con el contenido de los escritos.

Las formas como se desarrolla la comunicación entre el Hospital y la ciudadanía se realiza a través de la Línea de atención al Usuario Número 6583030 Ext. 102, la página Web, atus@hospitalusaquen.gov.co y gerencia@hospitalusaquen.gov.co, la línea 106 y a través de la oficina de atención al ciudadano, otro medio de información son las carteleras en cada uno de los centros, en el aplicativo de la Secretaria Distrital de Salud - S.Q.S. se reporta el trámite de las peticiones recepcionadas por el Hospital.

Durante la vigencia 2009 se presentaron un total de 471 escritos, con los siguientes conceptos como se presenta a continuación:

**CUADRO No. 18
MANIFESTACIÓN CIUDADANIA**

CONCEPTO	Informe a Equipo auditor Contraloría de 2009
Derecho de petición de interés general	100
Derecho de petición de interés particular.	28
Derecho de petición de información	34
Queja	80
Reclamo	229
Felicitaciones	-
Sugerencias	-
Total Manifestaciones	471

Fuente: Informe PQR SIVICOF 2009

De acuerdo al cuadro anterior se observa que:

Los derechos de Petición de interés general corresponden al 21.2% y están relacionados con solicitudes de visitas de gestión ambiental, tenencia de mascotas, visita a distribución de alimentos y actividades relacionadas con el PIC; los derechos de petición de interés particular están relacionadas con solicitudes de visitas de gestión ambiental, atención a mascotas, ayudas técnicas, renuncia y solicitud al Sisben, y equivalen al 5.94%; el 7.22% corresponde a peticiones de información relacionadas con solicitudes de atención de personas desaparecidas; las Quejas con un porcentaje de participación del 16.98% están centradas en inconformidad por la mala atención de algunos funcionarios, así como la demora en la atención cuando se les asigna la cita y finalmente con un 48.6% los reclamos relacionados con la demora en la entrega de medicamentos, mala atención por parte de los facturadores y en la atención por parte de los profesionales del servicio.

Para el primer semestre del 2010, se recibieron los escritos por concepto así:

**CUADRO NO. 19
MANIFESTACIÓN CIUDADANIA**

CONCEPTO	Informe a Equipo auditor Contraloría de 2010
Derecho de petición de interés general	66
Derecho de petición de interés particular	26
Derecho de petición de información	23
Queja	57
Reclamo	125
Felicitaciones	-
Sugerencias	-
TOTAL Manifestaciones	297

Fuente: Informe Contraloría SIVICOF, PQR junio 30 de 2010.

Los derechos de petición presentados y clasificados como de interés general corresponden a solicitudes de visitas de gestión ambiental, tenencia de mascotas y actividades relacionadas con el PIC estos representan el 22.2 % de los escritos; los derechos de petición de interés particular correspondieron al 8.8% y hacen alusión a visitas de gestión ambiental, asistencia de mascotas, renuncia y vinculación al Sisben; los Derechos de petición clasificados como información ascienden al 7.7% tienen relación directa con atención a personas desaparecidas; las quejas que correspondieron al 19.2% tienen relación con inconformidad en la atención sanitaria, demora en la prestación de los servicios y trato en la atención de los funcionarios, y finalmente los escritos correspondientes o clasificados como reclamos equivalen al 42.1% y tienen que ver con deficiencias en el sistema que maneja el hospital, demora en el servicio de filtro/caja, demora en la entrega de los medicamentos y en la atención por parte de los profesionales de la salud.

Al revisar el comportamiento de los escritos presentados por la ciudadanía entre el primer semestre del 2009 y el primer semestre del 2010, se observa un aumento en todos y cada uno de los conceptos, toda vez que se paso de 249 a 297, siendo el ítem de reclamos el de mayor incremento.

Al analizar la información que se maneja en el aplicativo del hospital Usaquén, en la cual se registran los escritos presentados por la Ciudadanía, y que son atendidos por la oficina de atención al usuario y participación social, se encontró que la información reportada a la Contraloría de Bogotá a través del SIVICOF, durante el año 2009 presenta una diferencia de dos escritos que no fueron reportados y para el primer semestre del 2010 de cinco.

La oficina del Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) cuenta con un programa denominado EPI INFO 6, en esta base de datos se lleva el registro de información relacionada con: Solicitudes de Información que requieren respuesta lo cual lo integra el levantamiento de sellos de un local o consulta sobre certificado de manipulaciones de alimentos; solicitudes de visita, estos tienen relación con la vigilancia sanitaria, derechos de petición presentados en el ámbito de vigilancia sanitaria por solicitudes de visitas sanitarias. En total existen 955 escritos presentado del 01 de enero al 30 de junio de 2010.

3.1 De las peticiones relacionadas con solicitudes de desparasitación y vacunación a niños enviadas por la oficina de correspondencia de la sede administrativa del Hospital al PIC, para la vigencia 2010 se examinaron cuatro peticiones, encontrándose que el escrito relacionada con desparasitación efectuada por el Hogar Comunitario “La Esperanza de los Niños” APUHCEN efectuada el 4 de marzo del 2010 no se encontró evidencia de que se le hubiera dado respuesta; en el año 2009 se verificaron seis solicitudes para el programa de desparasitación encontrándose que cinco no tuvieron respuesta, estas solicitudes

corresponden a Fundación Corazones Solidarios, Hogar Comunitario Chaparral Ilanurita, Asociación Verbenal y Refugio, Asociación santa Cecilia y Rojas Pinilla. Por consiguiente no se esta cumpliendo con lo estipulado en el articulo Séptimo de la resolución 03 de 2008.

En los cuadros 20 y 21 se presentan las peticiones que fueron objeto de la muestra:

CUADRO NO. 20
MUESTRA ANALIZADA SOLICITUDES-PRIMER SEMESTRE 2010 PIC

FECHA	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO, JARDÍN O COLEGIO	MOTIVO DE LA SOLICITUD O QUEJA	RESPUESTA	TIEMPO DE RESPUESTA	SE ENCUENTRA O NO EN EL INFORME DE ACCIONES CIUDADANAS
Marzo 4 de 2010	Hogar Comunitario " la Esperanza de los Niños" "APUHCEN"	Solicitud Desparasitación	No tiene Respuesta		
Abril 19 de 2010	Hogares de Bienestar Jardín Chaparral.	SOLICITUD Desparasitación y Vacunación.	Tiene respuesta vía Correo electrónico el día 06 de mayo de 2010, que no es posible adelantar el proceso de suplementación.	Se encuentra dentro del tiempo legal.	NO
Mayo 24 de 2010	Asociación Las Arenitas.	SOLICITUD Desparasitación y Vacunación.	Tiene respuesta vía correo electrónico, el día 27 de julio de 2010, que no es posible adelantar el proceso de suplementación.	Después de 42 días hábiles dieron respuesta, no se encuentran en el tiempo legal.	NO
Mayo 25 de 2010	Anónimo	QUEJA Malversación de recursos públicos de la coordinadora del ámbito comunitario, en la elaboración de la cartilla los conquistadores de cerro Norte elaborada con la comunidad de la localidad de usaquén, la cual no ha sido distribuida y se encuentran muchas de estas en la sede de salud publica dañándose por el estado de almacenamiento en vez de ser entregado a nosotros.	Le dio Respuesta el día 03 de junio de 2010, al alcalde local de Usaquén, firmado por el coordinador del Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C)	Esta en el tiempo Legal.	NO

Fuente: Soporte de la oficina del Plan de Intervenciones Colectivas.

CUADRO NO. 21
MUESTRA ANALIZADA SOLICITUDES -2009 PIC

Fecha	NOMBRE DEL HOGAR COMUNITARIO, JARDÍN O COLEGIO	MOTIVO DE LA SOLICITUD O QUEJA	RESPUESTA	TIEMPO DE RESPUESTA	SE ENCUENTRA O NO EN EL REPORTE DE LA OFICINA DE ATENCION AL CIUDADANO
Febrero 17 de 2009	Gimnasio pedagógico del Norte	SOLICITUD Asesoría sobre micronutrientes para los padres de familia y las profesoras.	Tiene respuesta el día 24 de nov. del 2009, fuera del tiempo legal, donde se le dice que se tendrá en cuenta para el próximo año, y que no tiene prioridad por ser colegio privado.	188 días después del tiempo de radicada la solicitud.	NO
Marzo 28 de 2009	Fundación Corazones Solidarios	SOLICITUD Desparasitación	No tiene respuesta	0	NO
Abril 21 de 2009	Hogar Comunitario Chaparral llanurita	SOLICITUD Desparasitación	No tiene respuesta	0	NO
Abril 21 de 2009	Hogar Comunitario de Bienestar Pantanitos	SOLICITUD Desparasitación	No tiene respuesta	0	NO
Agosto 24 de 2009	Asociación Verbenal y Refugio	SOLICITUD Desparasitación y Pediculosis	La asociación ha realizado la solicitud durante tres años, 2009, 2008 y 2006 y no le han dado respuesta.	0	NO
Agosto 25 de 2009	Asociación santa Cecilia y Rojas Pinilla	SOLICITUD Desparasitación	No tiene respuesta	0	NO

Fuente: Soporte de la oficina del Plan de Intervenciones Colectivas.

3.2 Al solicitar los escritos relacionados con los programas auditados de Salud a su Casa y Salud al colegio del Hospital Usaquen durante la vigencia 2009 solo se reporto una petición con fecha del 17 de Septiembre de 2009, la cual esta relacionada con la solicitud de hospitalización para una paciente con diagnostico Artritis Reumatoide; La oficina de Atención al usuario y Participación Ciudadana no registra en su base de datos las solicitudes y peticiones que tramitan en la oficina del PIC, los 955 escritos relacionados con solicitudes de visitas, quejas, derechos de petición, documentos de conocimiento y solicitudes de información no las tienen registradas y por consiguiente no se están reportando en el Sistema Distrital de Quejas y Soluciones "SQS" de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Por consiguiente no se ha dado cumplimiento a la Circular 013 del 31 de octubre de 2008 de la Secretaria Distrital de Salud.

En el trámite de respuesta a quejas, reclamos y felicitaciones se debe dar cumplimiento a la Resolución No. 03 de 2008 del Hospital Usaquén, y de otra

parte agilizar la actualización del procedimiento mediante el cual se describe las actividades para el trámite de la respuesta a los derechos de petición radicados en el hospital. Otro aspecto que se debe tener en cuenta y corregir esta relacionada con la queja AU 278- 10 SDS- SQS 315111 de mayo 25 de 2010, que no fue enviada a la oficina jurídica para su revisión y visto bueno y fue firmada por un profesional especializado Coordinador del PIC, situación que va en contravía del procedimiento vigente “Respuesta a quejas, Sugerencias, Reclamos y Felicitaciones”.

Se evaluó el proceso de recibo y tramite a los derechos de petición presentados a la administración, encontrándose que en promedio de respuesta fue el siguiente:

CUADRO NO. 22
MUESTRA ANALIZADA DPCs AÑO 2009. ATENCION AL USUARIO

MES	CANTIDAD ESCRITOS 2009	RESPUESTA ANTES DE 15 DIAS	DERECHOS DE PETICIÓN	RESPUESTA DESPUES DE 15 DIAS A LOS DERECHOS DE PETICION
ENERO	25	14	7	5
FEBRERO	37	15	14	10
MARZO	52	21	22	17
ABRIL	48	20	11	1
MAYO	78	36	20	18
JUNIO	58	16	21	15
JULIO	48	24	14	12
AGOSTO	41	20	10	8
SEPTIEMBRE	62	35	19	12
OCTUBRE	53	26	6	4
NOVIEMBRE	39	20	6	5
DICIEMBRE	48	35	6	6
TOTAL	589		156	113

FUENTE: información suministrada por la entidad

CUADRO NO. 23
MUESTRA ANALIZADA DPCs A JUNIO 30 DE 2010 ATENCION AL USUARIO

MES	CANTIDAD ESCRITOS 2010	RESPUESTA ANTES DE 15 DIAS	DERECHOS DE PETICIÓN	RESPUESTA DESPUES DE LOS 15 DIAS
ENERO	28	5	15	10
FEBRERO	56	45	20	3
MARZO	52	51	27	0
ABRIL	43	37	2	0
MAYO	61	54	14	5
JUNIO	52	48	22	2
TOTAL	292		100	20

FUENTE: información suministrada por la entidad



Es de mencionar que los escritos correspondientes a los Derechos de Petición para el año 2009 como en el primer semestre del 2010, se respondieron, sin embargo algunos de ellos como los presentados en los cuadro 20 y 21 no se encontró evidencia de la respuesta, de otra parte es necesario que se de cumplimiento a la circular 013 de 2008 de la Secretaria Distrital de Salud y a la Resolución 03 de 2008 del Hospital Usaquén.

4. ANEXOS

4.1 ANEXO HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (Millones \$)	REFERENCIACION			
			2.1.1	2.2.1.1.	3.1	3.2
Administrativos	4		2.1.1	2.2.1.1.	3.1	3.2
Con Incidencia Fiscal	NA					
Con Incidencia Disciplinaria	NA					
Con Incidencia Penal	NA					

4.2 ANEXO PLAN DE MEJORAMIENTO

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE	3.2.3.5	Sistemas de Información: Se encontró que no se aprecia integración entre los módulos evaluados (tanto adquiridos como desarrollados internamente), lo que conduce a que se sigan realizando muchas actividades manualmente, sin que las soluciones informáticas mejoren los tiempos de respuesta, agilice los trámites, otorgue certidumbre en la información reportada por las diferentes áreas, oportunidad en el suministro de la información y satisfacción por parte de las áreas usuarias, entre otros.	Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o remplazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alineen con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.	No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	2010-12-31	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.	Se presentó evidencia de la gestión realizada por el Hospital, con oficios de la viabilidad por parte de la SDS para hacer uso de la extensión de la licencia del Sistema HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.6	<p>En cuanto a seguridad informática, el Hospital de Usaquén no dispone de un plan de contingencias que reduzca los riesgos asociados al uso de sistemas de información automáticos. No se aprecia una política clara ni oficial por parte de la alta dirección que garantice la protección de la información que genera la entidad, ni su salvaguarda, ni su custodia. No cuenta el hospital con un sitio alternativo de respaldo, que permita reiniciar operaciones ante un eventual desastre. No hay un documento que identifique los nombres y teléfonos de quienes son responsables de atender en cada sede las diferentes contingencias en caso de materializarse algún riesgo, en lo relativo a la protección y buen uso de los recursos. Las copias de respaldo de la información considerada relevante para el hospital son inadecuadamente almacenadas, éstas se guardan en un cajón sin ninguna protección ni física ni ambiental.</p> <p>No hay documentación sobre</p>	<p>(1) Revisar y actualizar el Documento del Plan de Contingencias.</p> <p>(2) Probar el Plan de Contingencias para aquellas acciones que no involucren un costo elevado.</p> <p>(3) Mejorar los controles y las acciones preventivas para aquellas actividades que involucran un costo elevado.</p>	No. De acciones probadas / Total acciones programadas para ser probadas	A 30 de Junio de 2010 se tiene y probado el plan de contingencia de sistemas de Información	Subgerencia Administrativa, Subgerencia Financiera, Planeación y sistemas.	Subgerencia Administrativa, Subgerencia Financiera, Planeación y sistemas.	Recurso humano de apoyo en la elaboración y pruebas del plan.	01/03/2010	2010-06-30	<p>- Se priorizó, documentó y desplegó el plan de contingencia para Historia Clínica Digital.</p> <p>- En el proyecto de TICs 2010, se contempló: (1) la implementación de canales de contingencia para los enlaces críticos, (2) el mejoramiento de la seguridad de la red y la información, a través de componentes y herramientas, que le permita al área de sistemas realizar una adecuada administración de las TIC's y el almacenamiento de copias de seguridad.</p> <p>- Se realizaron las pruebas al plan de contingencias para aquellas acciones preventivas que no involucran inversión.</p> <p>- Se actualizó el plan de contingencias de acuerdo con el resultado de las</p>	Se presentó evidencia de la gestión realizada por el Hospital, con oficios de la viabilidad por parte de la SDS para hacer uso de la extensión de la licencia del Sistema HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.8	Módulo de Cartera: Se comprobó que el módulo no dispone de controles que detecten errores. Se comprobó con los usuarios de éste, que existen procedimientos que ellos deben realizar manualmente, tampoco mantiene el histórico de las facturas ni los montos originales de las mismas; ni los históricos de las facturas amortizadas para conocer el saldo real de éstas; hay errores en los consecutivos que no corresponden al número de la factura original; no se pueden ver reportes de cartera de meses anteriores con los saldos reales. El módulo no está en línea lo que impide la integración ágil con los demás módulos. En conclusión, el módulo de cartera no cumple con la funcionalidad requerida por el área usuaria.	Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o replazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alinee con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.	No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	2010-12-31	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaría Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.	Se presentó evidencia de la gestión realizada por el Hospital, con oficios de la viabilidad por parte de la SDS para hacer uso de la extensión de la licencia del Sistema HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.9	<p>Módulo de Nómina: Al realizar las pruebas técnicas se encontró que el módulo no dispone de controles de entrada de información, por ejemplo no contiene un límite máximo ni mínimo para valores deducidos que involucren los porcentajes de prima técnica y gastos de representación. En cuanto a los controles de acceso se comprobó que tampoco éstos son cambiados y el usuario tiene manera de modificarlos desde el software, conllevando lo anterior a los riesgos propios de fraudes, pérdida y/o mal uso de la información.</p> <p>Se encontró que los procedimientos que debiera realizar el módulo no los hace, por ejemplo: cálculos de retención, liquidación de cesantías anuales, liquidación de intereses de cesantías. Como conclusión, el módulo no realiza eficientemente algunas de las especificaciones requeridas en el contrato No. 246 de 2003, "Realizar un completo manejo de la liquidación de personal, teniendo en cuenta los diferentes conceptos para su pago y tipo de empleados".</p>	<p>Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o reemplazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alinee con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.</p>	<p>No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas</p> <p>Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios</p>	<p>Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.</p>	<p>Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.</p>	<p>Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.</p>	<p>Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos</p>	2010-01-01	2010-12-31	<p>Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaría Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.</p>	<p>Se presentó evidencia de la gestión realizada por el Hospital, con oficios de la viabilidad por parte de la SDS para hacer uso de la extensión de la licencia del Sistema HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.</p>	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.10	Módulo de Tesorería: 'Las pruebas técnicas arrojaron las siguientes inconsistencias: el tiempo de respuesta para la solución de fallas del módulo depende en buena parte de la disponibilidad del soporte técnico del hospital, ocasionalmente el contratista presta servicio del soporte técnico, aun así, se evidencian falencias en donde los saldos iniciales de caja son incorrectos, es decir, el saldo final no corresponde con el saldo inicial.	Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o reemplazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alinee con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.	No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	2010-12-31	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaría Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.		C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.11	Módulo de Contabilidad: El tiempo de respuesta para la solución de fallas no es adecuado. No dispone en algunos casos de controles que detecten errores, específicamente al momento de digitar una cantidad mayor o igual a 300 comprobantes de contabilidad, no guarda esta información, se bloquea y saca al usuario del sistema. El módulo no permite la impresión directamente de los libros oficiales, En conclusión, el módulo no cumple con las exigencias de la Contaduría General de la Nación, en la creación de los libros y forma de llevar los libros oficiales y auxiliares.	Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o reemplazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alinee con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.	No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	2010-12-31	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.		C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.5.12	Módulo de Suministros: El módulo presenta las siguientes falencias: en el reporte de inventarios, el sistema no permite escribir la cantidad, el estado del elemento y las observaciones en relación con éste. La opción relacionada con la generación de reportes se encontró desactivada. Este aspecto, trunca el normal desarrollo del procedimiento por cuanto el conocimiento lo tiene una sola persona....	Realizar gestión ante SDS, con el propósito de conseguir alternativas que permitan mejorar y/o reemplazar el sistema de información del hospital de forma temporal y que se alinee con la solución definitiva planteada la Secretaría Distrital de Salud.	No de Actividades ejecutadas / No. De actividades planeadas Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación de alternativas y con recursos financieros para el mejoramiento del sistema de Información.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	2010-12-31	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.	Se presentó evidencia de la gestión realizada por el Hospital, con oficios de la viabilidad por parte de la SDS para hacer uso de la extensión de la licencia del Sistema HEON adquirida por el Hospital Meissen, y la cotización por parte del proveedor. En lo atinente al compromiso que debe adquirir en el aspecto presupuestal y financiero el FFDS, se allegaron oficios que indican el acuerdo para incluirlo así como de los aplazamientos para materializarlo, situación que depende de agente externo a la administración del hospital, por lo tanto se da por cumplida la acción y se cierra.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.2.1	La cuenta 11 efectivo a 31 de diciembre de 2006, reflejó un saldo de \$1.955.6 millones, saldo que se ve afectado por el no registro de notas crédito por valor de \$299.3 y notas debito no registradas por \$561.1 millones. Se evidencian partidas conciliatorias pendientes de depurar del año de 2005.	Realizar los ajustes correspondientes en los meses de enero y febrero de 2007. Mensualmente se realizarán los ajustes del mes inmediatamente anterior, de acuerdo a las partidas identificadas por las áreas de cartera y tesorería.	Ajustes realizados / Total de partidas por ajustar	A 31 de Diciembre de 2008 se habrán registrado al cierre de cada mes de la vigencia, las partidas conciliatorias identificadas.	Tesorería y Cartera, Contratación.	Tesorería y Cartera, Contratación.	N.A	31-01-2007	2008-12-31	A junio 30 del año 2007 ya no quedaba ninguna partida pendiente de registrar, teniendo en cuenta el hallazgo u observación realizada por la Contraloría, por lo tanto y teniendo en cuenta que la fecha de terminación era diciembre 2008, esta observación queda subsanada en el 100%.	Actualmente se registran como partidas por identificar y posteriormente se reclasifican según el concepto que correspondan. Por lo tanto se cierra	C	2,0
	3.3.3	La cuenta 14 Deudores, a 31 de diciembre de 2006, reflejó un saldo de \$2.863.9 millones, representando el 56.96% del total del activo que presenta un saldo de \$5.027.5 millones, igualmente el saldo de cartera más cuentas por radicar que ascendió a \$5.235.2 millones, lo que genera incertidumbre, debido a que el módulo de cartera no muestra históricos, sino únicamente saldos, dificultando hacer conciliaciones con cada una de las ARS, los hospitales de la red pública y el FFDS. De otra parte, dentro de la	Realizar el registro de las notas debito y crédito oportunamente en el Módulo de cartera y adecuarlo para generar un reporte de históricos por factura de cada uno de los pagadores, de manera que la información registrada sea correcta y confiable.	Saldos de cartera = Saldos registrados en Estados Financieros cuentas 1409 y 1475 Existen reportes históricos por factura de los diferentes pagadores.	A 30 de junio de 2008, tener información confiable y datos históricos por factura de los registros existentes de la cartera de la entidad	Control Interno	Control Interno	Apoyo recurso humano: técnico cartera. Contrato mantenimiento preventivo y correctivo sistema financiero.	2007-11-01	2008-06-30	1. El hospital inicio el proceso de depuración contable de cartera según circular 001/2009. 2. Se implemento el control cartera 2010 por modalidad contractual en hoja Excel para seguimiento de cartera corriente. 3. Se realizan cruces entre contabilidad y cartera de enero a junio 30 de 2010 4. Se realizan las notas debitos, créditos y amortizaciones de	Como evidencia el Hospital presenta conciliaciones de Auditoría medica (30 sept) y cartera con fecha de corte 30 de agosto de 2010. La nueva administración (a partir de junio de 2010) del Hospital aportó evidencias de acciones correctivas, por lo que esta observación se cierra	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.4	Al verificar la conformación del Comité de Glosas se constató que éste fue constituido en el mes de febrero de 2006, sin embargo las reuniones realmente no se llevaron a cabo mensualmente como quedó estipulado en la disposición de creación del mismo, sin que se vean los resultados previstos en el artículo segundo, además lo plasmado en las actas no es claro y no se evidencian compromisos de acciones correctivas a seguir y que ayuden de una o otra forma al mejoramiento continuo del área de cartera. Lo descrito anteriormente conlleva a la reducción de las glosas	Ajustar el Acto Administrativo de conformación del Comité de Glosas, de tal manera que se reformulen sus funciones para garantizar el cumplimiento de los objetivos de dicho Comité. Levantar los procedimientos pertinentes para las actuaciones del Comité de Glosas Definir metas e indicadores de glosas e implementar las acciones de mejoramiento para analizar y corregir las causales de glosa y	No. de soluciones o estrategias o medidas correctivas para reducción de la glosa, definidas y adoptadas por el Comité de Glosas / Motivos o causales de glosa presentadas. Procedimientos de Actuaciones del Comité de Glosas	Al 31 de diciembre de 2008, el Comité de Glosas habrá sesionado y dado cumplimiento efectivo a sus funciones de acuerdo a procedimiento s levantados y aplicados en la entidad. A 31 de Diciembre de 2008, se habrán levantados y	Subgerencia de Servicios Administrativos Subgerencia Administrativa Subgerencia Financiera Asesor Jurídico	Subgerencia de Servicios Administrativos Subgerencia Financiera Asesor Jurídico	N.A	2008-02-01	2008-12-31	1. Se modificó el acto administrativo res. 013/2006 y res. 047/2009 por medio de la res. 083/05/2010 2. Se dio cumplimiento con las 4 reuniones según acto administrativo enero, feb, abril y jun 2010 (actas). 3. Disminución de glosas de un periodo al otro. El FFDS disminuyo en reserva de glosa al 3% y en otros pagadores al 5%.	Adicionalmente, a la fecha se allega una nueva actualización del acto administrativo mediante la Resolución no. 189 de 30 sept de 2010. La nueva administración (a partir de junio de 2010) del Hospital aportó evidencias de acciones correctivas, por lo que esta observación se cierra	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.6	Se realizó la conciliación del área de cartera con contabilidad, sin embargo, no se pudo concluir el proceso con Salud total, Humana Vivir, Unicajas y Caja Salud, las cuales tienen un peso fundamental dentro de los estados financieros, por cuanto el procedimiento conciliatorio, se realizó con lo registrado en contabilidad, ya que no se cuenta con soportes físicos en el área de cartera desde el año 2000, lo que ocasiona pérdida de memoria institucional sin que se haya efectuado la gestión necesaria con el fin de determinar la respectiva	Realizar conciliación o cruce de saldos con Salud Total, Humana Vivir, Caja Salud o Unicajas.	Numero de conciliaciones realizadas / Numero de empresas a conciliar.	A 30 de Junio /08 se tendrán las Actas de conciliación o cuadro cruce de saldos de Humana Vivir, Salud Total, Unicajas.	Cartera	Profesional de Cartera	N.A	01-09-2007	30-06-2008	1. Soporte de cruce y conciliación contabilidad y cartera a junio y julio de 2010. 2 conciliaciones con las 8 EPS-s en mesas de concertación. Dentro de la cuales se encuentran salud total, humana vivir, unicajas, caja salud. 3. Inicio del proceso de depuración contable de cartera circular 01/2009.	Se mostraron los soportes del cruce y conciliación de contabilidad y cartera a junio, julio, agosto y sept. de 2010. Conciliaciones con 8 EPS-s en mesas de concertación con los diferentes pagadores de junio 15 a 18 de 2010. La nueva administración (a partir de junio de 2010) del Hospital aportó evidencias de acciones correctivas, por lo que esta observación se cierra	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.11	Al efectuar la verificación a la cuenta 15 inventario en la Subcuenta 150517 medicamentos vencidos en el hospital de Usaquén, se encontró que éstos fueron incinerados, de acuerdo a las actas de destrucción de materias primas de medicamentos e insumos realizadas el 22 de febrero y 4 de julio del año 2006, sin acto administrativo, en donde se detallara la información básica como la cuantía y los hechos ocurridos alrededor de esta decisión, apreciándose que fueron mezclados medicamentos dejados por el Outsourcing y muestras médicas. Aunque se tiene implementada la	Ajustar el procedimiento de incineración de medicamentos de acuerdo a la Resolución 001-2002; involucrando al Comité de Inventarios Revisar el procedimiento de manejo de inventarios, de tal forma que se pueda evitar el vencimiento de medicamentos mediante la implementación de medidas de rotación de inventarios Se realizará un diagnóstico del estado actual del manejo de las farmacias para revisar la posibilidad de tercerizar el servicio o en su defecto contar con máximo tres proveedores que suministren todos los	Total de medicamentos vencidos / total de inventario de medicamentos en la farmacia	Evitar al máximo el vencimiento de medicamentos mediante gestión administrativa en las farmacias	Subgerencia Desarrollo administrativo Recursos Físicos Subgerencia Desarrollo de Servicios Asesoría Jurídica Contratación	Subgerencia Desarrollo administrativo Recursos Físicos Subgerencia Desarrollo de Servicios Asesoría Jurídica Contratación	N.A	2008-01-03	2008-12-31	Se revisaron los procedimientos de control de inventarios, se formuló y socializó la política de medicamentos vencidos, control de fechas de vencimiento, semaforización de insumos, los cuales ya fueron socializados y están siendo utilizados por los diferentes servicios asistenciales y las farmacias. Se establecieron en los contratos cláusulas que obligan a los proveedores a realizar el cambio de medicamentos e insumos con riesgo de vencimiento o cuando	Socializado a nivel de los que manejan inventarios enfermería e insumos, la semaforización a todo nivel (incluido farmacia y sedes asistenciales). Se evidenció la inclusión de la cláusula de los contratos de medicamentos por medio de la cual el contratista se compromete, previo requerimiento del contratante, al cambio de los productos próximos a vencerse. Con fecha 23 de julio de 2008 se allega diagnóstico de "Química Farmacéutica" para	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.15	Durante la vigencia del 2006 el hospital realizó contratación por capitación por valor de \$2.535.4 millones y por evento \$31.0 millones, en donde lo capitado representa el 98.78% frente a lo facturado, con las ARS, el hospital no registró el margen de la contratación, por lo que se dificulta realizar seguimiento al valor facturado en caso que supere lo contratado, o cuando el valor facturado sea inferior al valor contratado, puesto que el aplicativo, envía a contabilidad a tarifa soat.	Adelantar la gestión ante la SDS y en apoyo de la ESE, para la financiación de la Fase I de implementación del sistema de información integrado que cumpla con las especificaciones técnicas, de modo que el nuevo sistema de información tenga en cuenta el registro de la información facturada en la cuenta de margen de contratación, ya sea naturaleza debito o crédito a tarifa soat.	Total facturas mensuales registradas con margen de contratación / Total facturas del mes	A 31 de diciembre de 2008 se adelantó la gestión para la financiación y adquisición con un avance del 80% de la fase 1 de implementación del sistema de información integrado, de manera que el nuevo sistema permitirá el registro de esta información	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (300 millones), Técnicos y humanos	2008-01-20	31/12/2008	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron	Acorde con las gestiones para el cambio del sistema adelantado por el Hospital, solo resta la inclusión de los recursos por parte del FFDS, actos que no dependen del Hospital. Como mecanismo alterno, el área de contabilidad de la actual administración allega reportes de Estados de Cartera con detalle del margen de contratación, realizado mediante el Sistema CITISER. Y las cifras se reflejan en el Balance General. Por lo que la observación se cierra.	C	2,0
	3.3.17	Efectuado el seguimiento al proceso de sostenibilidad contable realizado por el hospital de Usaquén con corte a 31 de diciembre de 2006, desde la fecha en que se declaró inexecutable el artículo 79. Ley 998 de 2005 mediante la sentencia ya mencionada y se le dio inicio al proceso de sostenibilidad contable no se evidencia gestión alguna por parte del sujeto de control para dar continuidad a tal proceso...	Crear y disponer lo necesario para el funcionamiento del Comité de sostenibilidad Contable de conformidad con lo establecido en el Acto Administrativo de creación, que sirva de base para la toma de decisiones.	Acto Administrativo de creación del Comité de Sostenibilidad Contable. Número de sesiones realizadas/ Número de sesiones Programadas	A 31 de diciembre de 2007 se habrá adoptado instrumentos para darle continuidad al proceso de sostenibilidad contable y a partir de ello se adelantará el ajuste a los estados financieros, de acuerdo con el	Gerencia, Subgerencia financiera, Subgerencia de Servicios y Subgerencia Administrativa, Asesoría Jurídica	Subgerente de Servicios, Subgerente Administrativo Subgerente Financiero Profesional de Recursos Financieros: Profesional de Contabilidad, Profesional de Desarrollo Humano, Profesional de Recursos	N.A	31-10-2007	31-12-2008	Existe Resolución de conformación del Comité de Sostenibilidad Financiera y contable la cual es la 058 del año 2007, en lo corrido del año se han efectuado las reuniones correspondientes, de las cuales existen actas como evidencia de su desarrollo.	Existe la Resolución 058 de 2007 mediante la cual se conformó el Comité de Sostenibilidad Financiera y contable. En el año 2010, se aporta como evidencia de las reuniones, dos (2) actas correspondientes a sept y octubre de 2010. Observación que se cierra	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.7.6	La entidad en el año 2006, no elaboró los compromisos para la prevención de la contaminación, acorde con la Política Ambiental establecida en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de 2004, como tampoco estableció programas o planes ambientales que permitieran evidenciar la gestión ambiental adelantada para ese año.	Implementar planes y programas para ahorro de agua y energía por cada sede	Programas de Ahorro de Agua y Energía Implementados. Campañas publicitarias ejecutadas /Campañas publicitarias programadas por sede	A 31 de Diciembre de 2008 se habrán implementado programas de Ahorro de Agua y Energía, de acuerdo a lo contemplado en el PIGA. A 31 de diciembre de 2008 se habrá realizado campaña publicitaria en el 100% de las sedes asistenciales y Administrativas del Hospital.	Subgerencia Administrativa	Subgerente Administrativo, Profesional de Recursos Físicos, Profesional Coordinador PIGA	Programa Ahorro de Energía. Recurso Humano: Ingeniero Ambiental, Electricista (\$19.800.00) Insumos: Bombillas Ahorradoras, Lámparas Ahorradoras (\$7,220,000) Programa Ahorro de Agua Recurso Humano: Ingeniero Ambiental, Plomero (\$19,800,000) Insumos: Grifos Ahorradores (\$1.600.000)	2007-11-01	2008-12-31	Se ha sensibilizado a los funcionarios sobre el manejo de los recursos. Esta en revisión la propuesta de la implementación de ahorradores de agua como herramienta para disminuir el consumo y costo hídrico.	Mediante Resolución 078 de 2010 se crea el Comité PIGA, la Resolución 079 de 2010 reglamenta el Comité de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y a través de la Resolución 052 de 2010 se designa el Gestor Ambiental del Hospital. Igualmente en Acta de reunión de 26 de octubre de 2010 el Ingeniero comunica al Comité la necesidad de implementar los ahorradores de agua para las sedes del Hospital, para lo cual presento una cotización con la firma DOMOCOL de fecha octubre 14 de 2010. En cuanto al tema relacionado con ahorro de luz el hospital vine efectuando cambio de los bombillos corrientes por bombillos ahorradores - tubos fluorescentes en todas las sedes. Para la socialización del manejo adecuado de los recursos hídricos el Ingeniero capacita sobre estos temas a los funcionarios del Hospital, los cuales quedan consignados	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.1.2.3	No se dan cumplimiento a los plazos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para la radicación de las cuentas de cobro, toda vez algunas facturas correspondientes al mes de diciembre de 2007 fueron radicadas 3, 4 y hasta 5	Solicitar las certificaciones de Capitación a las EPS del Régimen Subsidiado con las cuales tiene contrato el Hospital y elaborar la factura en el mismo periodo para su respectiva radicación. Entregar a Cartera los 12	(Cuentas de cobro radicadas en los términos de Ley / Total Cuentas de cobro radicadas) x 100	A 31 de diciembre de 2009 se habrá radicado la facturación mensualmente en los términos de ley.	Facturación, Cartera	Profesional Facturación, Profesional de Cartera	N.A.	2008-12-16	2009-12-31	1. Se esta realizando seguimiento vs. Radicación por régimen y tipo de eventos FFDS, estableciendo tiempos oportunos de	La nueva administración (a partir de junio de 2010) del Hospital aportó evidencias de acciones correctivas, por lo que esta observación se cierra	C	2,0
	2.1.3.1	Los subprocesos de facturación y cartera cuentan con la misma actividad de radicar las cuentas ante el pagador, cuando en la práctica quién realmente realiza este procedimiento es el área de cartera, lo que indica que los procedimientos no están actualiza	Actualizar, Aprobar y Socializar los Procesos de Facturación y Cartera	Procesos de facturación y cartera Actualizados, Aprobados y Socializados	Al 30 Junio de 2009 se habrán Actualizado, Aprobado y Socializado los procedimientos de facturación y cartera	Facturación, Cartera	Coordinador de Facturación, Coordinador de Cartera	N.A.	2009-01-19	2009-06-30	Se ajustaron los procedimientos, en donde quedo como responsable cartera en la radicación y estos fueron socializados para su adherencia.	Actualización mediante Res. 093 de 2008 socializado según acta de enero 31 de 2009. La nueva administración (a partir de junio de 2010) del Hospital aportó evidencias de acciones correctivas, por lo que esta observación se cierra	C	2,0
	2.1.3.2	Se realizo comparativo entre, la información reportada por la entidad mediante SIVICOF vs. información adicional suministrada por el hospital en desarrollo de los programas de auditoria, evidenciando diferencias a pesar que la información presentada proviene	Manejar una misma Información de lo reportado ante SIVICOF y lo reportado ante otras instancias por las diferentes unidades funcionales del área financiera, mediante conciliaciones y explicaciones de los correspondientes ajustes si los hubiere.	Información reportada mediante SIVICOF coincide con información reportada a otras instancias solicitantes.	A 31 de Diciembre de 2009 la información reportada mediante SIVICOF, coincide con la información reportad por las diferentes unidades funcionales del área financiera a otras instancias que lo soliciten.	Contabilidad, Auditoria de cuentas, cartera y Control interno	Contabilidad, Auditoria de cuentas, cartera y Control interno	N.A	2009-02-01	2009-12-31	La información se presenta de acuerdo a lo reportado en estados financieros. AVANCES DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010: Se realizó Capacitación En Sivicof Se elaboró Instructivo de reporte de Sivicof- Se realizó solicitud de capacitación a la Contraloría en el modulo de Sivicof De igual forma a partir del cuarto trimestre de	Acciones realizadas en el año 2010 por la nueva administración del Hospital. Observación cerrada	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.1.4.1	Se evidenciaron fallas en el archivo de los documentos que soportan los registros contables, los cuales se encuentran en carpetas sin legajar con alto riesgo de pérdida de soportes. Incumpliendo lo establecido en la ley 494 del 2000 y el numeral 4, artículo	Se revisará el archivo del área de Contabilidad, y se utilizará el nuevo sistema de archivo establecido el cual incluye legajar todos los documentos en las carpetas; se realizará foliación e inventarios documentales de los archivos entregados.	(Carpetas organizadas, legajadas y foliadas en contabilidad / Total Carpetas unidad funcional contabilidad) x 100	A 31 de diciembre de 2009, se contará con el 100% del archivo de gestión de contabilidad organizado legajado e inventariado de acuerdo al nuevo sistema de archivo	Recursos Físicos - archivo Contabilidad	Profesional de archivo Profesional de Contabilidad	N.A	2009-01-05	2009-12-31	El área de contabilidad realizó el proceso de depuración y ubicación del archivo vigencia 2009 y vigencias anteriores, la vigencia 2010 se encuentra en el archivo de gestión (oficina contabilidad). En archivo se encuentran los soportes del área contable organizados, legajados e inventariados tanto en el archivo de gestión como en el archivo central, de acuerdo a	Se cierra la observación	C	2,0
	2.1.4.2	Al realizar la revisión de la información presentada por la entidad relacionada con la reversión de glosa, se encontró que está soportada en concepto del asesor jurídico del hospital de fecha 27 de noviembre de 2007, en donde se invocan normas relacionadas con saneamiento contable como la Ley 716 de	Revisar la normatividad vigente para soportar de manera precisa los conceptos emitidos por el Asesor Jurídico de la entidad.	Conceptos emitidos por el Asesor Jurídico invocan y están soportados en la normatividad vigente	A 31 de diciembre de 2009 los Conceptos emitidos por el Asesor Jurídico de la entidad estarán soportados en la	Oficina Jurídica	Asesor Jurídico	N.A.	2008-12-16	2009-12-31	Actualmente se cuentan con las normas que aplican para realizar el proceso de glosa.	Los conceptos del asesor jurídico para soportar el proceso de sostenibilidad contable se realizan con la normatividad vigente. Se cierra la observación por cumplimiento de la acción por parte de la actual administración	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.2.1	Se observó la existencia de facturación pendiente de radicar correspondiente a vigencias anteriores en cuantía de \$45.7 millones, lo que evidencia incumplimiento por parte del hospital de lo establecido en incumplimiento a lo establecido en el Decreto 3260 de 2004 como se observa en el siguiente cuadro....	Reconstruir facturación y radicarla ante los respectivos pagadores	(Valor de facturación radicada / Valor de facturación pendiente por radicar) x100	A 31 de diciembre de 2009 se habrá radicado la totalidad de la facturación pendiente, ante los diferentes pagadores	Facturación, Cartera	Coordinador de Facturación, Coordinador de Cartera	N.A.	2009-01-19	2009-12-31	Según información del Responsable de facturación se reimprimió la facturación pendiente por radicar la cual envió a cartera para la radicación. En el Módulo de Cartera se encuentra en verificación de listado entregado por el Profesional de facturación.	Se evidenció oficio FHU-94-2008 del profesional de facturación con el cual se hace entrega de la facturación reconstruida y radicada en el módulo de Cartera. Acción cumplida, por lo que se cierra el hallazgo	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.3.1	Durante la vigencia 2007 se castigó cartera por valor de \$774,7 millones correspondiente a facturación incorrecta, soportada en acta en la cual se clarifica la glosa correspondiente al contrato No. 016 de 2003 (suscrito entre el Hospital de Usaquén I Nivel ESE y el Fondo Financiero Distrital de Salud ?FFDS-) y las certificaciones expedidas por las firmas interventoras del FFDS, AGS Colombia Ltda. y Universidad de Antioquia, en donde no se especifica el valor de la glosa generada por motivos de facturación incorrecta. De otra parte la carpeta con los soportes de dicho castigo de cartera contiene listados de facturación la cual no concuerda en su valor castigado contablemente, ni con las certificaciones emitidas por las firmas interventoras de la FFDS-SDS, además, no contiene los listados correspondientes a los meses de enero de 2003, enero de 2004, abril de 2004, septiembre de 2004 y enero a mayo de 2005. Incumpliendo lo establecido en el tema 2.9.1.5, numeral 309 del Plan General de Contabilidad Pública....	Revisar y ajustar los listados de datos que sirvieron de soportes para la elaboración de la ficha de saneamiento del contrato 016 de 2003 y castigo de cartera. Recuperar los listados de glosa correspondientes a los meses de enero de 2003, enero de 2004, abril de 2004, septiembre de 2004 y enero a mayo de 2005 que hacen parte de la ficha de saneamiento del Contrato 016 de 2003.	Ficha de saneamiento contrato 016 FFDS debidamente revisada y ajustada.	A 31 de diciembre de 2009 se contará con la Ficha de Saneamiento del contrato 016 FFDS debidamente revisada y ajustada	Auditoría de Cuentas, Sistemas, Facturación	Profesional de Facturación, Profesional de Auditoría de Cuentas, Profesional de Sistemas	N.A	2009-02-01	2009-12-31	Para la diferencia presentada en los registros de las glosas definitivas el área de facturación emitió oficios a la firma interventora solicitando los listados para hacer la debida conciliación encontrando que la firma interventora no suministró los listados argumentando que tenía vencido el contrato con la SDS. De otra parte facturación envió un comunicado al área de aseguramiento de la SDS. Los listados de los años mencionados se encuentran impresos.	Imposibilidad de reconstrucción de la ficha a pesar de gestión para obtener la información por parte de la firma de auditoría. Se verificaron tres (3) oficios de solicitud con radicados Nos. 74030, 5159 y 5073 ante la SDS y AGS de Colombia. Se cierra por cuanto ya no hay valor agregado de lograrse o no la reconstrucción de la ficha.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.3.2	Realizados los procedimientos de auditoría se observa que el principal inconveniente en el manejo de la cartera es el deficiente sistema de información, por lo que se tienen que realizar reprocesos de la información, como es el caso de la relación de facturas radicadas, relación de pagos, notas débito, notas crédito y amortizaciones en Excel con el riesgo que se cometan errores. El sistema de información no permite realizar el seguimiento de las facturas, Incumpliendo el literal e), artículo 2 de la Ley 87 de 1993.	El Hospital realizó la gestión necesaria durante la vigencia 2008 y 2009 con el fin de obtener los recursos. Pero hasta tanto la Secretaría Distrital de Salud no apruebe y destine recursos para la adquisición o desarrollo de software, no es posible establecer una acción correctiva definitiva a la problemática del sistema de información. El Hospital estará atento a las directrices emanadas de la Secretaría Distrital de Salud en materia del sistema de Información para los hospitales.	Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación y con recursos financieros para la adquisición del Sistema de Información Integrado.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Gerencia, Planeación y sistemas, Subgerencia Administrativa. Subgerencia Financiera.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	Abierta	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.	Se demuestran gestiones, que darían cumplimiento parcial a la fecha, pero estando dentro de los términos planteados. Se adicionó respuesta con CDP de la SDS por los \$400 millones y preacuerdo "lineamientos convenio administrativo de cooperación para la implementación del Sistema de información hospitalario y dotación de recursos tecnológicos"	A Co n av an ce de un 75	1.5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	2.3.3	El Hospital no registra en Cuentas de Orden el total de las glosas comunicadas por los diferentes pagadores y solamente registra la glosa definitiva, por lo anteriormente expuesto se evidencia el incumplimiento a lo establecido en la Circular 035 de 2000 y el tema 2.9.1.5, numeral 309 del Plan General de Contabilidad Pública expedido por la Contaduría General de la Nación. De otra parte se evidencia que el registro contable de la información referente a	Registrar la glosa parcial en cuentas de orden.	No de glosas parciales registradas en Cuentas de Orden / No. total de Glosas parciales informadas al Hospital.	A 31 de Diciembre de 2009 se habrá registrado en cuentas de orden, la totalidad de las glosas parciales informadas al Hospital.	Contabilidad Auditoria de Cuentas	Profesional de Contabilidad; Profesional de Auditor de Cuentas	N.A	2009-02-01	2009-12-31	1. Auditoria de cuentas pasa mensualmente la glosa recibida para el registro en cuentas de orden 2. Auditoria de cuentas pasa a contabilidad la glosa contestada ya sea aceptada o soportada para el registro respectivo en cuentas de orden. 3. Contabilidad registra en cuentas de orden las glosas recibidas. 4. Implementación circular 012/2010	Aunque el FFDS sigue atrasado aproximadamente un año en la revisión de las glosas, se efectúa reserva del 3% tanto en vinculado como en desplazado, que se utiliza como soporte para el registro en cuentas de orden acorde con la circular 012/2010 CGN	C	2,0
	2.3.4	No obstante que el motivo de glosa mas recurrente es el de ?materiales e insumos y/o servicios no facturables o sobrefacturados?, no se evidenció registro que demuestre que el hospital adelanta proceso de responsabilidad por la múltiple glosa generada por conceptos como servicio prestado no autorizado, incumpliendo lo establecido en la Circular 035 de 2000 y el tema 2.9.1.5, numeral 309 del Plan General de Contabilidad Pública expedido por la Contaduría General de la Nación.	Adelantar procesos de presunta responsabilidad en la generación de glosa definitiva	Procesos de presunta responsabilidad por generación de glosas adelantados.	Al 31 de Diciembre de 2009 se habrá adelantado procesos de presunta responsabilidad por generación de glosas definitivas	Comité de Glosas	Integrantes comité de glosa	N.A	2009-04-01	2009-12-31	1. En la Resolución 083/05/2010 Artículo tercero, Numeral 2 es función del comité el traslado de los presuntos responsables de la glosa definitiva a control interno.	No hay evidencia de apertura de algún proceso por parte de Control Interno Disciplinario. Por cuanto el Comité de Glosas no ha informado a esta Oficina. Acciones replanteadas en el hallazgo 3.3.2.3 que está en avance del 75% y dentro del término de cumplimiento por lo cual se cierra.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL	3.2.1.1.1	Al aplicar el cuestionario del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), a los Funcionarios directivos de las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno; se evidenció desconocimiento sobre algunos documentos y herramientas de planeación tales como el POA (Plan Operativo Anual), indicadores, plan de mejoramiento y los informes de gestión; al no surtir un proceso real de entrega del cargo y una inducción efectiva, esta situación puede conllevar al incumplimiento de las actividades y funciones que	Capacitar a los funcionarios del hospital en temas que corresponden a herramientas de Planeación (POA, Indicadores e Informes de gestión), estas capacitaciones pueden darse en el programa de inducción y reinducción. El área de talento humano levantará un procedimiento para entrega de cargos por parte de los contratistas para ser aprobado por el área de calidad.	% de Cumplimiento de Capacitaciones realizadas = (Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas)	100% de ejecución de las Capacitaciones programadas para los funcionarios del hospital	planeación Talento Humano	Profesional planeación Profesional Recursos Humanos	N.A	01/01/2010	31/12/2010	Se realizó en el proceso de inducción y de elaboración de los POA's la socialización y capacitación a los funcionarios de las herramientas de planeación durante el mes de marzo de 2010. En el mes de junio se realizó un ejercicio de socialización sobre los POA's y la presentación de la plataforma estratégica. Se adoptó procedimiento de entrega de puesto de	Se evidenció que el hospital cuenta con los POA's, que se ha adelantado sensibilización y capacitación sobre la plataforma estratégica y se expidió la Resolución 003 la cual versa sobre entrega de puesto de trabajo. Las acciones han sido eficaces y continúan en ejecución.	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.1.2.1	Se evidenció que la Oficina de Calidad, no cuenta con el Talento Humano para desarrollar las auditorias que le corresponde y que están programadas en el POA; para la vigencia fiscal del presente año, no se han adelantado auditorias internas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, como lo obliga el lineamiento de implementar esta auditoria; esta situación genera que no existan acciones de mejora resultantes de auditorias y que se puedan mostrar; por consiguiente no se esta incumpliendo con lo planeado y con lo determinado en el Artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, con el cual es obligación que el hospital cumpla para el logro de la acreditación	Se gestionara ante la subgerencia administrativa el requerimiento para el Recurso Humano con el perfil adecuado para desarrollar las Auditorias Internas y las Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, teniendo en cuenta el presupuesto del Hospital referente a contratistas. Teniendo en cuenta lo anterior se adelantara auditorias en todo el año de acuerdo al POA.	(Recurso Humano con perfil adecuado para dar cumplimiento a las Auditorias Internas de Mejoramiento de Calidad de Atención en Salud del POA asignado/ Recurso Humano requerido)100 %	A 31 de Enero del 2010 contar con el Recurso Humano requerido para realizar las Auditorias Internas para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud programadas en el periodo	Subgerencia Desarrollo Administrativo Calidad	Subgerente Desarrollo Administrativo Líder de Calidad	Auditor Médico Auditor de Odontología Auditor de Enfermería	01/01/2010	31/12/2010	Se definió el perfil de profesionales que deben conformar el equipo de calidad y se está organizando el grupo. A la fecha, se ha contratado el líder de calidad, apoyo técnico en calidad para brindar asistencia técnica y realizar auditoría frente al cumplimiento de la normatividad. Se encuentra en trámite la contratación de dos auditores clínicos: Médico y enfermera para iniciar labores en el mes de abril, el auditor medico se contrato en abril pero renuncio en el mes de mayo, a la fecha se esta realizado nuevo tramite de contratación de auditor medico. Se elabora el cronograma de auditorias internas para el segundo semestre del 2010 Se realizo la auto evaluación de los estándares de acreditación, priorización de oportunidades de mejora para la respectiva formulación de los planes de mejoramiento con enfoque de	Se contactaron diferentes universidades para surtir el recurso humano (medico auditor) y se analizan las hojas de vida para el proceso de selección. Se definió estrategia para fortalecer las auditorias internas a través de formación de auditores con personal líder en la institución. De otra parte se cuenta con dos (2) auditores de calidad en sistema de gestión de la Calidad. Se programaron auditorias trimestrales, enfocadas al sistema obligatorio de garantía de calidad, con énfasis en habilitación. Además se están adelantando auditoría de historias clínicas con auditores pares (médicos). 2. De conformidad con el POA se adelantó auditoría a los Estándares de habilitación en el primer semestre y en el segundo semestre se realizó seguimiento con énfasis al CAMI. Las acciones se dieron de acuerdo con lo programado quedando pendiente la parte que resta del año. Las	A C o n a v a n c e d e u n 85 %	1,7

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.2.1.1	Se evidenció, que a los procedimientos de: Mantenimiento correctivo y preventivo de vehículos del proceso de Desarrollo de Recursos Fisicos; sistema de información al usuario, apertura de buzón de sugerencias, realización y análisis de encuestas de satisfacción al cliente externo y respuesta a quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones del proceso de Construcción de Ciudadanía en Salud; no se le determinaron los puntos de control, los controles se deben determinar para prevenir o reducir el riesgo en el cumplimiento de las actividades claves del procedimiento, estos sirven para reducir los riesgos y también deben ser suficientes eficaces y oportunos para el logro de los objetivos. De otra parte a los procedimientos ajustados, no se les determino el alcance donde se determina el inicio y fin de las actividades a cumplir, por consiguiente no se esta cumpliendo con lo establecido en el numeral 2.1.3 del Decreto 1599 de 2005 de la Presidencia de la República.	1) Determinar para los procesos mencionados, los respectivos puntos de control. 2) Determinar el Alcance de los Procedimientos Ajustados Se revisara los puntos de control en los procedimientos faltantes del Hospital.	% de procesos con puntos de control (Procesos corregidos incluyéndoles el punto de control/procesos detectados para corregir)/100%	100% de procesos con puntos de control	Subgerencia Desarrollo Administrativo Calidad	Subgerente Desarrollo Administrativo Líder de Calidad	Horas profesional área de Calidad y liderares de procesos. Equipo de cómputo	01/01/2010	31/12/2010	La líder de calidad contratada desde el 5 de marzo, ha realizado un diagnóstico situacional frente al estado actual de los sistemas de gestión, que incluye la revisión de procedimientos y se incluye el alcance del procedimiento. Se encuentra la necesidad de ajustarlos con base en el nuevo direccionamiento estratégico y procesos definidos y el cumplimiento de la normatividad actual. Se está diseñando cronograma par definir con cada líder de proceso, los procedimientos definitivos con los respectivos puntos de control. En el mes de mayo por el cambio de gerencia se ajusta la plataforma estratégica y se define el nuevo mapa de procesos, la oficina de calidad elabora cartilla para el levantamiento de procesos y procedimientos, incluyendo en el formato de	A partir de la nueva administración se redefinió la planeación estratégica precisándose el nuevo mapa de procesos que articula los nuevos procesos institucionales y de conformidad con esto se definió la metodología para caracterizar los procesos y ajustar los procedimientos que incluya alcance y puntos de control, de igual forma se levanto un inventario de los procesos y procedimientos y se articulo al nuevo mapa de procesos, se han adelantado avances de algunos procedimientos. Sigue en ejecución por encontrarse dentro de los términos. Las acciones son procedentes y siguen en ejecución, continúa abierta con un porcentaje del 75%.	A Co n av an ce de un 75 %	1,5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.2.2.1	Se evidencio que no se esta cumpliendo con lo dispuesto en las Tablas de Retención Documental, las cuales fueron aprobadas por la Gerencia y Subgerencia de Desarrollo de Recursos desde el 25 de septiembre de 2004. En la Oficina de Planeación, Oficina de Calidad, no se encuentran identificadas las carpetas donde se archivan los registros correspondientes a las auditorias medicas, odontológicas y de enfermería entre otras carpetas, de conformidad a lo establecido en la Tabla de Retención Documental aprobadas, esta anomalía no permite organizar adecuadamente el archivo de estas dependencias y dificulta la ubicación fácil y oportuna de los documentos y registros. Por lo expuesto se esta incumpliendo con lo consagrado en el artículo 24 de la Ley 594 de 2000 y con la circular N° 41 de noviembre de 2001 emanada por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.	1) Se dará manejo al archivo de acuerdo a las tablas de retención documental existentes a las áreas faltantes del control documental. 2) Se realizará la respectiva revisión en las áreas de planeación y auditoria de cuentas y se iniciará la actualización de las Tablas de Retención Documental de las s áreas del hospital al igual que las sedes(UPAS-UBAS - CAMI) para el primer semestre de 2010 el cual comprende: -Actualización -Revisión -Aprobación -Socialización También quedará incluido la recopilación de información y análisis por áreas y por sedes, estructuración en cuanto a su clasificación y valores archivísticos y aprobación por parte del comité de archivo del hospital para así efectuar su aplicación en el segundo semestre de 2010 .	Numero de tablas de retención elaboradas/Tot al de tablas estimadas para presentar*100	Tablas de retención documental actualizadas, revisadas, aprobadas y socializadas.	Subgerencia Desarrollo Administrativo Archivo y correspondencia	Subgerente Desarrollo Administrativo Profesional de Archivo y correspondencia	Se requiere personal (2 Técnicos en Archivo con experiencia en Tablas de Retención Documental) de acuerdo con el presupuesto o con que se cuente para el área de archivo y correspondencia.	01/01/2010	31/12/2010	Se efectuó revisión y actualización a las Tablas de Retención Documental y el archivo de gestión de las áreas de Calidad y Planeación se encuentra proceso de actualización de conformidad con las mismas.	Se realizo ajuste a las TRD desde el mes de abril, las cuales fueron aprobadas para implementación mediante acta del comité de archivo del mes de agosto de 2010, se realizo validación de las TRD con cada líder mediante entrevistas documentales definiéndose ajustes a las TRD y se realizo evaluación y levantamiento de información por la profesional de archivo para verificar las TRD con los líderes de procesos. Continúa en ejecución y se encuentra dentro de los términos planeados.	A C o n a v a n c e d e u n 7 5 %	1,5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.2.3.2.1	Se evidenció en las actas números 2, 3, 4 y 5 de 2008, la no asistencia de todos los Funcionarios que hacen parte del Comité Coordinador de los Sistemas de Control Interno y Gestión de Calidad que son trece (13), de otra parte en las actas no se deja constancia del motivo de la inasistencia. El comité es el escenario fundamental que garantiza la operacionalización de las acciones necesarias para el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del control interno y de Gestión de Calidad en la entidad, al no asistir se diluye el compromiso de los miembros del comité; lo cual manifiesta que se esta	La oficina de Control Interno convocara el Comité Coordinador dando estricto cumplimiento a la resolución vigente No 087/05 y lo estipulado en el MECI mediante actas respectivas.	No comités de Control Interno realizados / 6	Al 31 de diciembre Realizar el 80% de los comités de coordinación de control interno	Oficina de Control Interno	Asesor de Control Interno	N/A	01/01/2010	31/12/2010	AVANCES JULIO-SEPTIEMBRE DE 2010: Se estableció Metodología de reuniones efectivas que incluye como lineamientos el control del listado de personal y soportes de inasistencia. De igual manera se han efectuado Comités de Control interno para el seguimiento de la cuenta de la Contraloría y demás temas relacionados con el Control Interno.	Las reuniones del comité de control interno se realiza de forma bimestral se está ajustando la nueva Resolución del MIGC que separa el comité de control interno, se está realizando reuniones del comité coordinador conforme a lo establecido en el MECI y se expide una nueva resolución modificatoria de la resolución No. 167 de 2005. Continúa en ejecución y se encuentra dentro de los términos planeados.	A Co n av an ce de un 75 %	1,5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.1.1	Al verificar las conciliaciones bancarias del mes de diciembre de 2008, en donde se evidencian partidas conciliatorias tanto de Notas Crédito por valor de \$0.998 millones y Notas Debito por valor de \$1.3 millones, los cuales quedaron sin registrar en libros a 31 de diciembre de 2008, en donde se evidencia una subestimación. No obstante que se elaboran las conciliaciones de las cuentas que maneja la entidad, se evidencia que no se registra en la cuenta correlativa y de esta forma la entidad lleve un control de verificación chequeo y depuración ágil y oportuna, de las cuentas	Registro de las partidas no identificadas en la cuenta partidas por identificar al cierre mensual	Numero de partidas por identificar/partidas identificadas	Registro del 100% de partidas que ingresen a las cuentas del Hospital.	Tesorería	Profesional de Tesorería	Extractos bancarios, y soportes de los diferentes pagadores.	01/01/2010	31/12/2010	A junio de 2009 ya no quedaba ninguna partida pendiente de registrar, teniendo en cuenta el hallazgo u observación realizada por la Contraloría, por lo tanto y teniendo en cuenta que la fecha de terminación es diciembre 2010, esta observación queda subsanada en el 100%.	A partir del mes de agosto de 2010 se pagan las OPS directamente por parte del Hospital, quedando pendiente en conciliación en banco los pagos realizados al cierre de cada mes. Por lo tanto no aplica el procedimiento para las partidas por identificar. Tan solo quedan unas pocas partidas de la actual vigencia. Actividad dentro del término, cumplimiento del 90%	A C o n a v a n c e d e u n 9 0 %	1,8
	3.3.2.2.	La cuenta 1475 cuentas de difícil recaudo que a 31 de diciembre de 2008 ascendió a \$661.4 millones, la cual representa el 7.23% del total del activo de la entidad, presenta incertidumbre debido a que dentro de la cartera corriente se encuentra registrada la cartera de difícil recaudo a la misma fecha, lo que dificulta a la entidad tener saldos reales que muestren la realidad económica del mismo. Por lo tanto se incumple con lo estipulado en la Resolución	Realizar una depuración de los estados de cartera con esto contribuye a realizar hojas de vida de cada uno de los pagadores.	Depuración, pagador por pagador en los estados de cartera.	Para el cierre de la vigencia de 2010 se tendrá depurado el 98% de los estados de cartera, dependiendo del Recurso Humano	Subgerencia de Desarrollo Administrativo Cartera	Subgerente de Desarrollo Administrativo Coordinador de Cartera	Presupuesto para contratación de personal	01/01/2010	31/12/2010	Vinculación persona que realiza la conciliación y sirven para la depuración.	Vinculación de una persona que realiza la conciliación, documentos estos que a su vez sirven para la depuración y registró en el módulo, labor realizada en hojas de cálculo Excel. Avance en un 50% aproximadamente, acciones dentro del término de cumplimiento	A C o n a v a n c e d e u n 5 0 %	1,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.2.3.	<p>Durante la vigencia del 2008 se efectuaron recobros a los diferentes pagadores por valor de \$106.1 millones, valor este que difiere en \$26.5 millones de lo registrado contablemente por valor de \$132.7 millones, de donde se refleja la no conciliaciones entre las áreas involucradas en el proceso y lo que conlleva a que no se tenga certeza sobre la información que fluye al interior de la entidad.</p> <p>Por lo tanto se incumple con lo estipulado en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en los principios de contabilidad en sus numerales 114, 115 y 116.</p>	Se realizara conciliación mensual de los recobros, una vez se firmen actas, de auditoria de cuentas (Es importante tener en cuenta que el descuento sobre la capitación se da posterior a la conciliación de los recobros).	No. Conciliaciones mensuales entre Cartera y Auditoría de Cuentas donde las partidas pendientes se ajusten en el mes siguiente. Cabe recordar que Auditoria de cuentas concilia los recobros y las EPS-s los reflejan tiempo después de la conciliación hecha por auditoria de cuentas	Para el cierre de la vigencia de 2010 se tendrá conciliado el valor de las glosas definitivas entre las dos áreas.	Auditoria de Cuentas Cartera	Profesional de Auditoria de Cuentas Coordinador de Cartera	N/A	01/01/2010	31/12/2010	1. Auditoria de cuentas remite mensualmente a contabilidad la información relacionada con glosas recibidas y contestadas o aceptadas, a julio de 2010 se presento un consolidado de glosas y recobros para registro contable. Sin embargo está pendiente que se inicie el proceso de purificación contable de cartera circular 001 de 2009, para conciliación de cifras de vigencias anteriores en lo relacionado con glosas y recobros.	Se inició en sep. de 2010 el proceso de purificación contable de cartera circular 001 de 2009, para conciliación de cifras de vigencias anteriores en lo relacionado con glosas y recobros. Como evidencia se presentaron las conciliaciones referidas. Avance en un 75% aproximadamente, acciones dentro del término de cumplimiento	A Co n av an ce de un 50 %	1.5
	3.3.2.4.	De otra parte, no se tiene certeza sobre glosa definitiva con diferentes pagadores Facturación Glosada en venta de servicios de salud, la suma de \$286.1 millones, de los cuales \$29.6 millones corresponden a otros pagadores y \$256.5 millones al FFDS., sin que se haya efectuado una clasificación con las causales bien determinadas y que permitan registrar las misma durante la vigencia al gasto o costo según sea el caso. Impidiendo con lo anterior registrar en	Se dará estricto cumplimiento al manual de glosas resolución 3047.	Glosa definitiva con responsabilidad.	Para el cierre de la vigencia de 2010 se tendrá clasificado la glosa definitiva, a la luz de la resolución 3047.	Auditoria de Cuentas	Profesional de Auditoria de Cuentas	Recurso Humano	01/01/2010	31/12/2010	1. Se implemento el anexo técnico no. 06 de la Resolución 3047 de 2008 y res. 416 de 2009, manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificado, agilizando los procesos de auditoria y respuesta de glosa. 2. Actualmente se presentan informes mensuales de eventos glosados y conciliados clasificados según anexo.	La Resolución 354 de 2007 RCP dejó sin vigencia la Circular 035 de 2000. No hay evidencia de alguna apertura de proceso por parte de Control Interno disciplinario. Por ampliación a respuesta del informe, en este hallazgo se replantean las acciones del hallazgo 2.3.4 que se cierra, quedando esta en un avance del 75%	A Co n av an ce de un 75 %	1.5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.2.5.	La cuenta 1480 provisión para deudores, que a 31 de diciembre presenta un saldo de \$1.547.5 millones, saldo este que genera incertidumbre debido a que no se tienen políticas establecidas para el calculo de la misma, así mismo los inconvenientes presentados con el sistema de información citicer y la no depuración tanto de cartera corriente como de difícil recaudo, lo que conlleva a que la entidad no tenga la realidad económica de las cifras reflejadas en los estados financieros.	Realizar una depuración de los estados de cartera con esto contribuye a realizar hojas de vida de cada uno de los pagadores.	Depuración, pagador por pagador en los estados de cartera.	Para el cierre de la vigencia de 2010 se tendrá depurado el 98% de los estado de cartera, dependiendo del Recurso Humano	Cartera	Coordinador de Cartera	Recurso Humano para la depuración de los estados de cartera	01/01/2010	31/12/2010	1. Se han realizado cruces externos con los diferentes pagadores para soporte de los ajustes a realizar tanto en el modulo como en los registros contables el hospital inicio el proceso de depuración contable de cartera de conformidad a la normas actuales como la circular 001 de 2009, mediante la contratación de una profesional responsable del proceso y presentación de la circular en reunión de fecha 31/08/2010 y presentación de plan y avance en reunión de fecha 14/09/2010. A julio se realizo un	Se evidenciaron los estados de cartera con corte a agosto de 2010 y la estimación de la provisión por edades, de acuerdo con manual o reglamento interno Resol. 182 de sep. 30 de 2010. Avance en un 50% aproximadamente, acciones dentro del término de cumplimiento	A Co n av an ce de un 50 %	1,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.3.1	<p>La cuenta de inventarios a 31 de diciembre de 2008 arroja un saldo de \$177.6 millones, representando el 1.94%, frente al activo de \$9.139.0 millones. Dicha cuenta presenta incertidumbre debido a que no se contaban con datos reales del vencimiento de medicamentos y en donde la entidad recurrió a efectuar ajustes del sistema para poder obtener nuevos saldos.</p> <p>De otra parte se evidenció que según Resolución No.042 de 2008 por medio de la cual se da de baja y se ordenó la destrucción de medicamentos inservibles del Hospital Usaquén I nivel E.S.E, por valor de \$8.5 millones de la UPA San Cristóbal y por \$2.7 millones del Cami Verbenal, dichos vencimientos se dieron durante los años de 2007 y 2008.</p> <p>Al realizar cruce de la relación incorporada a la Resolución y el acta de comité de inventarios No.002 del 28 de abril de 2008, los medicamentos incinerados no concuerdan con lo plasmado y mucho menos con los registrados en el sistema de información.</p> <p>De otra parte, al cotejar los oficios enviados a los diferentes laboratorios en</p>	<p>Realizar gestión administrativa, con el fin de evitar el vencimiento de los medicamentos aplicando las actividades de intercambio de los mismos con Hospitales de la Red, proveedores, médicos.</p> <p>Llevar un control estricto de fechas de vencimiento, manteniendo el sistema actualizado con la realidad física de los inventarios e informar a las áreas respectivas del riesgo de vencimiento con el tiempo establecido para que se puedan realizar las acciones de intercambio</p> <p>Apoyar la gestión de control de inventarios, reforzando en los contratos de insumos con vida útil de tal forma que se garantice contractualmente el cambio de los medicamentos con riesgo de vencimiento o baja rotación</p> <p>Llevar un control estricto de la documentación con el fin de armar un historial de la gestión de intercambios y los resultados de los mismos</p>	Total de medicamentos vencidos/ total de medicamentos con riesgo de vencimiento	Reducción del porcentaje de vencimiento de medicamentos	Subgerencia Desarrollo Administrativo Recursos Físicos Sistemas	Subgerencia Desarrollo Administrativo Profesional Recursos Físicos. Profesional de Sistemas	Transporte Elementos de oficina y comunicaciones Recurso humano	01/01/2010	31/12/2010	<p>Se ha gestionado con los Hospitales de la Red y con los proveedores el intercambio de los medicamentos con riesgo de vencimiento, de acuerdo a las políticas internas establecidas y los compromisos contractuales pactados con los contratistas, logrando el intercambio de los medicamentos que presentan riesgo de vencimiento no inferior a 90 días; procedimiento que fue socializado con todo el personal que maneja inventarios de medicamentos y actualmente se encuentra en operación.</p> <p>Se lleva un control de fechas de vencimiento, mediante el registro y actualización periódica de una base de datos desde el almacén general, en la cual se incluye los datos del medicamento (lote, fecha de vencimiento, registro sanitario), la fecha de adquisición, el proveedor y el No.</p>	<p>Socializado a nivel de los que manejan inventarios enfermería e insumos, la semaforización a todo nivel (incluido farmacia y sedes asistenciales). Se evidencio la inclusión de la cláusula de los contratos de medicamentos por medio de la cual el contratista se compromete, previo requerimiento del contratante, al cambio de los productos próximos a vencerse. Soportes de vigencia anterior y acto legal de la Política Se evidencio la carpeta con solicitudes de cambio a proveedores e intercambio de medicamentos con los demás hospitales de la Red Pública Distrital. Avance en un 50% aproximadamente, acciones dentro del término de cumplimiento. Se adiciona en respuesta al informe preliminar, acto administrativo Res. 243 de 30/11/2003 Política para manejo y control de inventarios de</p>	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.4.1	A 31 de diciembre de 2008, se encuentran incorporados bienes para dar de baja por valor de \$5.8 millones de activos fijos, sin que la entidad hubiese realizado, análisis correspondientes de lo mismos con el fin de depurar esta cuenta y que la misma muestre la realidad económica dentro de los estados financieros de la entidad. Por lo tanto se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en los principios de contabilidad en sus numerales 114, 115,116.	<p>Informar al área contable en el momento de que se cuente en la oficina de Recursos con la devolución de un bien que se encuentre en mal estado para dar de baja, de tal forma que la información sea registrada por el área contable</p> <p>Realizar un proceso de baja anual- Retirar de la propiedad Planta Equipo en el modulo de Activos Fijos los Equipos que se encuentren en mal estado por medio de actas de traslados para ser registrados en cuentas de orden mientras se realiza la baja.</p>	<p>Conciliación de información contable entre activos fijos y contabilidad</p> <p>Procesos de baja de bienes realizado No de activos retirados en mal estado / el total de activos registrados en Propiedad Planta y Equipo</p>	<p>Información contable depurada Propiedad Planta y Equipo Depurada</p>	<p>Subgerencia Desarrollo Administrativo</p> <p>Recursos Físicos</p> <p>Contabilidad</p>	<p>Subgerencia Desarrollo Administrativo</p> <p>Profesional Recursos Físicos.</p> <p>Profesional de Contabilidad</p>	N/A	01/01/2010	31/12/2010	El proceso de baja de bienes muebles y enseres, fue realizado en Octubre de 2010, y estos elementos ya fueron retirados de los registros contables, según Resolución No. 086 de 21 de septiembre de 2009	Se verificó Acta de baja, y demás documentos del proceso de remate por medio del martillo del Banco Popular, \$1'200.000 de bienes muebles y enseres, fue realizado en Octubre de 2010, y estos elementos ya fueron retirados de los registros contables, según Resolución No. 086 de 21 de septiembre de 2009. Cumplido	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.4.2	A 31 de diciembre de 2008, se encuentra incorporados, equipos medicoquirúrgicos por valor de \$53.9 millones, los cuales se encuentran soportados con observaciones de cumplimiento de vida útil y deterioro de los mismos, pero a pesar de lo mencionado anteriormente el hospital carece de conceptos técnicos que evalúen la baja de los mismos ya que el argumento que estos se encuentran totalmente depreciados y deterioro histórico no es suficiente. Lo anterior con el fin de determinar la realidad económica de la misma y tener cifras depuradas dentro	Solicitar aval de experto técnico (perito evaluador) que soporte los conceptos técnicos con los que se cuentan antes de realizar el proceso de baja de equipos médico y científico	Conceptos técnicos entregados por personal experto	Realizar la baja de equipos médicos con argumentos Técnicos	Subgerencia Desarrollo Administrativo Recursos Físicos	Subgerencia Desarrollo Administrativo Profesional Recursos Físicos.	Contratar un perito evaluador que revise los equipos y de soporte y conceptos técnicos adecuados ya que no basta con los entregados por los técnicos que realizan el mantenimiento de la	02/01/2010	30/07/2010	Se incluyó en el contrato de mantenimiento de equipo biomédico la cláusula para que sean dados los conceptos técnicos de la baja de los equipos biomédicos, ya se cuenta con el listado final que será presentado en Comité de Inventarios que se presentó el 24 de septiembre de 2010 y quedó sujeto a verificación de Control Interno.	Se verifico listado de equipo biomédico listo para baja, conceptos Técnicos de "Equipos clínicos y hospitalarios" y "Datasave medical Ltda."; de este ultimo se evidencio en el contrato la inclusión de la cláusula a título gratuito la obligación de expedir estos conceptos técnicos. Falta aprobación acta de baja, el término vencido, grado de avance 74%	A Co n av an ce de un 74 %	1,5

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.4.3	<p>Verificadas las acciones de seguimiento a las pérdidas de elementos en el hospital, se constato que figuran \$8.3 millones de faltantes de levantamiento de inventarios durante los años de 2004 por valor de \$4.4 millones, 2006 por valor de \$0.35 millones, 2007 por \$3.2 millones y 2008 por valor de \$0.3 millones. Se constato que a 31 de diciembre de 2008, no se había recuperado la suma de \$8.3 millones, dichas perdidas han sucedido debido a que el hospital no ha colocado puntos de controles en la salida de elementos de una sede a otra y de otra parte la carencia de gestión eficiente sobre la entrega de los inventarios al momento de retiro de los funcionarios del hospital, tanto de planta como asociados. Tampoco se evidencia la gestión adelantada por el hospital ante la compañía de vigilancia, con el fin de recuperar estos elementos. No obstante que estos elementos se encuentran registrados en la cuentas de orden y muchos de ellos han sido depreciados en su totalidad, también es bien cierto que no se adelantaron las gestiones necesarias con el fin de efectuar la</p>	<p>Solicitar la liquidación del contrato con la cooperativa Coopintrasalud, con el fin de poder recuperar los bienes pendientes.</p> <p>Requerir a la funcionaria de planta Cristina Guerra para que realice la reposición del equipo de órganos</p> <p>Solicitar a la oficina jurídica del Hospital la revisión y tramites administrativos para el cierre de los procesos de perdida de bienes de propiedad planta y equipo de la vigencia 08.</p>	<p>Depuración de registros contables en la cuenta de responsabilidad des.</p>	<p>Recuperación de bienes que han sido hurtados y/o perdidos</p>	<p>Subgerencia Desarrollo Administrativo</p> <p>Recursos Físicos</p> <p>Jurídica</p>	<p>Subgerencia Desarrollo Administrativo</p> <p>Profesional Recursos Físicos.</p> <p>Asesor Jurídico</p>	<p>N/A</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>En la actualidad se adelanta la elaboración del acta final de liquidación del contrato con la Cooperativa Coopintrasalud. Se contactó al Dr. Camilo García de la Cooperativa a fin de que coadyuvara en la remisión de soportes con base en los cuales se efectuaron las investigaciones internas frente al personal cooperado por estos faltantes. Se logró la recuperación de un equipo de órganos del jefe Cristina Guerra.</p> <p>Respecto de las investigaciones adelantadas por la OACID, se ha logrado la recuperación de algunos de los elementos perdidos, provenientes de cuatro de los funcionarios que reportan bienes con éstas características.</p> <p>Asimismo, se ha llevado a cabo la implementación de puntos de control a través del seguimiento</p>	<p>Verificado carta de devolución equipo de Cristina Guerra. Entrada de almacén No. 4553 de 26/03/2010 Falta conclusión proceso liquidación contrato con la cooperativa para cruce de cuentas por elementos perdidos, Acciones que se encuentran dentro del término de vencimiento.</p>	<p>A Co n av an ce de un 80 %</p>	<p>1,6</p>

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.4.4	la cuenta 1695 provisión de Propiedad Planta y Equipo, presenta un saldo de \$68.3 a 31 de diciembre de 2008, saldo este que presenta incertidumbre debido a que no se ha efectuado depuración de la cuenta de propiedad Planta y Equipo del hospital con el fin de tener datos reales dentro de los estados financieros del mismo.	Realizar los ajustes de propiedad, planta y equipo de los bienes que se encuentran en regular y mal estado de acuerdo con los resultados de la toma física realizada en la vigencia 09. De otra parte el Hospital realizó la gestión necesaria durante la vigencia 2008 y 2009 con el fin de obtener los recursos. Pero hasta tanto la Secretaría Distrital de Salud no apruebe y destine recursos para la adquisición o desarrollo de software, no es posible establecer una acción correctiva definitiva a la problemática del sistema de información. El Hospital estará atento a las directrices emanadas de la Secretaría Distrital de Salud en materia del sistema de Información para los hospitales.	Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios Registro de información contable, que refleje el estado de los bienes	Contar con aprobación y con recursos financieros para la adquisición del Sistema de Información Integrado. Información contable depurada	Subgerencia de Desarrollo Administrativo Recursos Físicos Sistemas	Subgerente Administrativo Profesional de Recursos Físicos Profesional de Sistemas	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	Abierta	Se realizó en formato Excel mediante archivo plano del sistema de información, en donde se identificó el estado de los bienes (bueno, regular o malo) y se informó al área contable para que se realizaran los registros correspondientes.	Se evidenció Informe de toma física de inventarios a dic 31 de 2009, base para registro contable y a su vez conciliado con Inventarios. No obstante la incertidumbre de la cuenta de provisión persiste y debe sanearse en proceso de sostenibilidad contable. Se observa que no puede haber fecha abierta de término. Se adiciona respuesta al informe preliminar con los ajustes a la provisión con corte 31 dic de 2009, de acuerdo con el listado del estado de los bienes,	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.5.1	La cuenta 1910, Cargos Diferidos que a 31 de diciembre de 2008 presenta un saldo de \$0 millones, se encuentra subestimada en \$62.4 millones, por el hospital no haber reclasificado los bienes devolutivos de propiedad planta y equipo a bienes de consumo, careciendo del concepto técnico y jurídico. De otra parte el almacenista es quien elabora el proyecto de reclasificación el cual esta sustentado por el concepto técnico y jurídico, a partir de la información presentada por el almacenista al comité de inventarios es quien elaborara el acto administrativo. Por lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 004 de 2004.	Realizar el proceso de reclasificación de bienes, con el fin de retirar de la cuenta de propiedad, planta y equipo, los bienes que se encuentren registrados menores o iguales a medio salario mínimo legal vigente	Reclasificación de bienes devolutivos a consumo	Información contable depurada	Subgerencia Desarrollo Administrativo Recursos Físicos	Subgerencia Desarrollo Administrativo Profesional Recursos Físicos.	N/A	01/01/2010	31/12/2010	En Comité de Inventarios realizado el pasado 15 de Abril de 2010, se presentó el listado de bienes que se encuentran registrados en los estados financieros con un valor de medio SMMLV, para que fuera aprobada su retiro de la propiedad, planta y equipo; sin embargo, y revisados por los miembros del Comité los bienes, y el riesgo que se puede tener por perder el control de los mismos se determinó que se contratara un perito para que los revisara y recomendará las acciones a seguir y la	El área de contabilidad reportó conciliación con el área de Recursos físicos, para los meses de julio, agosto y septiembre de 2010, mostrando saldo en la cuenta 1910 sin diferencias para cada una de las subcuentas. Acciones dentro del plazo de cumplimiento, grado de avance 50%	A Co n a v a n c e d e u n 5 0 %	1,0
	3.3.6.1	A 31 de diciembre de 2008 esta cuenta presenta un saldo de \$0 millones los cuales se encuentran subestimados en \$0.993 millones toda vez que durante la misma vigencia no se registraron las consignaciones pendiente de identificar, con el fin que todas las transacciones queden registradas. Por lo descrito anterior se incumple con lo establecido Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en los	Registro de las partidas no identificadas en la cuenta partidas por identificar al cierre mensual	Numero de partidas por identificar/partidas identificadas	Registro del 100% de partidas que ingresen a las cuentas del Hospital.	Tesorería	Profesional de Tesorería	Extractos bancarios, y soportes de los diferentes pagadores.	01/01/2010	31/12/2010	A junio de 2009 ya no quedaba ninguna partida pendiente de registrar, teniendo en cuenta el hallazgo u observación realizada por la Contraloría, por lo tanto y teniendo en cuenta que la fecha de terminación es diciembre 2010, esta observación queda subsanada en el 100%.	Actualmente se registran como partidas por identificar y posteriormente se reclasifican según el concepto que correspondan.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.9.1	El hospital de Usaquén no registra Margen de Contratación. Corresponde a la diferencia entre lo facturado a tarifa SOAT vs. Tarifa de Contratación, el cual debe ser asumido por el hospital como un gasto administrativo, cuyo saldo a 31 de diciembre de 2008 es cero, por lo tanto se incumple con lo establecido en la circular 035 de 2000.	El Hospital realizó la gestión necesaria durante la vigencia 2008 y 2009 con el fin de obtener los recursos. Pero hasta tanto la Secretaría Distrital de Salud no apruebe y destine recursos para la adquisición o desarrollo de software, no es posible establecer una acción correctiva definitiva a la problemática del sistema de información. El Hospital estará atento a las directrices emanadas de la Secretaría Distrital de Salud en materia del sistema de Información para los hospitales.	Cantidad de recursos asignados por parte de SDS / Total de recursos necesarios	Contar con aprobación y con recursos financieros para la adquisición del Sistema de Información Integrado.	Sistemas	Profesional de Sistemas.	Financieros (1200 millones), Técnicos y humanos	2010-01-01	Abierta	Existe un acuerdo preliminar establecido el día 5 de octubre con la Secretaria Distrital de Salud, donde se reactiva el proyecto TIC's. En el cual se realizará la extensión del licenciamiento del software HEON propiedad del Hospital Meissen, la inversión total será de \$700 millones, destinados de la siguiente manera: \$400 millones para el licenciamiento y \$300 millones para la compra de equipos necesarios para el desarrollo del proyecto. Para lo anterior se realizaron los ajustes a dicho proyecto para su actualización.	Se realiza mediante el Sistema CITISER, que genera el respectivo margen a la contratación. Y las cifras se reflejan en el Balance General. Acciones dentro del término de cumplimiento con un grado de avance del 80%. Se adiciona respuesta con la aprobación de los recursos para la implementación del nuevo sistema HEON, y los listados que muestran el margen de facturación. Por lo que se cierra el hallazgo.	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACIÓN
	3.3.11.1	Al efectuar el cruce entre los contratos de comodato y lo registrado contablemente en las cuenta de orden, se estableció que no se han registrado bienes recibidos de la SDS por valor de \$9.0 millones y Friden de Colombia por valor de \$15.2 millones y Qimberlab Ltda. por valor de \$0.232 millones y Productos Roche S.A. en donde consta el préstamo de uso de un equipo analizador de hematología por valor de \$0.0120 millones. De otra parte los contratos de	Registrar los comodatos por valor de \$9.000 millones SDS, 15.2 Frieden de Colombia, Qimberlab Ltda. 0.232 y productos Roche 0.0120 millones	No de ajustes pendientes por Registrar / total de ajustes registrados	Registrar los comodatos	Contabilidad Jurídica	Profesional de Contabilidad. Asesor Jurídico	N/A	01/01/2010	31/12/2010	Se realizó revisión del 100% de los comodatos suscritos, se actualizaron los contratos y fueron registrados en el área de contabilidad, actualmente se realiza conciliación mensual para mantener actualizados los registros. Se renovó el comodato con la firma Análisis Técnico (Convenio 62/2010) para los equipos de Laboratorio Clínico.	100% cumplido	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.11.2	Según informe presentado por auditoria medica las glosas definitivas con el FFDS durante la vigencia de 2008, alcanzo un valor de \$256.5 millones, valor este que difiere de los registrado contablemente en \$7.7millones, en las cuentas de orden por valor \$248.8 millones. De otra parte las cifras mencionadas anteriormente únicamente corresponden al primer semestre de 2008, ya que la auditoria por parte la firma interventora solo ha realizado auditoria hasta junio de 2008. Con lo descrito anteriormente se incumple con lo establecido en la Resolución 354 de 2007 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 103, 104, 106,107.	Registrar los \$ 7.7 millones	No de ajuste pendiente por Registrar / total de ajustes registrados	Registrar en cuentas de orden la diferencia presentada	Auditoria de Cuentas Contabilidad	Profesional de Auditoria de Cuentas Profesional de Contabilidad	N/A	01/01/2010	31/12/2010	1. Se realizo los ajustes Nos 01-3684 por valor de \$ 7.705.019 2. Se realizan ajustes por un valor de 7.705.019. Se cierra caso. Para el primer semestre de 2010 se cierra glosas de FFDS convenio vinculados a Julio de 2009 y convenio desplazados a diciembre de 2008. 3. Sin embargo por solicitud de VCO y direccionamiento de la SDS, se inicio en Septiembre una nueva revisión sobre el segundo semestre de 2009 respecto de Bases de datos y segundo semestre de 2009.	Ajuste realizado, el atraso en la auditoría de glosas por parte del FFDS es la razón para la presunta incertidumbre de cifras Por cumplimiento de la meta y estar dentro del término se cierra la observación	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.3.12.1	Se evidencio que el área de cartera no tiene establecido el reglamento interno de cartera, razón esta que impide dar inicio a los cobros jurídicos de la cartera mayor de 180 días.	El área de Cartera solicitará al área de jurídica que realice las correcciones adecuadas al documento del reglamento interno de cartera para que apruebe el documento la junta directiva.	Acto Administrativo, aprobación del documento	A mediados del la vigencia 2010, ya debe estar en funcionamiento el reglamento.	Cartera	Coordinador de Cartera	N/A	01/01/2010	31/12/2010	1. El área de cartera realizo las modificaciones procedimentales de acuerdo a los procedimientos actuales, lo cual remitió a jurídica para su visto bueno y emisión de la resolución para formalizar el reglamento interno lo cual fue efectuado mediante la resolución 182 de 2010	Se evidenció la resolución 182 de 2010 formalizando el reglamento interno de cartera. Por cumplimiento de la meta y estar dentro del término se cierra la observación	C	2,0
	3.3.12.2	Durante la vigencia de 2008, no se evidencia controles por parte de auditoria médica y el área de cartera, a las causas de glosa con el fin de obtener datos reales y eficientes en el manejo de las mismas, con el fin de reducirlas, aclararlas o mitigarlas y de esta forma aumentar el flujo de disponible para la entidad y de esta forma evitar el crecimiento del déficit financiero. Lo mencionado en los párrafos anteriores conlleva al incumplimiento de lo establecido en la ley 87 de 1993, en sus artículos 2 (a hasta la h), 4(numerales b,d,e,f,g,i,j,k,i), 8 y 9.	Mensualmente se realizaran los controles: las áreas de facturación, y auditoria de cuentas, facturación es el área que realiza las cuentas, y debe soportar la facturas y auditoria de cuentas es el área que realizara una PRE auditoria a la facturación para saber que documentos faltan, o que tipos de impedimentos tienen las facturas para radicarse y que estas no sean glosadas.	No de preauditorias realizadas, del total de la facturación glosa definitiva observada.	Disminución de la glosa definitiva al 7%.	Cartera Auditoria de Cuentas	Coordinador de Cartera Profesional de Auditoria de Cuentas.	Recurso Humano	01/01/2010	31/12/2010	1. Se esta realizando informe mensual por motivos o causas de glosas tanto del FFDS como de otros pagadores y un consolidado trimestralmente, lo que contribuye al análisis de mayores representaciones y responsables. 2. De acuerdo a última auditoria realizada por la firma VCO, se disminuyó la reserva de glosa al 3% FFDS vinculados y desplazados.	Cumplida la meta, para las acciones propuestas, por lo que se cierra la observación	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACIÓN
	3.4.1	<p>Al verificar la cuenta de gastos se encontró que durante el año 2008 y 2009 el Hospital apropio recursos a través de contratos de telefonía con Comcel, de la revisión efectuada por este grupo auditor a cada una de las líneas contratadas se evidenció:</p> <p>Que el Hospital no ha expedido reglamento interno en el cual se señale el máximo de minutos del servicio de telefonía móvil celular, a los cuales tendrá derecho los directivos para el uso de comunicaciones oficiales, teniendo en cuenta sus necesidades y según las condiciones del mercado de conformidad con lo establecido por la Directiva 008 de 2007 expedida por la Alcaldía de Bogotá. Que la directiva 016 de 2007, emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá, en su inciso final estableció "Así mismo para cubrir necesidades de otros funcionarios no directivos en razón a las actividades misionales, los representantes legales podrán autorizar el uso de telefonía móvil celular, conservando los montos presupuestales asignados sin aumentar el gasto." (La negrilla y el subrayado fuera de texto)</p> <p>Por otra parte, y en</p>	<p>Se realizará la resolución mediante la cual se legalizará la entrega de celulares en a cada una de las UPAS, servicios de PAI, EPIDEMIOLOGÍA, SALUD MENTAL, PIC Y TRANSPORTE, donde se especifique las características de los PLANES (PLANES CERRADOS CUENTAS CONTROLADAS), responsable.</p>	<p>Contar con la resolución</p>	<p>A 31 de diciembre de 2010 se contará con la resolución mediante la cual se hace entrega del servicio de telefonía con las especificacion es requeridas.</p>	<p>Subgerencia de Desarrollo Administrativo</p>	<p>Subgerente Administrativo</p>	<p>N/A</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Ya se reglamentó el manejo y uso de la telefonía celular mediante un acto administrativo expedido por la Gerencia la cual es la Circular 009 de 2010, expidiendo la política y lineamientos de uso y manejo de líneas de celular y equipos celulares institucionales en el Hospital Usaquén.</p>	<p>Verificada la circular y se cierra.</p>	<p>C</p>	<p>2,0</p>

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.4.2	<p>Las OPS 435 de 2006 y la OPS 439 de 2006, suscritas con Vivian Marcela D. y Sonia Viviana Vásquez, no hay soportes para la liquidación y ejecución de pagos, en cada orden. No existe documento soporte alguno contractual para liberar o cancelar los saldos correspondientes, como son las respectivas actas de liquidación. Lo anterior en contra del artículo 20 del Decreto 195 de 2007 y el numeral 3.2.1., del capítulo 3 de la Resolución 1602 de 2001 de la Secretaria de Hacienda y numeral 22 del artículo sexto de la Resolución 04 de 2008 Manual de Supervisión de Convenios o Contratos del Hospital Usaquén. Observándose falta de gestión y ausencia de comunicación entre las diferentes áreas de la Administración del Hospital, para llevar a cabo acciones oportunas, que conlleven a la firma de las respectivas Actas de Liquidación.</p> <p>Adicional a lo anterior debe hacerse un cruce de cuentas correspondiente al Convenio interadministrativo No. 4 de 2007, suscrito con el Hospital Simón Bolívar para poder liberar los saldos reflejados en esta cuenta.</p>	Realizar las acciones tendientes a la cancelación de los pagos de las profesionales y normalizar el acta de liquidación.	OPS liquidadas / OPS por liquidar	A 31 de Diciembre de 2010 la oficina jurídica adelantará las acciones necesarias para la liquidación eficaz de estas OPS	Jurídica	Asesor Jurídico	N/A	01/01/2010	31/12/2010	Las Señoras SONIA VIVIANA VASQUEZ Y VIVIAN MARCELA DUPUY, fueron requeridas y se presentaron a la Oficina Jurídica, siendo notificadas sobre los derechos legales que les asiste y sin apremio alguno manifestaron que no suscribieron las OPS 435 y 439 del 2006 por que no hubo prestación del servicio por parte de ellas y en el mismo requerimiento dejaron constancia cada una para liberar esas partidas. Respecto al convenio No 4 de 2007 en el mes de junio se celebro una reunión en el Hospital Simón Bolívar con el fin de esclarecer la cartera de las dos entidades y se acordó que era necesario realizar con los pares de cada entidad un cruce contable y una auditoria médica ya que es evidente que algunas actividades que nos están cobrando no	Se evidenciaron las comunicaciones y aprobación de liberación de los saldos por no haberse prestado los servicios por partes de las supuestas contratistas. Se presentó acta de conciliación con el Hospital Simón Bolívar de 11 de junio de 2009 donde se hace cruce de cuentas de la facturación con corte a diciembre de 2007.	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.4.3	El contrato No. 61 de 2006, suscrito con Promoviendo presenta en el Acta de liquidación suscrita en el 18 de octubre de 2006 un saldo a favor del contratista por \$ 7.1 millones el cual no ha sido cancelado. Lo anterior incumple con lo señalado en el artículo segundo, literales a, b, c, d, e, f y g de la Ley 87 de 1993, dado que se presenta desorden administrativo que impide que la información sea oportuna y confiable y se puede presentar un posible riesgo por el no pago oportuno de sus obligaciones.	Presentar el acta de liquidación a la oficina de tesorería y presupuesto a efectos de que se liberen los saldos pendientes, además de realizar la cancelación de las obligaciones.	Liquidación efectiva del contrato 61 de 2006	A 31 de Diciembre de 2010 la oficina jurídica adelantará las acciones necesarias para la liquidación eficaz de este contrato	Jurídica	Asesor Jurídico	N/A	01/01/2010	31/12/2010	Ya se realizó el acta de liquidación y se encuentra firmada por las partes.	Cumplimiento parcial, pendiente de liquidación final del contrato. Cumplimiento parcial de las acciones pero se encuentra dentro del término solicitado, grado de avance 80%	A C o n a v a n c e d e u n 8 0 %	1,6
	3.5.1	Incumplimiento de los términos para la liquidación de los contratos. En primer lugar, el contrato No 006 de 2008, que corresponde al apoyo técnico para el diseño y construcción del plan estratégico territorial de Salud Pública, por un valor total de \$38.5 millones; tuvo vigencia a partir del 31 de enero de 2008 con un término de duración de un (1) mes; pese a que la liquidación por mutuo acuerdo debió realizarse dentro de los cuatro meses siguientes; o la liquidación unilateral dentro de los seis meses siguientes; lleva año y cinco meses sin que se haya realizado, y sin que se encuentre justificación y	Realizar las acciones tendientes a obtener la liquidación eficaz y oportuna de los contratos pendientes de cumplir con este requisito.	Contratos liquidados / Contratos pendientes por liquidar	A 31 de Diciembre de 2010 la oficina jurídica adelantará las acciones necesarias para la liquidación eficaz y oportuna de los contratos pendientes por este requisito.	Jurídica	Asesor Jurídico	N/A	01/01/2010	31/12/2010	Se cuenta con la liquidación del contrato No. 006 de 2008, mediante Acta de Liquidación No. 0014 del 22 de septiembre de 2010.	Se liquidó el contrato No. 006 de 2008, mediante Acta de Liquidación No. 0014 del 22 de septiembre de 2010. Para el contrato 23 de 2008, se liquidó mediante Acta de Liquidación No. 003 del 13 de septiembre de 2010.	C	2,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.5.2	Incumplimiento en la suscripción y aprobación de las pólizas. Se evidenció que en el Contrato 08 de 2008, suscrito entre el Hospital Usaquéen I Nivel E.S.E. y Cooperativa Copevisa, tiene por objeto el suministro periódico de almuerzos y refrigerios para los niños asistentes al programa de salud mental del hospital, la póliza se suscribió el día 17-06-2008 en tanto que el contrato se firmó el día 31-01-2008; incumpléndose las obligaciones del contratista para el inicio de la ejecución de las obligaciones contractuales; poniendo en riesgo el patrimonio de la entidad. Así, el contratista incumple con la cláusula décima segunda que dice: "El contratista se compromete para con el contratante a garantizar las obligaciones contraídas en este contrato para lo cual deberá constituir a favor del hospital de Usaquéen dentro de los cinco (5) días posteriores a la suscripción del presente contrato, una póliza otorgada..."; así como lo establecido en el artículo vigésimo primero del Acuerdo 012 de 2006, Manual Interno de Contratación del Hospital	Efectuar el seguimiento necesario al cumplimiento de las obligaciones del Contratista en cuanto a la suscripción de las pólizas y la publicación de los contratos	Contratos con seguimiento de cumplimiento de pólizas y publicación / Contratos que requieren estos documentos	A 31 de Diciembre de 2010 la oficina jurídica tendrá un control efectivo al cumplimiento de los requisitos de pólizas y publicación para los contratos que así lo requieran	Jurídica	Asesor Jurídico	N/A	01/01/2010	31/12/2010	Se adoptó el Manual de Contratación y de Supervisión con el fin de sensibilizar a los contratistas, mediante el Acuerdo No. 13 del 2010.	Se modificó el Manual de Contratación mediante el Acuerdo No. 13 del 2010, precisando los requerimientos para garantías mínimas para la contratación, montos, plazos y publicación para su constitución en el artículo 17, reforzado por el Manual de supervisión mediante la Resolución No. 176 de 2010. Ambas debidamente socializadas con los contratistas. Acciones dentro del término, grado de avance 90%. Se revisaron algunos contratos: contrato de suministro 064 de 2010, contrato de suministro 065 de 2010, prestación de servicios 548 de 2010 y contrato de servicios 053 de 2010, con el fin el cumplimiento a la presentación oportuna de las pólizas de garantía y de publicación de los contratos objeto de la observación.	C	2.0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.6.1.1	Durante la vigencia auditada la entidad diseño 29 Planes Operativos Anuales (POA) que corresponden a la estructura funcional de la misma, estos POA contemplan metas a desarrollar durante el año 2008; sin embargo, no fueron aprobados por la Junta Directiva, lo que origina desconocimiento, falta de seguimiento y análisis de resultados por parte de la mencionada.	Presentar los Planes Operativos Anuales a la Junta Directiva.	Planes Aprobados por la Junta Directiva = (# POA's aprobados/ # POA's presentados)	1 Acuerdo con los POA's aprobados	Planeación Jurídica	Coordinador de Planeación y Sistemas Asesor Jurídico	Propios	01/01/2010	28/02/2010	Mediante el Acuerdo de Junta Directiva No 006-2010 se aprobó el Plan Operativo Anual para la vigencia 2010	Verificado el Acuerdo 006/2010 y sus anexos. Se cierra por cumplimiento de las acciones propuestas	C	2,0
	3.6.1.2	Como se observa el cumplimiento de actividades en los POA's presentan un porcentaje superior al 50%, a pesar que el control, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Institucional y Planes Operativos del año 2008, estaba a cargo de la Oficina de Planeación, este control no fue llevado a cabo con la aplicación de los correctivos pertinentes en lo relacionado al cumplimiento de metas, ocasionando un riesgo para la entidad al no dar cumplimiento a los objetivos del Plan Institucional y las metas de los POA incumpliendo lo estipulado en la ley 87 de 1993, artículo 2 literal b, c, d, e y f.	Realizar seguimiento a los POA's	Seguimiento de POA's = (# de POA's con seguimientos/ # de POA's Aprobados por la Junta Directiva)	Informes de Seguimiento a cada uno de los POA's	Planeación Oficina de Control Interno	Coordinador de Planeación y Sistemas Asesor de Control Interno:	Propios	01/01/2010	31/12/2010	Existe el informe de gestión del primer semestre según las metas definidas en el Plan de Desarrollo Institucional. AVANCES JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010: Se realizó seguimiento en Comité de Gerencia al Cumplimiento de los POAS para que cada área realice los respectivos planes de mejora para su cumplimiento. Auditoria por parte de Control Interno para el mes de Octubre del cumplimiento de los Planes de Mejora y cumplimiento de metas.	Verificado en archivo magnético El Informe de Gestión del primer semestre de 2010, las matrices de los POA's que se integran en los respectivos tableros de control. Abierta por ser actividad continua pero el grado de avance acorde con lo corrido del año. Continúa en ejecución, avance 85%	A Co n av an ce de un 85 %	1,7

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.6.1.3	<p>Con relación a la meta 2.11 el porcentaje de cumplimiento es del 33%, a nivel de la Secretaría Distrital de Salud la meta es disminuir al 11.5 casos por 100.000 menores de 5 años en mortalidad por neumonía. La oficina de Epidemiología reporta en el seguimiento al PIC un indicador de 4.7, es decir por debajo del planteado por la SDS; significando que el hospital obtuvo mayor resultado en la meta propuesta. Sin embargo al tratar de especificar el indicador reportado por la oficina de epidemiología esta reporta un indicador diferente el cual es aun menor (3.1). Lo anterior refleja que en el Hospital se presenta duplicidad en la información lo que conlleva a no contar con datos reales que permitan tener confiabilidad de los resultados esperados, generando un riesgo para la entidad en el incumplimiento de metas o sobredimensionamiento de las mismas, contraviniendo lo preceptuado en la ley 87 de 1993 artículo 2 literal d y e.</p> <p>La Meta 2.28 "Aumentar en un 28% el acceso a tratamiento de rehabilitación de los consumidores de sustancias</p>	<p>Informes de cada dependencia coherentes con la información suministrada</p>	<p>Informes coherentes con la información suministrada = # de informes suministrados con información verificada por los jefes de áreas</p>	<p>Verificaciones realizadas por los coordinadores de áreas</p>	<p>Calidad Planeación Subgerencia Administrativa Subgerencia Financiera Subgerencia de Desarrollo de Servicios Control Interno</p>	<p>Líder de Calidad Coordinador de Planeación y Sistemas Subgerente administrativo Subgerente Financiero Subgerente de Desarrollo de Servicios Jefe de la Oficina de Control Interno</p>	<p>Propios</p>	<p>01/01/2010</p>	<p>31/12/2010</p>	<p>Por direccionamiento de la alta dirección se están consolidando los indicadores en una única base de datos la cual será avalada por cada subgerencia incluyendo indicadores de calidad y de gestión administrativa la cual será validada por sus líderes y administrada por la oficina de Planeación y Sistemas como única fuente institucional de información. No obstante la información que es suministrada a Planeación es avalada o certificada por su respectivo coordinador o subgerente por escrito o por correo electrónico.</p> <p>AVANCES JULIO-SEPTIEMBRE: Se definió la responsabilidad del Área de Planeación con respecto a la consolidación y manejo de los indicadores institucionales, se entrega Base de datos de indicadores normativos a la oficina de planeación con el</p>	<p>Verificado en archivo magnético El Informe de Gestión del primer semestre de 2010, las matrices de los POA's que se integran en los respectivos tableros de control. Abierta por ser actividad continua pero el grado de avance acorde con lo corrido del año. Verificado el aplicativo tablero de control diseñado para el efecto, la acción continúa con un grado de avance del 80%</p>	<p>A Co n av an ce de un 80 %</p>	<p>1,6</p>

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.6.2.1	En el desarrollo del proceso auditor se reviso el informe de Balance Social rendido en la cuenta anual 2008 del Hospital Usaquén con el fin de medir la gestión social alcanzada por la entidad, se pudo verificar que el Hospital no aplico los lineamientos establecidos en la Resolución Reglamentaria 020 de 2006 y la Resolución Reglamentaria 004 de 2007.	Realizar informe de balance social siguiendo la metodología de la Contraloría Distrital.	Informe de Balance Social realizado = 1 Informe del Balance social con la metodología de la Contraloría	1 Informe de Balance social realizado con la metodología de la Contraloría.	Planeación Calidad	Líder de Calidad Coordinador de Planeación y Sistemas	Propios	01/01/2010	28/02/2010	Se presentó en el mes de enero con la cuenta anual de la Contraloría del año 2009, el Informe de Balance Social, realizado con la metodología exigida por la Contraloría.	La cuenta presentada por el sujeto de control a 31 de diciembre de 2009 incluye el Informe de Balance Social conforme a los requerimientos de la normatividad vigente. Se cierra	C	2,0
	3.8.1	Al examinar las carpetas de peticiones, quejas, y reclamos presentados en los meses de julio, noviembre y diciembre de 2008, se evidenció que en algunas peticiones, el tiempo de atención y respuesta excedió el tiempo de norma. Lo anterior obedece a que los Funcionarios responsables de adelantar el seguimiento y/o implementar de la acción, no cumplieron con los tiempos que señala el Decreto 01 de 1984 capítulo 2 artículo sexto e igualmente con el Procedimiento de Sugerencias, Reclamos y Felicitaciones adoptado por la E.S.E.	1. Socializar nuevamente a los coordinadores y líderes de procesos, el procedimiento de respuesta a las peticiones de los usuarios. 2) Se solicitará la intervención de la Oficina de Control Interno disciplinario para que realice las acciones tendientes a normalizar la respuesta a los peticionarios y de esta manera ser oportunos en la respuesta.	Socialización de procedimiento No. de líderes de procesos que conocen y aplican el procedimiento de respuesta a peticiones /Total de líderes de los procesos * 100	A 31 de diciembre de 2010, se habrá realizado la socialización del procedimiento de respuesta oportuna a las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios, dando cumplimiento a tiempos exigidos por la norma.	Subgerencia de Desarrollo de Servicios Atención al usuario	Subgerente de Servicios Profesional de Atención al Usuario	Recurso humano: Técnico de apoyo para atención al usuario que apoye la gestión de seguimiento de las quejas., sujeto a presupuesto del Hospital.	28/01/10	31/12/2010	En las actas del comité de atención Al usuario el seguimiento al proceso de quejas reclamos y atención al usuario se evidencia que estas se responden en los tiempos de ley. Por otra parte se contestaron todas las quejas pendientes al mes de agosto de 2010. Se cuenta con evidencia de soportes de las contestaciones y actas de seguimiento al tema por parte de la subgerencia de servicios.	Se evidenció en las actas del comité de atención al usuario el seguimiento al proceso de quejas reclamos y atención al usuario. La Oficina de Control Interno Disciplinario ha aperturado procesos disciplinarios a varios funcionarios por no dar respuesta oportuna de acuerdo a la norma. Según Información de las quejas proveído por la oficina de atención al usuario en medio magnético, se denota mejoramiento en los términos de respuesta, aún persisten en extemporaneidad en los tiempos de respuesta.	A C o n a v a n c e d e u n 5 0 %	1,0

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA (AS)	INDICADOR (ES)	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE (S) DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO CUMPLIMIENTO - SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCION FORMULADA	CALIFICACION
	3.8.2	Se evidenció que programas como Salud al Hogar y Salud al Colegio-Jardín, no se anuncian en la pagina Web, es importante que el Hospital de Usaquén, continúe fortaleciendo la campaña hacia los usuarios a través de los canales de comunicación, como la página Web, boletines y cartelera, a efectos de evitar una serie de escritos presentados y que tienen relación directa con el servicio prestado. En éstos es de vital importancia que se haga claridad de los derechos y deberes de los usuarios del Hospital; en concordancia con lo establecido en el componente 2.3 Componente Comunicación Pública del MECI.	Incorporar la información necesaria sobre el rol de Actividades Colectivas en la Pagina WEB del Hospital	Pagina Web actualizada con información de Actividades colectivas	A 30 de Mayo de 2010, se ha actualizado la pagina Web del hospital con la información de Actividades colectivas	Sistemas	Profesional de Sistemas.	Desarrollador WEB	01/01/2010	30/05/2010	En el mes de enero de 2010 se realizaron los ajustes necesarios en la Pagina WEB, para incluir todos los componentes de salud pública.	Cumplimiento del 100%, por lo cual se cierra	C	2.0